KV Handbuch 2021

Wenn Sie sich **über Erfolg so richtig freuen** können, haben wir hier etwas für Sie.

Deutscher Ring
Krankenversicherung

SIGNAL IDUNA
gut zu wissen

Für ein **erfolgreiches KV-Jahr 2021.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2020 wird als ein besonderes Jahr in Erinnerung bleiben. Wir alle wissen, warum.

SIGNAL IDUNA und die PKV haben sich in diesem besonderen Jahr bewährt und mit dazu beigetragen, dass das deutsche Gesundheitswesen nachgewiesen hat, dass es funktioniert. Das ist sicherlich eine wichtige positive Erkenntnis.

Ebenfalls positiv war erneut der sogenannte Wanderungssaldo: Rund 145.000 Menschen haben sich freiwillig für einen Wechsel aus der GKV in die PKV entschieden. Rund 124.000 sind den umgekehrten Weg gegangen, überwiegend sind sie aufgrund einer Pflichtversicherung dazu gezwungen worden. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung hat sich im letzten Jahr sehr stark der Digitalisierung gewidmet: Die SIGNAL IDUNA App hat neue Features erhalten (unter anderem über dem Anbietet Kry zur Telemedizin). Attraktive neue und endkundenoptimierte Online-Abschlüsse für die KV-Zusatzversicherung sowie ein Maklerabschluss für die Zahnzusatzversicherung ohne separate Unterschrift des Kunden sind ebenfalls hinzugekommen. Und nicht zu vergessen: der einzigartige gemeinsame Online-Abschluss aus Zahnzusatzversicherung und Mitgliedschaft bei unserem Kooperationspartner IKK classic. Natürlich bleibt es dabei, dass wir auch weiterhin auf persönliche Betreuung setzen – mit tatkräftiger Unterstützung durch Ihre qualifizierte Beratung.

Erfreuliches gab es von unseren Beamtentarifen zu berichten. Entgegen dem Markttrend konnten die Beiträge unserer Neugeschäftstarife zum Teil gesenkt werden – besonders stark für Beamtenanwärter und Referendare. Und im März 2021 bringen wir einen modifizierten Komfort-B. Lassen Sie sich überraschen und freuen Sie sich auf die Umsetzung Ihrer Wünsche in Bezug auf den Wegfall des Hausarztprinzipes und der Generikaregelung.

Die KV bietet Ihnen nach wie vor zahlreiche Vertriebschancen. Die aktuellen AssCompact Umfragen belegen sowohl für die KV-Voll als auch für die KV-Zusatz die Attraktivität der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung. Beide Male in den Top 5. Besonders gefreut hat uns Ihr Lob in Bezug auf unsere Kommunikation zur Beitragsanpassung. Das ist auch das Ergebnis Ihres Feedbacks. Sie sehen, dass uns Ihr Feedback wichtig ist und dass wir es zum Anlass nehmen, uns auch hier immer weiter zu verbessern. Vielen Dank.

Ein kurzer Blick zur GKV verdeutlicht, dass auch dort weiterhin steigende Beiträge zu verzeichnen sind. Und im Jahr 2021 überweist der Staat über 18 Milliarden Euro an Zuschüssen - aus Steuermitteln und damit auch unter Beteiligung der PKV-Versicherten. Das Handelsblatt berichtet von Transparenzforderungen des Bundesrechnungshofes über die genaue Verwendung der Zuschüsse. Es bleibt spannend. Denken Sie auch daran, im Zuge der Bundestagswahl darauf zu achten, dass wir alle erneut die Bürgerversicherung verhindern. Denn nichts würde sich verbessern – im Gegenteil.

Das KV-Handbuch 2021 ist fertiggestellt. Wiederum mit allen Änderungen, die bis zum Redaktionsschluss bekannt waren. Wie immer haben wir mit Hochdruck an der Aktualisierung gearbeitet – auch in diesem Jahr wieder mit unserem umfangreichen Beihilfe- und Heilfürsorgeteil. Dieser wird leider immer kleinteiliger, weil die Bundesländer und auch der Bund sich in beratungsrelevanten Details zunehmend differenzieren. Insoweit empfehlen wir Ihnen die sich zunehmender Beliebtheit erfreuende digitale Version mit unserem wertvollen KV-Lexikon.

Viel Erfolg und denken Sie in Ihren Beratungsgesprächen an die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung. Wir freuen uns natürlich auch über Ihre Anträge.

SIGNAL IDUNA Gruppe

Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund

Dieses Druckstück enthält unverbindliche Auszüge aus den geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III der aktuellen Unisex-Produktpalette. Für den Vertragsinhalt maßgeblich sind die dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen.

So behalten Sie den **Überblick.**

Inhaltsverzeichnis

Grenzwerte 2021

Wichtige Grenzwerte in der Sozialversicherung 2021 . . . . . 5 - 7

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. . . . . 8 -10

GKV/PKV

Krankenversicherung im Alter 11

Vergleich von GKV und PKV . . . . . 12 - 13

Kassenpatient (GKV) 13

Privatpatient (Marke SIGNAL IDUNA) 13

Eigenbeteiligungen in der GKV . . . . . 14 -15

Leistungsbeispiele für GKV-Versicherte im Zahnbereich 16

Beitragsvergleich GKV und PKV 2021 17

Beitragsentwicklung in der GKV und in der PKV 18

Zielgruppen/Fachthemen

Selbstständige und Freiberufler . . . . . 19 - 22

GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF) 23

Künstler und Publizisten 24

Gärtner und Landwirte 24

Höherverdienende Arbeitnehmer . . . . . 25 - 26

Krankentagegeld für höherverdienende Arbeitnehmer 27

Arbeitgeberzuschuss in Verbindung mit Bürgerentlastungsgesetz . . . . . 28 - 29

Kranken- und Pflegeversicherung bei Arbeitslosigkeit (Merkblatt) . . . . . 30 -31

Höherverdienende Arbeitnehmer und betriebliche Altersversorgung (bAV) 32

Privat versicherte Mütter in Mutterschutz und Elternzeit . . . . . 33 - 34

Studenten 35

Grenzgänger 36

Gesetzlich Krankenversicherte . . . . . 37 - 40

Kündigungsfristen für gesetzlich Krankenversicherte 41

Beihilfeberechtigte, Heilfürsorgeberechtigte 42

Beihilfeanspruch von Beihilfeberechtigten 43

Heilfürsorgeberechtigte 44

Polizeibeamte/Soldaten – Absicherung bei Krankheit 45

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst . . . . . 46 - 48

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst des Bundes/ Kommunen – Entgeltfortzahlung 49

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst – Krankengeldlücke bei PKV-Versicherten 50

Ambulante Beihilfeeinschränkungen . . . . . 51 -52

Besondere ambulante Beihilfeeinschränkungen . . . . . 53 -54

Inhaltsverzeichnis

Stationäre Beihilfeeinschränkungen. 55
Beihilferegelungen während der Elternzeit/Beurlaubung 56
Beihilferegelungen: Ehegatten-Einkommensgrenze und KV-Zuschuss 57
Beihilfeanspruch und Kindergeld 58
Dauernde Öffnungsaktionen für Beamte und deren Angehörige 59
Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) . . . . . 60 - 61
Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) . . . . . 62 - 63
Kündigungsfristen einzelner PKV-Unternehmen 64
Beitragsrückerstattung (BRE) der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung 65

Tarifübersichten

Tarife der Vollversicherung – Produktlinie „privat“. . . . . 66 -68
Tarife der Vollversicherung – Produktlinie „Prestige“ . . . . . 69 -72
Tarife der Beihilfevollversicherung (BeihilfeSTART, BeihilfeKOMFORT, BeihilfeEXKLUSIV). . . . . 73 - 77
Tarife der Beihilfevollversicherung (BK, BS, BE, BE+, BKE) . . . . . 78 - 80
private Beitragsentlastung – peB 81
Tagegeldtarife – EKH und KurPLUS 81
Optionstarif flexSI – Leistungsübersicht 82
Futura, PIT, PIT-B 82
Optionstarife flexSIprivat und flexSI-B – Leistungsübersicht 83
Tarife der Zusatzversicherung . . . . . 84 - 87
Krankentagegeldtarife – EinkommensSicherungs-Programm 88
Krankentagegeld-Tarif pro, pro v 89
Tarife der betrieblichen Krankenversicherung – Produktlinie bKV 90

Pflegeversicherung

Tarife der Zusatzversicherung – PflegeSchutz-Programm . . . . . .91 - 92
Private Pflegepflichtversicherung (PPV). . . . . 93 -95
Pflegeergänzung: das SIGNAL IDUNA PflegeSchutz-Programm 96
Pflegezeit, Familienpflegezeit und kurzzeitige Arbeitsverhinderung 97

KV-Lexikon

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z). . . . . 98 -138

Gesetzestexte/Angebotssoftware (PDC)/Sachregister

Wichtige gesetzliche Regelungen . . . . . .139 - 160
Wichtige Internetadressen rund um das Thema Krankenversicherung 161
Kooperationen von GKV und PKV 162
Angebotssoftware der SIGNAL IDUNA . . . . . 163 -166
Stichwortverzeichnis. . . . . 167 -171

Wichtige Grenzwerte in der Sozialversicherung 2021

Aktuelle Zahlen zur Sozialversicherung 2021 (Monatswerte)[1]		Gültig ab 01.01.2021
1. Krankenversicherung	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Jahresarbeitsentgeltgrenze „Neufälle“ [2]	5.362,50 €	
Jahresarbeitsentgeltgrenze „Altfälle“ [2]	4.837,50 €	
Beitragsbemessungsgrenze (BBG) [1]	4.837,50 €	
Allgemeiner Beitragssatz (§ 241 SGB V) – mit Krankengeldanspruch	14,6 %	
Ermäßigter Beitragssatz (§ 243 SGB V) – ohne Krankengeldanspruch	14,0 %	
Beitragssatz für Studenten (§ 245 SGB V)	10,22 %	
Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz (§ 242 a SGB V)	1,3 %	
Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz (§ 242 SGB V) [4]	legt jede Krankenkasse individuell fest	
Höchstarbeitgeberzuschuss zur PKV (gemäß § 257 SGB V) (Allgemeiner Beitragssatz + Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz) x BBG x 50 %	384,58 €	
Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige (1/3 der Bezugsgröße)	1.096,67 €	
Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für sonstige freiwillige Mitglieder (z. B. Kinder; für Hausfrauen nur dann, wenn Ehepartner ebenfalls GKV-versichert ist) ebenfalls 1/3 der Bezugsgröße	1.096,67 €	
Beitragsbemessungsgrundlage für pflichtversicherte Studenten (§ 236 SGB V)	752 €	
Freibetrag für Versorgungsbezüge (§ 226 Abs. 2 SGB V – 1/20 der Bezugsgröße)	164,50 €	
Einkommensgrenze in der Familienversicherung – „normal“ 1/7 der Bezugsgröße – für geringfügig Beschäftigte und geringfügig Beschäftigte im Privathaushalt	 470 € 450 €	
PKV-Zuschuss vom Rentenversicherungsträger auf den Zahlbetrag einer gesetztlichen Rente: (Allgemeiner Beitragssatz 14,6 % + Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 1,3 %) x 50 %	7,95 %	
2. Pflegeversicherung	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Beitragsbemessungsgrenze [1]	analog Krankenversicherung	
Beitragssatz	3,05 %	
Beitragssatz für Kinderlose nach Vollendung 23. Lebensjahr [3]	3,3 %	
Höchstarbeitgeberzuschuss (gemäß § 61 SGB XI); für Sachsen: 49,58 €	73,77 €	
Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige	analog Krankenversicherung	
Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für sonstige freiwillige Mitglieder	analog Krankenversicherung	
Beitragsbemessungsgrundlage pflichtversicherte Studenten	analog Krankenversicherung	
Einkommensgrenze in der Familienversicherung	analog Krankenversicherung	
3. Rentenversicherung	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Beitragsbemessungsgrenze [1]	7.100 €	6.700 €
Beitragssatz	18,6 %	18,6 %
Höchstbeitrag	1.320,60 €	1.246,20 €
4. Arbeitslosenversicherung	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Beitragsbemessungsgrenze [1]	7.100 €	6.700 €
Beitragssatz	2,4 %	2,4 %
Höchstbeitrag	170,40 €	160,80 €
5. Bezugsgröße	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
Ausgangsgröße für die Ermittlung vieler Grenzwerte in der Sozialversicherung	3.290 €	3.115 € (KV: 3.290 €)

1) Jährliche Beitragsbemessungsgrenzen:
   – Kranken- und Pflegeversicherung: 58.050 € (auch Versicherungspflichtgrenze Bestandsfälle)
   – Renten- und Arbeitslosenversicherung: 85.200 € (Neue Bundesländer: 80.400 €)

2) Jahresarbeitsentgeltgrenzen (auch Versicherungspflichtgrenzen):
   Für Personen, die am 31.12.2002 als Arbeitnehmer wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und PKV-versichert waren, gilt die Grenze von 58.050 € im Jahr (Bestandsfälle). Für alle anderen (Neufälle) gilt die Versicherungspflichtgrenze von 64.350 € im Jahr.

3) Seit dem 01.01.2005 müssen kinderlose Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung einen um 0,25 %-Punkte erhöhten Beitragssatz allein zahlen (also ohne Arbeitgeber-Beteiligung). Diesen Zuschlag zahlen Kinderlose erstmals nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben. Personen, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, sind hiervon ausgenommen.

4) Seit dem 1. Januar 2015 muss jede Krankenkasse – abhängig von ihrer Finanzlage – einen individuellen Zusatzbeitragssatz erheben (§ 242 SGB V).

Monatsbeiträge in der GKV/SPV 2021

Durchschnittlicher Höchstbeitrag **928,80 €**
(inkl. Pflege: 3,3 % und Zusatzbeitragssatz: 1,3 %)

Die Beiträge in der GKV bzw. SPV werden einkommensabhängig erhoben. Sie werden ermittelt, indem die Beitragsbemessungsgrundlage mit dem jeweiligen Beitragssatz multipliziert wird.

1. Grundbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	Grundbeitrag
Höchstbeitrag	706,28 €
Mindestbeitrag hauptberuflich Selbstständige (mit Krankengeld)	160,11 €
Mindestbeitrag hauptberuflich Selbstständige (ohne Krankengeld)	153,53 €
Mindestbeitrag für sonstige freiwillige Mitglieder (z. B. Kinder)	153,53 €
Pflichtversicherte Studenten	76,85 €
Beitrag je 1.000 € beitragspflichtige Einnahmen (allgemeiner Beitragssatz 14,6 %)	146,00 €
Beitrag je 1.000 € beitragspflichtige Einnahmen (ermäßigter Beitragssatz 14,0 %)	140,00 €

2. Zusatzbeiträge in der GKV														
Zusatzbeitragssatz	0,3 %	0,4 %	0,5 %	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,9 %	1,0 %	1,1 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,7 %
Höchstbeitrag	14,51 €	19,35 €	24,19 €	29,03 €	33,86 €	38,70 €	43,54 €	48,38 €	53,21 €	58,05 €	62,89 €	67,73 €	72,56	82,24 €
Mindestbeitrag Selbstständige	3,29 €	4,39 €	5,48 €	6,58 €	7,68 €	8,77 €	9,87 €	10,97 €	12,06 €	13,16 €	14,26 €	15,35 €	16,45 €	18,64 €
Sonstige freiwillig Versicherte	3,29 €	4,39 €	5,48 €	6,58 €	7,68 €	8,77 €	9,87 €	10,97 €	12,06 €	13,16 €	14,26 €	15,35 €	16,45 €	18,64 €
Studenten	2,26 €	3,01 €	3,76 €	4,51 €	5,26 €	6,02 €	6,77 €	7,52 €	8,27 €	9,02 €	9,78 €	10,53 €	11,28 €	12,78 €
Zusatzbeitrag je 1.000 €	3,00 €	4,00 €	5,00 €	6,00 €	7,00 €	8,00 €	9,00 €	10,00 €	11,00 €	12,00 €	13,00 €	14,00 €	15,00 €	7,00 €

3. Soziale Pflegeversicherung (SPV)	Kinderlose ab 23 Jahre	Alle Übrigen
Höchstbeitrag	159,64 €	147,54 €
Mindestbeitrag hauptberuflich Selbstständige	36,19 €	33,45 €
Mindestbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte (z. B. Kinder)	36,19 €	33,45 €
Pflichtversicherte Studenten	24,82 €	22,94 €
Pflegebeitrag je 1.000 €	33,00 €	30,50 €

Beitragsermittlung

Zum 01.01.2015 wurden die einheitlichen Beitragssätze in der GKV um jeweils 0,9 %-Punkte gesenkt. Der allgemeine Beitragssatz beträgt seitdem 14,6 % und der ermäßigte Beitragssatz 14,0 %. Dafür müssen die Krankenkassen seit 2015 je nach eigenem Finanzbedarf einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag vom Mitglied erheben. Dieser wird als kassenindividueller Zusatzbeitragssatz festgelegt und kann je Krankenkasse unterschiedlich hoch ausfallen. Der Zusatzbeitrag wird seit dem 01.01.2019 paritätisch finanziert.

Beispiele zur Ermittlung des Gesamtbeitrages (= Grundbeitrag + Zusatzbeitrag + Pflegebeitrag)

1. **Höherverdienender Arbeitnehmer**
   35 Jahre alt, keine Kinder, 5.200 € Gehalt, ist bei Krankenkasse A versichert, mit 1,7 % Zusatzbeitragssatz
   Höchstbeitrag: GKV-Grundbeitrag 706,28 € + GKV-Zusatzbeitrag 82,24 € + Pflegebeitrag 159,64 € = **948,16 €**

2. **Studentin**
   26 Jahre alt, keine Kinder, ist bei Krankenkasse B versichert, mit 0,9 % Zusatzbeitragssatz
   Studentenbeitrag: GKV-Grundbeitrag 76,85 € + GKV-Zusatzbeitrag 6,77 € + Pflegebeitrag 24,82 € = **108,44 €**

3. **Hauptberuflich Selbstständige**
   37 Jahre alt, 1 Kind, Gewinn 1.000 €/Monat, ist bei Krankenkasse C mit Krankengeldanspruch versichert, mit 1,1 % Zusatzbeitragssatz
   Mindestbeitrag: GKV-Grundbeitrag 160,11 € + GKV-Zusatzbeitrag 12,06 € + Pflegebeitrag 33,45 € = **205,62 €**

4. **Arbeitnehmer**
   40 Jahre, keine Kinder, 3.500 € Gehalt, ist bei Krankenkasse D versichert, mit 1,4 % Zusatzbeitragssatz
   Gesamtbeitrag: (GKV-Grundbeitrag 146 € + GKV-Zusatzbeitrag 14 € + Pflegebeitrag 33 €) x (3.500 : 1.000) = **675,50 €**

Wichtige Grenzwerte in der Sozialversicherung 2021

Weitere wichtige Grenzwerte für die Krankenversicherung 2021	Gültig ab 01.01.2021
Allgemeine Grenzwerte	
Beitragsbemessungsgrenze KV und PPV jährlich	58.050 €
Beitragsbemessungsgrenze KV und PPV monatlich	4.837,50 €
Jahresarbeitsentgeltgrenze KV und PPV jährlich	64.350 €
Jahresarbeitsentgeltgrenze KV und PPV monatlich	5.362,50 €
Bezugsgröße KV monatlich	3.290 €
Geringfügig Beschäftigte [1], geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten monatlich	450 €
Einkommensgrenze für Familienversicherung (generell) monatlich	470 €
Einkommensgrenze in der Familienversicherung für geringfügig Beschäftigte monatlich	450 €
Einkommensgrenze für Azubis (Grenze bis zu der der Arbeitgeber Beiträge alleine trägt) monatlich	325 €
Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosengeld II monatlich	709 €
Tägliches Höchstkrankengeld – brutto – in der GKV (monatlich 3.386,25 €)	112,88 €
Tägliches Höchstkrankengeld – netto – nach Abzug Sozialversicherungsbeiträge während Krankengeldbezug – über 23-jährige kinderlose Versicherte*: 12,275 % Abzug – alle anderen*: 12,025 % Abzug *) RentenV 9,3 % + ArbeitslosenV 1,2 % + PflegeV 1,525 % = 12,025 % (+ ggf. Pflege-Sonderbeitrag 0,25 = 12,275 %)	99,02 € 99,31 €
Mutterschutz / Kindererziehung	
Mutterschaftsgeld täglich	13 €
Einmaliges Mutterschaftsgeld für PKV versicherte Mütter	210 €
Elterngeld bei Nettoeinkommen bis 1.200 € Elterngeld bei Nettoeinkommen über 1.200 € und bis unter 1.240 € reduziert sich um 0,1 %-Punkte für je 2 €, die über 1.200 € liegen Elterngeld bei Nettoeinkommen ab 1.240 € Bemessungsgrundlage: Nettodurchschnittsentgelt der letzten 12 Monate vor der Geburt	67 % zwischen 65 % und 67 % 65 %
Mindest-Elterngeld monatlich	300 €
Höchst-Elterngeld monatlich	1.800 €
Elterngeld, wenn zu versteuerndes Einkommen einer berechtigten Person über 250.000 € liegt	0 €
Erhöhung des Elterngeldes bei Mehrlingsgeburten (für das 2. und jedes weitere Kind) monatlich	jeweils 300 €
Erhöhung des Elterngeldes, wenn weitere Kinder im Haushalt leben (berücksichtigt werden: zwei Kinder bis zum 3. Lebensjahr und drei und mehr Kinder bis zum 6. Lebensjahr – das 2. und jedes weitere Kind bei o. g. Mehrlingsgeburten sind jedoch nicht zu berücksichtigen)	10 % (mind. 75 €)
Bezugsdauer des Elterngeldes als Basiselterngeld Verlängerung der Bezugsdauer in bestimmten Fällen um 2 Monate auf maximal 14 Monate möglich (z. B. bei Partnerschaftsmonaten, also wenn Vater und Mutter jeweils das Elterngeld beanspruchen oder bei alleinerziehenden Müttern)	12 Monate
Bezugsdauer des Elterngeldes als Elterngeld Plus [2] Eltern können zwischen dem Basiselterngeld und dem Elterngeld Plus wählen; sie können aber auch beide Möglichkeiten miteinander kombinieren. Elterngeld Plus ist vereinfacht gesagt die Verdoppelung der Bezugsdauer, während gleichzeitig die Höhe des Elterngeldes halbiert wird; kommt infrage für Eltern, die in der Elternzeit in Teilzeit arbeiten Partnerschaftsmonate Diese stellen vier zusätzliche Elterngeld Plus-Monate dar. Sie können nur von beiden Elternteilen bei gleichzeitiger Teilzeitarbeit von 25 bis 30 Wochenstunden innerhalb dieser vier Monate beantragt und müssen am Stück genommen werden. Damit kann die Bezugsdauer auf maximal 28 Monate verlängert werden.	24 Monate
Steuern	
Werbungskosten Arbeitnehmer-Pauschbetrag jährlich	1.000 €
Beihilfen und Unterstützungen in Notfällen jährlich steuerfrei bis	600 €
Freibetrag für betriebliche Gesundheitsförderung jährlich	600 €
Beihilfe (Beihilfevorschrift Bund)	
Grenze bei Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegatten (im Jahr)	20.000 €
Einkommensgrenze für Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern	seit 2012 entfallen
Abzug bei Unterbringung im Zweibettzimmer (Kürzung der beihilfefähigen Aufwendungen)	14,50 €

[1] Pauschalabgabe für geringfügig Beschäftigte: 30 %; der Arbeitgeber trägt Beiträge alleine: GKV 13 %, GRV 15 % und Pauschalsteuer 2 %; bei haushaltsnahen Beschäftigungen beträgt die Pauschalabgabe 12 %: GKV 5 %, GRV 5 % und Pauschalsteuer 2 %. Arbeitgeber trägt zusätzlich Beiträge zur Berufsgenossenschaft und Umlageverfahren. Der Pauschalbeitrag zur GKV gilt nur für GKV-Versicherte (selbst versichert oder familienversichert) – nicht für PKV-Versicherte.

[2] Änderung im Bundeselterngeld- und Elternteilzeitgesetz, die zum 01.01.2015 in Kraft getreten ist und für Geburten ab dem 01.07.2015 gilt.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die starke Versichertengemeinschaft

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. ist mit ihrer über 100-jährigen Erfahrung, einer Beitragseinnahme von ca. 2,93 Mrd. Euro und ca. 2,54 Millionen versicherten Personen der fünft größte private Krankenversicherer in Deutschland.

Garantien für unsere Kunden

Wenn sie krank werden, werden wir aus diesem Grund

- ✓ niemals die Beiträge erhöhen
- ✓ niemals den Vertrag kündigen
- ✓ niemals die Leistungen kürzen.

Im Ausland

Ihr Versicherungsschutz gilt in ganz Europa und begleitet Sie ohne besondere Vereinbarung auch für 12 Monate ins außereuropäische Ausland (inkl. medizinisch notwendigem Auslandsrücktransport; bei Tod im Ausland erstatten wir im tariflichen Umfang auch Kosten für eine Überführung oder die Bestattung am Sterbeort: bis zu 11.000 Euro). Auf Wunsch ist eine Auslandsreise-Krankenversicherung möglich.

Vierfache Altersvorsorge in der Vollversicherung

Kostensteigerungen im Gesundheitswesen werden auch in Zukunft zu steigenden Beiträgen in GKV und PKV führen. Ihre SIGNAL IDUNA Krankenversicherungsbeiträge bleiben bezahlbar – auch im Alter. Dafür sorgen

- ✓ bereits im Beitrag einkalkulierte Alterungsrückstellungen
- ✓ zusätzliche Alterungsrückstellungen aus Überschüssen (so genannte Überzinsen)
- ✓ der gesetzliche Vorsorgezuschlag (10 % des Beitrages)
- ✓ und auf Wunsch: die private Beitragsentlastung (peB), um die Beiträge im Alter tatsächlich zu reduzieren.

Wenn Tarife mit dem so genannten Übertragungswert kalkuliert wurden, sind bei einem Unternehmenswechsel Teile der Alterungsrückstellung, die vollen Rückstellungen des gesetzlichen Vorsorgezuschlags sowie der Pflegepflichtversicherung übertragbar.

Überzinsen

Nahezu die gesamte PKV-Branche hatte mit Einführung der Unisexwelt den Rechnungszins von 3,5 % auf 2,75 % gesenkt. Damit erhöhten sich die Beiträge, aber gleichzeitig stiegen dadurch die Überzinsen. Höhere Überzinsen bedeuten mehr Mittel für die Beitragsstabilität im Alter. Langfristig gesehen ändert sich also für die KV-Vollversicherten durch die Absenkung des Rechnungszinses nahezu nichts.

Schnelle und unbürokratische Kostenerstattung

Sobald uns Arztrechnungen, Rezepte usw. eingereicht werden, überweisen wir innerhalb von wenigen Tagen die tariflich vereinbarten Leistungen. Dabei ist nicht Voraussetzung, dass die Rechnungen bereits bezahlt wurden.

SIGNAL IDUNA Card für Privatversicherte

SIGNAL IDUNA Krankenversicherte erhalten für die Behandlung in Deutschland die Card für Privatversicherte. Beim Arzt oder Zahnarzt weist sie diese Karte als Privatversicherten aus. Im Krankenhaus genügt es, die Karte vorzulegen, und schon ist die finanzielle Abwicklung der Unterkunftskosten geregelt.

Ausgezeichnete Qualität.

Dass Kunden mit der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. eine hervorragende Wahl treffen, bestätigen auch die vielen positiven Bewertungen von unabhängigen Ratingagenturen.

★★★★ SEHR GUT
M&M RATING
KV-Unternehmen
BILANZJAHRGÄNGE 2015-2019
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
Stand: 09/2020 – ID: D 20135 www.mm-ratings.de
MORGEN & MORGEN

Rating Private Krankenversicherung
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
mmm
für hervorragende Leistungen 05/2020
map-report

ASCORE
HERAUSRAGEND
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
Unternehmen PKV
10 | 2020 ascore.de/scorings

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die umfangreiche Produktpalette

✓ **Krankheitskosten-Versicherungen**

Krankheitskosten-Versicherungen für Privatpatienten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung, mit freier Wahl von Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker und Krankenhaus (Ein- oder Zweibettzimmer)

✓ **Krankenhaus-Zusatzversicherung**

als 100 %ige Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlungen im Ein- oder Zweibettzimmer einschließlich privatärztlicher Behandlung

✓ **Ambulante Ergänzungsversicherungen**

für gesetzlich Krankenversicherte

✓ **Ambulante Kostenerstattungsversicherung**

für gesetzlich Krankenversicherte

✓ **Eigenständige Zahnversicherungen**

als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung

✓ **Kinder-Gesundheitsschutz**

spezielles Angebot an Eltern für ihre Kinder

✓ **Krankenhaustagegeld-Versicherungen**

Bargeld für jeden Krankenhaustag ohne zeitliche Begrenzung

✓ **Krankentagegeld-Versicherungen**

Schutz vor Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit, mit Anpassungsgarantie bei allgemeinen und individuellen Einkommenssteigerungen – für Selbstständige und Arbeitnehmer

✓ **Beihilfetarife**

für Beihilfeberechtigte, für Anwärter auf den Beamtenberuf und Beamte mit freier Heilfürsorge sowie für Studenten an Hochschulen/ Fachhochschulen und Schüler an weiterbildenden Schulen

✓ **Kurtagegeldversicherung**

✓ **Pflegepflichtversicherung**

✓ **Geförderte Pflegeabsicherung (PflegeBAHR)**

staatlich gefördertes Monatsgeld als steuerfreie Barleistung bei Pflegebedürftigkeit als Grundergänzung mit Upgradeoption durch Tarif PflegeBAHRPLUS

✓ **Ergänzende Pflegeabsicherung**

je Tarif Tages- oder Monatsgeld als steuerfreie Barleistung bei Pflegebedürftigkeit zur weiteren Ergänzung (PflegeSchutz-Programm)

✓ **Spezielle Optionstarife**

für Wechselwillige in die PKV, die aber aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder Kündigungsfristen noch nicht sofort wechseln können

✓ **Beitragsentlastung im Alter**

besonderes KV-Angebot zur privaten Beitragsentlastung (peB) für Krankheitskostenvoll- und Beihilfevollversicherte

✓ **Betriebliche Krankenversicherung (bKV)**

spezielle Angebote sowohl für die arbeitgeberfinanzierte als auch für die arbeitnehmerfinanzierte bKV

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

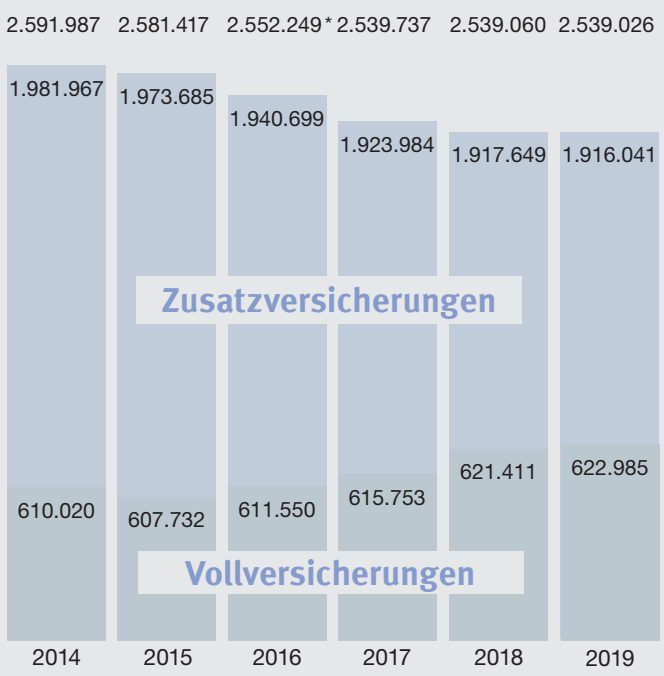
Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. und der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. sind am 15. August 2017 zur SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. verschmolzen. Für davor liegende Jahre gibt es keine gemeinsamen Kennzahlen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden vor der Verschmelzung liegende Vergangenheitswerte der beiden Vorgesellschaften addiert (Quelle: Geschäftsberichte der jeweiligen Vorgesellschaften).

Kennzahlen (gerundet)

	2018	2019
Beitragseinnahmen	2,86 Mrd. €	2,93 Mrd. €
Aufwendungen für Versicherungsfälle	2,35 Mrd. €	2,43 Mrd. €
Versicherte Personen	2,54 Mio.	2,54 Mio.
Deckungsrückstellung	21,17 Mrd. €	22,02 Mrd. €
Stand RfB	1,22 Mrd. €	1,13 Mrd. €
RfB-Quote	40,9 %	36,7 %
Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote	13,3 %	12,0 %
Nettoverzinsung	3,6 %	3,6 %

Die Zahlen für 2020 standen bei Drucklegung noch nicht fest (Quelle: Geschäftsberichte SIGNAL IDUNA Krankenversicherung).

Anzahl versicherte Personen



*) 2016 wurde die Zählweise geändert.

(Quelle: Geschäftsberichte SIGNAL IDUNA).

Es sind ca. 208.000 Personen bei SIGNAL IDUNA beihilfevollversichert (gezählt wurden sämtliche PVB-Versicherten, Stand: Dez. 2017)

Information zur Medizinischen Assistance.

Das Gesundheitsmanagement der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. – Sie haben einen Anspruch auf umfangreiche Leistungen, und das ganz ohne Mehrbeitrag.

Medizinische Assistance durch unseren Partner MED X.
SIGNAL IDUNA Kunden erhalten nicht nur eine schnelle Kostenabwicklung in der Krankenversicherung. Wir sind an der Seite unserer „Vollversicherten“. Erst recht, wenn sie krank sind – und das ganz ohne Mehrbeitrag. Rund um einen Krankenhausaufenthalt müssen SIGNAL IDUNA Versicherte wichtige Entscheidungen treffen. Dabei sind sie gerade dann schon genug mit Sorgen und Stress belastet. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bietet in dieser Zeit besondere Services – teilweise sogar mit Rechtsanspruch, da Bestandteil der Tarifbedingungen!

Die Medizinische Assistance:
Unser Team besteht aus ärztlichem und medizinischem Fachpersonal und Versicherungskaufleuten. Wir beraten und unterstützen die „Vollversicherten“ bei der

- ✓ Suche und Vermittlung medizinisch geeigneter Fachkliniken
- ✓ Organisation von Krankentransporten
- ✓ Organisation und Lieferung von individuell abgestimmten Hilfsmitteln
- ✓ Suche und Vermittlung wohnortnaher Therapiemöglichkeiten, beispielsweise im Anschluss an den Klinikaufenthalt

Schwerpunkte

- ✓ Neurologie (Schlaganfall, Hirnblutung, Schädel-Hirn-Verletzung, Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel, Guillain-Barré-Syndrom, Querschnittslähmung)
- ✓ Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik (Depression, Ess- und Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen)

Auf Wunsch steht wir Ihnen ebenfalls gerne bei folgenden Erkrankungen mit einer begleitenden medizinischen Beratung mit Rat und Tat zur Seite:

- ✓ Bei kardiologischen Erkrankungen (Herzinfarkt, Aorto-Coronare Venenbypass Operation, Herzklappenersatzoperation)
- ✓ Bei orthopädischen Erkrankungen (künstlicher Gelenkersatz von Knie und Hüfte, traumatische Wirbelkörperbrüche, Operation an der Bandscheibe)

Weiteres Angebot

- ✓ **24-h-Gesundheits-Hotline: 0231 135-9873**
  Dort erhalten Vollversicherte Informationen zu medizinischen Fragen (z. B. ärztliche Zweitmeinung, Infos zu Behandlungsmethoden und Medikamenten, Vorsorgeimpfungen, Benennung von Kliniken und Behandlern).

Ihr Ansprechpartner

Umfassende Informationen zum Thema Medizinische Assistance erhalten Sie telefonisch unter:

0231 135-4753

sowie im Internet unter

www.medexpertise.de

SIGNAL IDUNA Gesundheitswelt

Informationen zur SIGNAL IDUNA Gesundheitswelt finden Sie auf Seite 130 sowie im Internet unter *www.signal-iduna.de/gesundheitswelt*

Nutzen Sie die „**meine SIGNAL IDUNA App**“, um

- ✓ papierlos Rechnungen einzureichen
- ✓ vergangene Arztbesuche einzusehen
- ✓ Vorsorgeuntersuchungen zu planen

Krankenversicherung im Alter

Neuregelung für Versorgungsbezüge! Seite 127

Bezahlbare PKV-Beiträge

Die Leistungen einer SIGNAL IDUNA Krankenversicherung sind ein Leben lang garantiert. SIGNAL IDUNA unternimmt eine ganze Menge, um die Beitragsentwicklung zu stabilisieren.

Der Beitrag einer SIGNAL IDUNA Krankenversicherung wird über die gesamte Versicherungsdauer so kalkuliert, dass er in jungen Jahren oberhalb der zu erwartenden Gesundheitsleistungen liegt (positive Differenz). Diese positive Differenz schließt die Lücken in späteren Jahren, wenn der Beitrag unter den zu erwartenden Leistungen liegt. Dadurch wird sichergestellt, dass der Beitrag nicht nur alleine wegen des Älterwerdens steigt.

Aus dieser positiven Differenz werden die so genannten Alterungsrückstellungen gebildet. Darüber hinaus hilft der gesetzliche Vorsorgezuschlag von 10 % die Beiträge im Alter stabil zu halten.

Beides ist bereits in die Krankenversicherungsbeiträge eingerechnet. Zudem fallen Zinserträge an, die durch eine professionelle Kapitalanlage der SIGNAL IDUNA erzielt werden. Diese so genannten Überzinsen entstehen durch Erträge, die über dem Rechnungszins liegen. Diese Zinserträge kommen hauptsächlich den Versicherten zugute.

Zusätzlich zu den vorgenannten Stabilisierungsmaßnahmen können die Krankenversicherungsbeiträge im Alter reduziert werden: mit peB, der privaten Beitragsentlastung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (siehe Seite 81).

Vom Rentenversicherungsträger gibt es im Alter zu den PKV-Beiträgen noch einen Zuschuss in Höhe von 7,95 % (Hälfte allgemeiner Beitragssatz plus Hälfte durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz) des Rentenzahlbetrages. Je 1.000 Euro Rente ermäßigt sich der Beitrag also noch einmal um 79,50 Euro!

Die SIGNAL IDUNA KV-Beiträge im Alter

- ✓ Vorsorgezuschlag endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird.
- ✓ Ab Alter 65 stabilisieren die Mittel aus dem Vorsorgezuschlag und den Überzinsen die Krankenversicherungsbeiträge; ab Alter 80 können sie den Beitrag auch reduzieren
- ✓ Ab Rentenbeginn entfällt der Beitrag für das Krankentagegeld
- ✓ Ab Rentenbeginn wird vom Rentenversicherungsträger ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt
- ✓ Ab dem vereinbarten Alter reduziert sich der Krankenversicherungsbeitrag um den vom Kunden individuell festgelegten Betrag der privaten Beitragsentlastung (peB).
- ✓ Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge sind im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes steuerlich abzugsfähig

Und wie hoch wäre der GKV-Beitrag?

Rentner werden in der GKV pflichtversichert (Krankenversicherung der Rentner = KVdR), wenn sie die Vorversicherungszeit erfüllen.

Erstmalige Erwerbstätigkeit — Tag der Rentenantragstellung

Lebensarbeitszeit

2. Hälfte der Lebensarbeitszeit

Pflichtversicherung als Rentner, wer mindestens 90 % dieser Zeit in der GKV versichert war.

Freiwillige Weiterversicherung als Rentner, wer weniger als 90 % dieser Zeit in der GKV versichert war.

Anrechnung von Kinderzeiten auf die 9/10tel-Regelung siehe Seite 126.

Beitragspflichtige Einnahmen GKV-versicherter Rentner

Pflichtversicherter Rentner	Freiwillig versicherter Rentner
1. Zahlbetrag der gesetzlichen Rente 2. Zahlbetrag von Versorgungsbezügen (z. B. betriebliche Altersversorgung oder Zusatzversorgungen im öffentlichen Dienst), Kapitalleistungen werden mit 1/120stel über 10 Jahre verteilt 3. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit Zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören auch die entsprechenden Hinterbliebenenrenten bzw. Versorgungen Für die o. g. Einnahmen nach Nr. 2 und 3 gilt 2021 eine monatliche Freigrenze von 164,50 € (= 1/20 Bezugsgröße). Darüber hinaus gilt nur für Versorgungsbezüge (Nr. 2) ein Freibetrag von 164,50 €.	1. Zahlbetrag der gesetzlichen Rente 2. Zahlbetrag von Versorgungsbezügen (z. B. betriebliche Altersversorgung oder Zusatzversorgungen im öffentlichen Dienst), Kapitalleistungen werden mit 1/120stel über 10 Jahre verteilt 3. Arbeitseinkommen 4. Einkünfte aus Kapitalvermögen 5. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung 6. Sonstige Einnahmen zum Lebensunterhalt Für freiwillig Versicherte gibt es keine Freigrenze und keinen Freibetrag. Hier sind Einnahmen bereits ab dem 1. Cent beitragspflichtig.

Beispiel: Beitragshöhe für GKV-versicherte Rentner

Stand: 01.01.2021	Pflichtversicherter Rentner (KVdR)	Freiwillig versicherter Rentner
Gesetzliche Rente 2.000 €		
KV (14,6 % + 1,3 %)	318,00 €	318,00 €
Pflege (3,05 %)	61,00 €	61,00 €
Betriebsrente 800 € (635,50 €)		
KV (14,6 % + 1,3 %)	101,04 €	127,20 €
Pflege (3,05 % von 800 €)	24,40 €	24,40 €
Zinsen 300 €		
KV (14,0 % + 1,3 %)	-	45,90 €
Pflege (3,05 %)	-	9,15 €
Mieteinnahmen 725 €		
KV (14,0 % + 1,3 %)	-	110,93 €
Pflege (3,05 %)	-	22,11 €
Bruttobeitrag		
KV	419,04 €	602,03 €
Pflege	85,40 €	116,66 €
Gesamter Beitrag	**504,44 €**	**718,69 €**
abzüglich KV-Zuschuss 7,95 % von 2.000 €	159,00 €	159,00 €
Beitragsanteil Rentner	**345,44 €**	**559,69 €**

14,6 % = allgemeiner Beitragssatz
7,95 % = Zuschuss Rentenversicherungsträger Hälfte von (14,6 % + individueller Zusatzbeitrag von 1,3 %)
14,0 % = ermäßigter Beitragssatz
1,3 % = unterstellter individueller Zusatzbeitragssatz nach § 242 SGB V; kann je nach Kasse auch höher oder geringer ausfallen
3,05 % = Beitragssatz zur Pflegepflichtversicherung; „kinderlose“ Rentner, ab dem 01.01.1940 geboren müssen 3,3 % zahlen

Urteil Bundessozialgericht (BSG) für freiwillig Versicherte

Auch freiwillig versicherte Rentner in der GKV müssen für Leistungen einer privaten Lebens- oder Rentenversicherung Beiträge an die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung abführen. Diese Rechtsauffassung hat das BSG am 27.01.2010 bestätigt (Az.: B12 KR 28/08 R). Der Spitzenverband Bund hat für Kapitalleistungen in diesem Zusammenhang die 1/120stel-Regelung festgelegt. Es werden also 1/120stel einer Kapitalleistung im Monat (bis zur BBG) 10 Jahre lang verbeitragt. Privat Krankenversicherte sind hiervon nicht betroffen.

Vergleich von **GKV** und **PKV**

Wer sich zum Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur privaten Krankenversicherung (PKV) entschließt – insbesondere Arbeitnehmer mit einem jährlichen Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze oder Selbstständige – verlangt Aufklärung und Garantien. Durch permanente Leistungseinschränkungen in der GKV ist es besonders wichtig, das Preis-/ Leistungsverhältnis zu vergleichen. Wer sich privat krankenversichern möchte, kann auswählen. Deshalb beziehen sich die nachfolgenden Aussagen auf die SIGNAL IDUNA Unisex-Tarife der Neugeschäftspalette und nicht etwa auf Tarife mit besonderen Leistungseinschränkungen wie z. B. den Basistarif.

Kassenpatient (GKV)

Beim Arzt

Die Behandlung erfolgt grundsätzlich durch „Vertragsärzte"; ein Arztwechsel ist nur eingeschränkt möglich.

Hinweis: Die Praxisgebühr von 10 Euro/Quartal ist zum 01.01.2013 weggefallen.

Für Arzneimittel, Heilmittel (Massagen, Fango, Bestrahlungen usw.) und Hilfsmittel (Hörgeräte, Sehhilfen, Krankenfahrstühle usw.) gelten Festbeträge oder Höchstpreise.

Daneben gelten je Mittel folgende Selbstbeteiligungen:

Arzneimittel

Je Medikament 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro; jedoch nicht mehr als den tatsächlichen Preis. Von dieser Zuzahlung können Arzneien dann ausgenommen werden, wenn sie gemäß Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegen.

Heilmittel

10 % der Kosten für jedes Mittel plus 10 Euro je Verordnung.

Beispiel:

Verordnung von 6 Massagen (z. B. je 12,00 €)
und 6 x Fango (z. B. je 8,50 €)

Kosten Massage (6 x 12,00 €)	=	72,00 €
Kosten Fango (6 x 8,50 €)	=	51,00 €
insgesamt	=	123,00 €
Zuzahlung des Versicherten 10 %	=	12,30 €
plus 10 € je Verordnungsserie	=	20,00 €

Hilfsmittel

Die Zuzahlung beträgt für jedes Hilfsmittel 10 % (mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro). Eine Versorgung zum Festbetrag ist nicht zuzahlungsfrei. Für Brillen und Kontaktlinsen wird bei Kindern unter 18 Jahren geleistet; bei Erwachsenen nur, wenn bestimmte medizinische Indikationen vorliegen. Wird ein Mittel oberhalb des Festbetrags gewählt, trägt der Patient die Preisdifferenz zu 100 %.

Darüber hinaus wird vom Versicherten für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 10 % (mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro) verlangt.

BSG-Urteil - B3KR20/08R -

Liegt eine Behinderung vor, kann ein Hilfsmittel gewählt werden, das diese ausgleicht. Kann ein Hilfsmittel, das unter den Festbetrag fällt, die Behinderung nicht ausgleichen, muss die Krankenkasse auch für ein Hilfsmittel leisten, das unter Umständen erheblich teurer ist.

Privatpatient (Marke SIGNAL IDUNA)

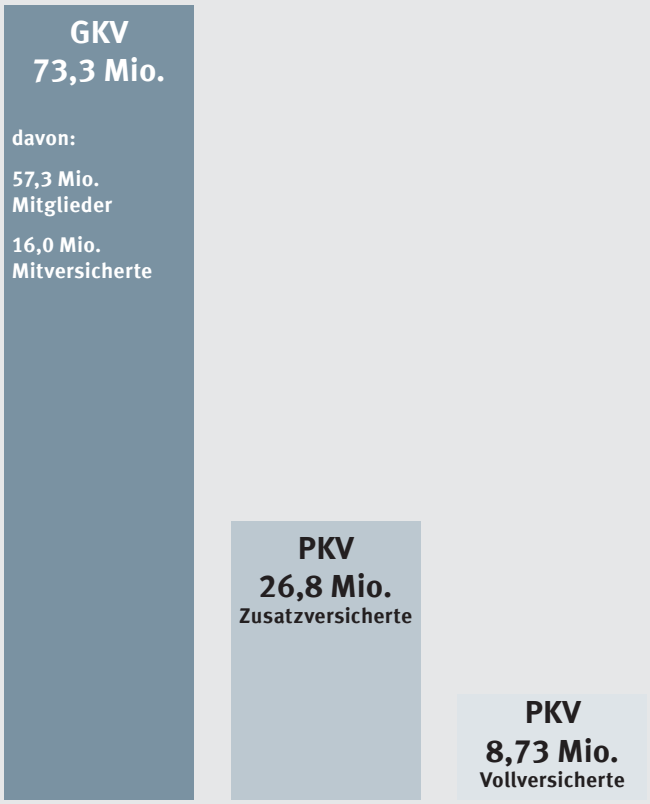
Beim Arzt

Sie lassen sich vom Arzt oder Spezialisten behandeln, den Sie sich ausgesucht haben.

Wir erstatten im tariflichen Rahmen alle wissenschaftlich anerkannten Medikamente und Heilbäder, Massagen, Bestrahlungen, Inhalationen etc., die vom Arzt verordnet werden.

Leistungsstarke Kostenerstattung je nach Tarif für Heil- und Hilfsmittel, von Brillengläsern und Kontaktlinsen.

Krankenversicherung in Deutschland



Quelle: BMG und PKV-Verband (Stand: 2020)

Vergleich von **GKV** und **PKV**

Kassenpatient (GKV)

Im Krankenhaus

Versicherte sind verpflichtet, das vom Arzt in der Einweisung genannte Krankenhaus aufzusuchen (grundsätzlich das Ihrem Wohnort nächst gelegene Vertragskrankenhaus, die sogenannte „Einweisungsklausel“). Die Behandlung erfolgt – ohne Einflussmöglichkeit – durch den Dienst habenden Arzt.

Die Krankenkasse erstattet nur die allgemeinen Krankenhausleistungen. Das bedeutet unter anderem Unterbringung im Mehrbettzimmer. Als „häusliche Ersparnis“ müssen für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr pro Kalendertag 10 Euro gezahlt werden.

Bei Arbeitsunfähigkeit

Bei einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit wird Krankengeld durch die Krankenkasse gezahlt; längstens bis zur 78. Krankheitswoche, innerhalb von 3 Jahren für dieselbe Krankheit. Versicherte müssen dabei auf ca. 22 % ihres letzten Nettoeinkommens verzichten (Entgeltlücke). Versicherungspflichtige Arbeitnehmer benötigen zur Absicherung der Entgeltlücke ein bedarfsgerechtes Krankentagegeld.

Empfehlung
Das bedarfsgerechte Krankentagegeld ist abhängig vom Einkommen.

Beim Zahnarzt

Die GKV erkennt für Zahnersatz nur Festzuschüsse an. Deren Höhe hängt vom jeweiligen Befund (z. B. ein fehlender Zahn) ab und orientiert sich an den durchschnittlichen Kosten einer einfachen Versorgung. Der Versicherte erhält als Festzuschuss 60 % (nach mind. 5-jähriger regelmäßiger Vorsorge 70 %, nach mind. 10-jähriger Vorsorge 75 %) dieser festgelegten Werte. Bei einer hochwertigen Versorgung beteiligt sich die GKV gar nicht oder nur mit dem Festzuschuss einer einfachen Versorgung. Vereinfacht gilt: je hochwertiger die gewählte Versorgung, desto größer sind die zusätzlichen Eigenbeteiligungen.

Gesetzliche Neuregelung:
Seit dem 01.10.2020 haben sich die Erstattungssätze von 50 %, 60 % und 65 % auf 60 %, 70 % und 75 % erhöht!

Beim Heilpraktiker

Kein Leistungsanspruch.

Im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt nur in Ländern der EU bzw. in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen; teilweise mit hohen Eigenbeteiligungen, da die Regelungen des Behandlungslandes angewendet werden. Die Erstattung von Rücktransportkosten ist in jedem Fall ausgeschlossen.

Privatpatient (Marke SIGNAL IDUNA)

Im Krankenhaus

Versicherte suchen sich das Krankenhaus aus, in dem sie behandelt werden wollen. Als Privatpatient wählt der Versicherte den Arzt seines Vertrauens. Die führenden Ärzte bzw. Spezialisten des Krankenhauses sind für ihn da.

Komfortabel, ruhig und mit individueller medizinischer Betreuung und Pflege kann - je nach Tarif - die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer gewählt werden (Ausnahmen: Tarife START; Tarif START-PLUS falls kein Unfall vorliegt).

Keine Selbstbeteiligung oder Vorauszahlungen (Ausnahmen: Tarife START, START-PLUS, KOMFORT 1, 2, 3; KOMFORT-PLUS 1, 2, 3; EXLUSIV 1, 2 und EXKLUSIV-PLUS 1, 2 – Anrechnung auf den absoluten Selbstbehalt. Nebenkosten wie Fahrgeld, Krankengeschenke oder Genesungsurlaub sollten am besten über ein Krankenhaustagegeld abgesichert werden.

Bei Arbeitsunfähigkeit

Krankentagegeld bis zur Höhe des monatlichen Nettoeinkommens ohne die 78-Wochen-Begrenzung.

Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes im Tarif ESP-VA

Beim Zahnarzt

Sämtliche zahnärztlichen Leistungen als Privatpatient. Die Kosten (Prophylaxe, Zahnersatz, Zahnbehandlung, Kieferorthopädie) werden – je nach Tarif – zu 75 bis 100 % erstattet. Auch eine höherwertige Versorgung wird übernommen.

Beim Heilpraktiker

Natürlich leisten wir auch für die Behandlung durch Heilpraktiker (Ausnahme: Tarife START, START-PLUS).

Im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt in ganz Europa, für Aufenthalte bis zu 12 Monate auch weltweit (Sonderregelung für die Verdienstausfall- und die Pflegepflichtversicherung). Die Erstattung von medizinisch notwendigen Rücktransportkosten ist ebenfalls enthalten. Bei Tod im Ausland erstatten wir bis zu 11.000 Euro für die Überführung oder Bestattung am Sterbeort.

Anmerkung zu den GKV-Leistungen: Einige Krankenkassen werben über Bonusprogramme bzw. Satzungsregelungen auch mit der Übernahme von Leistungen, die nicht im gesetzlichen Leistungskatalog enthalten sind. Diese sind hier nicht berücksichtigt, weil es sich um jederzeit widerrufbare Leistungen handelt.

Eigenbeteiligungen in der GKV

Überblick der gesetzlichen Eigenbeteiligungen	
Arzneimittel, Verbandmittel Seit dem 01.07.2006 ist das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) in Kraft. Danach sind besonders preisgünstige Arzneimittel von der 10 %igen Zuzahlung befreit. Besonders preisgünstig ist ein Arzneimittel, wenn sein Preis mindestens 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt.	**Eigenbeteiligung** Zuzahlung: 10 %, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro (höchstens den Preis des Medikaments, des Verbandmittels) **Wichtig:** Hat die Krankenkasse einen Rabattvertrag mit einem Pharmaunternehmen abgeschlossen, bekommt der Versicherte grundsätzlich nur noch die Medikamente dieses Herstellers. Die Versicherten haben jedoch die Möglichkeit durch eventuelle Zahlung der Mehrleistung ihr bisheriges Medikament weiter zu beziehen. Hierfür zahlen sie in der Apotheke den vollen Preis des Medikaments. Dieser Betrag wird ihnen dann von ihrer Krankenkasse aber nicht voll erstattet. **Zusätzlich:** – 100 % der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten – 100 % für Arzneimittel gegen geringfügige Gesundheitsstörungen z. B. Erkältungskrankheiten – 100 % von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten
Fahrkosten ambulante Mietwagen- und Taxifahrten	**Eigenbeteiligung** grundsätzlich 100 %
Rettungsfahrten	**Eigenbeteiligung** Zuzahlung: 10 %, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro
Heilmittel Massagen, Krankengymnastik, etc.	**Eigenbeteiligung** Zuzahlung: 10 % je Anwendung plus 10 Euro je Verordnung
Haushaltshilfe	**Eigenbeteiligung** Zuzahlung: 10 % der Leistung pro Tag, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro, nie mehr als die Leistungshöhe
Hilfsmittel – sämtliche Hilfsmittel – sämtliche Hilfsmittel – Brillengestelle – Brillengläser und Kontaktlinsen für ... • Kinder unter 18, schwer sehbeeinträchtigte Erwachsene, Erwachsene mit Kurz- oder Weitsichtigkeit > 6 Dioptrien oder Erwachsene mit Hornhautverkrümmung > 4 Dioptrien • alle anderen	**Eigenbeteiligung** – Zuzahlung: 10 % je Hilfsmittel (mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro) – 100 % der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten – 100 % – 100 % der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten – 100 %
Krankenhausbehandlung – Pro Kalendertag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr – Behandlung im 1- und 2-Bettzimmer sowie durch Privatarzt	**Eigenbeteiligung** – Zuzahlung: 10 Euro bei vergleichbaren Krankenhäusern nur Anspruch auf Krankenhäuser mit niedrigem Preisniveau – 100 %
Anschlussrehabilitation Pro Kalendertag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr	**Eigenbeteiligung** Zuzahlung: 10 Euro
Zahnersatz – einfache kassenzahnärztliche Versorgung als Festzuschuss – darüber hinausgehende Leistungen – Inlays	**Eigenbeteiligung** – 25 % bis 40 % je nach Vorsorgebonus – 100 % – rund 95 %
Kieferorthopädie – kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG) 1 - 2 – kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG) 3 - 5	**Eigenbeteiligung** – 100 % – für z. B. hochwertigere Materialien, spezielle Versiegelungen, zusätzliche Kontrolluntersuchungen und -behandlungen etc.
Heilpraktiker	**Eigenbeteiligung** pro Behandlung 100 %
Verdienstausfall	**Eigenbeteiligung** bei Arbeitsunfähigkeit rund 22 % des Nettoeinkommens – bei Einkünften über Beitragsbemessungsgrenze deutlich höher
Hinweis: Die Praxisgebühr von 10 Euro/Quartal ist seit dem 01.01.2013 nicht mehr zu zahlen!	

Eigenbeteiligungen in der GKV – speziell beim Zahnersatz

Eine Zahnzusatzversicherung benötigen gesetzlich Krankenversicherte in jedem Fall. Selbst bei einer einfachen Versorgung (Regelversorgung) zahlen sie mindestens 35 % aus der eigenen Tasche.

Entscheiden sie sich für eine komfortablere Versorgungsform (gleichartige bzw. andersartige Versorgung) wie Implantate, höherwertige Kronen und Brücken, wird die Belastung noch deutlicher höher; für Inlays übernimmt die gesetzliche Krankenkasse ohnehin durchschnittlich nur ca. 10 %.

Für die entstehenden Mehrkosten müssen Versicherte komplett selbst zu 100 % aufkommen. Das können dann schnell tausend Euro oder mehr sein.

Neben den erwähnten Eigenbeteiligungen im Bereich des Zahnersatzes entstehen aber auch Lücken in der Zahnbehandlung – speziell bei Parodontosebehandlungen, Wurzelbehandlungen und Kunststoff-Füllungen – sowie bei der Zahnpflege (professionelle Zahnreinigung) und Kieferorthopädie.

Es kann zwischen einer preisgünstigen Ergänzung der Regelversorgung oder einer höherwertigen Rundum-Absicherung gewählt werden.

Was ist eine Regelversorgung?

Die Regelversorgung ist eine einfache Zahnersatzausführung mit preiswerten Material- und Laborkosten.

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt maximal 75 % der Regelversorgung als Festzuschuss. Darüber hinaus wird der Zahnarzt aber in den meisten Fällen eine höherwertige Versorgungsform anbieten, an deren Mehrkosten sich die gesetzliche Krankenkasse nicht mehr beteiligt.

Was ist eine höherwertige Versorgungsform?

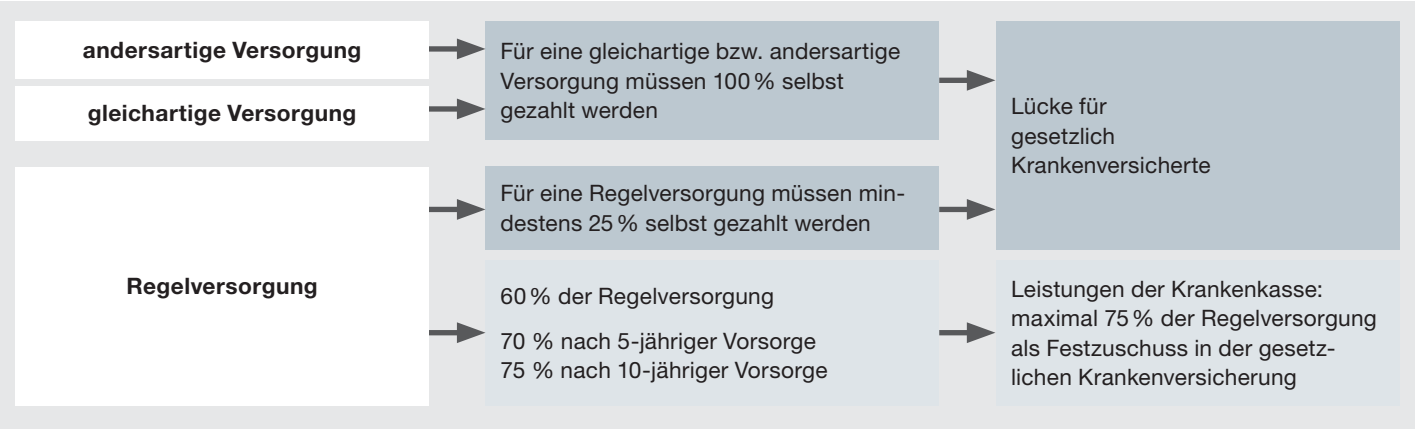
Bei der höherwertigen Versorgungsform spricht man von einer gleichartigen oder von einer andersartigen Versorgung.

- **gleichartige Versorgung**

  Eine gleichartige Versorgung liegt vor, wenn zum einen die Regelversorgung und zum anderen zusätzliche bessere Leistungen (z. B. Verblendungen im nicht sichtbaren Bereich) in Anspruch genommen werden. In diesem Fall wird nur der Festzuschuss gewährt, der bei einer Regelversorgung angefallen wäre. Die Zahnärzte berechnen die Regelversorgung nach den üblichen Kassensätzen (zahnärztlicher Bewertungsmaßstab – BEMA) und die zusätzlichen privaten Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) [1].

- **andersartige Versorgung**

  Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn die Entscheidung nicht auf die Regelversorgung (z. B. normale Brücke), sondern auf eine komplett andere Versorgungsform (z. B. Implantat) fällt. Auch in diesem Fall wird nur der Festzuschuss gewährt, der bei einer Regelversorgung angefallen wäre. Die Zahnärzte berechnen ihre Leistungen aber nicht mehr nach der GKV-Gebührenordnung BEMA, sondern vollständig nach der privaten GOZ. Hierbei können die Zahnärzte den kompletten Rahmen der GOZ ausschöpfen, mit entsprechender Begründung also bis zum 3,5-fachen Satz berechnen.



[1] Was genau ist eigentlich die GOZ und für wen gilt sie?

Die GOZ regelt für „Privatpatienten" die Vergütung von zahnärztlichen Leistungen. Hierzu zählen keine Material- und Laborkosten, sondern nur das reine Honorar des Zahnarztes. Betroffen sind auch GKV-Versicherte dann, wenn sie Leistungen außerhalb des Leistungskataloges der Regelversorgung in Anspruch nehmen. Dies ist in der Praxis fast immer der Fall!

Beispiel

Beispielsweise erhalten GKV-Versicherte für 3 Implantate mit 3 Kronen einen Festzuschuss in Höhe von 1.670 €. Für eine Metallbrücke ohne Verblendung (= Regelversorgung) liegt der GKV-Anteil bei 557 €.

Höhere Leistungen für Versicherte bei unzumutbarer Belastung

GKV-Versicherte, die durch die entstehenden Kosten für den Zahnersatz unzumutbar belastet werden, erhalten bei Inanspruchnahme einer Regelversorgung 100 % der Regelversorgung. Bei gleichartiger bzw. andersartiger Versorgung erhalten Versicherte, die unzumutbar belastet würden, höchstens den **doppelten Festzuschuss.**

Als unzumutbar belastet gelten Versicherte, deren Einnahmen zum Lebensunterhalt folgende Grenzen je Haushalt in 2021 nicht überschreiten:

- Alleinstehende 1.316,00 Euro monatlich
- 2 Personen 1.809,50 Euro monatlich
- 3 Personen 2.138,50 Euro monatlich
- 4 Personen 2.467,50 Euro monatlich
- jede weitere Person 329,00 Euro monatlich

Leistungsbeispiele für GKV-Versicherte im Zahnbereich

Schließen der Lücke!

Wie gesetzlich Krankenversicherte beim Zahnarzt ihre Eigenbeteiligung reduzieren können, zeigen die nachfolgenden Beispiele.

Auch Vorsorge ist wichtig.

Zahnärzte empfehlen als Vorsorge ein bis zwei Mal im Jahr eine professionelle Zahnreinigung. Doch diese ist nicht im gesetzlichen Leistungskatalog enthalten.

Das heißt: Auch diese Kosten tragen gesetzlich Versicherte selbst. **Deshalb ist es so wichtig einen ergänzenden Zahnzusatzschutz zu haben**.

Mehr Details und Onlineantrag auf unserer Homepage:
www.signal-iduna.de/zahnzusatz

Ihre Zahn(kosten)lücken in der GKV.

	Metallbrücke ohne Verblendung (Regelversorgung)	2 Füllungen	2 Keramik-Inlays	3 Implantate mit 3 Kronen	Professionelle Zahnreinigung
Rechnungsbetrag	819,83 €	252,00 €	1.280,00 €	10.059,45 €	101,00 €
GKV-Anteil[1]	556,81 €	94,00 €	94,00 €	1.670,43 €	0,00 €
Ihr Eigenanteil ohne SIGNAL IDUNA	**263,02 €**	**158,00 €**	**1.186,00 €**	**8.389,02 €**	**101,00 €**

Unser Leistungsturbo: ZahnTOP/ZahnTOPpur

Wählen Sie die Absicherung, die am besten zu Ihnen passt!

Tarif ZahnTOP/ZahnTOPpur – beste Absicherung: generell 90 % (inklusive GKV-Leistung)					
Leistungen aus ZahnTOP/ZahnTOPpur [1]	263,02 €	132,80 €	1.058,00 €	7.383,08 €	90,90 €
Ihr Eigenanteil mit SIGNAL IDUNA	**0,00 €**	**25,20 €**	**128,00 €**	**1.005,94 €**	**10,10 €**
ZahnPLUS/ZahnPLUSpur – sehr gute Absicherung: generell 70 % (inklusive GKV-Leistung)					
Leistungen aus ZahnPLUS/ ZahnPLUSpur [1]	263,02 €	82,40 €	802,00 €	4.000,00 €[2]	70,70 €
Ihr Eigenanteil mit SIGNAL IDUNA	**0,00 €**	**75,60 €**	**384,00 €**	**4.389,02 €**	**30,30 €**
Tarif ZahnSTARTpur – gute Absicherung: generell 50 % (inklusive GKV-Leistung)					
Leistungen aus ZahnSTARTpur [1]	263,02 €	32,00 €	546,00 €	2.000,00 €[2]	50,50 €
Ihr Eigenanteil mit SIGNAL IDUNA	**0,00 €**	**126,00 €**	**640,00 €**	**6.389,02 €**	**50,50 €**

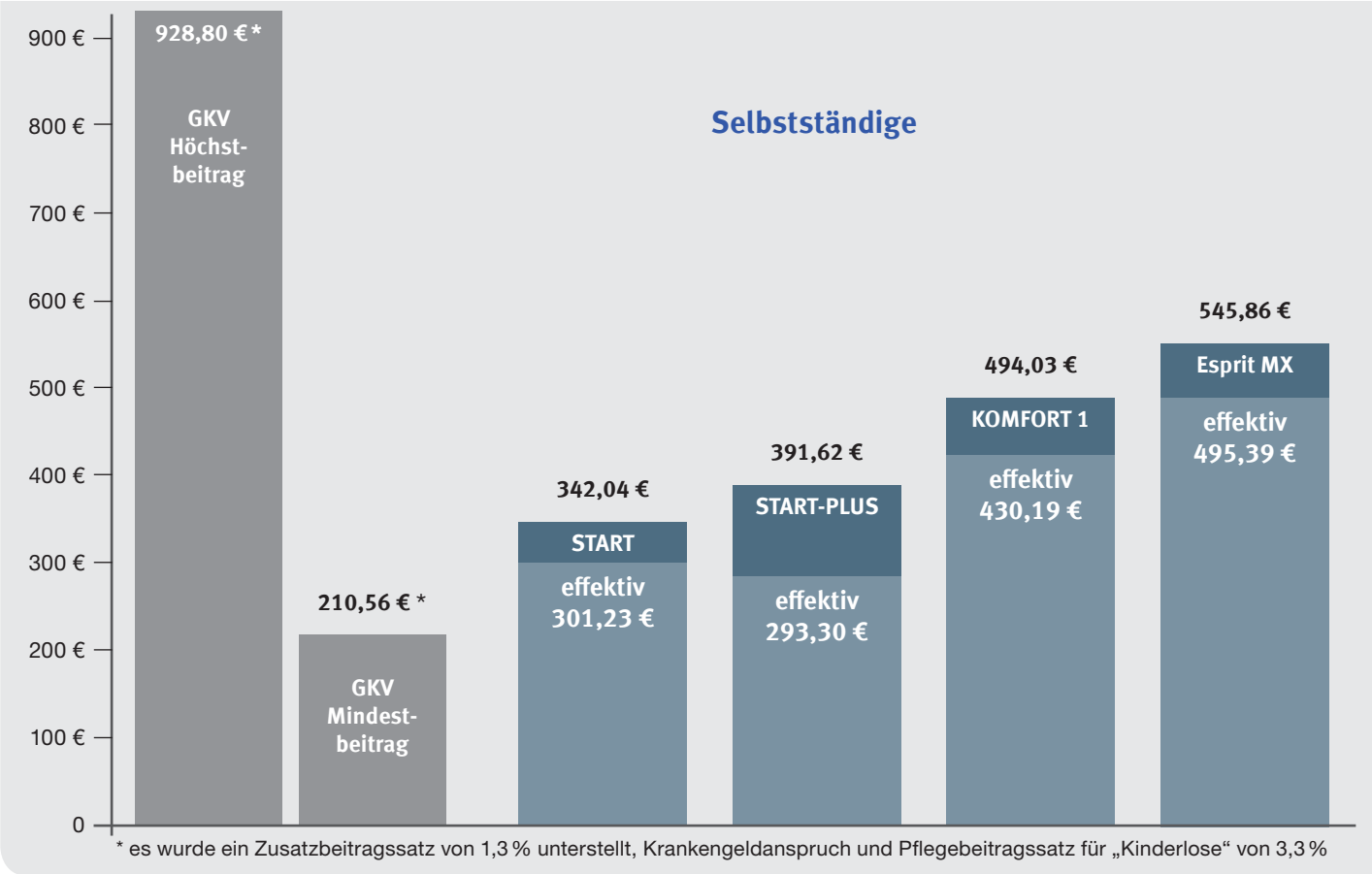
In den Beispielen wurde ein Festzuschuss (gültig ab dem 01.10.2020) der GKV nach zehn Jahren regelmäßiger Zahnvorsorge zugrunde gelegt.

[1] In den Beispielen wurde ein Festzuschuss der GKV nach zehn Jahren regelmäßiger Zahnvorsorge zugrunde gelegt. Die Zahnhöchstsätze sind erfüllt.
[2] Die Erstattung erhöht sich tarifgemäß, sofern eine Behandlung jahresübergreifend erfolgt.

Beitragsvergleich GKV und PKV 2021

Selbstständige

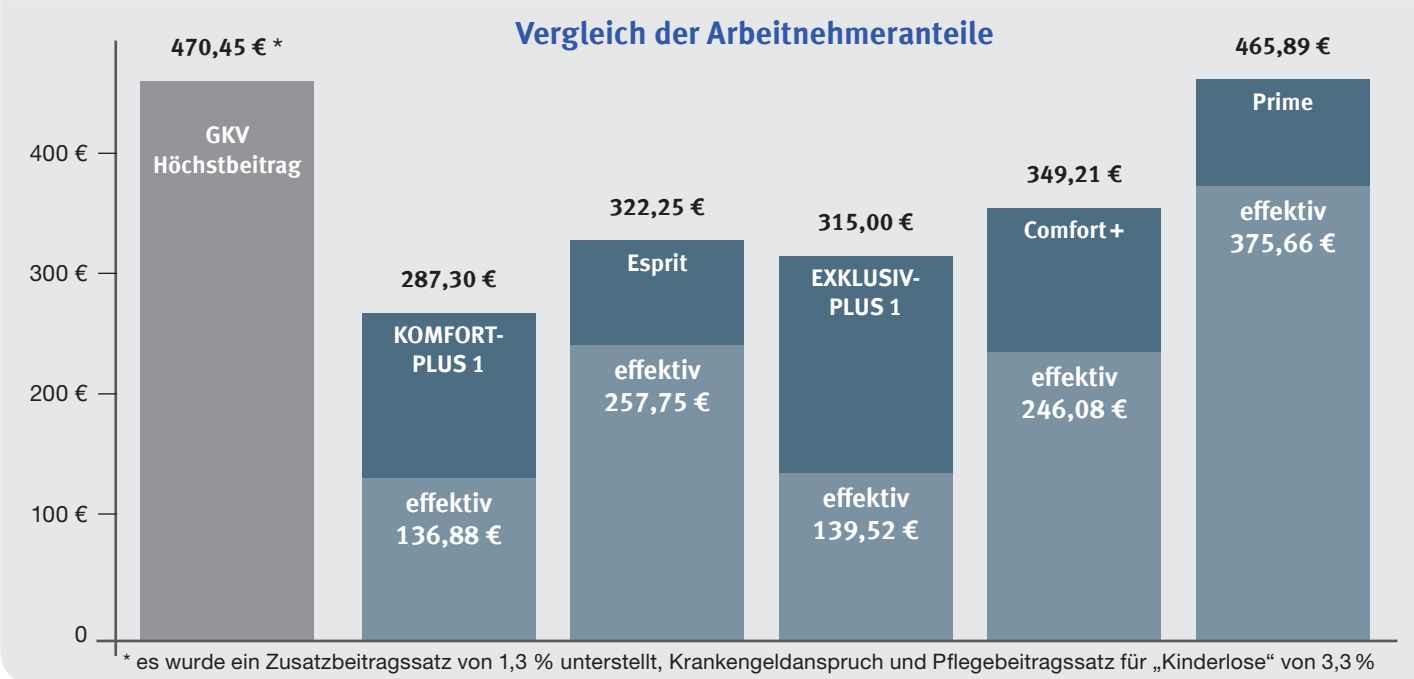
Selbstständige gehören grundsätzlich in die PKV. Für sie kann sich der Wechsel zur SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. lohnen. Die folgenden Beispiele verdeutlichen das (Monatsbeiträge inkl. Vorsorgezuschlag, PVN und Krankentagegeld ESP-VS 43/75, für 32-jährige(n) Mann/ Frau). Durch Beitragsrückerstattung und zusätzlich im START-PLUS der Gesundheitsbonus von bis zu 600 Euro ist eine Reduzierung nach 3 Jahren auf die genannten Effektivbeiträge (Erklärung siehe Seite 108) möglich.



* es wurde ein Zusatzbeitragssatz von 1,3 % unterstellt, Krankengeldanspruch und Pflegebeitragssatz für „Kinderlose“ von 3,3 %

Höherverdienende Arbeitnehmer

Höherverdienende Arbeitnehmer sparen in vielen Fällen beim Wechsel zur SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. eine Menge Geld. Das verdeutlichen die folgenden Beispiele (Monatsbeiträge inklusive Vorsorgezuschlag, PVN und Krankentagegeld ESP-VA 43/120, für 32-jährige(n) Mann/ Frau). Durch Beitragsrückerstattung und zusätzlich in den „PLUS“-Varianten der Gesundheitsbonus von bis zu 900 Euro bzw. die Pauschale Abgeltung im Comfort + (und obendrein der Verhaltensbonus von bis zu 300 Euro im EXKLUSIV-PLUS) ist eine Reduzierung nach 3 Jahren auf die ebenfalls aufgeführten Effektivbeiträge (Erklärung siehe Seite 108) möglich.

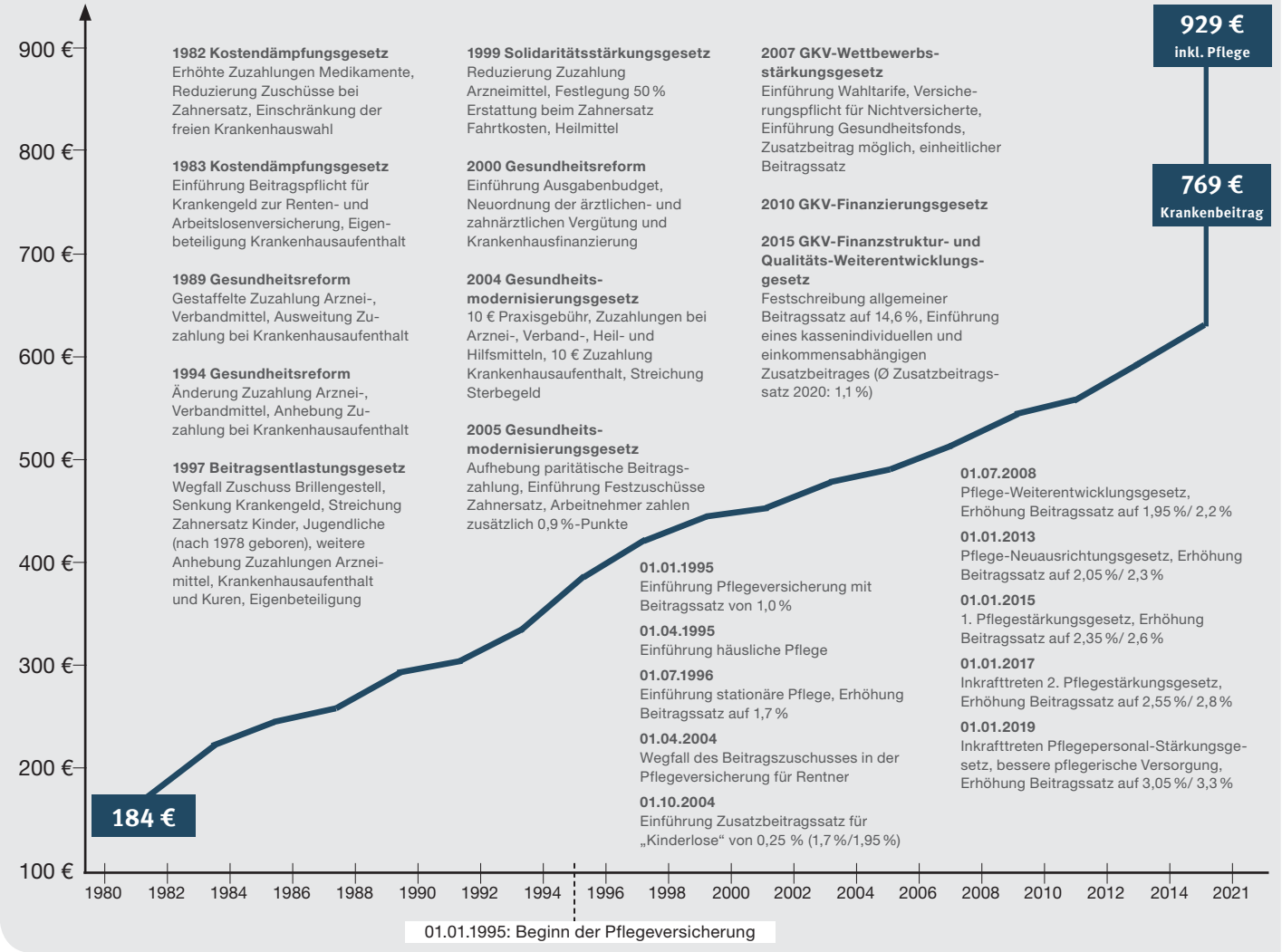


* es wurde ein Zusatzbeitragssatz von 1,3 % unterstellt, Krankengeldanspruch und Pflegebeitragssatz für „Kinderlose“ von 3,3 %

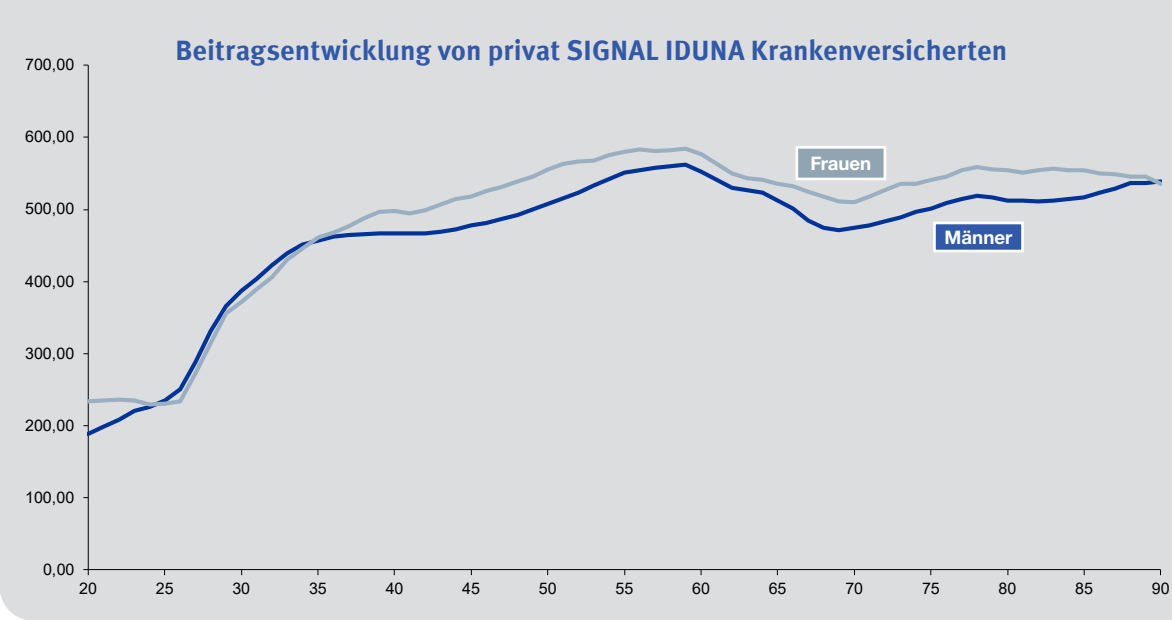
Beitragsentwicklung in der GKV und in der PKV

Fazit nach 42 Jahren in der gesetzlichen Krankenversicherung:

- Zahlreiche Reformen und stark gestiegene Höchstbeiträge – von umgerechnet 184 € auf ca. 769 €
- Inklusive Pflege beträgt der Höchstbeitrag aktuell ca. 929 €



*) Hinweis: Die GKV-Beiträge 2021 wurden mit dem allgemeine Beitragssatz von 14,6 % und einem unterstellten Zusatzbeitragssatz von 1,3 % sowie einem Pflegebeitragssatz von 3,3 % berechnet.



Dieses Schaubild zeigt, dass die Beiträge für SIGNAL IDUNA Krankenversicherte im Alter bezahlbar bleiben.

Auch im Alter liegen die durchschnittlichen SIGNAL IDUNA-Beiträge unter dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der individuelle Beitrag im Alter hängt im Wesentlichen davon ab, welcher Versicherungsschutz besteht und wann der Eintritt in die PKV war.

Entwicklung der durchschnittlichen Bestandsbeiträge 2019 für die Vollversicherung (ohne Beihilfeberechtigte)
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. – vormals SIGNAL Krankenversicherung a. G. sowie Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Selbstständige und Freiberufler

Kasse oder SIGNAL IDUNA?

Selbstständige und Freiberufler sind aufgrund ihrer Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht pflichtversichert. Sie können sich in der GKV nur als freiwilliges Mitglied weiterversichern, wenn sie unmittelbar vor ihrer Selbstständigkeit dort versichert waren. Die freiwillige Weiterversicherung in der GKV kann ohne Erfüllung von Vorversicherungszeiten und ohne ausdrückliche Willenserklärung begründet werden. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 188 Absatz 4 SGB V.

Darin heißt es: Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung nahtlos als freiwillige Mitgliedschaft fort. Die so begründete freiwillige Mitgliedschaft wird als „obligatorische Anschlussversicherung" bezeichnet. Hierüber muss die Krankenkasse informieren. Nach dieser Information hat das Mitglied 2 Wochen Zeit, den Austritt zu erklären. Der Austritt wird rechtlich nur wirksam, wenn ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Wichtig: Der Austritt muss innerhalb der 2 Wochen erfolgen – der Nachweis kann auch später eingereicht werden. Wird der Austritt dagegen nicht innerhalb der 2 Wochen erklärt, wird die Versicherung als freiwillige GKV-Mitgliedschaft nahtlos weitergeführt. Diese kann – wie üblich – jederzeit zum Ende des übernächsten Kalendermonats gekündigt werden.

Eine Rückkehr zur GKV ist nach Aufgabe der Selbstständigkeit möglich, wenn eine versicherungspflichtige Arbeitnehmerbeschäftigung aufgenommen wird. Seit dem 01.07.2000 gilt das aber grundsätzlich nur für unter 55-Jährige. Unabhängig vom Alter kann auch eine Familienversicherung infrage kommen.

Welchen Beitrag zahlen Selbstständige in der GKV?

Selbstständige und Freiberufler zahlen in der GKV grundsätzlich den Höchstbeitrag. Damit gelten für diese beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (4.837,50 Euro). Nur bei Nachweis geringerer Einnahmen ist die Berechnung des Beitrages vom tatsächlichen Einkommen möglich – jedoch nie weniger als ein Mindesteinkommen von 1.096,67 Euro. Seit dem 01.01.2019 gilt ein reduziertes Mindesteinkommen, nämlich 1/3 der monatlichen Bezugsgröße. Bis 2018 wurden noch 3/4 der monatlichen Bezugsgröße als Mindesteinkommen zugrunde gelegt. Dies ist durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz geändert worden. Ebenso ist seit 2019 die Beitragseinstufung für Selbstständige mit Gründungszuschuss bzw. mit Härtefallregelung ganz weggefallen.

Eine Beitragserhebung unter dem Mindestbeitrag ist nicht zulässig. Die Rechtsgrundlage ist § 240 Absatz 4 Satz 2 SGB V. Details sind im Rundschreiben des GKV Spitzenverbandes Bund vom 27. Oktober 2008 geregelt – zuletzt geändert am 28. November 2018.

Die Beitragsbemessung hat die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen. Als beitragspflichtige Einnahmen sind das Arbeitsentgelt, das Arbeitseinkommen (= Gewinn), der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge sowie alle Einnahmen und Geldmittel, die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung zugrunde zu legen.

Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit

Im Fall einer Arbeitsunfähigkeit entfällt das Arbeitseinkommen des Selbstständigen und Freiberuflers in der Regel komplett. Der Lebensunterhalt ist jedoch weiter zu bestreiten.

Eine SIGNAL IDUNA Krankentagegeld-Versicherung löst dieses Verdienstausfall-Problem. Denn wir zahlen ohne zeitliche Begrenzung ein notwendiges Ersatzeinkommen (maximale Höhe siehe Verkaufshinweise); und dies, solange krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit besteht.

Zusätzlich erhält die Anpassungsgarantie den Wert des Versicherungsschutzes: bei allgemeinen Einkommenssteigerungen alle 3 Jahre, bei individuellen Einkommenssteigerungen innerhalb von 2 Monaten nach der Erhöhung.

Die Kombination von Krankentagegeldtarifen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn ist möglich und bringt eine zusätzliche Beitragsersparnis.

Beispiel: Selbstständiger, 34 Jahre alt

... möglichst nicht so:

Tarif	tägliche Leistung	monatlicher Beitrag
ESP-VS 8	50,00 €	87,70 €
		Gesamtbeitrag 87,70 €

... sondern so:

Tarif	tägliche Leistung	monatlicher Beitrag
ESP-VS 15	25,00 €	31,20 €
ESP-VS 22	25,00 €	21,58 €
		Gesamtbeitrag 52,78 €

(Kein) Krankengeldanspruch für Selbstständige in der GKV

Selbstständige haben in der GKV grundsätzlich keinen Anspruch auf Krankengeld. Dafür zahlt der Selbstständige den ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % (plus ggf. Zusatzbeitragssatz). Um ihren Verdienstausfall abzusichern, haben Selbstständige folgende Möglichkeiten:

1. Absicherung über einen GKV Krankengeld-Wahltarif oder
2. Absicherung über ein PKV Krankentagegeld oder
3. Wahl des allgemeinen Beitragssatzes (14,6 %) plus ggf. Zusatzbeitrag. Mit der Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes hat der Selbstständige wieder einen Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld ab dem 43. Tag (70 % vom Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit). Mit Krankengeldanspruch hat der Selbstständige während des Krankengeldbezugs auf das Krankengeld keine Beiträge zu zahlen. Ohne Krankengeldanspruch ist er bei Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht beitragsfrei in der GKV.

   Wichtig: Wählt der Selbstständige nur den allgemeinen Beitragssatz, kann er trotzdem jederzeit zum ordentlichen Kündigungstermin in die PKV wechseln! Darüber hinaus zahlt der Selbstständige bei Bezug von Krankengeld keine Beiträge.

   Zusätzlich zu diesem gesetzlichen Krankengeldanspruch kann sich der Selbstständige weitergehend absichern (frühere Karenzen und/ oder höheres Tagegeld):
   - entweder gesetzlich über einen Krankengeld-Wahltarif. Achtung Bindungsfalle: In diesem Fall gilt die 3-jährige Bindungsfrist.
   - oder über ein PKV Krankentagegeld

Bedarfgerechter und flexibler lässt sich der Verdienstausfall für den Selbstständigen über ein privates Krankentagegeld absichern (siehe oben). Großer steuerlicher Vorteil: Das PKV Krankentagegeld unterliegt nicht dem Progressionsvorbehalt (siehe Beispiel Seite 26).

Selbstständige und Freiberufler

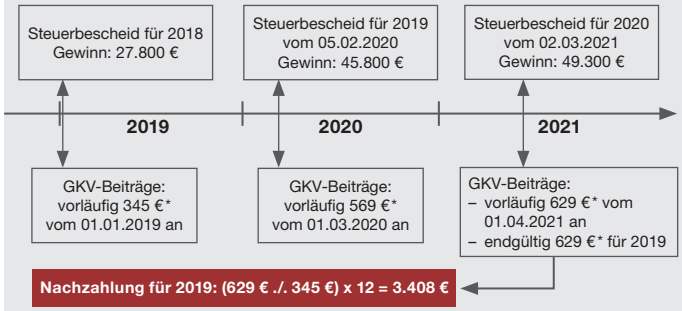
Neues Beitragsverfahren für Selbstständige in der GKV

Maßgeblich für die Beitragsbemessung von Selbstständigen ist grundsätzlich der Einkommensteuerbescheid. Seit dem 01.01.2018 ändert sich für Selbstständige das Beitragsbemessungsverfahren. Davor war es so, dass Änderungen der Beitragsbemessung aufgrund eines neuen Bescheids ausschließlich für die Zukunft wirksam wurden; eine Nachzahlung für die Vergangenheit erfolgte nicht.

Seit **2018** erfolgt die Beitragsbemessung bei freiwillig GKV-Versicherten **vorläufig**. Maßgebend ist in erster Linie das Arbeitseinkommen eines Selbstständigen. Grundlage für die (vorläufige) Beitragsbemessung ab 2018 ist der zuletzt vorliegende Einkommensteuerbescheid. Die endgültige Beitragsfestsetzung erfolgt, sobald der Einkommensteuerbescheid für das jeweilige Kalenderjahr der Krankenkasse vorliegt. Dadurch kann es zu Nachzahlungen bzw. Erstattungen kommen. Weist der Selbstständige nicht innerhalb von drei Kalenderjahren den Einkommensteuerbescheid nach, muss er rückwirkend den Höchstbeitrag zahlen. Diese Neuregelung wird nicht nur beim Arbeitseinkommen angewendet, sondern auch bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung.

Hinweis: Die Beitragsbemessung nach Mindesteinkommen bleibt nach wie vor bestehen.

Beispiel:
Selbstständiger ist seit 01.01.2018 freiwillig GKV-versichert



*) gerundet: Gewinn / 12 x (14,0 % + Zusatzbeitragssatz)
für 2019 - 2020 wurden 0,9 % unterstellt und für 2021 sind es 1,3 %

Auswirkungen für die Praxis

Selbstständige Unternehmen bevorzugen unternehmerische Planungssicherheit. Die Beitragsunsicherheit in der GKV, bei einer positiven Geschäftsentwicklung, verbunden mit einer möglichen Nachzahlung, dürfte ein zusätzliches Argument für einen Wechsel in die PKV sein.

Sonderfall: Vorstand einer AG

Vorstandsmitglieder einer Aktiengesellschaft werden in den jeweiligen Zweigen der Sozialversicherung unterschiedlich behandelt. In der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 1 Satz 2 SGB VI) und in der Arbeitslosenversicherung (§ 27 Abs. 1 Nr. 5 SGB III) sind Vorstände einer AG versicherungsfrei.

Anders in der Kranken- und Pflegeversicherung: Hier gibt es keine gesetzliche Regelung. Nach gängiger Rechtsprechung ist es grundsätzlich so, dass Vorstandsmitglieder einer Aktiengesellschaft (AG) von ihrem Erscheinungsbild her in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis stehen, weil sie kein Unternehmerrisiko tragen und auch gegenüber der Hauptversammlung verantwortlich sind. Um also in die PKV wechseln zu können, müssen Vorstände einer AG ein Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze beziehen. Es besteht auch ein Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuss.

Beispiel zur Krankentagegeld-Ermittlung (Marke SI)

Selbstständiger versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 500 €)		Berechnung
Jährlicher Gewinn (Umsatz abzüglich Betriebsausgaben) [1]		48.000,00 €
./. Einkommensteuer [2]	-	6.686,00 €
./. Solidaritätszuschlag [2]	-	0,00 €
./. Kirchensteuer [2]	-	0,00 €
= Entspricht einem monatlichen Netto von	=	3.442,83 €
+ Beiträge zur eigenen PKV und PPV	+	500,00 €
+ Beiträge zur GRV [3]	+	595,20 €
= Absicherbares Einkommen (mtl.)	=	4.538,03 €
= 1/30 davon ergibt das tägliche absicherbare Einkommen	=	151,27 €
Mögliches Krankentagegeld (ESP-VS)	**=**	**155,00 €[4]**

1 Bei Selbstständigen gilt als Arbeitseinkommen der Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG
2 Grundtabelle
3 Alternativ Beiträge zu einem Versorgungswerk, das der GRV gleichgestellt ist oder Beiträge zu einer privaten Rentenversicherung – beides max. bis zum GRV-Beitrag
4 Die ermittelte tägliche Lücke wird auf die nächsten 5 Euro aufgerundet.

Sonderfall Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

Gesellschafter/Geschäftsführer werden gemäß ihrer Stellung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn entweder Arbeitnehmern (nach Tarif ESP-VA) oder Selbstständigen (nach Tarif ESP-VS) zugeordnet.

Beispiel zur Krankentagegeld-Ermittlung (Marke DRK)

Selbstständiger versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 500 €)	Berechnung
Bruttoeinkommen (Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG)	48.000,00 €
80 % [1] davon ergibt das absicherbare Einkommen	38.400,00 €
= monatliches absicherbares Einkommen	3.200,00 €
= 1/30 davon ergibt das tägliche absicherbare Einkommen	107,00 €
Mögliches Krankentagegeld (pro)	**110,00 €[2]**

1 pauschaler Ansatz
2 Das täglich absicherbare Einkommen wird auf die nächsten 5 Euro aufgerundet.

Feststellung der hauptberuflichen **Selbstständigkeit**

1. Vorbemerkungen

Hauptberuflich Selbstständige sind in der GKV nicht versicherungspflichtig gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 SGB V. Bei Arbeitnehmern, die parallel eine selbstständige Beschäftigung ausüben, ist somit zu prüfen, ob eine Versicherungspflicht als Arbeitnehmer oder „Versicherungsfreiheit“ wegen Selbstständigkeit vorliegt. Darüber hinaus ist für hauptberuflich Selbstständige die beitragsfreie Familienversicherung gemäß § 10 SGB V ausgeschlossen. Der GKV Spitzenverband hat am 01.07.2013 „Grundsätze“ veröffentlicht, anhand derer eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit festgestellt werden kann.

2. Grundsätzliche Hinweise

Der Begriff „hauptberuflich selbstständige Tätigkeit“ ist gesetzlich nicht definiert. Die konkrete Beurteilung hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Dabei sind zwei Merkmale näher zu beleuchten:

a) selbstständige Erwerbstätigkeit

b) Hauptberuflichkeit

3. Selbstständige Erwerbstätigkeit

Selbstständig erwerbstätig ist, wer als natürliche Person eine Tätigkeit mit Gewinnerzielungsabsicht, unabhängig und auf eigene Rechnung und Gefahr ausübt. Darunter fallen Tätigkeiten

✓ als Gewerbetreibender (z. B. Handwerker)

✓ als Freiberuflicher (z. B. Rechtsanwälte)

✓ als Land- und Forstwirt

3.1 GmbH -Gesellschafter

Gesellschafter einer GmbH, die ausschließlich Anteile halten, üben keine selbstständige Tätigkeit aus.

3.2 GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführer

Werden neben dem Halten von Anteilen Tätigkeiten ausgeübt, beispielsweise als Gesellschafter-Geschäftsführer, kommt eine selbstständige Tätigkeit in Betracht. Liegt eine persönliche Abhängigkeit vor, kommt dagegen eine abhängige Beschäftigung in Betracht. Die Beurteilung ist nach den bekannten sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen vorzunehmen.

3.3 Gesellschafter einer Personengesellschaft

Hier wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass der Gesellschafter für seinen eigenen Betrieb eine selbstständige Tätigkeit erbringt. Im Einzelfall ist ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis möglich, wenn er außerhalb seines Gesellschaftsverhältnis tätig ist und in abhängiger Beschäftigung zum Unternehmen steht.

3.4 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

Die Erzielung von Einkünften aus Vermietung und Verpachtung stellt keine selbstständige Erwerbstätigkeit dar. Es sei denn, dass ab einer bestimmten Größenordnung von einem Gewerbebetrieb auszugehen ist.

3.5 Beendigung der selbstständigen Erwerbstätigkeit

Die selbstständige Erwerbstätigkeit endet,

✓ wenn die Erwerbstätigkeit nachweislich eingestellt wird, der Betrieb aufgegeben oder veräußert wird

✓ wenn über den Betrieb das Insolvenzverfahren eröffnet wird

✓ sofern der Selbstständige über einen längeren Zeitraum Arbeitslosengeld II bezogen hat

4. Hauptberuflichkeit

Hauptberuflich ist eine selbstständige Erwerbstätigkeit, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und vom zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt.

4.1 Personen, die mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen

Wird mindestens ein Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigt, kann – im Gegensatz zu früher – nicht mehr generalisierend von einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit ausgegangen werden. Die Beschäftigung eines oder mehrerer Arbeitnehmer stellt allerdings ein Indiz für den Umfang einer selbstständigen Tätigkeit dar.

4.2 Zeitaufwand

Bei einem Zeitaufwand von mehr als 20 Stunden in der Woche ist eine selbstständige Tätigkeit grundsätzlich als hauptberuflich anzusehen.

4.3 Selbstständige Tätigkeit neben anderer Erwerbstätigkeit

Es wird geprüft, welche Tätigkeit von ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und von ihrem zeitlichen Umfang her überwiegt.

Hierbei gelten folgende Grundsätze:

– Bei Arbeitnehmern, die Vollzeit beschäftigt sind, besteht die widerlegbare Vermutung, dass unabhängig von der Höhe des Arbeitsentgelts daneben kein Raum für eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit bleibt.

– Bei Arbeitnehmern, die mehr als 20 Stunden wöchentlich arbeiten und deren Arbeitsentgelt mehr als 50 % der monatlichen Bezugsgröße (2021: 1.645 Euro) beträgt, besteht die widerlegbare Vermutung, dass daneben kein Raum für eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit bleibt.

– Bei Arbeitnehmern, die nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich arbeiten und deren Arbeitsentgelt nicht mehr als 50 % der monatlichen Bezugsgröße beträgt, besteht die widerlegbare Vermutung, dass die selbstständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt wird.

Ist nach diesen Grundsätzen die eindeutige Bestimmung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit nicht möglich, ist für den Einzellfall im Hinblick auf die wirtschaftliche Bedeutung und den zeitlichen Umfang zu prüfen, ob die selbstständige Tätigkeit deutlich überwiegt.

Von einem deutlichen Überwiegen der selbstständigen Tätigkeit kann ausgegangen werden, wenn sowohl die wirtschaftliche Bedeutung als auch der zeitliche Umfang um jeweils mindestens 20 % überschritten wird. Diese 20 %-Grenze ist kein starrer Wert, sondern dient letztlich der Orientierung.

4.4 Selbstständige Tätigkeit ohne andere Erwerbstätigkeit

Wird neben der selbstständigen Tätigkeit keine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt, fehlt die Vergleichsmöglichkeit der Kriterien wirtschaftliche Bedeutung und zeitlicher Umfang. In diesen Fällen ist von folgenden Grundsätzen auszugehen:

– Nimmt die selbstständige Tätigkeit mehr als 30 Stunden wöchentlich in Anspruch, ist anzunehmen, dass sie hauptberuflich ausgeübt wird. Das gilt dann, wenn das Arbeitseinkommen 25 % der monatlichen Bezugsgröße (2021: 822,50 Euro) übersteigt.

– Nimmt die selbstständige Tätigkeit mehr als 20 Stunden, aber nicht mehr als 30 Stunden in Anspruch, ist anzunehmen, dass

sie hauptberuflich ausgeübt wird. Das gilt dann, wenn das Arbeitseinkommen 50 % der monatlichen Bezugsgröße (2021: 1.645 Euro) übersteigt.

– Nimmt die selbstständige Tätigkeit nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich in Anspruch, ist anzunehmen, dass die selbstständige Tätigkeit **nicht** hauptberuflich ausgeübt wird. Diese Annahme kann widerlegt werden, wenn das Arbeitseinkommen 1/3 der monatlichen Bezugsgröße (2021: 1.096,67 Euro) übersteigt.

Für die Feststellung, ob das Arbeitseinkommen aus der selbstständigen Tätigkeit die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt, sind alle weiteren Einnahmen, die zum Lebensunterhalts verbraucht werden können, heranzuziehen. Diese hat der Selbstständige auf Verlangen nachzuweisen. Darüber hinaus sind auch Unterhaltsansprüche zwischen nicht getrennt lebenden Ehegatten zu berücksichtigen, wenn sie innerhalb der eherechtlichen Beziehung einen entscheidenden Faktor für die Bestreitung des Lebensunterhalts des Selbstständigen darstellen. Auf der Grundlage aller Angaben ist anschließend zu ermitteln, ob der Lebensunterhalt deutlich überwiegend aus dem Arbeitseinkommen bestritten wird, dieses mithin die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts darstellt. Von einem deutlichen Überwiegen kann ausgegangen werden, wenn das Arbeitseinkommen um mindestens 20 % über den weiteren Einnahmen zum Lebensunterhalt im vorstehenden Sinne liegt. Der vorgenannte Prozentsatz ist allerdings kein starrer Wert, sondern dient der Orientierung.

Werden mehrere selbstständige Tätigkeiten ausgeübt, sind sie hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Bedeutung und des zeitlichen Umfangs zusammenzurechnen.

4.5 Existenzgründer mit Gründungszuschuss

Personen, die einen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III erhalten, sind als hauptberuflich selbstständig erwerbstätig anzusehen.

Personen, deren Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit zur Überwindung von Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II durch das Einstiegsgeld nach § 16b SGB II gefördert wird, sind ohne weitere Prüfung ebenfalls als hauptberuflich selbstständig erwerbstätig anzusehen. In dem Fall wird davon ausgegangen, dass eine Förderung nur stattfindet, wenn die selbstständige Tätigkeit hauptberuflichen Charakter hat.

4.6 Festellung der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit

Die Feststellung erfolgt gegenwartsorientiert mit Wirkung für die Zukunft. **Ausnahme:** Erfolgt die Feststellung innerhalb von 3 Monaten nach dem Tag des Zusammentreffens einer Beschäftigung mit einer selbstständigen Tätigkeit, sollen versicherungsrechtliche Änderungen auch rückwirkend vorgenommen werden. Die vorgenannten Aussagen gelten als Orientierungshilfe. Die konkrete verbindliche Feststellung kann nur die zuständige Krankenkasse bzw. die Deutsche Rentenversicherung Bund vornehmen.

GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführer (GGF)

Sozialversicherungspflichtig oder nicht?

Diese Frage stellt sich in besonderem Maße den Gesellschafter-Geschäftsführern einer GmbH. Denn sie können – sofern sie sozialversicherungsrechtlich als Selbstständige angesehen werden – aus der gesetzlichen Sozialversicherung „aussteigen“.

Entscheidend ist, dass der Geschäftsführer zur GmbH nicht in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis steht. Dies beurteilt die Einzugsstelle (bzw. die Deutsche Rentenversicherung Bund).

Aber selbst als höherverdienender Arbeitnehmer ist wenigstens noch die Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA – neben der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht – möglich.

Die entsprechende Prüfung liegt im Interesse des oder der GmbH-GGF und wird häufig über den Steuerberater abgewickelt.

Wie Sie mit wenigen Fragen herausfinden, ob Sie es mit einem Selbstständigen oder Angestellten zu tun haben, zeigt Ihnen folgende Entscheidungshilfe:

Ist der GmbH-GGF sozialversicherungsrechtlich Selbstständiger oder Arbeitnehmer?			
Kapitalanteil GGF mindestens 50 % oder andere Sperrminoritäten bei besonderer Vereinbarung im Gesellschaftsvertrag? Oder mitarbeitender Gesellschafter mit mehr als 50 %?	**NEIN** ↓	**JA** →	Von vornherein Selbstständigkeit, da maßgeblicher Einfluss auf die „Geschicke“ der GmbH (Sperrminorität).
Jetzt müssen die weiteren Fragen geklärt werden. Ist vertraglich geregelt, ob der GGF im Wesentlichen seine Tätigkeit frei gestalten kann, um nicht in einem die Sozialversicherungspflicht begründenden Beschäftigungsverhältnis zu stehen?			
Selbstkontrahierung Ist es dem GGF erlaubt, mit sich selbst im Namen der GmbH Verträge zu schließen (§ 181 BGB)?	**NEIN** ↓	**JA** →	**Sind lediglich Indizien für die Selbstständigkeit** *Nach neuester Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass es nicht mehr relevant ist, ob die zu beurteilende Person „Kopf und Seele“ des Betriebes, alleiniger Branchenkenner oder mit den Gesellschaftern familiär verbunden ist oder in der Gesellschaft faktisch „frei schalten und walten kann“ wie sie will.* *Maßgebend für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung ist jetzt immer die abstrakte Rechtsmacht (ist es also vertraglich festgelegt). Beinhaltet der Anstellungsvertrag typische Arbeitnehmerrechte und -pflichten, ist von einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis auszugehen.* Siehe hierzu auch die **BSG-Urteile B 12 KR 25/10R** und **B 12 R 14/10R**. Außerdem ein weiteres **BSG-Urteil vom 11.11.2015 (B 12 KR 10/14R)** *Verfügt ein Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH nicht über die rechtliche Möglichkeit, ihm nicht genehme Weisungen jederzeit abzuwenden, so unterliegt er der Sozialversicherungspflicht.*
Branchenkenntnis Verfügt der GGF als einziger Gesellschafter über die für die Führung des Betriebes notwendigen Branchenkenntnisse?	**NEIN** ↓	**JA** →	
Weisungsgebundenheit Ist der GmbH-GGF in Zeit, Dauer und Ort der Arbeitsleistung an Weisungen der Gesellschaft gebunden?	**JA** ↓	**NEIN** →	
Familien-GmbH Sprechen die vertraglichen Vereinbarungen für eine selbstständige Tätigkeit?	**NEIN** ↓	**JA** →	
Firmenumwandlung War der GGF vorher Alleininhaber der Firma?	**NEIN** ↓	**JA** →	
Erhebliches Unternehmerrisiko?	**NEIN** ↓	**JA** →	
abhängiges sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis			

Empfehlung für die in der Gründungsphase praktische Vorgehensweise

1. Seit dem 01.01.2005 gibt es ein vereinfachtes Feststellungsverfahren. Die GmbH muss im Vordruck „Meldung zur Sozialversicherung“ lediglich das Statuskennzeichen „2“ setzen (für eine Tätigkeit als geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH).
2. Dadurch wird von der Einzugsstelle (bzw. Deutsche Rentenversicherung Bund) automatisch und ohne besonderen Antrag der sozialversicherungsrechtliche Status geprüft.
3. Die GmbH bekommt darauf hin von der Einzugsstelle (bzw. Deutsche Rentenversicherung) einen Fragebogen zugesandt.
4. Aufgrund der Angaben in diesem Fragebogen wird eine verbindliche Entscheidung in Form eines Verwaltungsaktes (Bescheid) getroffen. Dieser ist dann für alle Zweige der Sozialversicherung bindend, auch für die Bundesagentur für Arbeit. Sie ist an diesen Bescheid so lange gebunden wie er wirksam ist (Hinweis: die Bindungsdauer von 5 Jahren ist seit 2005 entfallen).

Beherrschender GGF und Arbeitgeberzuschuss

Wird festgestellt, dass der GGF nicht abhängig beschäftigt ist, sondern Selbstständigkeit gegeben ist, hat in diesem Fall der beherrschende GGF keinen Anspruch auf den Zuschuss zum KV-Beitrag gemäß § 257 SGB V. Zahlt die GmbH trotzdem einen Zuschuss, ist dieser wie Arbeitslohn voll zu versteuern.

GGF und Krankentagegeld

Wie ein GGF sozialversicherungsrechtlich eingestuft wird, ist auch bei der Wahl des Krankentagegeldes von Bedeutung:

a) GGF gilt sozialversicherungsrechtlich als Selbstständiger. In dem Fall wären spezielle KTG-Angebote für Selbstständige zu berücksichtigen (z. B. ESP-VS).

b) GGF gilt sozialversicherungsrechtlich als Arbeitnehmer. In dem Fall wären spezielle KTG-Angebote für Arbeitnehmer zu berücksichtigen (z. B. ESP-VA).

Künstler und Publizisten

Selbstständige Künstler und Publizisten sind in der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung nach den näheren Bestimmungen des Künstlersozialversicherungsgesetzes (KSVG) grundsätzlich versicherungspflichtig. Begründet wird dies mit der besonderen Situation dieses Personenkreises, die durch schwankende und unregelmäßige Einkünfte geprägt ist.

Betroffen sind Personen, die nicht nur vorübergehend selbstständig erwerbstätig Musik, darstellende oder bildende Kunst schaffen, ausüben oder lehren oder als Schriftsteller, Journalist oder in anderer Weise publizistisch tätig sind.

Die Versicherungspflicht prüft die Künstlersozialkasse. Versichert ist der Künstler weiter bei einer gewählten Krankenkasse (AOK, IKK, BKK, Ersatzkasse, Knappschaft-Bahn-See)

Anschrift: Künstlersozialkasse, 26380 Wilhelmshaven

Neben der Künstlersozialkasse prüft seit Mitte 2007 auch die Deutsche Rentenversicherung Bund die rechtzeitige und vollständige Zahlung der Künstlersozialabgabe.

Befreiungsmöglichkeit

Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung können sich Künstler und Publizisten unter folgenden Voraussetzungen befreien lassen:

1. **erstmalige Aufnahme einer künstlerischen Tätigkeit**

   Berufsanfänger werden auf Antrag generell befreit, wenn sie der Künstlersozialkasse eine PKV-Vollversicherung nachweisen. Ein solcher Antrag ist spätestens drei Monate nach Feststellung der Versicherungspflicht bei der Künstlersozialkasse zu stellen und erfolgt – sofern keine Leistungen beansprucht wurden – grundsätzlich rückwirkend.

   Der Künstler/ Publizist kann bis zum Ablauf von 3 Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit erklären, dass seine Befreiung enden soll. Die Versicherungspflicht beginnt dann nach Ablauf der Dreijahresfrist.

   Faustregel: Erst nach einem entsprechenden Bescheid der Künstlersozialkasse fragen. Liegt die Feststellung länger als drei Monate zurück, kann nur eine Zusatzversicherung angeboten werden, bzw. Befreiung nach Punkt 2 prüfen.

2. **in laufender künstlerischer Tätigkeit**

   Wer in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren insgesamt ein Arbeitseinkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze-Summe erzielt (Höherverdienende), kann sich von der Versicherungspflicht ebenfalls – aber nur auf Antrag – befreien lassen. Der Antrag ist bis zum 31. März des auf den 3-Jahres-Zeitraum folgenden Kalenderjahres zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn des Monats, der auf die Antragstellung folgt.

Beispiel	
Jahresarbeitsentgeltgrenzen in den Jahren:	tatsächliches Jahresarbeitsentgelt:
2019 = 60.750 € 2020 = 62.550 € 2021 = 64.350 €	2019 = 61.500 € 2020 = 63.080 € 2021 = 55.950 €
Antrag am 25.01.2022 (Bescheid wirkt ab 01.02.2022) Summe Jahresarbeitsentgeltgrenzen 2019 bis 2021 = 187.650 € Summe tatsächliche Jahresentgelte 2019 bis 2021 = 180.530 € Befreiung ist **nicht** möglich, weil das tatsächliche Gesamtentgelt unter der Summe der Entgeltgrenzen liegt.	

Beitragszuschuss für PKV versicherte Künstler

Wird der Künstler/ Publizist von der Versicherungspflicht befreit, zahlt die Künstlersozialkasse (nicht etwa ein Auftraggeber) einen Beitragszuschuss in Höhe der Hälfte des Beitrages, der im Fall der Versicherungspflicht zu zahlen wäre, maximal die Hälfte des tatsächlichen Beitrages.

Gärtner und Landwirte

Gärtner/ Landwirte sind grundsätzlich als Unternehmer in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte KVLG).

Zu dem Personenkreis gehören:	Aus folgenden Bereichen:
landwirtschaftliche Unternehmer, mitarbeitende Familienangehörige, Bezieher von Altersgeld	Land- und Forstwirtschaft einschließlich Wein- und Gartenbau, Teichwirtschaft und Fischzucht. Gleichgestellt sind Unternehmer der Binnenfischerei, Imkerei und Wanderschäferei

Voraussetzung für die Versicherungspflicht des „typischen“ Landwirtes: Das Unternehmen beruht auf Bodenbewirtschaftung bzw. Fruchtziehung (dagegen ist eine Dienstleistung wie z. B. Gartengestaltung nicht versicherungspflichtig) und erreicht die Mindestgröße. Die Mindestgröße orientiert sich am Wirtschaftswert und ist ein Grenzwert, der von der landwirtschaftlichen Alterskasse in Zusammenarbeit mit dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen unter Berücksichtigung der örtlichen und regionalen Gegebenheiten festgesetzt wird.

Wer z. B. als selbstständig Tätiger (Unternehmer) mit dem betriebsindividuellen Wirtschaftswert den Grenzwert erreicht und nicht in einer anderen GKV vorrangig pflichtversichert ist oder außerlandwirtschaftlich hauptberuflich tätig ist, muss Beiträge zur landwirtschaftlichen Krankenkasse entrichten.

Nicht versicherungspflichtig sind Landwirte und Gärtner, die als höherverdienende Arbeitnehmer oder Beamte ihrem gärtnerischen oder landwirtschaftlichen Hobby nachgehen, ihren Hauptberuf also außerhalb der Landwirtschaft ausüben. Dies gilt auch, wenn eine selbstständige Tätigkeit außerhalb der Landwirtschaft die Haupteinnahmequelle darstellt.

Neben den landwirtschaftlichen Unternehmen, die einen Betrieb der Mindestgröße bewirtschaften, sind auch die so genannten Kleinunternehmer versicherungspflichtig. Dabei sind zwei Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Das wirtschaftliche Unternehmen darf die festgesetzte Mindestgröße um nicht mehr als die Hälfte unterschreiten. **Beispiel:** Die festgesetzte Mindestgröße ist ein Wirtschaftswert von 25.000 Euro. Der Unternehmer wäre dann ab einem Wirtschaftswert von 12.500 Euro versicherungspflichtig und
2. das übrige Einkommen als Arbeitnehmer oder außerlandwirtschaftlich selbstständig Tätiger darf jährlich 19.740 Euro/ 18.690 Euro nicht übersteigen (= 1/2 Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, West/ Ost-Werte 2021).

Befreiungsmöglichkeit – SIGNAL IDUNA als Alternative

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung ist oft eine echte Alternative zu dieser Pflichtversicherung. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht ist dabei an zwei Voraussetzungen gebunden:

1. **Wirtschaftswert**
   Der Wirtschaftswert des landwirtschaftlichen Unternehmens übersteigt 30.677,51 Euro. Er wird durch die Finanzbehörden nach dem Bewertungsgesetz im Einheitsbescheid festgesetzt und gibt die potenzielle Ertragskraft des gärtnerischen und landwirtschaftlichen Unternehmens wieder.
2. **Antragsfrist**
   Die Befreiung muss innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beantragt werden, z. B. nach Übernahme eines Hofes. Sie gilt dann rückwirkend von Beginn an. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Eine Befreiung ist jedoch nicht mehr möglich, wenn bereits Leistungen in Anspruch genommen worden sind.

„55er“-Regelung

Seit dem 01.07.2000 werden mindestens 55-jährige Gärtner, Landwirte, Künstler und Publizisten, die in den letzten 5 Jahren vorher PKV-versichert waren, nicht mehr versicherungspflichtig.

Höherverdienende Arbeitnehmer

Seit dem 01.01.2011 müssen alle höherverdienenden Arbeitnehmer nicht mehr drei Jahre lang über der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdienen, um in die PKV zu wechseln. Bei der Beurteilung der Versicherungsfreiheit ist die vorausschauende Betrachtung anzuwenden. Dabei spielt es keine Rolle, wie hoch das Einkommen eines Kalenderjahres tatsächlich ist. Bei jeder Änderung des Einkommens wird zu diesem Zeitpunkt vorausschauend für die nächsten 12 Monate (zuzüglich Sonderzahlungen, wie z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) das fiktive Jahresarbeitsentgelt berechnet.

Versicherungsfreiheit

Wann kann jemand in die PKV wechseln? Es wird dabei unterschieden, ob zu Beginn oder im Laufe einer Beschäftigung die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) überschritten wird.

Beispiele:

a) im Laufe einer Beschäftigung

– Ein Arbeitnehmer hat im Jahr 2021 vom 01.01. bis 31.12. ein monatliches Einkommen von 5.450 € (Jahresverdienst: 65.400 €). Das Einkommen liegt damit über der JAE-Grenze des Jahres 2021. Zusätzliche Voraussetzung für den Wechsel zur SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.: Auch die JAE-Grenze 2022 muss überschritten werden. Ein Wechsel zur SIGNAL IDUNA wäre dann zum 01.01.2022 möglich.

– Ein Arbeitnehmer hat im Jahr 2021 vom 01.01. bis 30.11. ein monatliches Einkommen von 3.250 € (bisheriger Jahresverdienst: 37.750 €).

  Zum 01.12.2021 erhält er beim gleichen Arbeitgeber eine Gehaltserhöhung auf 5.230 € monatlich und zusätzlich ein volles Gehalt als Weihnachtsgeld.

  Berechnung: 5.230 € x 13 = 67.990 €

  Ein Wechsel zur SIGNAL IDUNA wäre zum 01.01.2022 möglich, sofern auch die JAEG 2022 überschritten wird.

b) zu Beginn einer Beschäftigung

– Ein Student nimmt nach Ablauf seines Studiums eine Anstellung zum 01.07.2021 mit einem Gehalt von 4.875 € monatlich auf. Zusätzlich erhält er noch ein volles Weihnachts- und ein halbes Urlaubsgehalt.

  Berechnung: 4.875 € x 13,5 = 65.812,50 €

  Ein Wechsel zur SIGNAL IDUNA ist sofort zu Beginn der Beschäftigung zum 01.07.2021 möglich.

c) beim Arbeitgeberwechsel

Die Regelungen „zu Beginn einer Beschäftigung“ gelten auch beim Arbeitgeberwechsel.

Erfreulich: PKV versicherte Selbstständige, die den Status wechseln und Arbeitnehmer werden, können privat krankenversichert bleiben. Voraussetzung ist auch hier, dass bei Beginn der Beschäftigung das Arbeitsentgelt oberhalb der JAEG liegt.

Variables Entgelt (z. B. Provisionen)

Bei schwankenden Bezügen (z. B. Provisionen) muss das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt im Wege einer Prognose bzw. vorausschauenden Schätzung ermittelt werden. Dabei ist ungefähr einzuschätzen, welches Arbeitsentgelt nach der bisherigen Übung mit hinreichender Sicherheit zu erwarten ist. Das gilt nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes aber nur für variable Entgeltbestandteile, die **monatlich** gezahlt werden. Werden diese **einmalig** im Jahr gezahlt, zählen sie **nicht** zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt. Der PKV-Verband vertritt hier eine andere Auffassung.

Berechnungsformel zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt

Monatsbezüge x 12

+ Einmalzahlungen (Urlaubs-, Weihnachtsgeld)
+ vermögenswirksame Leistungen
+ Überstundenvergütungen sowie sonstige Zulagen, soweit sie regelmäßig anfallen (Bescheinigungen bzw. Schätzung des Arbeitgebers erforderlich) und pauschal vergütet werden
./. Einnahmen, die kein Arbeitsentgelt sind (z. B. steuerfreie Zuschläge oder ggf. Beiträge zu einer betrieblichen Altersversorgung)
./. unregelmäßiges Arbeitsentgelt (z. B. nicht pauschal vergütete Mehrarbeit)
./. Familienzuschläge (z. B. Ortzuschlag ab Stufe 2 bei Arbeitnehmern im öffentlichen Dienst)

= **regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt (JAE)**

Hinweise zur Berechnung

Wie das JAE berechnet wird, steht nicht unmittelbar im Gesetz. Ausschlaggebend sind die Empfehlungen und Rundschreiben der GKV Spitzenverbände. Danach muss z. B. bei schwankenden Bezügen das regelmäßige JAE durch Schätzung ermittelt werden. Erweist sich die Schätzung im Nachhinein als unzutreffend, ist eine Korrektur nur für die Zukunft möglich; für die Vergangenheit bleibt es bei der einmal vorgenommenen Beurteilung.

Einkünfte aus anderen Tätigkeiten

Übt der Arbeitnehmer neben seiner Hauptbeschäftigung noch eine selbstständige Tätigkeit oder eine geringfügige Beschäftigung aus, werden Einkünfte aus diesen Tätigkeiten bei der Bestimmung des regelmäßigen JAE nicht berücksichtigt.

Besonderheit 450-Euro-Job: Werden zwei oder mehr geringfügige Beschäftigungen neben der Hauptbeschäftigung ausgeübt, werden Einkünfte ab dem 2. Minijob zum regelmäßigen JAE addiert. Der erste Minijob wird jedoch nie berücksichtigt.

Zuordnung Arbeitsentgelt zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt

Entgeltarten	anzurechnen	nicht anzurechnen
Bereitschaftsdienstvergütung	✓	
Erschwerniszulage*	✓	
tatsächliche Fahrkostenerstattung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte	✓	
Familienzuschläge		✓
Gewinnbeteiligung*	✓	
Jubiläumszuwendung		✓
Schicht-, Schmutzzulage, etc. (bei ständiger Zahlung)	✓	
tatsächliche Überstundenzahlung		✓
pauschale Überstundenzahlung	✓	
Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld*	✓	
Belegschaftsrabatt		✓
Vermögenswirksame Leistungen	✓	
Verbesserungsvorschläge		✓

*) tarif- oder einzelvertraglich abgesichert und monatlich gezahlt

Zur Berücksichtigung eines Firmenwagens siehe Seite 110.

Höherverdienende Arbeitnehmer

Hinweise beim Übertritt GKV zur SIGNAL IDUNA

1. Der Kunde stellt einen Antrag bei der SIGNAL IDUNA und erhält den Versicherungsschein/ die Annahmeerklärung.
2. Gleichzeitig mit dem Versicherungsschein erhält der neue SIGNAL IDUNA Kunde eine Kopie der Bescheinigung über seine private Krankenversicherung (Original schickt SIGNAL IDUNA ggf. direkt an den bekannten Vorversicherer).
3. Nachdem der Arbeitgeber den Arbeitnehmer versicherungsfrei gemeldet hat, informiert die Krankenkasse das Mitglied über die Austrittsmöglichkeit. Nach dieser Information hat der Arbeitnehmer 2 Wochen Zeit, der Kasse seinen Austritt zu erklären. Damit der Austritt rechtswirksam wird, muss er seiner Krankenkasse noch die Versicherungsbescheinigung einreichen. Hierfür gibt es keine Frist – er kann dies auch nach dem Austritt nachholen. Versäumt er innerhalb der 2 Wochenfrist den Austritt, wird er automatisch freiwilliges Mitglied in der GKV. Als freiwilliges Mitglied kann er die Mitgliedschaft wie üblich zum Ende des übernächsten Monats kündigen, um in die PKV zu wechseln.

   Tipp: Nicht die Information der Krankenkasse abwarten. Sobald der Arbeitgeber seinen Arbeitnehmer über die Versicherungsfreiheit informiert hat, sollte der Krankenkasse sofort der Austritt erklärt werden.

   Nach Beendigung der GKV-Mitgliedschaft fordert der Arbeitnehmer gleichzeitig eine Bescheinigung über die Dauer seiner GKV-Mitgliedschaft an. Diese reicht er anschließend der SIGNAL IDUNA ein.

Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit

Arbeitnehmer erhalten bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens 6 Wochen Entgeltfortzahlung (gesetzlich festgelegte Mindestdauer, längere Zeiten sind vertraglich möglich). Danach zahlen gesetzliche Krankenkassen Krankengeld, SIGNAL IDUNA zahlt ein Kranken**tage**geld. Zwischen beiden Leistungen gibt es Unterschiede.

Die gesetzliche Kasse zahlt 70 % des Bruttoarbeitsentgeltes, max. von der Beitragsbemessungsgrenze, höchstens 90 % des letzten Nettoeinkommens. Im Jahr 2021 beträgt das kalendertägliche (Brutto)Höchstkrankengeld 112,88 Euro (monatlich 3.386,25 Euro). Davon werden noch Beitragsanteile zur Renten, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abgezogen (= Nettokrankengeld). Für ein und dieselbe Krankheit leistet die GKV längstens für 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren (Aussteuerung) – gerechnet vom 1. Krankheitstag.

Wir zahlen ein Krankentagegeld in vertraglich vereinbarter Höhe bis zum monatlichen Nettoeinkommen. Und dies, solange Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall besteht – denn wir kennen keine zeitliche Begrenzung. Zusätzlich sind der Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag sowie der Beitrag zur Absicherung einer Rentenversicherungspflicht versicherbar. Die Anpassungsgarantie erhält den Wert des Versicherungsschutzes: bei allgemeinen Einkommenssteigerungen alle 3 Jahre, bei individuellen Einkommenssteigerungen innerhalb von 2 Monaten nach der Erhöhung.

Entsprechend der Dauer der Entgeltfortzahlung kann für die Zahlung eines SIGNAL IDUNA Krankentagegeldes folgender Leistungsbeginn gewählt werden: 43., 92., 183., 274., 365. Tag einer Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitgeberzuschuss – Arbeitgeber zahlt bis zur Hälfte

Auch an den Beiträgen zur privaten SIGNAL IDUNA Krankenversicherung beteiligt sich der Arbeitgeber mit bis zu 50 %. Die jeweiligen Höchstsätze für PKV-Versicherte im Jahr 2021:

Krankenversicherung	
– maximal zuschussfähiger Beitrag:	769,16 €
– maximaler Arbeitgeberzuschuss:	384,58 €

Pflegepflichtversicherung	
Maximal zuschussfähiger Beitrag:	147,54 €
maximaler Arbeitgeberzuschuss:	73,77 €
– in Sachsen:	49,58 €

Bis zu diesen Höchstgrenzen ist unter den gesetzlichen Voraussetzungen (z. B. Einkommen unter 470 Euro, bei geringfügig Beschäftigten bis 450 Euro) auch der Beitrag für privat vollversicherte Familienangehörige des Arbeitnehmers (Ehepartner, Kinder) zuschussfähig. Der Zuschuss wird auch für eine Vollversicherung ohne Krankentagegeld gezahlt. **Hinweis:** Das Bundessozialgericht hat am 20.03.2013 (B 12 KR 4/11 R) entschieden, das nur noch PKV-versicherte Angehörige Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuss haben. Vor dem Urteil war dies auch für freiwillig GKV-versicherte Angehörige möglich.

Beitragsrückerstattung (BRE)

Wir honorieren kostenbewusstes Verhalten unserer Kunden. Das ist eine besondere Stärke der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung. Für Leistungsfreiheit zahlen wir unseren Kunden eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Die genaue Höhe wird von der Mitgliedervertretung festgelegt. Arbeitnehmer brauchen die BRE nicht mit ihrem Arbeitgeber zu teilen, obwohl dieser die Beiträge zur Hälfte zahlt.

PKV zahlt Beitragsanteil zur Arbeitslosenversicherung

Vom Krankengeld der GKV behält die Kasse einen Beitragsanteil zur Arbeitslosenversicherung ein. Für Privatversicherte übernimmt diese Funktion der PKV Verband. Er zahlt den vollen Beitrag (also auch den Arbeitnehmeranteil). Dies ist gesetzlich in § 349 Abs. 4 SGB III geregelt.

Beitrag zur Rentenversicherung

Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsdauer endet die Rentenversicherungspflicht privat versicherter Arbeitnehmer. Wollen diese während des Bezugs von Krankentagegeld pflichtversichert bleiben, ist hierzu ein Antrag auf Antragspflichtversicherung (§ 4 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI) beim Rentenversicherungsträger erforderlich. Die Antragspflichtversicherung ist für längstens 18 Monate möglich. Der Rentenversicherungsbeitrag für diese Zeit berechnet sich wie folgt:

80 % des letzten Bruttoeinkommens; max. 80 % der Rentenversicherungs-BBG	x 18,6 %

Der Beitrag ist vom Versicherten zu zahlen und kann beim Krankentagegeld einfach mitversichert werden. So bleibt die Rentenversicherungspflicht bestehen und der Beitrag kann bequem aus dem Krankentagegeld bezahlt werden.

Steuerfreiheit und Progressionsvorbehalt nach § 32b EStG

Das SIGNAL IDUNA Krankentagegeld ist komplett steuerfrei. Dagegen ist das Krankengeld der GKV zwar steuerfrei; es erhöht aber die zu zahlenden Steuern auf eventuelle andere Einkünfte im gleichen Kalenderjahr (sog. Progressionsvorbehalt).

Beispiel für Progressionsvorbehalt (Grundtabelle 2021 – ohne KiSt)

Einkommen für 7 Monate:	29.400 €
Krankengeld für 5 Monate:	+ 12.600 €

	= 42.000 €
Ø Steuersatz für 29.400 €	16,70 %
Ø Steuersatz für 42.000 €	21,50 %
Einkommensteuer: 29.400 € x 21,50 % =	6.321 €

Zum Vergleich: Ein PKV Versicherter mit entsprechendem Krankentagegeld hätte in diesem Beispiel nur (29.400 € x 16,70 % =) 4.910 Euro Einkommensteuer gezahlt. Das ist eine Ersparnis im Vergleich zum GKV-Versicherten von 1.411 Euro.

Krankentagegeld für höherverdienende Arbeitnehmer

Besonders wichtig: die richtige Krankentagegeld-Höhe

Nach 42 Tagen Arbeitsunfähigkeit stellt der Arbeitgeber die Zahlung von Lohn oder Gehalt ein. Die Bedeutung des Krankentagegeldes wird in der Praxis häufig unterschätzt. Es soll Ersatz für das bei Arbeitsunfähigkeit ausfallende Nettoeinkommen sein.

Häufiges Problem: Das Tagegeld wird bei Abschluss des Vertrages richtig bemessen, aber danach nie wieder „angefasst". Resultat ist dann nach einigen Jahren eine hoffnungslose Unterversicherung.

Fehlt das Krankentagegeld oder ist es zu niedrig, kann eine längere Krankheit oder eine länger andauernde Unfallfolge die finanzielle Existenz gefährden.

Anhand der nachstehenden Berechnungsbeispiele kann der Bedarf optimal ermittelt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für die Marke SIGNAL IDUNA die Ermittlung nach den konkreten Verhältnissen des Versicherten erfolgt und bei Krankentagegeltarifen der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung ein pauschaler 80 %-iger Ansatz anzuwenden ist.

Beispiel zur Krankentagegeld-Ermittlung (Marke SIGNAL IDUNA)

Arbeitnehmer versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 600 €)	Berechnung		Individuelle Berechnung	
Ihr monatliches Brutto-Arbeitsentgelt		6.500,00 €		€
./. Lohnsteuer [1]	-	1.677,08 €	-	€
./. Solidaritätszuschlag [1]	-	31,42 €	-	€
./. Kirchensteuer [1]	-	0,00 €	-	€
./. Arbeitnehmeranteil zur Arbeitslosenversicherung [1]	-	78,00 €	-	€
./. Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung [1]	-	604,50 €	-	€
+ Arbeitgeberanteil PKV und PPV	+	300,00 €	+	€
+ Beitrag zur Rentenversicherung (Basis: 80 % des Arbeitsentgelts) [1]	+	967,20 €	+	€
= Absicherbares Einkommen	=	5.376,20 €	=	€
= 1/30 davon ergibt das tägliche absicherbare Einkommen	=	179,21 €	=	€
Mögliches Krankentagegeld (ESP-VA)	**=**	**180,00 €** [2]	=	€

[1] Steuerklasse I, kinderlos, keine Kirchensteuer

[2] Das täglich absicherbare Einkommen wird auf die nächsten 5 Euro aufgerundet.

Sonderfall Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

Gesellschafter/Geschäftsführer werden gemäß ihrer Stellung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn entweder Arbeitnehmern (nach Tarif ESP-VA) oder Selbstständigen (nach Tarif ESP-VS) zugeordnet. Die Krankentagegeldtarife ESP-VA bzw. ESP-VS können nur im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung versichert werden.

Beispiel zur Krankentagegeld-Ermittlung (Marke Deutscher Ring Krankenversicherung)

Arbeitnehmer versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 600 €)	Berechnung		Individuelle Berechnung	
Ihr monatliches Brutto-Arbeitsentgelt		6.500,00 €		€
80 % [1] davon ergibt das absicherbare Einkommen		5.200,00 €		€
= 1/30 davon ergibt das tägliche absicherbare Einkommen	=	173,33 €	=	€
Mögliches Krankentagegeld (pro v)	**=**	**175,00 €** [2]	=	€

[1] pauschaler Ansatz

[2] Das täglich absicherbare Einkommen wird auf die nächsten 5 Euro aufgerundet.

Arbeitgeberzuschuss in Verbindung mit **Bürgerentlastungsgesetz**

1. Arbeitgeberzuschuss

1.1 Allgemeines

Bei privat versicherten Arbeitnehmern ist der Arbeitgeber verpflichtet, sich an den Beiträgen zu beteiligen. Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch (SGB): für die private Krankenversicherung § 257 SGB V, für die private Pflegepflichtversicherung § 61 SGB XI. Der Arbeitgeberzuschuss zur privaten Krankenversicherung trägt dem Gedanken Rechnung, dass sich der Arbeitgeber auch an den Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegepflichtversicherung beteiligt. Deshalb ist der Betrag auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrages begrenzt, maximal auf die gesetzlichen Höchstgrenzen.

Im Jahr 2021 sind das

- **384,58 €**
  für die Krankenversicherung
- **73,77 €**
  für die Pflegeversicherung

Der Arbeitgeberzuschuss bezieht sich auf den gesamten Krankenversicherungsbeitrag, soweit die Leistungen der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Voraussetzung für den Zuschuss ist damit , dass die Leistung dem Grundsatz nach in der GKV enthalten ist. Beispielsweise sind auch die Beitragsanteile für die Absicherung des Ein- und Zweibettzimmers zuschussfähig, weil die Krankenhausbehandlung an sich Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist. Nicht zuschussfähig sind hingegen Beiträge zu ergänzenden Pflegetagegeld- oder Pflegemonatsgeldtarifen. Zur Klarstellung hat das Bundesministerium des Inneren am 16.08.2010 ein Rundschreiben veröffentlicht (siehe nächste Seite).

Der Arbeitgeberzuschuss ist für den Arbeitnehmer steuerfrei. Der Arbeitnehmer kann den Zuschuss daher im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen steuerlich nicht abziehen.

1.2 Familienangehörige

Wichtig für Familien: Bis zu den genannten Höchstsätzen sind neben dem eigenen Beitrag auch die Beiträge für privat versicherte Kinder und Ehepartner zuschussfähig. Voraussetzung hierfür ist, dass bei unterstellter Versicherungspflicht des Arbeitnehmers die Familienangehörigen familienversichert wären.

2. Bürgerentlastungsgesetz

2.1 Allgemeines

Privat Krankenversicherte können ihre Beiträge als Vorsorgeaufwendungen vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Grundlage ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 13.02.2008. Danach gehören Beiträge zu einer Kranken- und Pflegepflichtversicherung zum steuerfreien Existenzminimum und sind bis zum sozialhilferechtlich zu gewährenden Leistungsniveau steuerlich voll zu berücksichtigen. Rückerstattungen und Zuschüsse mindern die abzugsfähigen Vorsorgeaufwendungen.

Rechtsgrundlage ist § 10 Einkommensteuergesetz (EStG) in Verbindung mit der Krankenversicherungsbeitragsanteil-Ermittlungsverordnung (KVBEVO). Für die steuerliche Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungs- und Pflegepflichtbeiträge gibt es keine Höchstgrenzen.

Wichtig: Die Berechnungsvorschriften für die Höhe des Arbeitgeberzuschusses und für die Höhe der steuerlichen Abzugsfähigkeit ergeben sich aus völlig unterschiedlichen Gesetzen und sind damit nicht identisch.

Steuerlich berücksichtigt werden Beiträge, die zur Erlangung eines sozialhilfegleichen Versorgungsniveaus erforderlich sind. Das sind für die PKV Beitragsanteile, die auf Leistungen entfallen, die in Art, Umfang und Höhe den Leistungen des SGB V entsprechen. Beiträge für eine über das Sozialhilfeniveau hinausgehende Versorgung sind damit nicht abziehbar. Der steuerlich abziehbare Anteil wird individuell für jeden Tarif ermittelt und dem Versicherten mitgeteilt. Beitragsanteile für Mehrleistungen, wie beispielsweise die Absicherung des Ein- oder Zweibettzimmers oder des Chefarztes sind nicht abzugsfähig. Das gilt auch für Beiträge zu einer Krankentagegeldversicherung.

Für die Krankenversicherungstarife gelten damit unterschiedliche Sätze. Beiträge so genannter Kompakttarife sind mindestens zu 79,59 %; Tarife, die ausschließlich dem geforderten Mindestniveau entsprechen, zu 100 % steuerlich abzugsfähig. Das gilt auch für die Pflegepflichtversicherung.

2.2 Familienangehörige

Neben dem eigenen Beitrag sind auch die Beiträge für die mitversicherten Angehörigen (Ehepartner und Kinder) im Rahmen des Einkommensteuergesetzes unbegrenzt abzugsfähig.

3. Beispiele

3.1 Arbeitgeberzuschuss	
Krankenversicherung	400 €
+ Krankentagegeld	40 €
= Gesamtbeitrag	440 €
KV-Arbeitgeberzuschuss	220 €
Pflegepflichtversicherung	40 €
PPV-Arbeitgeberzuschuss	20 €

3.2 Bürgerentlastungsgesetz	
Krankenversicherung	400 €
+ Krankentagegeld	40 €
= Gesamtbeitrag	440 €
steuerlicher Anteil (82,60 % von 400 €)	330,40 €
abzüglich Arbeitgeberanteil	220 €
= steuerlich abzugsfähig	110,40 €
Pflegepflichtversicherung	40 €
abzüglich Arbeitgeberanteil	20 €
steuerlich abzugsfähig	20 €
insgesamt steuerlich abzugsfähig	130,40 €

3.3 Arbeitgeberzuschuss	
Krankenversicherung	700 €
+ Krankentagegeld	80 €
= Gesamtbeitrag	780 €
KV-Arbeitgeberzuschuss	384,58 €
Pflegepflichtversicherung	60 €
PPV-Arbeitgeberzuschuss	30 €

3.4 Bürgerentlastungsgesetz	
Krankenversicherung	700 €
+ Krankentagegeld	80 €
= Gesamtbeitrag	780 €
steuerlicher Anteil (79,59 % von 700 €)	557,13 €
abzüglich Arbeitgeberanteil	384,58 €
= steuerlich abzugsfähig	172,55 €
Pflegepflichtversicherung	60 €
abzüglich Arbeitgeberanteil	30 €
steuerlich abzugsfähig	30 €
insgesamt steuerlich abzugsfähig	202,55 €

Arbeitgeberzuschuss in Verbindung mit **Bürgerentlastungsgesetz**

4. Schnellvergleich

	Arbeitgeberzuschuss	Steuerliche Berücksichtigung
Rechtsgrundlagen	Krankenversicherung: § 257 SGB V Pflegepflichtversicherung: § 61 SGB XI	§ 10 EStG in Verbindung mit der KVBEVO
Welche Beitragsanteile werden berücksichtigt?	In der Krankenversicherung alle Beitragsanteile, deren Leistungen der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Dazu zählen unter anderem: ✓ Krankentagegeldtarife ✓ Krankenhaustagegeldtarife ✓ Tarife mit stationären Leistungen für den Chefarzt bzw. das 1- oder 2-Bettzimmer ✓ Tarife mit höherwertigen ambulanten Leistungen, wie beispielsweise Heilpraktikerleistung oder Sehhilfen ✓ 10 %ige Vorsorgezuschlag ✓ im Tarif integrierte Beitragsentlastungskomponenten (= peB) In der Pflegepflichtversicherung der komplette Beitrag. Beiträge einer Pflege-Zusatzversicherung sind jedoch nicht zuschussfähig.	Steuerlich abzugsfähig sind: ✓ In der Krankenversicherung alle Beitragsanteile, deren Leistungen der Art, Umfang und Höhe nach den Leistungen des SGB V entsprechen, inklusive integrierte Beitragsentlastungskomponenten. Dieser Anteil wird gemäß KVBEVO ermittelt. ✓ Pflegepflichtbeiträge Nicht abzugsfähig sind: ✓ Krankenversicherungsbeitragsanteile, die nicht GKV-Niveau entsprechen ✓ Tarife, die ausschließlich Wahlleistungen vorsehen ✓ Krankenhaus- bzw. Krankentagegeldtarife ✓ Beitragsrückerstattungen in Höhe des „KVBEVO-Faktors“ ✓ voller Arbeitgeberzuschuss
Bis zu welcher Höhe werden die Beiträge berücksichtigt?	Maßgeblich ist das tatsächliche Arbeitsentgelt des Versicherten, maximal bis zur aktuellen Beitragsbemessungsgrenze (2021: 4.837,50 € im Monat). Davon beträgt der Zuschuss in der – Krankenversicherung 7,85 %, also höchstens 384,58 € – Pflegeversicherung 1,525 %, also höchstens 73,77 € (Sachsen: 1,025 %, also maximal 49,58 €) Der Zuschuss darf aber nie mehr als die Hälfte des tatsächlichen Beitrages betragen.	Keine Begrenzung auf Höchstsätze
Familienangehörige	Voraussetzung für die Zuschussfähigkeit: Dass die Familienangehörigen bei einer Mitgliedschaft des Arbeitnehmers in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 SGB V familienversichert wären.	Vom Steuerpflichtigen für Familienangehörige (Ehegatte, Kinder, eingetragene Lebenspartner) gezahlte Beiträge sind ebenfalls im Rahmen des § 10 EStG steuerlich unbegrenzt abzugsfähig.
Nachweis	Arbeitgeberzuschussbescheinigung: Der Versicherte erhält von SIGNAL IDUNA bei Bedarf jährlich eine entsprechende Beitragsbescheinigung, die für die Lohnunterlagen des Arbeitgebers/ Dienstherrn bestimmt ist.	Bei Einwilligung meldet SIGNAL IDUNA die tatsächlichen, steuerrelevanten Beiträge maschinell an die Finanzbehörde.

Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage für die Ermittlung des Arbeitgeberzuschusses ergibt sich aus § 257 SGB V (siehe Seite 157), dem nachfolgend abgedruckten Rundschreibens des Bundesministerium des Inneren (BMI) und zur steuerlichen Absetzbarkeit von Kranken- und Pflegepflichtbeiträgen aus § 10 EStG (siehe Seite 139).

BMI-Rundschreiben zur Durchführung des § 257 SGB V

Bezug: Gesetz zur verbesserten Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) vom 16. Juli 2009 (BGBl. I S.1959)

Mein Rundschreiben vom 17. November 2009 (GMBl 2010, S. 3) – D 5 - 220 707/22 –

RdSchr. d. BMI v. 16.8.2010 – D5 - 220 707/22 –

Mit dem Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung ist die steuerliche Berücksichtigung von Beiträgen zu einer Kranken- und Pflegeversicherung erweitert worden. Die neuen Regelungen gelten sowohl für gesetzlich Versicherte als auch für privat Versicherte. Bei den privat Krankenversicherten sind die geleisteten Beiträge jedoch nur insoweit zu berücksichtigen, wie der Versicherungsnehmer einen Versicherungsschutz erwirbt, der dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht (Basis-Krankenversicherung). Beiträge für eine darüber hinausgehende Versorgung – z. B. Chefarztbehandlung, Einbettzimmer – sowie zur Finanzierung eines Krankengeldes gehören nicht dazu. Diese Mehrleistungen – sofern sie mitversichert sind – sind aus dem vom Steuerpflichtigen geleisteten Beitrag heraus zu rechnen.

Im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit teile ich mit, dass diese steuerbegünstigende Regelung des Bürgerentlastungsgesetzes Krankenversicherung keine Auswirkung auf die Höhe des Arbeitgeberzuschusses an privat krankenversicherte Beschäftigte nach § 257 Absatz 2 Satz 2 SGB V hat. § 257 Absatz 2 Satz 2 SGB V sieht eine leistungsbezogene Begrenzung des Zuschusses nicht vor. Beiträge zur privaten Krankenversicherung im Rahmen dieser Rechtsnorm sind nach wie vor zuschussfähig, auch wenn der Krankenversicherungsvertrag Leistungserweiterungen enthält.

Privat krankenversicherte Beschäftigte erhalten einen Arbeitgeberzuschuss für sich und ihre Angehörigen, wenn diese bei (unterstellter) Versicherungspflicht des Beschäftigten familienversichert (§ 10 SGB V) wären. Voraussetzung für den Arbeitgeberzuschuss ist, dass die Beschäftigten Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (vgl. § 257 Absatz 2 Satz 1 SGB V).

Der Beitragszuschuss nach § 257 Absatz 2 Satz 2 SGB V beträgt die Hälfte des Betrages, der sich bei Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a der gesetzlichen Krankenversicherung auf die bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen ergibt. Der Zuschuss darf die Hälfte des tatsächlich zu leistenden Betrags nicht überschreiten (vgl. BMI-Bezugsrundschreiben).

GMBl 2010, S. 1218

Kranken- und Pflegeversicherung **bei Arbeitslosigkeit** (Merkblatt)

1. Bezug von Arbeitslosengeld (ALG) I oder Unterhaltsgeld

Wie ist Ihre Absicherung bei Arbeitslosigkeit ab dem 55. Lebensjahr?

Sind Sie mindestens 55 Jahre alt und seit fünf Jahren oder länger bei uns als Arbeitnehmer oder Selbstständiger krankenversichert? Dann tritt in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) keine Versicherungspflicht ein und Ihre private Krankenversicherung (PKV) bleibt auch bei Arbeitslosigkeit bestehen; bitte lesen Sie weiter ab Punkt 3 „Anspruch auf Übernahme der Beiträge“

(sollten Sie noch keine fünf Jahre bei uns versichert sein oder waren Sie in den letzten Jahren längere Zeit im Ausland, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung).

Wie ist Ihre gesetzliche Absicherung bei Arbeitslosigkeit vor dem 55. Lebensjahr?

Wenn Sie noch keine 55 Jahre alt sind und ALG I oder Unterhaltsgeld erhalten, werden Sie in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert – und zwar für den gesamten Zeitraum, für den Sie diese Leistungen beziehen. Die Beiträge für diese Pflichtversicherung zahlt die Bundesanstalt für Arbeit direkt an die GKV. Erhalten Sie keine der genannten Leistungen, tritt keine Versicherungspflicht ein. Ruht die Leistung wegen einer Sperrfrist von bis zu 12 Wochen, besteht Versicherungspflicht ab Beginn.

1.1 Was passiert mit Ihrer SIGNAL IDUNA Kranken- und Pflegepflichtversicherung?

Das hängt davon ab, welche der beiden folgenden Möglichkeiten Sie wählen:

Möglichkeit 1: Gesetzlich krankenversichert und Anwartschaft auf Ihren SIGNAL IDUNA Krankenversicherungsschutz oder

Möglichkeit 2: Weiterhin bei uns versichert und Befreiung von der Versicherungspflicht

Zu Möglichkeit 1:

Haben Sie sich entschieden, in der GKV für die Dauer Ihrer Arbeitslosigkeit pflichtversichert zu bleiben, können Sie Ihre PKV während dieser Zeit als „kleine“ Anwartschaft führen. Der monatliche Beitrag hierfür beträgt im Regelfall für die Krankenversicherung 3 % Ihres bisherigen Beitrages und für die Pflegeversicherung 9,09 Euro. Während der Anwartschaftszeit haben Sie dann keinen Anspruch auf Leistungen. Voraussetzung für die Anwartschaft ist, dass Sie bei uns einen entsprechenden Antrag stellen und dass Sie den Bewilligungsbescheid Ihrer Agentur für Arbeit vorlegen. Stellen Sie den Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht, beginnt die Anwartschaft rückwirkend ab Beginn der Versicherungspflicht, ansonsten zum 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Der Vorteil einer Anwartschaft ist, dass nach Beendigung der Versicherungspflicht Ihr SIGNAL IDUNA Krankenversicherungschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder auflebt. Bitte zeigen Sie uns deshalb die Beendigung unverzüglich an, ansonsten kann Ihnen dieser Vorteil verloren gehen. Zusätzlich bleiben durch die Anwartschaft die bisher angesammelten Alterungsrückstellungen erhalten!

Ab Wiederaufleben des Versicherungsschutzes besteht wieder der volle vereinbarte Leistungsanspruch. Auch während der Anwartschaft eingetretene Erkrankungen sind ab dem Wiederaufleben mitversichert. Gleichzeitig sind auch wieder die Beiträge zu Ihrer Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu entrichten. Diese Beiträge können von den vor Beginn der Arbeitslosigkeit zu zahlenden Beiträgen abweichen, z. B. wenn die Arbeitslosigkeit über einen Jahreswechsel hinaus andauert.

Zu Möglichkeit 2:

Sie können sich bei Bezug von ALG I von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie in den letzten 5 Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert waren und eine private Krankenversicherung mit Vertragsleistungen abgeschlossen haben, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der GKV entsprechen. Dazu gehört auch eine Krankentagegeldversicherung.

Was ist bei der Befreiung zu beachten?

Die Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei einer zuständigen Krankenkasse (z. B. letzte Kasse bzw. AOK Ihres Wohnortes, aber auch jede bundesweite Ersatzkasse) zu beantragen. Sie wirkt ab Beginn der Versicherungspflicht, wenn keine Leistungen der GKV beansprucht worden sind, sonst vom Beginn des auf die Antragstellung folgenden Kalendermonats.

Dauer der Befreiung

Die Befreiung wirkt für den gesamten Zeitraum des Bezuges von ALG I oder Unterhaltsgeld. Die Befreiung ist für die Dauer der jeweiligen Leistung unwiderruflich. Sie gilt allerdings dann nicht mehr, wenn Sie einen anderen versicherungspflichtigen Tatbestand erfüllen. Sobald Sie also eine Anstellung mit einem Einkommen unter der Entgeltgrenze annehmen, werden Sie auch wieder versicherungspflichtig. Auch für eine erneute Arbeitslosigkeit mit entsprechendem neuen Leistungsbezug ist eine erneute Befreiung erforderlich.

1.2 Ist die Befreiung von der Versicherungspflicht zu empfehlen?

Diese Entscheidung ist abhängig von Ihrer ganz persönlichen Situation.

Dagegen spricht: Die Befreiung ist beispielsweise nicht zu empfehlen, wenn die Agentur für Arbeit die Beiträge nicht voll trägt und Sie die Differenz nicht selbst zahlen können. Auch wenn die Dauer der Arbeitslosigkeit nicht absehbar ist, sollte die Befreiung genau überlegt werden, da mit dem eventuellen späteren Bezug von ALG II keine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung möglich ist. Dafür spricht: Die Befreiung und damit das Beibehalten Ihres gewohnten Krankenversicherungsschutzes kann in Betracht gezogen werden, wenn Ihr Beitrag durch die Agentur für Arbeit voll übernommen wird oder Ihnen entsprechende Mittel dauerhaft zur Verfügung stehen. Auch wenn die Dauer der Arbeitslosigkeit absehbar ist, weil Sie bereits eine Anschlussbeschäftigung mit einem Einkommen über der Entgeltgrenze haben oder Sie Ihre Selbstständigkeit planen, sollte die Befreiung geprüft werden.

2. Bezug von ALG II

Wenn Sie unmittelbar vor dem Bezug von ALG II privat krankenversichert waren, werden Sie nicht versicherungspflichtig und bleiben weiterhin bei uns in der Privaten Krankenversicherung versichert. Dies gilt für den ganzen Zeitraum, für den Sie diese Leistung beziehen.

3. Anspruch auf Übernahme der Beiträge

3.1 Bei Bezug von ALG I

Haben Sie sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, übernimmt die Agentur für Arbeit die Beiträge Ihrer SIGNAL IDUNA Krankenversicherung. Die Beiträge für den Ehepartner und die Kinder werden berücksichtigt, wenn sie bei unterstellter GKV-Mitgliedschaft familienversichert wären. Die Agentur für Arbeit übernimmt in 2021 höchstens folgende Beträge [1]:

Krankenversicherung	615,33 Euro monatlich
Pflegeversicherung	118,04 Euro monatlich

Kranken- und Pflegeversicherung **bei Arbeitslosigkeit** (Merkblatt)

Arbeitnehmer, die in den letzten 52 Wochen vor der Arbeitslosigkeit ein monatliches Einkommen über der Beitragsbemessungsrenze (2021: 4.837,50 Euro) erzielten, haben bei Bezug von ALG I Anspruch auf die o. g. Höchstbeiträge. War das Einkommen vor der Arbeitslosigkeit geringer, reduziert sich auch die Beitragsübernahme. Das kann insbesondere bei Selbstständigen der Fall sein, deren Anspruch auf ALG I sich noch aus einer vor der selbstständigen Tätigkeit liegenden Beschäftigung als Arbeitnehmer ergibt.

3.2 Bei Bezug von ALG II

Nach den gesetzlichen Bestimmungen übernimmt die Agentur für Arbeit die Beiträge zur privaten Krankenversicherung bis maximal zur Höhe des halben Basistarifbeitrages; in der Pflegeversicherung maximal den halben Höchstbeitrag in der SPV.

Das sind 2021 höchstens folgende Beträge:

Krankenversicherung	384,58 Euro monatlich
Pflegeversicherung	73,77 Euro monatlich

Der Zuschuss wird seit 2012 direkt an das Versicherungsunternehmen überwiesen (§ 26 Absatz 4 SGB II).

4. Zum Verfahren bei Bezug von ALG I

Die Weiterführung Ihrer SIGNAL IDUNA Krankenversicherung teilen Sie der Agentur für Arbeit zusammen mit dem Antrag auf ALG I mit. Sie müssen dann das Zusatzblatt „Sozialversicherung der Leistungsbezieher“ ausfüllen und dabei angeben, dass Sie weiter bei uns versichert sind. Die Agentur für Arbeit setzt sich dann mit uns wegen der Höhe Ihrer Beiträge in Verbindung. Anschließend erhalten Sie von der Agentur für Arbeit einen entsprechenden Leistungsbescheid, in dem die Beitragsübernahme festgelegt wird. Wir erhalten von diesem Leistungsbescheid ebenfalls ein Exemplar.

Besonderheit: Bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit zahlt die Agentur für Arbeit gemäß den gesetzlichen Vorschriften privat und gesetzlich Krankenversicherten die Leistung 6 Wochen weiter. Anschließend würden Versicherungspflichtige von der Krankenkasse Krankengeld in Höhe der bezogenen Leistung erhalten und für die Dauer des Krankengeldes in der Krankenversicherung beitragsfrei versichert werden. SIGNAL IDUNA Krankenversicherte, die vor der Arbeitslosigkeit ein Krankentagegeld versichert haben, behalten diesen Anspruch für die Dauer der Arbeitslosigkeit. Die Höhe des Leistungsanspruches richtet sich nach dem bisher vereinbarten Tagessatz und der Leistung der Agentur für Arbeit (inkl. der Beitragsübernahme zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie zur gesetzlichen Rentenversicherung). Die genauen Einzelheiten hierzu teilen wir schriftlich mit.

5. Zum Verfahren bei Bezug von ALG II

Aufgrund der gesetzlichen Einführung des Basistarifes zum 01.01.2009 haben sich neue Durchführungsbestimmungen ergeben. Zum genauen Verfahren bitten wir Sie, sich hierzu mit dem zuständigen Träger direkt in Verbindung zu setzen.

6. Was ist sonst noch wichtig?

Dieses Merkblatt soll einen ersten Überblick verschaffen. Nur die Bundesagentur für Arbeit kann die Ansprüche rechtsverbindlich bewilligen.

[1] Der KV-Zuschuss beim Arbeitslosengeld I wird wie folgt berechnet:
Krankenversicherung: 80 % des Durchschnittseinkommens der letzten 52 Wochen (max. 80 % von 4.837,50 €) x (14,6 % + 1,3 %*)
Pflegeversicherung: 80 % des Durchschnittseinkommens der letzten 52 Wochen (max. 80 % von 4.837,50 €) x 3,05 %

*) *Angenommener kassenindividueller Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 SGB V – kann je nach Kasse auch höher oder geringer ausfallen*

Höherverdienende Arbeitnehmer und **betriebliche Altersversorgung (bAV)**

<table>
<tr><th>Durchführungsweg</th><th colspan="2">Ausgestaltung</th><th>sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt?</th></tr>
<tr><td>Direktzusage</td><td colspan="2" rowspan="2">– Entgeltumwandlung bis 4 % der Renten-BBG
– zusätzliche Arbeitgeberleistungen ohne diese Begrenzung</td><td rowspan="5">nein</td></tr>
<tr><td>Unterstützungskasse</td></tr>
<tr><td>Direktversicherung*</td><td rowspan="3">zusätzliche Arbeitgeberleistungen oder Entgeltumwandlung bis 4 % der Renten-BBG im Rahmen von § 3 Nr. 63 EStG</td><td rowspan="2">Entgeltumwandlung (Sonderzahlung) bis 1.752 €, im Rahmen von § 40 b EStG** pauschal besteuert</td></tr>
<tr><td>Pensionskasse*</td></tr>
<tr><td>Pensionsfonds*</td><td>–</td></tr>
</table>

* Ab 01.01.2018 sind für diese Durchführungswege gemäß § 3 Nr. 63 EStG 8 % der Renten-BBG möglich. Bis 4 % der Renten-BBG besteht Sozialversicherungsfreiheit, darüber hinaus Sozialversicherungspflicht.

** Für Altzusagen ist die Pauschalversteuerung gemäß § 40 b EStG weiterhin möglich. Beiträge für eine vor dem 01.01.2005 abgeschlossene Direktversicherung bleiben sozialversicherungsfrei, wenn sie aus einer Sonderzahlung resultieren.

Hinweis: Die o. g. Übersicht zeigt die wichtigsten Praxisfälle einer Entgeltumwandlung.

nein: die bAV ist nicht sozialversicherungspflichtig, d. h. das sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt wird bei einer Entgeltumwandlung entsprechend gemindert (unter Umständen relevant bei der Prüfung, ob Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird).

Optimieren Sie die bAV in Form einer Entgeltumwandlung im Hinblick auf die KV-Versicherungspflichtgrenze!

Grundsatz: Das Gehalt muss nach einer Entgeltumwandlung weiterhin über der Versicherungspflichtgrenze (Neufälle: 64.350 Euro, Bestandsfälle: 58.050 Euro) liegen.

Folgende Fälle sind zu unterscheiden:

a) der Arbeitnehmer ist GKV-versichert und verdient knapp über der Jahresarbeitsentgeltgrenze

Sie sprechen beim Kunden die KV-Voll und die Entgeltumwandlung an. Achten Sie in diesem Fall darauf, dass durch die Entgeltumwandlung die Versicherungspflichtgrenze nicht unterschritten wird.

Beispiel: Ein höherverdienender Arbeitnehmer ist freiwilliges Mitglied in der GKV und verdient 66.000 Euro p. a. Die Gehaltsumwandlung muss in diesem Fall unter 1.650 Euro p. a. liegen. Ansonsten würde der Arbeitnehmer versicherungspflichtig und könnte somit eine KV-Voll nicht mehr abschließen.

b) der Arbeitnehmer war am 31.12.2002 bei SIGNAL IDUNA privat krankenvollversichert

Sie sprechen beim Kunden die Entgeltumwandlung an. Achten Sie auch in diesen Fällen darauf, dass das Gehalt durch die Umwandlung weiterhin über 58.050 Euro p. a. (Bestandsfälle gemäß § 6 Abs. 7 SGB V) liegt. Ansonsten wird der Arbeitnehmer sofort versicherungspflichtig und hat keine Möglichkeit, sich von der eintretenden Versicherungspflicht befreien zu lassen.

Privat versicherte Mütter in **Mutterschutz und Elternzeit**

Was passiert, wenn PKV versicherte Frauen Kinder kriegen? An der Krankenversicherung ändert sich grundsätzlich nichts. Und auch die GKV ist längst nicht mehr so günstig, wie sie mal war: Denn freiwillig Versicherte müssen eigene Beiträge zahlen. Die einzige Ausnahme hiervon: Familienversicherung über den Ehepartner.

Die Frage „Ob sich der Wechsel lohnt?“ ist in der Praxis von vielen Faktoren abhängig. Ein häufiger Fall ist allerdings besonders erwähnenswert: Wird nach relativ kurzer Zeit eine Teilzeitbeschäftigung aufgenommen, tritt wieder Versicherungspflicht ein, egal ob vorher eine PKV oder GKV bestand. Bisher PKV-Versicherte können sich für die Dauer der Elternzeit von dieser Versicherungspflicht befreien lassen, wenn die Teilzeitbeschäftigung wöchentlich höchstens 30 Stunden beträgt.

Das nachfolgende Beispiel zeigt, mit welchen Geldflüssen die Schwangere/ Mutter zu rechnen hat – selbstverständlich unter Berücksichtigung des neuen PKV-Mutterschaftsgeldes. Eins ist besonders wichtig: Je früher sich die Frau für die SIGNAL IDUNA entscheidet, desto größer sind die Vorteile.

Einkommensvergleich unter Berücksichtigung des Elterngeldes

Eine 34-jährige Arbeitnehmerin mit einem bisherigen monatlichen Nettoeinkommen von 2.500 Euro hat in dem Zeitraum von 9 Monaten vor bis 12 Monaten nach einer Entbindung mit folgenden Einkommen zu rechnen:

Zeitraum	GKV-Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied	SIGNAL IDUNA Krankenversicherung (KV-Voll-Beitrag 500 €, inkl. 100 € KTG, PPV)
9 Monate bis 6 Wochen vor der Entbindung (= 7,5 Monate) „normale“ Beschäftigung	normales Gehalt netto **18.750 €** (2.500 € x 7,5 = 18.750 €)	normales Gehalt netto **18.750 €** (2.500 € x 7,5 = 18.750 €)
6 Wochen vor bis zur Entbindung (= 1,5 Monate) Mutterschutzfrist	**GKV-Mutterschaftsgeld für 6 Wochen** **546 €** (42 Tage x 13 €) **Der Arbeitgeber übernimmt die Differenz zum Nettoeinkommen** **3.204 €** (3.750 € - 546 € = 3.204 €)	**Einmaliges Mutterschaftsgeld** **210 €** (vom Bundesamt für Soziale Sicherung – BAS) **Der Arbeitgeber übernimmt das Nettoeinkommen abzgl. 546 €** **3.204 €** (3.750 € - 546 € = 3.204 €) **SIGNAL IDUNA Krankentagegeld** **0 €** (während der Karenzzeit kein Anspruch)
Von der Entbindung bis 8 Wochen danach (= 2 Monate) Mutterschutzfrist	**GKV-Mutterschaftsgeld für 8 Wochen** **728 €** (56 Tage x 13 €) **Der Arbeitgeber übernimmt die Differenz zum Nettoeinkommen** **4.272 €** (5.000 € - 728 € = 4.272 €) (kein Anspruch auf Elterngeld, weil Mutterschaftsgeld plus „Mutterschutz-Arbeitgeberzuschuss“ höher sind)	**Der Arbeitgeber übernimmt das Nettoeinkommen abzgl. 728 €** **4.272 €** (5.000 € - 728 € = 4.272 €) (kein Anspruch auf Elterngeld, weil „Mutterschutz-Arbeitgeberzuschuss“ höher ist) **SIGNAL IDUNA Krankentagegeld** **728 €** (5.000 € - 4.272 €) (Anspruch auf Krankentagegeld gemäß § 192 Abs. 5 VVG)
Ab der 8. Woche nach der Entbindung bis zum Ende des 12. Monats (= 10 Monate) Bezugsdauer Elterngeld	Anspruch auf Elterngeld **16.250 €** (10 x 1.625 € = 16.250 €) Höhe Elterngeld: 2.500 x 65 % = 1.625 €	Anspruch auf Elterngeld **16.250 €** (10 x 1.625 € = 16.250 €) Höhe Elterngeld: 2.500 x 65 % = 1.625 €
Gesamtes Einkommen für 21 Monate	**43.750 €**	**43.414 €**

Ab der Entbindung können sowohl GKV-versicherte als auch SIGNAL IDUNA versicherte Arbeitnehmerinnen 36 Monate Elternzeit und 12 Monate (in Ausnahmen 14 Monate) Basiselterngeld bzw. 24 Monate Elterngeld Plus (ggf. zusätzlich 4 Partnerschaftsmonate) beanspruchen. Beide Eltern können die Elternzeit vom Tag der Geburt bis zum 3. Geburtstag auch gemeinsam nutzen.

Auf das Elterngeld wird das Mutterschaftsgeld der Krankenkasse von 13 Euro täglich plus der Auffüllungsbetrag des Arbeitgebers während der Muttschutzfristen bis zum Nettoentgelt angerechnet (nicht jedoch die Einmalzahlung von 210 Euro für PKV-versicherte Mütter). Durch das Elterngeld Plus wird die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung (bis 30 Stunden) der Mutter während der Elternzeit seit dem 01.07.2015 begünstigt.

Zahlungen während der Mutterschutzfristen (grundsätzlich 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Entbindung) für ...

GKV versichert			PKV versichert		
Arbeitnehmerin	**Selbstständige**	**Familienversicherte**	**Arbeitnehmerin**	**Selbstständige**	**Beamtin**
Mit Anspruch auf Krankengeld: ✓ Krankenkasse zahlt bis zu 13 € pro Arbeitstag ✓ Arbeitgeber stockt das Entgelt auf, bis zu einer Höhe des Nettodurchschnittsverdienstes der letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist	**Mit Anspruch auf Krankengeld:** ✓ Krankenkasse zahlt Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes **Ohne Anspruch auf Krankengeld:** ✓ keine Leistung	**Ohne geringfügige Beschäftigung:** ✓ keine Leistungen **Mit geringfügiger Beschäftigung:** ✓ 210 € vom Bundesamt für Soziale Sicherung ✓ ggf. Aufstockung vom Arbeitgeber: Nettogehalt minus 13 € pro Arbeitstag	✓ Arbeitgeber stockt das Entgelt auf, bis zu einer Höhe des Nettodurchschnittsverdienstes der letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist minus 13 € pro Arbeitstag ✓ Beantragung von einmalig 210 € beim Bundesamt für Soziale Sicherung ✓ PKV zahlt Mutterschaftsgeld maximal in Höhe des versicherten Krankentagegeldes* (Anrechung von Entgeltersatzleistungen wie z. B. Elterngeld oder Mutterschaftsgeld)	**Krankentagegeld versichert*:** ✓ PKV zahlt Mutterschaftsgeld in Höhe des versicherten Krankentagegeldes (Anrechung von Entgeltersatzleistungen wie z. B. Elterngeld) **Krankentagegeld nicht versichert:** ✓ keine Leistung	✓ Beamtin erhält für Dauer der Mutterschutzfristen ihre Bezüge weiter ✓ Beamtin erhält zusätzlich noch Zuschüsse zu den KV/PPV-Beiträgen

*) SIGNAL IDUNA: Leistung erfolgt erst nach Ablauf der Karenz- und Wartezeit

Privat versicherte Mütter in **Mutterschutz und Elternzeit**

Beitragsvergleich

Diese Krankenversicherungsbeiträge zahlt eine 34-jährige Arbeitnehmerin in dem Zeitraum von 9 Monaten vor bis 12 Monaten nach einer Entbindung (des 2. Kindes):

Zeitraum	GKV-Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied	SIGNAL IDUNA Krankenversicherung (KV-Voll inklusive Krankentagegeld und PVN 500 € / Monat)
9 Monate bis 6 Wochen vor der Entbindung (= 7,5 Monate) „normale“ Beschäftigung	Arbeitnehmeranteil **3.437,63 €** angenommener Beitrag 2021 4.837,50 € x (14,6 % + 1,3 % *) = 769,16 € Pflegeversicherung (3,05%) + 147,54 € Gesamt = 917,70 € Arbeitnehmeranteil = 458,35 € (458,35 € x 7,5 = 3.437,63 €)	Arbeitnehmeranteil **1.875,00 €** KV-Beitrag = 500 € Arbeitnehmeranteil = 250 € (250 € x 7,5 = 1.875,00 €)
6 Wochen vor bis zur Entbindung (= 1,5 Monate) Mutterschutzfrist	Beitrag **0,00 €**	Beitrag ohne Arbeitgeberzuschuss 500 € x 1,5 = **750,00 €**
Von der Entbindung bis 8 Wochen danach (= 2 Monate) Mutterschutzfrist	Beitrag **0,00 €**	Beitrag ohne Arbeitgeberzuschuss 500 € x 2 = **1.000,00 €**
Ab der 8. Woche nach der Entbindung bis zum Ende des 12. Monats (= 10 Monate) Elterngeldbezugsdauer	Beitrag ohne Arbeitgeberzuschuss **4.438,41 €** Krankenversicherung = 370,07 € (4.837,50 € : 2 x (14,0 % + 1,3 %*) x 10 = 3.700,69 €) Pflegeversicherung = 73,77 € (4.837,50 € : 2 x 3,05 % x 10 = 737,72 €) Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 26.03.1998 (AZ: B 12 KR 45/96 R) höchstrichterlich bestätigt, dass freiwillig Versicherte nach Ende der Mutterschutzfristen während des Erziehungsurlaubs Beiträge zu entrichten haben. Die Beitragsbemessung erfolgt nach denselben Kriterien wie bei allen anderen freiwillig Versicherten auch, beispielsweise nach dem halben Einkommen des Ehepartners, wenn dieser PKV-versichert ist. Im Beispiel haben wir ein Ehegatten-Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze unterstellt. Ist der Ehemann GKV-versichert, besteht Anspruch auf Familienversicherung.	Beitrag ohne Arbeitgeberzuschuss 500 € x 10 = **5.000,00 €** Durch das Elterngeld Plus ist seit dem 01.07.2015 die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung attraktiver.
KV-Zusatzversicherung	(Monatsbeitrag 60 € x 21) **1.260,00 €**	**0,00 €**
Gesamte Beiträge für 21 Monate	**9.136,04 €**	**8.625,00 €**

*) Der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz (§ 242 SGB V) wurde in diesem Beispiel mit 1,3 % unterstellt; er kann je nach Kasse auch höher oder geringer sein.

PKV nach der Elternzeit: Nimmt die PKV-versicherte Mutter nach der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung auf, hat sie unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, sich von der eintretenden Versicherungspflicht befreien zu lassen. Sie könnte dann weiterhin PKV-versichert bleiben (siehe hierzu Seite 109).

Ergebnis

Soviel Einkommen steht einer 34-jährigen Arbeitnehmerin während der gesamten 21 Monate (9 Monate vor bis 12 Monate nach der Entbindung) – nach Abzug der Krankenversicherungsbeiträge – tatsächlich zur Verfügung:

	GKV	PKV
Einkommen	43.750,00 €	43.414,00 €
./. Beiträge	9.136,04 €	8.625,00 €
= Gesamteinkommen	34.613,96 €	34.789,00 €

Unterm Strich: Das Thema „Mutterschaft“ ist für die höherverdienende Arbeitnehmerin kein Grund, in der GKV zu bleiben. Je nach gewähltem PKV-Schutz verbleibt sogar ein höheres Gesamteinkommen. Darüber hinaus: Das gute Gefühl, Privatpatient zu sein, ist mit Geld kaum zu bezahlen (seit 2004 sind auch die GKV-Zuzahlungen für Mütter deutlich gestiegen). Durch die vorher beschriebene Neuregelung zur Elternzeit (mit einer zulässigen, versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung von bis zu 30 Stunden wöchentlich) hat das Thema „Beitragspflicht in der GKV“ erheblich an Bedeutung verloren. Und je eher der Wechsel zur SIGNAL IDUNA erfolgt, desto länger profitiert die Versicherte von den Beitragsersparnissen, sodass die Gesamtbetrachtung noch besser für SIGNAL IDUNA aussieht.

Achtung

Falls der Ehepartner der PKV-versicherten Arbeitnehmerin GKV-versichert ist, ist für den Ehepartner in der anschließenden Elternzeit keine Familienversicherung möglich. Die SIGNAL IDUNA kann dann „normal“ weitergeführt werden. Wird allerdings eine zulässige Teilzeitbeschäftigung aufgenommen, besteht wieder Versicherungspflicht und die SIGNAL IDUNA kann als Anwartschaft geführt werden.

Ein PKV-versicherter Arbeitnehmer kann im Rahmen der Höchstbeträge auch für die privat versicherte Ehefrau in der Elternzeit den Arbeitgeberzuschuss erhalten (Rundschreiben des Bundesinnenministeriums).

Studenten

Studenten sind zumeist GKV-versichert

Studenten, die in Deutschland an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, werden grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV. Die Versicherungspflicht besteht in der Regel längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Diese Grenze kann bei Vorliegen wichtiger Gründe verlängert werden. Dabei ist eine Verlängerung bis längstens zur Vollendung des 37. Lebensjahres möglich (BSG-Urteil vom 15.10.2014, Az. B 12 KR 17/12R).

Der Großteil der Studenten ist über einen GKV-versicherten Elternteil zu Beginn des Studiums familienversichert. Die Familienversicherung geht der Versicherungspflicht als Student vor und endet zum 25. Geburtstag (verlängert um den Zeitraum eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres oder Bundesfreiwilligendienstes). Unmittelbar danach beginnt die Versicherungspflicht als Student. Erst ab diesem Zeitpunkt kann sich der Student von der Versicherungspflicht befreien lassen!

Wichtig: In der Beihilfe berücksichtigungsfähige Studenten werden in der GKV sofort versicherungspflichtig, wenn in der GKV kein Anspruch auf Familienversicherung beim anderen Elternteil besteht. In diesem Fall entsteht mit Immatrikulation sofortige Versicherungspflicht als Student. Sie müssen sich schon zu Beginn des Studiums befreien lassen, um weiterhin nach (R-)Beihilfetarifen versichert zu bleiben!

Befreiung von der Versicherungspflicht

Die Befreiung ist bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu beantragen und ist nur bis zum Ablauf der **ersten 3 Monate** der Versicherungspflicht (ab Immatrikulation bzw. nach Ende der Familienversicherung) möglich. Eine erneute Befreiungsmöglichkeit ist damit ausgeschlossen. Für die Befreiung ist der Nachweis eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes erforderlich. Die Befreiung gilt nur für die Dauer der Versicherungspflicht als Student.

Doktoranden

Doktoranden, die ihr Promotionsstudium nach Abschluss eines Hochstulstudiums aufnehmen, sind nicht mehr als Student versicherungspflichtig in der GKV. Damit sind für Doktoranden keine Ausbildungstarife mehr möglich.

Duale Studiengänge

Weitergehende Infos zu Dualen Studiengängen finden Sie auf Seite 108.

Meisterschüler

Weitergehende Infos zu Meisterschülern finden Sie auf Seite 120.

GKV-Beiträge

Die Beitragsgrenze wird bei Vollendung des 30. Lebensjahres gezogen. Hier endet normalerweise (s. o.) die Versicherungspflicht in der GKV. Der bislang pflichtversicherte Student muss sich dann zum erheblich teureren Beitrag freiwillig in der GKV weiter versichern.

Studentenbeiträge in der GKV 2021

bis Vollendung 30. Lj. (versicherungspflichtig in KVdS)	KV: 76,85 € plus 9,78 € Pflege: 22,94 € (24,82 €)
nach Vollendung 30. Lj. (freiwilliges Mitglied)	KV: 153,53 € plus 14,26 € Pflege: 33,45 € (36,19 €)
Es wurde ein individueller Zusatzbeitragssatz von 1,3 % unterstellt; kann je nach Krankenkasse auch höher oder geringer ausfallen; in Klammern Pflegebeiträge für kinderlose Studenten ab 23 Jahre.	

Beitragszuschuss für GKV- und PKV-Versicherte

BAföG-Empfängern zahlt das Amt für Ausbildungsförderung auf Antrag seit dem Wintersemester 2019 einen Zuschuss von max. **84 Euro** zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag bzw. **25 Euro** zur Pflegeversicherung (bei Überschreiten der Altersgrenze max. 155 € für die KV bzw. max. 34 € für die PV). Der BAföG-Zuschuss erhöht den Bedarfssatz und gilt zur Hälfte als Darlehen.

Versicherungspflicht als Student neben Beschäftigung ...

... im Dauerjob

Arbeitszeit	Entgelt	KV/ PV/ AV	RV
spielt keine Rolle	bis 450 € mtl.	versicherungsfrei, 13 % Pauschalbeitrag* zur KV (wenn gesetzlich versichert)	versicherungsfrei, 15 % Pauschalbeitrag*
bis 20 Std. wöchentlich	über 450 € mtl.	versicherungsfrei, keine Beiträge	versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge
über 20 Std. wöchentlich	über 450 € mtl.	versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge	versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge

*) Wenn haushaltsnahe geringfügige Beschäftigung ausgeübt wird, beträgt der Pauschalbeitrag in der KV 5 % und in der RV ebenfalls 5 %.

... im Aushilfsjob (über 20 Stunden wöchentlich)

zeitlich begrenzt*	berufsmäßig ausgeübt?	KV/ PV/ AV	RV
bis 3 Monate oder 70 Arbeitstage	insgesamt nicht mehr als 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Kalenderjahr	versicherungsfrei, keine Beiträge	versicherungsfrei, keine Beiträge
bis 3 Monate oder 70 Arbeitstage	insgesamt mehr als 3 Monate oder 70 Arbeitstage, aber nicht mehr als 26 Wochen im Kalenderjahr	versicherungsfrei, keine Beiträge	versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge
bis 3 Monate oder 70 Arbeitstage	insgesamt mehr als 26 Wochen im Kalenderjahr	versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge	versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge
über 3 Monate, aber ausschließlich in den Semesterferien	insgesamt nicht mehr als 26 Wochen im Kalenderjahr	versicherungsfrei, keine Beiträge	versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge

Hinweise zu den **Praktikanten** finden Sie auf Seite 125.

Student und selbstständige Tätigkeit

Personen, die neben ihrem Studium oder neben ihrem Praktikum **hauptberuflich** eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben, unterliegen nicht der Versicherungspflicht als Student. Zur Beurteilung die Ausführungen auf den Seiten 21 ff. beachten.

SIGNAL IDUNA Ausbildungstarife in der Vollversicherung

SIGNAL IDUNA bietet Studenten preiswerten Vollversicherungsschutz nach den Tarifen für Ausbildungszeiten. Studenten, die bereits KV-vollversichert waren, können ihren gewohnten Versicherungsschutz behalten und die bestehenden Tarife in die entsprechende Ausbildungsversion umstellen. Eventuell angesammelte Alterungsrückstellungen bleiben erhalten und werden bei einer späteren Umstellung in die „Normaltarife“ berücksichtigt.

Oder: günstige „pur“-Tarife in der Zusatzversicherung

GKV-versicherte Studenten können sich sehr günstig im ambulanten, zahnärztlichen und stationären Bereich versichern. Dafür stehen die besonders günstigen „pur-Varianten“ zur Verfügung. Diese sind ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert.

Grenzgänger

Als Grenzgänger können Personen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert werden, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und in Luxemburg, den Niederlanden Österreich oder der Schweiz arbeiten. Sie kehren in der Regel täglich oder mindestens einmal wöchentlich an ihren deutschen Wohnsitz zurück.

Für Grenzgänger in andere Anrainerstaaten erfolgt eine Einzelfallprüfung. Saisonarbeiter sind nicht versicherungsfähig.

Grundsätzlich sind Anträge nicht annahmefähig, bei denen eine Vertragsdauer von unter drei Jahren zu erwarten ist. Dies trifft insbesondere bei Arbeitnehmern in der Vollversicherung zu, die ein befristetes Arbeitsverhältnis (unter 3 Jahre Dauer) haben.

Mit Personen, die in Anrainerstaaten leben und in Deutschland arbeiten, dürfen wir aufgrund fehlender aufsichtsrechtlicher Voraussetzungen keine Verträge schließen.

Bei Antragstellung ist die vollständig ausgefüllte „Zusatzerklärung für Grenzgänger“ (Formular 12098xx) einzureichen.

1. Grenzgänger in die Schweiz

Es können nur Personen mit einem deutschen Wohnsitz innerhalb der PLZ-Bereiche 77xxx, 78xxx, 79xxx und 88xxx bei der SIGNAL IDUNA als Grenzgänger versichert werden.

Personen mit einem Wohnsitz außerhalb des o. g. Postleitzahlen-Bereichs bieten wir keinen Versicherungsschutz an. Gegebenenfalls liegt der gewöhnliche Aufenthalt dieser Person vorübergehend in der Schweiz (z. B. bei einer Entsendung). In diesem Fall kann eine Annahme des Versicherungsschutzes geprüft werden.

Für Grenzgänger in die Schweiz gibt es mehrere Möglichkeiten für die Absicherung im Krankheitsfall:

1.1 Pflichtversicherung in der gesetzlichen Schweizer Krankenversicherung (KVG)

1.2 Krankenvollversicherung bei der SIGNAL IDUNA

1.3 Mitgliedschaft in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Für Grenzgänger in die Schweiz und deren nichterwerbstätige Familienangehörige besteht grundsätzlich Versicherungspflicht in der schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG). Innerhalb von drei Monaten nach der Grenzgängerbewilligung kann sich der Grenzgänger von der Versicherungspflicht befreien lassen. Der Grenzgänger hat in diesem Fall die Möglichkeit, sich in einer deutschen GKV oder in einer deutschen PKV zu versichern.

Die Möglichkeit des Grenzgängermodells mit privater Schweizer Krankenversicherung (VVG) besteht für Neukunden ab dem 01.01.2015 nicht mehr.

1.1 Versicherung in der gesetzlichen Schweizer Krankenversicherung (KVG)

Mit Aufnahme der Erwerbstätigkeit in der Schweiz wird der Grenzgänger generell versicherungspflichtig in der schweizer Krankenversicherung. Die Beitragszahlung erfolgt in der Schweiz. Sämtliche Leistungen der schweizer Krankenversicherung können in der Schweiz in Anspruch genommen werden. Um zusätzlich zu der Pflichtversicherung in der Schweiz auch Versicherungsschutz in Deutschland zu erhalten, stellt die Schweizer Krankenversicherung das Formular E 106 aus. Mit diesem Formular erhält der Grenzgänger bei einer deutschen GKV eine Chipkarte und weiterhin deutsche Kassenleistungen nach dem Sachleistungsprinzip. Da bei Leistungsbezug in Deutschland Medikamentenzuzahlungen und weitere deutsche kassentypische Zuzahlungen erhoben werden, sind deutsche Tarife bedarfsgerecht. Eine private Pflegepflichtversicherung ist nicht erforderlich. Die für diesen Personkreis angebotenen Tarife, einschließlich der notwendigen Sondervereinbarungen und Formulare, finden Sie in den Verkaufshinweisen Formular-Nr. 13310xx.

1.2 Krankenvollversicherung bei der SIGNAL IDUNA

Grenzgänger, die sich mit einer deutschen Krankenvollversicherung von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen wollen, können Tarife ohne stationäre GOÄ-Begrenzung angeboten werden. Das ist wichtig, damit Leistungseinschränkungen bei einer Behandlung in der Schweiz verhindert werden. Die entsprechenden Tarife, einschließlich der notwendigen Sondervereinbarungen und Formulare, finden Sie in den Verkaufshinweisen Formular-Nr. 13310xx.

1.3 Mitgliedschaft in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Bei einer Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind grundsätzlich alle Zusatztarife zugelassen. Die im Einzelnen angebotenen Tarife, einschließlich der notwendigen Sondervereinbarungen und Formulare, finden Sie in den Verkaufshinweisen Formular-Nr. 13310xx.

2. Grenzgänger in die Niederlande, Luxemburg und Österreich

Für Grenzgänger in die Niederlande, Luxemburg und Österreich steht folgendes Tarifangebot zur Verfügung:

2.1 Vollversicherung

Es sind nur Tarife zugelassen, die keine stationäre GOÄ-Begrenzung vorsehen. Die angebotenen Tarife, einschließlich der notwendigen Sondervereinbarungen und Formulare, finden Sie in den Verkaufshinweisen Formular-Nr. 13310xx.

2.2 Zusatzversicherung

Da die Zusatztarife der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. auf die Lücken der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugeschnitten sind, sind diese grundsätzlich nur zur deutschen GKV versicherungsfähig.

Grenzgänger können sich auch in Deutschland behandeln lassen. Hierzu erhalten Grenzgänger das Formular E 106 mit dem sie Leistungen der deutschen GKV beziehen können (so als wären sie selbst Mitglied einer deutschen GKV). Die Abwicklung erfolgt über eine deutsche frei zu wählende Krankenkasse.

Hinweise zur Auslandsreise-Krankenversicherung finden Sie auf Seite 100.

Gesetzlich Krankenversicherte

Leistungseinschränkungen der GKV

In den letzten Jahren ist der gesetzliche Krankenversicherungsschutz immer wieder gekürzt worden. Hier die wichtigsten Leistungseinschränkungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen Blick:

Im Krankenhaus

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben lediglich einen Anspruch auf die allgemeinen Krankenhausleistungen – eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten. Als „häusliche Ersparnis“ sind für die ersten 28 Tage pro Kalendertag 10 Euro dazu zu zahlen.

GKV-Versicherte sind verpflichtet, das vom Arzt in der Einweisung genannte Krankenhaus aufzusuchen (grundsätzlich das dem Wohnort nächstgelegene Vertragskrankenhaus – so genannte Einweisungsklausel). Eine Behandlung erfolgt – ohne Einfluss des Versicherten – durch den gerade diensthabenden Arzt, die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

Beim Zahnarzt

Gesetzliche Krankenversicherte erhalten für Zahnersatz lediglich eine Grundversorgung. Seit dem 01.01.2005 werden so genannte Festzuschüsse gewährt. Diese bilden die Regelversorgung eines Kassenpatienten ab. Die Krankenkassen zahlen dann genau festgelegte Beträge für Zahnersatz (befundbezogene Festzuschüsse). Die Höhe der Beträge richtet sich nicht mehr nach den individuell anfallenden Kosten, sondern nach dem jeweils vorliegenden Befund. Dies dürfte in vielen Fällen zu höheren Eigenbeteiligungen führen. Prophylaxe wird auch weiterhin honoriert: unter Berücksichtigung der Bonusstufen werden 60, 70 oder 75 % der entstehenden Gesamtkosten abgedeckt. Dies gilt aber nur für die Regelversorgung. Wird eine höherwertige Versorgung (z. B. Inlays, Implantate) gewünscht, erhöhen sich die Eigenbeteiligungen des GKV-Versicherten zum Teil erheblich.

Sehhilfen, Auslandsreisen, Heilpraktiker

Auch hier sind Leistungslücken an der Tagesordnung.

Praktisch ohne Leistung ist das GKV-Mitglied auf Auslandsreisen oder beim Heilpraktiker. Zwar sollen über Sozialversicherungsabkommen im Ausland tätige Ärzte einen „Krankenschein“ akzeptieren, jedoch scheitert dies häufig an den Gegebenheiten vor Ort. Hier wird privat behandelt und abgerechnet, sodass die Kassen keinen Cent erstatten. Gleiches gilt für die Behandlung beim eigenverantwortlich in Anspruch genommenen Heilpraktiker.

Für Selbstständige

Selbstständige können sich in der GKV unter Umständen freiwillig weiterversichern. Wer sich hierfür und nicht für eine SIGNAL IDUNA Vollversicherung entscheidet, sollte wenigstens über eine zusätzliche Absicherung bei SIGNAL IDUNA nachdenken. Zur Absicherung des Verdienstausfalls ist grundsätzlich die Wahl des allgemeinen Beitragssatzes zu empfehlen. Für einen geringen Mehrbeitrag erhält der GKV-versicherte Selbstständige dann den vollen gesetzlichen Krankengeldanspruch.

Wichtig

Bei einer Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch sollte aber für weitergehende Ansprüche auf keinen Fall ein so genannter Krankengeld-Wahltarif abgeschlossen werden. Alleine die damit verbundene Bindungsfrist zwingt ihn für mindestens drei Jahre in die GKV. Hier ist eine ergänzende Absicherung über ein SIGNAL IDUNA Krankentagegeld die bessere Alternative.

GKV-Zuzahlungen auf einen Blick:

GKV-Leistung	Eigenbeteiligung
Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung plus Material- und Laborkosten)	mind. 40 %; nach 10-jähriger Vorsorge mind. 25 %, plus 100 % für hochwertige Versorgung
Arznei-*, Verbandmittel und **Haushaltshilfe** für Versicherte ab 18 Jahren	10 % je Mittel (mindestens 5 € und maximal 10 €), höchstens die Kosten des Mittels
Heilmittel (Massagen, Fango, Krankengymnastik etc.) für Versicherte ab 18 Jahren	10 % der Kosten je Anwendung plus 10 € je Verordnung
Stationäre Fahrkosten	10 % pro Fahrt (mind. 5 € und max. 10 €)
Krankenhausbehandlung für Versicherte ab 18 Jahren	10 € für die ersten 28 Tage
Hilfsmittel ab 18 Jahren	Für Hilfsmittel 10 % (mind. 5 € und max. 10 €); darüber hinaus gelten für bestimmte Hilfsmittel (Sehhilfen, Hörgeräte, Krankenfahrstühle etc.) Festbeträge

*) Arzneimittel werden von der Zuzahlung befreit, wenn ihr Preis mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegt.

Krankengeldlücken für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Die Kasse zahlt 70 % des Bruttoarbeitsentgeltes bis zur Beitragsbemessungsgrenze, maximal 90 % des letzten Netto. Im Jahr 2021 beträgt das monatliche Höchstkrankengeld 3.386,25 €. Davon wird noch der Beitragsanteil zur Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung abgezogen (= Lücke 2; diese Lücke wurde mit einem Pflegebeitragssatz von 3,05 % ermittelt).

Nettoeinkommen	Krankengeld: 90 % vom Netto, max. 3.386,25 €	Lücke 1 Netto ./. Krankengeld	Lücke 2 12,025 % des Krankengeldes	Gesamtlücke (Lücke 1 + 2, täglich)	SIGNAL IDUNA Krankentagegeldhöhe
1.000 €	900,00 €	100,00 €	108,23 €	6,94 €	7,00 €
1.250 €	1.125,00 €	125,00 €	135,28 €	8,68 €	9,00 €
1.500 €	1.350,00 €	150,00 €	162,34 €	10,41 €	11,00 €
1.750 €	1.575,00 €	175,00 €	189,39 €	12,15 €	13,00 €
2.000 €	1.800,00 €	200,00 €	216,45 €	13,88 €	14,00 €
2.250 €	2.025,00 €	225,00 €	243,51 €	15,62 €	16,00 €
2.500 €	2.250,00 €	250,00 €	270,56 €	17,35 €	18,00 €
2.625 €	2.362,50 €	262,50 €	284,09 €	18,22 €	19,00 €
2.750 €	2.475,00 €	275,00 €	297,62 €	19,09 €	20,00 €
3.000 €	2.700,00 €	300,00 €	324,68 €	20,82 €	21,00 €
3.250 €	2.925,00 €	325,00 €	351,73 €	22,56 €	23,00 €
3.500 €	3.150,00 €	350,00 €	378,79 €	24,29 €	25,00 €
3.750 €	3.375,00 €	468,60 €	405,84 €	26,03 €	27,00 €
4.000 €	3.386,25 €	718,60 €	407,21 €	34,03 €	35,00 €

Kostenerstattung für gesetzlich Krankenversicherte

Was bedeutet Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Die Wahl der Kostenerstattung ist in § 13 Absatz 1 und 2 SGB V geregelt. Grundsätzlich ist für jeden der ca. 72 Millionen gesetzlich Versicherten die Wahl der Kostenerstattung möglich. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ein freiwilliges Mitglied, ein Pflichtmitglied oder um einen Familienversicherten handelt. Die Wahl kann völlig individuell – auch innerhalb einer Familie – vorgenommen werden.

Beispiel: Eine vierköpfige Familie mit zwei beitragsfrei familienversicherten Kindern ist in der GKV versichert. Sämtliche Varianten sind möglich: beide Kinder, nur ein Kind, nur der Vater, nur die Mutter oder alle können die Kostenerstattung wählen, etc.

Die Wahl kann auf bestimmte Leistungsbereiche eingegrenzt werden. Dafür kommen vier Bereiche infrage:

- ambulante ärztliche Versorgung
- ärztlich veranlasste Leistungen (= Arznei-, Heil- und Hilfsmittel)
- zahnärztliche Versorgung
- stationäre Versorgung

Der Privatpatientenstatus bringt viele Vorteile. Im stationären und zahnärztlichen Bereich konnten sich GKV-Versicherte diesen Status schon immer sichern – mit einer entsprechenden hochwertigen Zusatzversicherung. Hierfür kommen beispielsweise die Tarife KlinikTOP1, EKH45 und ZahnTOP infrage. Für den ambulanten Bereich geht dies nicht ohne Weiteres. Hierfür sind zwei Dinge notwendig: Zum einen muss der GKV-Versicherte seine Krankenkasse über die Wahl der ambulanten Kostenerstattung in Kenntnis sezten. Und zum anderen muss er einen entsprechenden ambulanten Kostenerstattungstarif abschließen. Als bedarfsgerechte Absicherung bei Wahl der Kostenerstattung bietet die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. den ambulanten Kostenerstattungstarif AmbulantTOP (Details siehe Seite 120).

Die Kostenerstattung kann jederzeit gewählt werden. Erfolgt das gleichzeitig mit dem Beginn der GKV beginnt auch die Kostenerstattung sofort. Wird im Laufe der Kassenmitgliedschaft Kostenerstattung gewählt, beginnt diese bei vielen Krankenkassen frühestens zum 1. des auf die Wahlerklärung folgenden Quartals. An die Wahl der Kostenerstattung ist der GKV-Versicherte mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

So funktioniert die Kostenerstattung

1. Der Versicherte vereinbart einen Arzttermin als Privatpatient.
2. Der Versicherte wird als Privatpatient behandelt (nach Regeln der ärztlichen Kunst).
3. Der Versicherte erhält vom Arzt eine aufgeschlüsselte Privatrechnung nach der GOÄ.
4. Der Versicherte reicht die Originalrechnung Ihrer Krankenkasse ein.
5. Die Kasse erstattet den entsprechenden GKV-Anteil. Gleichzeitig erhält der Versicherte die Rechnung mit Erstattungsvermerk zurück.

6.1 Die Original-Rechnung mit Erstattungsvermerk der Krankenkasse reicht der Versicherte der SIGNAL IDUNA ein. Die SIGNAL IDUNA leistet tarifgemäß, sodass im Regelfall der Rechnungsbetrag voll abgedeckt ist.

6.2 Die Krankenkasse erbringt keine Vorleistung, dann erfolgt im Tarif AmbulantTOP eine 80 %ige Erstattung.

Wichtig: Für die Absicherung im AmbulantTOP müssen die ambulante ärztliche Versorgung und die ärztlich veranlassten Leistungen gewählt werden!

§ 13 SGB V Kostenerstattung [Gesetzestext]

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 30a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

Gesetzlich Krankenversicherte

Die gesetzliche Grundabsicherung sinnvoll ergänzen

Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhalten eine solide Basisabsicherung – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Die Leistungen sind überwiegend gesetzlich geregelt; der Gesetzgeber hat festgelegt, dass GKV-Versicherte fast überall dazuzahlen müssen: zum Beispiel beim Zahnarzt, für Arzneimittel, für Brillen und Kontaktlinsen, beim Heilpraktiker, im Krankenhaus und auch im Pflegefall. Fast alle GKV-Versicherten (rund 96 %) haben bereits für ihre Gesundheit aus der eigenen Tasche dazu gezahlt. Im Jahr 2018 betrugen alleine die gesetzlichen Zuzahlungen aller GKV-Versicherten mehr als 4 Mrd. Euro.

Es ist deshalb sinnvoll, den derzeitigen gesetzlichen Versicherungsschutz zu erweitern. Mit einer privaten Zusatzversicherung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. schützen sich GKV-Versicherte vor den Zuzahlungen und können ihren Leistungsumfang individuell und bedarfsgerecht erhöhen.

Versicherte erhalten damit Leistungen, die es so in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gibt.

Die Vorteile der SIGNAL IDUNA Zusatzversicherungen

- klar strukturierte Tarife mit aufeinander aufbauenden Leistungen
- für den „Beitragssparer“ die BASIS-Reihe ohne Gesundheitsfragen oder die „pur-Varianten“, die ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind
- für den „Starter“ in die GKV Zusatzabsicherung die START-Reihe als Einstieg mit Optionsmöglichkeiten in höherwertigere Tarife und mit vereinfachter Gesundheitsprüfung
- für den „Leistungsoptimierer“ Hochleistungstarife
- Tarife mit sofortigem Versicherungsschutz ohne Wartezeiten
- nahezu alle Zusatztarife durch den Kunden online abschließbar
- spezielle Angebote für Kinder (Kinder-Gesundheitsschutz)
- spezielle Angebote für IKK-Versicherte

Krankenhaus-Zusatzversicherungen

Unfall? Krankheit? Schwere Erkrankung? Wie möchten GKV-Versicherte im Krankenhaus behandelt werden? Für jeden Fall haben wir das passende Angebot parat (Leistungsdetails siehe Seite 87).

- **Freie Krankenhauswahl**

  Versicherte bestimmen, in welchem Krankenhaus sie behandelt werden möchten.

- **Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer**
- **Privatärztliche Behandlung im Krankenhaus durch Wunscharzt oder Spezialist**
- **Übernahme der gesetzlichen Zuzahlungen**

  Wir erstatten die gesetzliche Zuzahlung von 10 Euro täglich für die ersten 28 Tage pro Kalenderjahr.

- **Ersatz-Krankenhaustagegeld**
- **Auch im Ausland versichert**

  Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bezahlt auch für akute stationäre Heilbehandlungen im Ausland und medizinisch notwendige Rücktransporte nach Deutschland.

- **Ambulante Operationen**

  In bestimmten Fällen decken die Tarife KlinikTOP1 und KlinikTOP 1pur privatärztliche Leistungen für ambulante Operationen, wenn diese eine stationäre Operation ersetzen.

- **Krankenhaus-Assistance**

  Das gibt es nur bei SIGNAL IDUNA. Ein einzigartiger Service während des Krankenhausaufenthaltes, danach und auch während einer Rehabilitationsmaßnahme.

Der Sicherheitskreis – individuell ergänzt

Gesetzlich Krankenversicherte sollten die Leistungen ihrer Krankenkasse um eine private Zusatzversicherung erweitern. SIGNAL IDUNA Kunden können den für sie infrage kommenden Schutz individuell und für jeden Bedarf passend wählen.

Der beste Schutz für ihre Gesundheit:
Gesetzlich und privat krankenversichert.

Gesetzlich Krankenversicherte

Card für Privatversicherte

Bei SIGNAL IDUNA erhalten Versicherte in den Tarifen KlinikTOP 1, KlinikTOP 1pur die Card für Privatversicherte. Im Krankenhaus genügt es, die Karte vorzulegen, und schon ist die finanzielle Abwicklung geregelt.

Ambulante-Zusatzversicherungen

Das SIGNAL IDUNA AmbulantSchutz-Programm bietet je nach gewähltem Tarif (Leistungsdetails siehe Seite 84) umfangreiche Leistungen.

- **Vorsorgemaßnahmen, Schutzimpfungen**
- **Brillen, Kontaktlinsen**
- **Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK)**
  alternativ zur Erstattung Sehhilfe
- **Heilpraktiker/Naturheilkunde**
  inklusive der verschriebenen Medikamente
- **Hilfsmittel-Restkosten**
- **Gesetzliche Zuzahlungen**
- **Auslandsreise-Krankenversicherung**

Zahn-Zusatzversicherungen

Das SIGNAL IDUNA ZahnSchutz-Programm bietet je nach gewähltem Tarif (Leistungsdetails siehe Seite 86) umfangreiche Zahnleistungen.

- **hochwertiger Zahnersatz bis zu 90 %**
  inklusive Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz
- **Regelversorgung zu 100 %**
- **Prophylaxe und professionelle Zahnreinigung (PZR)**
  nach Vollendung des 21. Lebensjahres
- **Kieferorthopädie**
  wenn Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr
- **Zahnbehandlung bis zu 90 %**

Krankentagegeldversicherung

Mit dem EinkommensSicherungs-Programm schließen GKV-Versicherte ihre Krankengeldlücke (Leistungsdetails siehe Seite 88).

Für GKV pflichtversicherte Arbeitnehmer ist – in Abhängigkeit vom Einkommen – der Abschluss eines Krankentagegeldes (Tarif ESP-E) bis zu einer Höhe von 20 Euro (Azubis 10 Euro) möglich.

Jahresbruttoeinkommen	Empfehlung	
< 10.000 €	ESP-E 43	5 €
10.000 bis 24.999 €	ESP-E 43	10 €
25.000 bis 39.999 €	ESP-E 43	15 €
40.000 bis 59.400 €	ESP-E 43	20 €
Detailliertere Werte finden Sie in der Tabelle auf Seite 37.		

Bitte auch den KTG-Rechner in Plan-B nutzen!

Beitragsersparnis in den „pur"-Varianten

Die meisten der SIGNAL IDUNA Kranken-Zusatzversicherungen werden als klassisch kalkulierte Variante und parallel als so genannte „pur"-Variante angeboten. Die „pur"-Variante ermöglicht einen günstigen Einstiegsbeitrag. Die Kalkulation erfolgt ohne Alterungsrückstellungen und deshalb sehen die „pur"-Varianten altersbedingte Beitragssprünge vor. Versicherte in diesen Tarifen können jederzeit in die klassische Variante mit Alterungsrückstellung umstellen.

Wartezeiten

Sämtliche Tarife des KlinikSchutz-Programms, des AmbulantSchutz-Programms und des ZahnSchutz-Programms sehen keine Wartezeiten vor. Im clinic + sind Wartezeiten zu erfüllen.

Vorteile der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die Entscheidung für eine Krankenzusatz-Versicherung sollten Sie nicht allein von den günstigen Beiträgen abhängig machen. Denn einen guten Versicherungspartner erkennen Sie vor allem an seinen Leistungen und Services. Auch Größe und finanzielle Solidität spielen eine wesentliche Rolle.

Eine starke Versichertengemeinschaft.

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. ist mit ihrer über 100-jährigen Erfahrung, einer Beitragseinnahme mehr als 2,9 Mrd. Euro und rund 2,54 Millionen versicherten Personen einer der größten privaten Krankenversicherer in Deutschland. Bisher haben sich fast 2 Millionen Personen für eine Zusatzversicherung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. entschieden.

flexSI-Tarif: Wechseln leicht gemacht.

Auch wenn Sie mit einem Wechsel aus der gesetzlichen Krankenversicherung noch warten müssen, können Sie sich schon heute den Zugang zur privaten Krankenversicherung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. sichern – mit dem Optionstarif flexSI.

Schnelle und unbürokratische Kostenerstattung.

Sie reichen Ihre Arztrechnungen, Rezepte usw. bei uns ein. Wir überweisen Ihnen innerhalb von wenigen Tagen die tariflich vereinbarten Leistungen. Dabei ist nicht Voraussetzung, dass Sie die Rechnungen bereits bezahlt haben.

Kündigungsfristen für gesetzlich Krankenversicherte

www.gkv-zusatzbeitraege.de

Kündigungsfristen beim Kassenwechsel

Zum 01.01.2021 wurde durch eine gesetzliche Änderung der Krankenkassenwechsel vereinfacht und gleichzeitig wurde die Mindestbindungsfrist von 18 auf 12 Monate reduziert.

Kündigungsverfahren beim Kassenwechsel

Um die Kasse zu wechseln, muss das Mitglied seit 2021 nicht mehr schriftlich kündigen. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

1. Der GKV-Versicherte wählt eine **neue** Krankenkasse und stellt dort einen Aufnahmeantrag (entweder als Papierantrag oder Online).
2. Die **neue** Krankenkasse setzt sich mit der **alten** Kasse in Verbindung und kündigt dort die Mitgliedschaft. Dies geschieht automatisch per elektronischem Meldeverfahren durch die **neue** Kasse.
3. Grundsätzlich beginnt die Mitgliedschaft bei der **neuen** Krankenkasse dann nach 2 vollen Kalendermonaten (Kündigungsfrist). Die Meldung der **neuen** Kasse an die **alte** Kasse muss dabei bis zum Ende des Monats vorliegen, damit die Kündigung zum Ende des übernächsten Kalendermonats wirksam wird.

   Beispiel: Der GKV-Versicherte hat bei seiner neuen Krankenkasse den Aufnahmeantrag am 24.03.2021 gestellt. Die neue Krankenkasse muss also bis zum 31.03.2021 die elektronische Kündigungsmeldung an die alte Kasse abgeben, damit die Mitgliedschaft in der neuen Kasse ab dem 01.06.2021 beginnen kann.
4. Die Mindestversicherungsdauer bei der „alten" Kasse beträgt 12 Monate bzw. bei bestimmten Wahltarifen 1 oder 3 Jahre (siehe auch Seite 136).
5. **Arbeitnehmer**

   Der Arbeitgeber erhält über den Eingang der Anmeldung eine elektronische Bestätigung von der Krankenkasse über das DEÜV-Meldeverfahren. Die elektronische Meldung nimmt der Arbeitgeber zu seinen Entgeltunterlagen.

   Sonstige Versicherte (z. B. Selbstständige)

   Die neue Kasse schickt die Mitgliedsbescheinigung direkt an das Mitglied.
6. **Ausnahmen von der 12-monatigen Bindungsfrist**

   Erfolgt ein Statuswechsel, ist ein Wechsel der Krankenkasse auch vor Ablauf der 12 Monate möglich. Statuswechsel können sein: Beginn oder Ende einer Arbeitslosigkeit, Start einer Ausbildung, Start eines neuen Jobs, Wechsel in die Selbstständigkeit oder Beginn der Rente. Erfolgt ein Arbeitgeberwechsel, kann bis maximal 14 Tage nach Aufnahme der Beschäftigung eine neue Krankenkasse gewählt werden. In all diesen Fällen kann also ohne Einhaltung der 12 Monatsfrist die Krankenkasse sofort gewechselt werden. Das gilt auch für den Wechsel in die PKV.

Sonderkündigung bei Erhebung/Erhöhung Zusatzbeitrag

Die 12-monatige Bindungsfrist ist ebenfalls nicht einzuhalten bei der **erstmaligen** Erhebung oder einer **Erhöhung** des Zusatzbeitragssatzes haben GKV-Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht. Die Krankenkasse hat spätestens in dem Monat vor dem Zeitpunkt der Erhöhung die Mitglieder zu informieren. In dieser Info muss sie außerdem auf das Sonderkündigungsrecht hinweisen.

Dabei muss die Sonderkündigung bis zum Ablauf des Monats erfolgen, für den die Kasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder ihn erhöht. Wirksam wird die Kündigung zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats. Bis zum Wechsel muss der Zusatzbeitrag vom Mitglied jedoch gezahlt werden. Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht gegenüber einem Mitglied nicht fristgerecht nach, verschiebt sich die Kündigungsfrist entsprechend

Beispiel:	**Rechtzeitiger Kassenhinweis**	**Verspäteter Kassenhinweis**
Erhöhung Zusatzbeitragssatz zum	01. Mai 2021	01. Mai 2021
Hinweispflicht Kasse bis spätestens	30. April 2021	30. April 2021
Hinweis der Kasse	26. April 2021	15. Mai 2021
Kündigung möglich bis spätestens	31. Mai 2021	15. Juni 2021
Eingang der Kündigung am	17. Mai 2021	04. Juni 2021
Mitgliedschaft endet am	31. Juli 2021	31. Juli 2021

Sonderkündigungsrecht gilt nicht bei Krankengeldwahltarif

Das Sonderkündigungsrecht gilt grundsätzlich auch bei Wahltarifen nach § 53 SGB V. Ausnahme: GKV-Versicherte in einem Krankengeldwahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V sind für mindestens 3 Jahre an ihre Krankenkasse gebunden. In diesem Fall gilt das Sonderkündigungsrecht nicht.

Wichtig: Wechsel in die PKV nur mit Nachweis möglich!

Will ein freiwillig versichertes GKV-Mitglied (z. B. Selbstständiger) in die PKV wechseln, wird die Kündigung der Mitgliedschaft nur dann wirksam, wenn das Bestehen einer privaten Kranken-Vollversicherung nachgewiesen wird. Wird der Nachweis nicht innerhalb der Kündigungsfrist erbracht, wird die Kündigung unwirksam. Der GKV-Austritt wäre dann nur nach einer erneuten Kündigung möglich.

Empfehlung: Achten Sie darauf, dass Ihr Kunde den Nachweis auch tatsächlich erbringt. **12-Monatsfrist gilt nicht, wenn ein Mitglied zur SIGNAL IDUNA wechselt (siehe unten Absatz 4 Satz 9)**

§ 175 Absatz 4 SGB V Ausübung des Wahlrechts [Auszug]

[...]

(4) [1]Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. [2]Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. [3]Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. [4]Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 3 die Kündigungserklärung des Mitglieds. [5]Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. [6]Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Satz 4 gilt entsprechend. [7]Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. [8]Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 7 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. [9]Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind **oder wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll.** [10]Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll. [...]

Beihilfeberechtigte, Heilfürsorgeberechtigte

Krankenversicherungspflicht seit 01. Januar 2009

Seit dem 01.01.2009 besteht auch für Beamte Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung. Um dem Kontrahierungszwang innerhalb der PKV zu entsprechen, wurde ein beihilfekonformer Basistarif eingeführt. Alle Details zur Pflicht der Versicherung in der PKV finden Sie auf Seite 133. Auch nach Einführung der Versicherungspflicht gilt nach wie vor: Wer sich rechtzeitig um seine Krankenversicherung kümmert, hat alle Möglichkeiten, einen umfassenden und zu seinem Beihilfeanspruch passenden Versicherungsschutz zu erhalten.

Individuelle Beihilfe

Beamte – unter bestimmten Voraussetzungen auch Angestellte und Arbeiter des öffentlichen Dienstes – erhalten für sich und ihre Angehörigen von ihren Dienstherren (Bund bzw. Landesbehörde) eine Beihilfe.

Die Beihilfe ist eine Leistung, mit der sich der Dienstherr unmittelbar an den anfallenden Kosten für den Krankheits-, Geburts- oder Todesfall beteiligt.

Bund und Länder haben dazu entsprechende Beihilfevorschriften erlassen, in denen die prozentuale Höhe der Beteiligung an den Kosten (= Beihilfebemessungssätze) festgelegt ist. Diese Bemessungssätze sind abhängig vom Familienstand und der jeweils geltenden Beihilfevorschrift.

Die im Einzelfall geltenden Bemessungssätze können der „Beihilfetabelle“ (Seite 43) entnommen werden.

Weil diese Beihilfen jedoch nur anteilig in Höhe des jeweiligen Beihilfebemessungssatzes gewährt werden, ist die individuelle Beihilfe demzufolge nur eine Teilhilfe. Der Beamte benötigt daher unbedingt eine private Krankenversicherung als Ergänzung seines Beihilfeanspruches auf 100 %.

Die speziellen Beihilfetarife der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. berücksichtigen diesen Bedarf und sind genau auf die individuellen Ansprüche der Beihilfeberechtigten zugeschnitten. Durch gestaffelte Prozentsätze passen sich unsere Tarife problemlos den jeweiligen Beihilfesätzen an und ermöglichen den Kunden so eine optimale Ergänzung ihrer bestehenden Beihilfeansprüche.

Abgestimmt auf den jeweils geltenden Beihilfebemessungssatz erreichen Sie den richtigen Versicherungsschutz mit folgenden Beihilfetarifen:

Marke SIGNAL IDUNA: START-B, KOMFORT-B, KOMFORT-B-W, EXKLUSIV-B und EXKLUSIV-B-W
Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BK und BS

GKV ist keine Alternative

Der Grund: Die GKV verfügt nicht über spezielle Ergänzungsangebote für Beihilfeberechtigte. Der Beamte würde also den vollen Beitrag für einen normalen 100 %-Schutz zahlen müssen, obwohl er nur die halbe Leistung oder auch nur 30 % benötigt (Ausnahme: Pauschale Beihilfe in Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen).

Schlimmer noch: Sein Dienstherr beteiligt sich in keinem Fall an diesem Beitrag.

„Beihilfelücken“

Zusätzliche Lücken bei den Krankheitskosten entstehen für den Beamten dadurch, dass der Dienstherr nicht sämtliche Kosten als beihilfefähig anerkennt, sondern Beihilfe nur auf so genannte „beihilfefähige Aufwendungen“ gewährt. Die so entstehenden Lücken schließen Sie mit unseren speziellen Beihilfeergänzungstarifen:

Marke SIGNAL IDUNA: KOMFORT-B-E (KOMFORT-B-E1) bzw. EXKLUSIV-B-E (EXKLUSIV-B-E1) und EXKLUSIV-B-ES

Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BE, BE+ und BKE

Besonderheit für Ausbildungszeiten:

Während der Ausbildung als Beamtenanwärter oder Referendar sowie als berücksichtigungsfähiger Student oder Auszubildender können die entsprechenden Beihilfetarife auch als beitragsgünstige Ausbildungsversion versichert werden. Die Versicherungsfähigkeit der Ausbildungstarife endet grundsätzlich mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Bei der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung endet die entsprechende Versicherungsfähigkeit mit Vollendung des 35. Lebensjahres. Nach Erreichen der Altersgrenzen erfolgt dann automatisch die Umstellung in die entsprechenden Normaltarife.

Pauschale Beihilfe

Alternativ zur individuellen Beihilfe können sich Beamte in den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen auch für eine pauschale Beihilfe entscheiden. Dann wird anstelle der %-ualen Beihilfe bei entstehenden Krankheitskosten ein Beitragszuschuss zur notwendigen 100 % Krankenversicherung in der GKV oder PKV (100 % Stufen der Tarifserien BeihilfeSTART, BeihilfeKOMFORT und BeihilfeEXKLUSIV) gezahlt.

Unsere Empfehlung für Beamte in den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen: In der „Gesamtbetrachtung“ aller Lebensphasen eines Beamten bzw. Versorgungsempfängers erzielt die klassische individuelle Beihilfe das optimale Preis-/Leistungsverhältnis.

Freie Heilfürsorge

Die freie Heilfürsorge ist eine spezielle Form der Fürsorge des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten. Sie wird i.d.R. dann gewährt, wenn die Tätigkeit besonders gefahrgeneigt ist.

Die freie Heilfürsorge erbringt – im Gegensatz zur Beihilfeleistung – eine 100 %ige Kostenübernahme der erstattungsfähigen Aufwendungen. In einigen Bundesländern (z. B. NRW) sind über die Heilfürsorge hinausgehende Aufwendungen im Rahmen der jeweils geltenden Beihilfevorschriften beihilfefähig.

Freie Heilfürsorge wird jedoch nur dem Beamten selbst gewährt; für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhält er Beihilfe entsprechend der jeweils geltenden Beihilfevorschrift.

Freie Heilfürsorge erhalten Vollzugsbeamte der Bundespolizei, Berufs- und Zeitsoldaten während des aktiven Dienstes. Bei Polizeibeamten der Länder gelten länderspezifische Regelungen, diese können Sie der Übersicht auf „Polizeibeamte/Soldaten – Absicherung bei Krankheit“ auf Seite 45 entnehmen.

Nach Ende der freien Heilfürsorge wird wieder Beihilfe gewährt. Aus diesem Grund sollten davon betroffene Beamte schon während ihres Anspruchs auf Heilfürsorge eine Anwartschaftsversicherung bei uns auf die später benötigten Beihilfetarife abschließen. Nur so ist schon jetzt sichergestellt, dass nach Ende der freien Heilfürsorge eine vollwertige private Krankenversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne mögliche Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse zustande kommt. Denn ohne bestehende Anwartschaft bleibt nur noch die Aufnahme im Basitarif für Beihilfeberechtigte. Das bedeutet: geringere Leistungen gegen höhere Beiträge. **Hinweis:** Anstelle einer Anwartschaft kann bei der Marke SIGNAL IDUNA auch ein aktiver Wahlleistungstarif mit integrierter Option abgeschlossen werden (KOMFORT-B-W bzw. EXKLUSIV-B-W).

Beihilfeanspruch von Beihilfeberechtigten

Bundesland	ambulanter Beihilfeanspruch		stationärer Beihilfeanspruch		Tarifangebot
			Regelleistung	Wahlleistung	
Bund [1], Bayern [1], Baden-Württemberg [1] (wenn Beihilfeanspruch in BW **erstmals ab 01.01.2013,** gelten die Bemessungssätze in Klammern, ansonsten gelten die anderen Sätze), Nordrhein-Westfalen [1], Rheinland-Pfalz [1], Sachsen [1], Sachsen-Anhalt [1], Thüringen [1), 3)]	Beihilfeberechtigter	50% (50%)	50 % (50%)	50 % (50%)	In Abhängigkeit des jeweiligen Beihilfebemessungssatzes können die bedarfsgerechten Tarifstufen der Beihilfetarife der Marken SIGNAL IDUNA bzw. Deutscher Ring Krankenversicherung versichert werden.
	Beihilfeberechtigter – mit 2 oder mehr Kindern [2]	70% (50%)	70 % (50%)	70 % (50%)	
	Ehegatte	70% (50%)	70 % (50%)	70 % (50%)	
	Versorgungsempfänger	70% (50%)	70 % (50%)	70 % (50%)	
	Kind	80% (80%)	80 % (80%)	80 % (80%)	
Berlin [1) 3)], Brandenburg [1), 3)], Hamburg [1), 3)], Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen [1], Saarland [1], Schleswig-Holstein [1]	Beihilfeberechtigter	50%	50 %	keine	
	Beihilfeberechtigter – mit 2 oder mehr Kindern	70%	70 %	keine	
	Ehegatte	70%	70 %	keine	
	Versorgungsempfänger	70%	70 %	keine	
	Kind	80%	80 %	keine	
Hessen	Beihilfeberechtigter, ledig	50%	65 %	65 %	**Zusätzliche Erläuterungen** 1) Beihilfeanspruch auf stationäre Wahlleistungen nur, wenn 22 € in Baden-Württemberg, 18,90 € in Hessen bzw. 26 € in Rheinland-Pfalz gezahlt werden. 2) Sind beide Ehepartner Beamte, erhält in der Regel nur einer 70%. Sonderregelung Baden-Württemberg bei Verbeamtung vor 01.01.2013: a) Sind beide Ehepartner Beamte in Baden-Württemberg, erhalten beide den erhöhten Bemessungssatz ab dem 2. Kind. b) Ab dem 3. Kind erhält der Beamte die 70 % auf Dauer.
	Beihilfeberechtigter, verheiratet/verwitwet	55%	70 %	70 %	
	– Die 5 %-Erhöhung des Bemessungssatzes für verheiratete Beamte gilt nicht, wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt oder pflichtversichert ist oder über der Einkommensgrenze verdient. – Der Bemessungssatz des Beamten erhöht sich für jedes berücksichtigungsfähige Kind um 5 % auf bis zu maximal 70 %. – Für Versorgungsempfänger erhöht sich der Bemessungssatz um 10 %. – Für stationäre Leistungen erhöht sich der ambulante Beihilfebemessungssatz um 15 % auf bis zu maximal 85 %. – Für berücksichtigungsfähige Angehörige gelten dieselben Bemessungssätze.				
Bremen [1), 3)]	Beihilfeberechtigter, ledig	50%	50 %	keine	
	Beihilfeberechtigter, verheiratet/verwitwet	55%	55 %	keine	
	– Die 5 %-Erhöhung des Bemessungssatzes für verheiratete Beamte gilt nicht, wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt oder pflichtversichert ist oder über der Einkommensgrenze verdient. – Der ambulante und stationäre Bemessungssatz des Beamten erhöht sich für jedes berücksichtigungsfähige Kind um 5 %, bis zu maximal 70%. – Für Versorgungsempfänger erhöht sich der ambulante + stationäre Bemessungssatz um 10%. – Für berücksichtigungsfähige Angehörige gelten dieselben Bemessungssätze.				

Besonderheiten für Beamtenanwärter und Referendare [1)]

Während der Beamtenausbildung sind spezielle beitragsgünstige Ausbildungstarife (Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten) versicherbar.

Bundesland	Besonderheit bei Zahnersatz, Inlays, Einzelkronen	Angebot SI	Angebot DRK
Berlin [3)], Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen [3)]	Keine Beihilfe während der Ausbildung (Ausnahme: Unfall)	R-KOMFORT-B-E bzw. R-EXKLUSIV-B-E [2)]	BE
Bund, Brandenburg [3)], Hamburg [3)], Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein	Keine Beihilfe während der Ausbildung (Ausnahme: Unfall)	R-KOMFORT-B-E1 bzw. R-EXKLUSIV-B-E1 [2)]	BE
Bremen [3)]	Beihilfe erst nach 12 Monaten.	R-KOMFORT-B-E1 bzw. R-EXKLUSIV-B-E1 [2)]	BE
Hessen	Beihilfe erst nach 12 Monaten (Ausnahme: Personen unter 18 Jahre)	R-KOMFORT-B-E1 bzw. R-EXKLUSIV-B-E1 [2)]	BE
Rheinland-Pfalz	Beihilfe erst nach 12 Monaten (Ausnahme: Unfall)	R-KOMFORT-B-E1 bzw. R-EXKLUSIV-B-E1 [2)]	BE
Bayern	Keine Besonderheiten	R-KOMFORT-B-E bzw. R-EXKLUSIV-B-E [2)]	BE
Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen	Keine Besonderheiten	R-KOMFORT-B-E1 bzw. R-EXKLUSIV-B-E1 [2)]	BE

[1)] Rechtsreferendare sind versicherungspflichtig in der GKV (Ausnahme: Hessen, Mecklenburg-Vorpommern).

[2)] „EXKLUSIV“-Angebot SI schließt Beihilfelücke komplett.

[3)] Bei Wahl „Pauschale Beihilfe“ entfällt die %-tuale Beihilfe zugunsten eines Beitragszuschusses für eine 100 %-Absicherung.

Heilfürsorgeberechtigte

Wichtiger Hinweis für alle Heilfürsorgeberechtigten:

Für die bestehenden Lücken in der Heilfürsorge empfiehlt sich in jedem Fall der Abschluss entsprechender Ergänzungstarife, wie beispielsweise die GE-Serie.

Wichtige Hinweise für Polizeianwärter der GdP

Mitglieder der Gewerkschaft der Polizei (GdP) genießen bei der Marke SIGNAL IDUNA nicht nur während der Ausbildung sondern auch danach unschlagbare Vorteile.

GdP-Vorteile während der Ausbildung

Die beitragsfreie Rahmenanwartschaft sichert den dringend benötigten Krankenversicherungsschutz für ambulante Leistungen und stationäre Regelleistungen nach Ende der Heilfürsorge (Tarife AB und SB-R)

- ✓ einfache Erweiterung der Rahmenanwartschaft innerhalb von 3 Monaten ab Dienstbeginn
- ✓ vereinfachtes Antragsverfahren
- ✓ keine Gesundheitsprüfung, damit garantierte Aufnahme
- ✓ gilt für
  - ambulante Heilfürsorgeergänzung (Tarife R-GE, R-GE-PLUS, R-GE-TOP, Z50-3)
  - ambulante Beihilfeergänzung in Anwartschaft (Tarife KOMFORT-B-E(1), EXKLUSIV-B-E (1))
  - stationäre Wahlleistungen (Tarife KOMFORT-B-W, EXKLUSIV-B-W, EXKLUSIV-B-ES)
  - Krankenhaustagegeld zur Deckung der bestehenden stationären Abzugsbeträge (Tarif R-EKH)
  - erforderliche Pflegepflichtversicherung (Tarif PVB)
  - PflegeSchutz-Programm (Tarif PflegeSTART) sowie die staatlich geförderte Pflegeabsicherung (Tarife PflegeBAHR, PflegeBAHRPLUS)

Einzigartiger Vorteil für GdP-Rahmenanwärter nach Ende der Heilfürsorge

Durch die Kombination der GdP-Rahmenanwartschaft mit dem R-EXKLUSIV-B-W, R-EXKLUSIV-B-ES und R-GE kann sofort nach Ende des Heilfürsorgeanspruchs in die jeweilige Maximalversion sowohl der AB-Serie als auch der BeihilfeEXKLUSIV-Serie aktiviert werden. Und zwar ohne erneute Gesundheitsprüfung. Im Klartext also in folgende Tarife:

AB, SB-R, SB-W, AEB (1) und SEB oder

EXKLUSIV-B, EXKLUSIV-B-E(1), EXKLUSIV-B-W, EXKLUSIV-B-ES

Darauf müssen Sie in Ländern mit Heilfürsorge bis zur Pensionierung achten

Um auch in Ländern mit Heilfürsorge bis zur Pensionierung die genannten Aktivierungsvorteile nutzen zu können, muss nach Ende der GdP-Rahmenanwartschaft entweder in den BA25 Kollektivvertrag oder in die Tarife AB und SB-R (große Anwartschaft) umgestellt werden. Diese Umstellung (ohne erneute Gesundheitsprüfung) muss zwingend innerhalb von drei Monaten nach Ausbildungsende erfolgen. Verstreicht diese Frist, ist mit Pensionierung nur noch die Aktivierung der BeihilfeEXKLUSIV-Produktlinie möglich. Hier ist also eine gewisse Disziplin im Kundenkontakt zwingend erforderlich.

GdP-Vorteile für beihilfeberechtigte Polizeianwärter

Einfache Beantragung des beihilfekonformen Krankenversicherungsschutzes

Bei Beantragung innerhalb von drei Monaten ab Dienstbeginn haben Sie folgende Vorteile:

- ✓ vereinfachtes Antragsverfahren
- ✓ keine Gesundheitsprüfung, damit garantierte Aufnahme für:
  - die bedarfsgerechte Ergänzung Ihres Beihilfeanspruchs, inklusive stationärer Wahlleistungen

    (Tarife R-START-B, R-KOMFORT-B, R-KOMFORT-B-W, R-KOMFORT-B-E(1), R-EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B-W, R-EXKLUSIV-B-E(1), R-EXKLUSIV-B-ES)
  - Krankenhaustagegeld zur Deckung der bestehenden stationären Abzugsbeträge (Tarif R-EKH)
  - erforderliche Pflegepflichtversicherung (Tarif PVB)
  - PflegeSchutz-Programm (Tarif PflegeSTART) sowie die staatlich geförderte Pflegeabsicherung (Tarife PflegeBAHR, PflegeBAHRPLUS)

Polizeibeamte/Soldaten – Absicherung bei Krankheit

Bundesland/ Heilfürsorgevorschrift	freie Heilfürsorge während der Ausbildung	freie Heilfürsorge nach der Ausbildung	Anspruch auf Wahlleistungen (Zweibettzimmer und Privatarzt) während der freien Heilfürsorge	täglicher Abzug bei Zweibettzimmer-Aufenthalt während der freien Heilfürsorge
Bundeswehr	ja	ja	100 % (bis ca. 1,7-fach GOÄ)	nein
Bundespolizei	ja	ja	100 % (bis 2,3-fach GOÄ)	14,50 €
Baden-Württemberg [6]	ja	ja	nur bei Zahlung 22 €: 50 % (bis 1 Kind) [1] oder 70 % (ab 2 Kinder); immer 50 % bei erstmaligem Diensteintritt nach dem 31.12.2012	nein
Bayern [3]	ja [3] [5]	nein, Beihilfe	nein	nein
Berlin	nur mittlerer Dienst [4] sonst nein	nein, Beihilfe	nein	nein
Brandenburg	ja	ja, am 31.12.2018 beihilfeberechtigte Polizeibeamte können bis 31.12.2019 in die Heilfürsorge wechseln	nein	nein
Bremen	ja	ja	nein	nein
Hamburg	ja	ja, wenn 1,4 % gezahlt werden, sonst Beihilfe	nein	nein
Hessen	nein, Beihilfe	nein, Beihilfe	entfällt	entfällt
Mecklenburg-Vorpommern	ja	ja	nein	nein
Nordrhein-Westfalen	ja	ja	50 % (1 Kind) [2] oder 70 % (ab 2 Kinder)	15 € für 30 Tage/ Jahr Zweibettzimmer sowie 10 € Privatarzt
Niedersachsen	ja	ja, wenn 1,3 % gezahlt werden, sonst Beihilfe	nein	nein
Rheinland-Pfalz	nein, Beihilfe	ja, allerdings nur für die Dauer des Dienstes innerhalb der Bereitschaftspolizei; in allen anderen Fällen Beihilfe	entfällt	entfällt
Saarland	nein, Beihilfe	nein, Beihilfe	entfällt	entfällt
Sachsen	ja	ja	nein	nein
Sachsen-Anhalt	ja	ja, wenn Besoldungseinbehalt gezahlt wird, sonst Beihilfe	nein	nein
Schleswig-Holstein	ja, wenn 1,4 % gezahlt werden, sonst Beihilfe	ja, wenn 1,4 % gezahlt werden, sonst Beihilfe	nein	nein
Thüringen	ja	nein, Beihilfe	50 % (1 Kind) [1] oder 70 % (ab 2 Kinder)	ja

[1] Erstattung von der freien Heilfürsorge

[2] Erstattung von der Beihilfe

[3] Vor der eigentlichen Ausbildung (bis zu max. 5 Monaten) ist die Einstellung als Dienstanfänger möglich. In dieser Zeit besteht ein Beihilfeanspruch.

[4] Freie Heilfürsorge erhalten nur Beamte des mittleren Dienstes. In der Praxis erfolgen die meisten Verbeamtungen im gehobenen Dienst.

[5] Freie Heilfürsorge wird auch während des Einsatzes/der Verwendung in der „Einsatzstufe“ gewährt.

[6] Grundsätzlich erhalten Justizvollzugsbeamte Beihilfe. Seit dem 01.11.2020 kann jedoch vor Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf alternativ Heilfürsorge gewählt werden. Ein ermeutes Wahlrecht auf Heilfürsorge entsteht vor der Begründung des Beamtenverhältnisses auf Probe. Die Wahl der Heilfürsorge ist unwiderruflich. Falls monatlich 22 Euro aus der Besoldung gezahlt werden, übernimmt die Heilfürsorge auch Wahlleistungen im Krankenhaus. Handelt der Justizvollzugsbeamte nicht, erhält er automatisch Beihife.

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst

In den neuen Bundesländern haben Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst keinen Beihilfeanspruch, da keine Tarifverträge bestehen.

In welchen der alten Bundesländer Beihilfeansprüche bestehen, entnehmen Sie bitte der Übersicht auf Seite 47 und 48. Die Beihilfeansprüche richten sich nach der bestehenden Krankenversicherung des Arbeitnehmers, also danach, ob er in der GKV versicherungspflichtig oder freiwillig versichert ist bzw. ob Versicherungsschutz in der PKV besteht.

1. In der GKV pflichtversicherte Arbeitnehmer

Der Arbeitnehmer ist grundsätzlich auf die Sachleistungen der GKV angewiesen. Beihilfeansprüche bestehen, wenn die GKV nur einen Zuschuss leistet (z. B. bei Zahnersatz), dann jedoch nur auf die beihilfefähigen Aufwendungen, die nach Abzug der GKV-Leistung verbleiben. Im stationären Bereich bestehen keine Beihilfeansprüche.

Pflichtversicherten Arbeitnehmern kann die gesamte Palette der Zusatztarife für GKV-Versicherte angeboten werden.

2. Freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer

Der freiwillig GKV-Versicherte erhält im ambulanten Bereich nur unwesentlich mehr von der Beihilfe erstattet als der Pflichtversicherte. Im stationären Bereich erhält dieser Personenkreis allerdings (je nach geltender Beihilfevorschrift) Beihilfe zu den stationären Wahlleistungen (Ausnahme: Baden-Württemberg und NRW Beihilfe wie Pflichtversicherte).

Denjenigen, die wirklich als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben möchten, können die normalen Ergänzungstarife für gesetzlich Krankenversicherte angeboten werden. Für stationäre Wahlleistungen benötigen freiwillig GKV-Versicherte die Tarife KOMFORT-B-W bzw. EXKLUSIV-B-W mit EXKLUSIV-B-ES. In den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, NRW, Saarland und Schleswig-Holstein muss der Kunde stattdessen Tarife der Klinik-Serie versichern, da in diesen Bundesländern stationäre Wahlleistungen nicht beihilfefähig sind.

3. Privatversicherte Arbeitnehmer

Der richtige Versicherungsschutz für diesen Personenkreis ist eine Krankheitskosten-Vollversicherung mit einer Krankentagegeld-Versicherung.

Aber: Der privatversicherte Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst muss seinem Arbeitgeber das Bestehen einer privaten Krankheitskosten-Vollversicherung nachweisen. Erst dann erhält er wie auch jeder andere höherverdienende Arbeitnehmer einen Beitragszuschuss bis zur Hälfte seines privaten Krankenversicherungsbeitrages. Weist er keine Krankenversicherung nach, erhält er auch keinen Beitragszuschuss, sondern Beihilfe.

Lukrativer ist in jedem Fall ein Beitragszuschuss, denn zusätzlich gewährt der Dienstherr auch noch Beihilfe für solche Krankheitskosten, die nicht durch eine private Krankenversicherung gedeckt sind. Entsprechend dem jeweiligen Bemessungssatz wird dann auf die verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen Beihilfe gewährt. **Achtung:** In Ländern mit Kostendämpfungspauschale besteht dieser Vorteil nicht.

Das heißt: Der Dienstherr beteiligt sich also auch an den Selbstbeteiligungen!

Für diesen Personenkreis rechnen sich unsere Selbstbehaltstarife, z. B. Tarif KOMFORT 1 (Beitragsersparnis und Beteiligung des Arbeitgebers an der Selbstbeteiligung). Es können aber auch alle anderen SIGNAL IDUNA Vollversicherungstarife angeboten werden.

Auch Beihilfetarife sind möglich

Weist der Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber keine Krankenversicherung nach, erhält er auch keinen Beitragszuschuss von seinem Arbeitgeber. Damit würde dann automatisch der „volle“ Beihilfeanspruch bestehen (und nicht nur der auf die verbleibenden beihilfefähigen Anwendungen); dies gilt nicht für Hessen und Rheinland-Pfalz. Dem Kunden könnten dann unsere Beihilfe- und Beihilfeergänzungstarife angeboten werden.

Unser Tipp: Im Gegensatz zum Beamten erlischt der Beihilfeanspruch von Arbeitnehmern im öffentlichen Dienst im Regelfall bei Rentenbezug. Mit Eintritt in den Ruhestand müsste dann der Krankenversicherungsschutz von den Beihilfetarifen auf die Tarife einer Krankheitskosten-Vollversicherung aufgestockt werden. Das würde teuer, denn für diesen Teil wurden bisher keine Alterungsrückstellungen angesammelt, d. h. die fehlenden Prozente müssten zum erreichten Alter „nachgekauft“ werden.

Ein während des Beihilfeanspruchs evtl. erzielter Beitragsvorteil (im Vergleich zur normalen KV-Vollversicherung) wird dann im Rentenalter durch den „Nachkauf“ der 100 %-Tarife meist schnell eingebüßt. Die Beihilfetarife bieten dem Arbeitnehmer also auf lange Sicht, gerade im Alter, keinen bedarfsgerechten Versicherungsschutz.

Arbeitnehmern im öffentlichen Dienst sollten daher statt der Beihilfetarife immer eine normale KV-Vollversicherung für Nichtbeihilfeberechtigte, eventuell mit Selbstbeteiligungen (inklusive Arbeitgeberzuschuss), angeboten werden.

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst – Beihilfeansprüche*

Bundesland	GKV-pflichtversichert		GKV-freiwillig versichert		PKV-versichert	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ohne AG-Zuschuss	mit AG-Zuschuss
Bund, Eintritt vor Januar 1999	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Ja	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist beihilfefähig
Bund, Eintritt nach Dezember 1998	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig
Bund (Ost), Neue BL	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig
Baden-Württemberg, Eintritt vor Oktober 1997	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist beihilfefähig
Baden-Württemberg, Eintritt nach September 1997**	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig
Bayern, Eintritt vor Januar 2001	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Ja	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist beihilfefähig
Bayern, Eintritt nach Dezember 2000	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig
Berlin	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist zwar beihilfefähig aber Kostendämpfungspauschale beachten
Bremen, Hamburg	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist beihilfefähig
Hessen, Eintritt vor Mai 2001	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist beihilfefähig***
Hessen, Eintritt nach April 2001	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig

* Im Einzelfall können arbeitsvertragliche Vereinbarungen abweichende Regelungen vorsehen.

** In Baden-Württemberg sind kommunale Ausnahmen möglich, sodass im Ausnahmefall noch Beihilfeansprüche bestehen können.

*** In Hessen sind auch Beihilfetarife mit AG-Zuschuss versicherbar. Dann reduziert sich der Bemessungssatz um 50 %-Punkte.

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst – Beihilfeansprüche *

Bundesland	GKV-pflichtversichert		GKV-freiwillig versichert		PKV-versichert	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ohne AG-Zuschuss	mit AG-Zuschuss
Niedersachsen, Eintritt vor Januar 1999	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist beihilfefähig
Niedersachsen, Eintritt nach Dezember 1998	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig
Nordrhein-Westfalen, Eintritt vor Januar 1999	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist zwar beihilfefähig, aber Kostendämpfungspauschale beachten
Nordrhein-Westfalen, Eintritt nach Dezember 1998	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig
Rheinland-Pfalz	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Ja, bei Zahlung von monatlich 26 €	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist zwar beihilfefähig, aber Kostendämpfungspauschale beachten**
Schleswig-Holstein, Eintritt vor September 1970	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, nur im Ausnahmefall	Nein	Ja, Tarifangebot Beihilfetarife Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt	Ja, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB ist beihilfefähig
Schleswig-Holstein, Eintritt nach August 1970	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein, Ausnahme: Personen mit Diensteintritt vor 2004 und die am 1.1.2004 mind. 40 Jahre alt sind, erhalten weiter Beihilfe. Dann Tarifangebot Beihilfetarife. Bei Rentenbezug Umstellung in 100 %-Tarife, da Beihilfeanspruch entfällt.	Nein, Tarifangebot Normaltarife (z. B. privat KOMFORT 1), SB nicht beihilfefähig

* Im Einzelfall können arbeitsvertragliche Vereinbarungen abweichende Regelungen vorsehen.

** In Rheinland-Pfalz sind auch Beihilfetarife mit AG-Zuschuss versicherbar. Dann reduziert sich der Bemessungssatz um 20 %-Punkte.

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst

des Bundes/ Kommunen (nicht Länder*) – Entgeltfortzahlung seit 2005*

Seit dem 01.10.2005 (für die Deutsche Rentenversicherung Bund und die evangelische Landeskirche Baden seit dem 01.01.2006) gilt für alle Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst des Bundes und der Kommunen (z. B. Beschäftigte in Verwaltung, Sparkassen, Flughäfen, Entsorgungsbetrieben, Pflegeheimen und Krankenhäusern) folgende Regelung für die Entgeltfortzahlung:

✓ unabhängig von der Dienstzeitdauer generell nur noch 6 Wochen volle Entgeltfortzahlung

✓ ein Krankengeldzuschuss vom Arbeitgeber von der 7. Woche bis zum Ende der 39. Woche (43. bis 273. Tag) bei Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe dieses Krankengeldzuschusses errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem Nettoeinkommen des Arbeitnehmers. Damit erhalten die Arbeitnehmer für den genannten Zeitraum quasi ihr Nettoeinkommen weiter – und zwar aus Kombination von GKV-Krankengeld und Arbeitgeber-Krankengeldzuschuss. Bei Privatversicherten wird so getan, als ob sie ebenfalls Anspruch auf Krankengeld (aus der GKV) hätten, sodass auf jeden Fall ein Krankentagegeld in Höhe des – unterstellten – Krankengeldanspruches abzusichern ist.

Folgende Konstellationen sind dabei zu unterscheiden:

Eintritt in den öffentlichen Dienst	krankenversichert in	Entgeltfortzahlung	Krankengeldzuschuss	Anmerkungen/Lücke
vor 1. Juli 1994	GKV	6 Wochen (= 42 Tage)	Nettoeinkommen ./. GKV-Nettokrankengeld 7. Woche - 39. Woche (43. bis 273. Tag)	ab 40. Woche (274. Tag) in Höhe des Krankengeldzuschusses
vor 1. Juli 1994	PKV	6 Wochen (= 42 Tage)	Nettoeinkommen ./. GKV-Höchst-Nettokrankengeld 7 Woche - 39. Woche (43. bis 273. Tag)	ab 7. Woche in Höhe des GKV-Höchstnettokrankengeldes + AG-Anteil KV + PV; zusätzlich ab 40. Woche (274. Tag) in Höhe des Krankengeldzuschusses
nach 30. Juni 1994	GKV	6 Wochen (= 42 Tage)	Nettoeinkommen ./. GKV-Bruttokrankengeld 7. Woche - 39. Woche (43. bis 273. Tag)	ab 7. Woche in Höhe der Differenz von Brutto- und Nettokrankengeld; zusätzlich ab 40. Woche (274. Tag) in Höhe des Krankengeldzuschusses
nach 30. Juni 1994	PKV	6 Wochen (= 42 Tage)	Nettoeinkommen ./. GKV-Höchst-Bruttokrankengeld 7. Woche - 39. Woche (43. bis 273. Tag)	ab 7. Woche in Höhe des GKV-Höchstbruttokrankengeldes + AG-Anteil KV + PV; zusätzlich ab 40. Woche (274. Tag) in Höhe des Krankengeldzuschusses

*) Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst der Länder haben wie bisher Anspruch auf Engeltfortzahlung:
a) bei Dienstbeginn vor 01.07.1994 bis zum Ende der 26. Krankheitswoche (KW);
b) bei Dienstbeginn nach 30.06.1994 bis zum Ende der 6. KW

Erläuterungen

Bruttoeinkommen
./. Steuern (inkl. Soli-Zuschlag)
./. Arbeitnehmer-Anteil Arbeitslosenversicherung
./. Arbeitnehmer-Anteil Rentenversicherung

= Nettoeinkommen (ohne Arbeitgeber-Zuschuss zur KV und PV)

✓ Bruttokrankengeld = Volles Krankengeld der GKV = 70 % vom Bruttoeinkommen, max. 90 % vom Nettoeinkommen

✓ Höchst-Bruttokrankengeld der GKV = 70 % von der BBG = kalendertäglich 112,88 € (monatlich 3.386,40 €)

✓ Nettokrankengeld = Bruttokrankengeld ./. Sozialversicherungsbeiträge vom Krankengeld

✓ Sozialversicherungsbeiträge vom Krankengeld = 12,025 % mit Kind(ern) bzw. 12,275 % ohne Kind

✓ Höchst-Nettokrankengeld der GKV: 3.386,40 € abzüglich 12,025 % Sozialversicherungsbeiträge (bzw. 12,275 % ohne Kind) = 2.979,00 € (ohne Kind 2.970,60 €)

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst –

Krankengeldlücke bei PKV-Versicherten, wenn Diensteintritt nach 30. Juni 1994

Berechnungshilfe

1. Einkünfte	Krankheitswoche (KW)	2. Leistung des Arbeitgebers	3. Krankengeld-lücke	Tarifangebot	Tagessatz
1.1 Bruttoeinkommen _____ €	bis 6. KW (1. bis 42. Tag)	volle Entgeltfortzahlung	0 €	–	–
	7. KW bis 39. KW (43. bis 273. Tag)	2.1 Krankengeldzuschuss** = 1.2 ./. GKV-Höchstbruttokrankengeld _____ €	GKV Höchstbruttokrankengeld *, zzgl. GRV-Beitrag plus AG-Anteil zur KV, PV (GRV-Beitrag = 80 % Bruttoeinkommen 1.1 x 18,6 %) _____ €	ESP-VA 43	_____ €
1.2 Nettoeinkommen _____ €	ab 40. KW (ab 274. Tag)	0 €	Übernahme aus 2.1 _____ €	ESP-VA 274	_____ €

* GKV Bruttokrankengeld = 70 % vom Bruttoeinkommen (bis max. BBG); max. 90 % vom Nettoeinkommen
GKV Nettokrankengeld = Bruttokrankengeld abzüglich Sozialversicherungsbeiträge: 12,025 % mit Kind(ern) (12,275 % ohne Kind)

** Krankengeldzuschuss = Leistung des Arbeitgebers; er stockt damit den fiktiven GKV Brutto-Krankengeldanspruch bis zum Nettoeinkommen (ohne AG-Zuschuss zur KV und PV) auf.

Beispiel zur Krankengeldberechnung für einen Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, 35 Jahre, männlich, ledig, ohne Kind, Bruttoeinkommen 4.500 Euro, Nettoeinkommen 2.654 Euro, PKV-Beitrag 500 Euro, PPV-Beitrag 40 Euro

1. Berechnung der erforderlichen Krankentagegeldabsicherung	2. Berechnung des Arbeitgeber-Krankengeldzuschusses
Höchst-Bruttokrankengeld der GKV (90 % von 2.654 €) = 2.388,60 € + 1/2 PKV/PPV-Beitrag = 270,00 € + GRV-Beitrag (80 % vom Bruttoeinkommen x 18,6 %) = 669,60 € = Krankentagegeld-Bedarf = 3.328,20 €	Nettoeinkommen ./. Höchst-Bruttokrankengeld der GKV: 2.654 € ./. 2.388,60 € = 265,40 € Ab der 40. Krankheitswoche (274. Tag) muss dieser Krankengeldzuschuss ebenfalls abgesichert werden: 265,40 € : 30 = 8,85 €
Krankentagegeldabsicherung ab 43. Tag: 111 €	zusätzliche erforderliche Absicherung 9 €/ Tag

Ambulante Beihilfeeinschränkungen

Vorschrift	Zahnersatz: Kürzung bei Material- und Laborkosten	Brillenfassung beihilfefähig	Brillengläser beihilfefähig	Heilpraktiker beihilfefähig
Bund	60 % beihilfefähig	nein/ Schulsport bis 52 €	ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Baden-Württemberg	70 % beihilfefähig	maximal 20,50 €	feste Höchstbeträge, je nach Indikation	max. 3,5 GOÄ
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Bayern	40 % beihilfefähig	nein	feste Höchstbeträge, je nach Indikation	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Berlin	40% beihilfefähig	nein	ja, für unter 18-Jährige, ab 18 nur in Ausnahmefällen	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Brandenburg[4]	60 % beihilfefähig	nein/ Schulsport bis 52 €	ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation,	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Bremen[4]	60 % beihilfefähig	nein	ja, für unter 18-Jährige, ab 18 nur in Ausnahmefällen[3]	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Hamburg[4]	60 % beihilfefähig	nein	ja, für unter 18-Jährige, ab 18 nur in Ausnahmefällen[3]	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Hessen	60 % beihilfefähig	nein	feste Höchstbeträge, je nach Indikation	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Mecklenburg-Vorpommern	60 % beihilfefähig	nein/ Schulsport bis 52 €	ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Niedersachsen	40 % beihilfefähig	nein	feste Höchstbeträge, je nach Indikation	bis zu fest definierten Höchstbeträgen (GOÄ-Analogbewertungen)
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Nordrhein-Westfalen	70 % beihilfefähig	maximal 70 €	je nach Indikation	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Rheinland-Pfalz	60 % beihilfefähig	nein	feste Höchstbeträge, je nach Indikation	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Saarland	50 % beihilfefähig	nein	ja, für unter 18-Jährige, ab 18 nur in Ausnahmefällen	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Sachsen	60 % beihilfefähig	nein	für unter 18-Jährige, ab 18 max. 80 €/Glas alle 2 Jahre	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Sachsen-Anhalt	40 % beihilfefähig	nein	ja, für unter 18-Jährige, ab 18 nur in Ausnahmefällen[3]	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Schleswig-Holstein	60 % beihilfefähig	60 € / Sportbrille max. 60 €	feste Höchstbeträge, je nach Indikation	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			
Thüringen[4]	40 % beihilfefähig	nein	ja, für unter 18-Jährige, ab 18 nur in Ausnahmefällen	bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)[1] oder (BE bzw. BKE)[2]			

[1] Marke SIGNAL IDUNA
[2] Marke Deutscher Ring Krankenversicherung
[3] GKV-Regelung für ab 18-Jährige wird übernommen (siehe Seite 14)
[4] Bei Wahl „Pauschale Beihilfe“ kein Beihilfeanspruch zur KV – Tarifangebot: 100 % Stufen der Beihilfe KOMFORT- bzw. Beihilfe EXKLUSIV-Produktlinie

Ambulante Beihilfeeinschränkungen

Vorschrift	Heilbehandlung bei privaten Auslandsreisen	Auslandsrück-transport	Schutzimpfungen bei privaten Auslandsreisen	Abzug je Arznei-/ Verbandmittel
Bund	außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nein	10 % (mind. 5 €, max. 10 €)[1) 4)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Baden-Württemberg	nur Inlandssätze beihilfefähig, keine stationären Wahlleistungen außerhalb EU/ EWR und Schweiz	nein	nur öffentlich empfohlene	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Bayern	nur innerhalb Europas Inlandssätze beihilfefähig, sonst nein	nein	nur in EU bei amtlichen Impfempfehlungen durch STIKO	3 € [2)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Berlin	außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nein, nur in Ausnahmefällen	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Brandenburg	außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nein	10 % (mind. 5 €, max. 10 €)[1) 4)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Bremen	nur Inlandssätze beihilfefähig	nein	nur in EU-Länder, nur nach STIKO	6 € [1)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Hamburg	nur Inlandssätze beihilfefähig	nein	nur nach STIKO und nur bei Reisen in EU-Länder	10 % (mind. 5 €, max. 10 €)[1)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Hessen	nur Inlandssätze beihilfefähig	nein	nein	4,50 € [1)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Mecklenburg-Vorpommern	außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nein	10 % (mind. 5 €, max. 10 €)[1) 4)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Niedersachsen	außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nein, nur in Ausnahmefällen	10 % (mind. 5 €, max. 10 €)[1)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Nordrhein-Westfalen	je nach Fallkonstellation individuelle Prüfung	nein	ja	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Rheinland-Pfalz	innerhalb EU voll, sonst Inlandssätze beihilfefähig	nein	nur innerhalb der EU, wenn von STIKO empfohlen	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Saarland	außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nur innerhalb EU, sonst nein	nein[4)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Sachsen	außerhalb EU nur Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nur nach STIKO	4/4,50/5 € bei Preis bis 16/26/>26 € [1)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Sachsen-Anhalt	außerhalb EU nur Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nur bei amtlichen Impfempfehlungen	10 % (mind. 5 €, max. 10 €)[1)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Schleswig-Holstein	außerhalb EU nur Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	nur öffentlich empfohlene	nein
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**			–
Thüringen	außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll	nein	durch STIKO empfohlen	4 € [2)]
Tarifergänzung	(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**			–

1) Abzug von der Summe der beihilfefähigen Aufwendungen
2) Abzug von der ermittelten Beihilfe
3) Die Kostendämpfungspauschale wird je Beihilfeberechtigten (inklusive der berücksichtigungsfähigen Angehörigen) nur einmal pro Jahr abgezogen.
4) Arzneimittel sind nur bis zur Höhe der geltenden Festbeträge beihilfefähig.

Besondere ambulante Beihilfeeinschränkungen

Vorschrift	Hilfsmittel	Zahnbehandlung/Implantate	Infos: QR-Code scannen/anklicken
Bund	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, z. B. Hörgerät max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Baden-Württemberg	Geschlossener Hilfsmittelkatalog - nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Rollstuhl bis 1.300 €, Perücke bis 18 Jahre 1.250 €, sonst bis 1.000 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kieferhälfte, bei 2 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Bayern	geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur in angemessener Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kieferhälfte, bei 2 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**		
Berlin ***	Geschlossener Hilfsmittelkatalog - nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**		
Brandenburg***	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücken bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Bremen***	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kiefer, bei 2 besonderen Indikationen max. 4 Implantate je Kiefer beihilfefähig	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Hamburg***	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.050 €/Ohr, Perücke bis 700 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kieferhälfte, bei 2 besonderen Indikationen auch weitere Implantate beihilfefähig	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Hessen	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgeräte bis max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kieferhälfte, bei 2 besonderen Indikationen auch weitere Implantate beihilfefähig	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		

* Marke SIGNAL IDUNA

** Marke Deutscher Ring Krankenversicherung

*** Bei Wahl „Pauschale Beihilfe“ kein Beihilfeanspruch zur KV – Tarifangebot: 100 % Stufen der Beihilfe KOMFORT- bzw. Beihilfe EXKLUSIV-Produktlinie

Besondere ambulante Beihilfeeinschränkungen

Vorschrift	Hilfsmittel	Zahnbehandlung/Implantate	Infos: QR-Code scannen/anklicken
Mecklenburg-Vorpommern	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis z ur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücken bis 512 € beihilfefähig	max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Niedersachsen	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, z. B. Hörgerät max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 700 € beihilfefähig	Max. 4 Implantate je Kiefer, bei 4 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**		
Nordrhein-Westfalen	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 1.200 € beihilfefähig (bis 14. Lj. 800 €)	Max. 10 Implantate bis max. 1.000 €/Implantat beihilfefähig. Bei 5 besonderen Indikationen entfallen diese Begrenzungen	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Rheinland-Pfalz	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kiefer beihilfefähig, bei 7 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Saarland	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kiefer beihilfefähig, bei 3 Indikationen max. 4 Implantate je Kiefer	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Sachsen	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücke bis 520 €	Max. 2 Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig, bei 4 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Sachsen-Anhalt	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**		
Schleswig-Holstein	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät max. 1.100 €/Ohr, Perücke bis 1.000 € beihilfefähig	Implantate beihilfefähig, ohne Anzahlbegrenzung	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**		
Thüringen***	Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €, Perücke bis 512 € beihilfefähig	Max. 2 Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig, bei 4 besonderen Indikationen auch darüber hinaus (dann 100 % für Material- und Laborkosten)	
Tarifergänzung	(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**		

Stationäre Beihilfeeinschränkungen

Vorschrift	genereller Abzug im Krankenhaus	Anspruch auf Wahlleistungen	Abzug Zweibettzimmer	Abzug Wahlarzt	Einbettzimmer	Kostendämpfungspauschale [3] (ambulant, stationär, Zahn)
Bund	10 € [1] / 28 Tage	ja	14,50 € [1] / Tag	nein	nein	nein
Tarifergänzung	EKH10	[4]	EKH15	–	[6]	–
Baden-Württemberg	nein	nur wenn 22 € gezahlt werden	nein	nein	nein	Höhe abhängig von Besoldungsgruppe [2]
Tarifergänzung	–	[4]	–	–	[6]	–
Bayern	nein	ja	7,50 € [2] / 30 Tage	25 € [2] / Tag	nein	nein
Tarifergänzung	–	[4]	EKH10	EKH25	[6]	–
Berlin	10 € [1] / 28 Tage	nein	entfällt	entfällt	entfällt	nein
Tarifergänzung	EKH10	[5]	–	–	[7]	–
Brandenburg [8]	10 € [1] / 28 Tage	nein	entfällt	entfällt	entfällt	nein
Tarifergänzung	EKH10	[5]	–	–	[7]	–
Bremen [8]	nein	nein	entfällt	entfällt	entfällt	ja, Höhe abhängig vom Bemessungssatz [2]
Tarifergänzung	–	[5]	–	–	[7]	–
Hamburg [8]	nein	nein	entfällt	entfällt	entfällt	ja, Höhe abhängig von Besoldungsgruppe und ob Beamter, Pensionär oder Witwer [2]
Tarifergänzung	–	[5]	–	–	[7]	–
Hessen	nein	nur wenn 18,90 € gezahlt werden	16 € [1] / Tag	nein	nein	nein
Tarifergänzung	–	[4]	EKH20	–	[6]	–
Mecklenburg-Vorpommern	10 € [1] / 28 Tage	nein	entfällt	entfällt	entfällt	nein
Tarifergänzung	EKH10	[5]	–	–	[7]	–
Niedersachsen	10 € [1] / 28 Tage	nein	entfällt	entfällt	entfällt	nein
Tarifergänzung	EKH10	[5]	–	–	[7]	–
Nordrhein-Westfalen	nein	ja	15 € [1] / Tag für max. 20 Tage/ Kalenderjahr	10 € [1] /Tag, für max. 20 Tage/ Kalenderjahr	nein	Höhe abhängig von Besoldungsgruppe [2]
Tarifergänzung	–	[4]	EKH15	EKH10	[6]	–
Rheinland-Pfalz	nein	nur wenn 26 € gezahlt werden	12 € [1] / Tag	nein	nein	Höhe abhängig von Besoldungsgruppe [2]
Tarifergänzung	–	[4]	EKH15	–	[6]	–
Saarland	nein	nein	entfällt	entfällt	entfällt	Höhe abhängig von Besoldungsgruppe [2]
Tarifergänzung	–	[5]	–	–	[7]	–
Sachsen	nein	ja	14,50 € [1] / Tag	nein	nein	40 € [2]
Tarifergänzung	–	[4]	EKH15	–	[6]	–
Sachsen-Anhalt	10 € [1] /Tag für max. 28 Tage im Kalenderjahr	ja	14,50 € [1] / Tag	nein	nein	nein [)
Tarifergänzung	EKH10	[4]	EKH15	–	[6]	–
Schleswig-Holstein	nein	nein	entfällt	entfällt	entfällt	Höhe abhängig von Besoldungsgruppe [2]
Tarifergänzung	–	[5]	–	–	[7]	–
Thüringen [8]	nein	ja	7,50 € [2] / Tag	25 € [2] /Tag	nein	nein
Tarifergänzung	–	[4]	EKH10	EKH25	[6]	–

1) Abzug von der Summe der beihilfefähigen Aufwendungen
2) Abzug von der ermittelten Beihilfe
3) Die Kostendämpfungspauschale wird je Beihilfeberechtigten (inkl. der berücksichtigungsfähigen Angehörigen) nur einmal pro Jahr abgezogen.
4) Marke SIGNAL IDUNA: KOMFORT-B-W bzw. EXKLUSIV-B-W / Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BS
5) Marke SIGNAL IDUNA: KOMFORT-B-W100 bzw. EXKLUSIV-B-W100 / Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BS100
6) Marke SIGNAL IDUNA: EXKLUSIV-B-W und EXKLUSIV-B-ES / Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BK, BS, BE
7) Marke SIGNAL IDUNA: EXKLUSIV-B-W 100 / Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BS100
8) Bei Wahl „Pauschale Beihilfe“ kein Beihilfeanspruch zur KV – Tarifangebot: 100 % Stufen der Beihilfe KOMFORT- bzw. Beihilfe EXKLUSIV-Produktlinie

Beihilferegelungen während der **Elternzeit/Beurlaubung**

Vorschrift	Eigener Beihilfeanspruch während der Elternzeit	Beihilfeanspruch bei anschließender Beurlaubung aus familiären Gründen	KV-/ PV-Zuschuss während der Elternzeit
Bund	Ja, generell 70 % GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8
Baden-Württemberg	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	nein	Bis 42 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, bis 120 € bei Anwärter und Bezüge ≤ A8
Bayern	Ja, generell 70 %. GKV-Familienversicherung nicht möglich.	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis 30 €, wenn Einkünfte unter Versicherungspflichtgrenze, ≤ A11 80 € ≤ A8 volle Erstattung
Berlin	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8
Brandenburg*	Ja, generell 70 % GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8
Bremen*	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	nein	Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8
Hamburg*	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis 42 €, wenn Besoldung ≤ Versicherungspflichtgrenze; während der Elternzeit bis 120 €, wenn Besoldung ≤ A8 bzw. Anwärter
Hessen	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	nein	Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze; volle Erstattung bis einschließlich Besoldungsgruppe A8
Mecklenburg-Vorpommern	Ja, generell 70 % GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze; volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8
Niedersachsen	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	nein	Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter bzw. Besoldung ≤ A8
Nordrhein-Westfalen	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch besteht. GKV-Familienversicherung nicht möglich.	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Ja, bis 31 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung bis Besoldungsgruppe A8 während Elterngeldbezug
Rheinland-Pfalz	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis 30,68 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung wenn Besoldung ≤ A8 und für Beamte auf Widerruf
Saarland	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	nein	Bis max. 30,70 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, während Elterngeldbezug volle Erstattung bis Besoldungsgruppe A8
Sachsen	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, wenn nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis max. 31 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung bis einschl. Besoldungsgruppe A8
Sachsen-Anhalt	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	Bis max. 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter und Bezüge ≤ A8
Schleswig-Holstein	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	nur bei Alleinerziehenden	Bis max. 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Elterngeldbezug für Anwärter und Bezüge ≤ A8
Thüringen*	Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich	Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht	bis max. 30,50 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung wenn Bruttoeinkommen ≤ Endstufe A6

* Bei Wahl „Pauschale Beihilfe“ kein Beihilfeanspruch zur KV – Tarifangebot: 100 % Stufen der Beihilfe KOMFORT- bzw. Beihilfe EXKLUSIV-Produktlinie

Beihilferegelungen: **Ehegatten-Einkommensgrenze** und **KV-Zuschuss**

Vorschrift	Einkommensgrenze für Beihilfeanspruch des Ehegatten (Gesamtbetrag der Einkünfte: § 2 Absatz 3 Einkommensteuergesetz)	Beihilfeanspruch im lfd. Kalenderjahr (trotz Überschreitens der Einkommensgrenze im maßgeblichen Zeitraum)	Reduzierung des Beihilfebemessungssatzes durch KV-Zuschuss	Wirksamer Verzicht auf KV-Zuschuss möglich
Bund*	20.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 20.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Baden-Württemberg*	für Aufwendungen nach 31.12.2020 = 20.000 € (davor 18.000 €), Bei Leibrenten (z. B. gesetzliche Altersrenten) wird der Zahlbetrag berücksichtigt. Gilt nicht bei Rentenbeginn vor dem 01.01.2021.	wenn Einkünfte entfallen oder deutlich reduziert sind und bislang erzieltes Einkommen für Aufwendungen aus 2021 ≤ 20.000 € (für Aufwendungen aus 2020 ≤ 18.000 €)	nein	nicht notwendig
Bayern*	20.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 20.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Berlin* **	17.000 € im zweiten Jahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 17.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Brandenburg* **	17.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 17.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Bremen**	12.000 € im Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 12.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Hamburg* **	18.000 € im Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 18.000 € sinken	nein	nicht möglich
Hessen*	9.744 € im vorletzten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	keine Einkünfte mehr oder stark verringert und im lfd. Jahr unter 9.744 €	-20 %, wenn Zuschuss mindestens 41 €	bei Verzicht auf Zuschuss über 40,99 €, keine Reduzierung um 20 %
Mecklenburg-Vorpommern*	20.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 20.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Niedersachsen*	≤ 18.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Kalenderjahr auf ≤ 18.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Nordrhein-Westfalen*	18.000 € im Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte entfallen und bislang erzieltes Einkommen im lfd. Jahr unter 18.000 €	nein	nicht notwendig
Rheinland-Pfalz* a) Beamter am 31.12.2011 vorhanden b) Dienstbeginn nach 31.12.2011	• bei Eheschließung vor 01.01.2012 ≤ 20.450 €, • ansonsten ≤ 17.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung generell ≤ 17.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Kalenderjahr unter 20.450 € bzw. 17.000 € sinken	-20 %, wenn Arbeitgeberzuschuss zum KV-Beitrag gewährt wird	ja, allerdings nur einmalig, wenn Anspruch entsteht
Saarland*	≤ 16.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr auf ≤ 16.000 € sinken	-20 %, wenn PKV-Zuschuss mindestens 40,90 €	bei Verzicht auf PKV-Zuschuss über 40,89 €, keine Reduzierung um 20 %
Sachsen*	≤ 18.000 € im Durchschnitt der letzten 3 Jahren vor Leistungserbringung	nein	nein	nicht notwendig
Sachsen-Anhalt*	≤ 17.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt auf ≤ 17.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Schleswig-Holstein*	≤ 18.000 € im Vorvorkalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt auf ≤ 18.000 € sinken	nein	nicht notwendig
Thüringen* **	≤ 18.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung	wenn Einkünfte im lfd. Kalenderjahr auf ≤ 18.000 € sinken	nein	nicht notwendig

* gilt auch für den eingetragenen Lebenspartner

** Bei Wahl „Pauschale Beihilfe“ kein Beihilfeanspruch zur KV – Tarifangebot: 100 % Stufen der Beihilfe KOMFORT- bzw. Beihilfe EXKLUSIV-Produktlinie

Beihilfeanspruch und Kindergeld

Kinder sind in der Beihilfe berücksichtigungsfähig, solange ein Anspruch auf Kindergeld besteht.

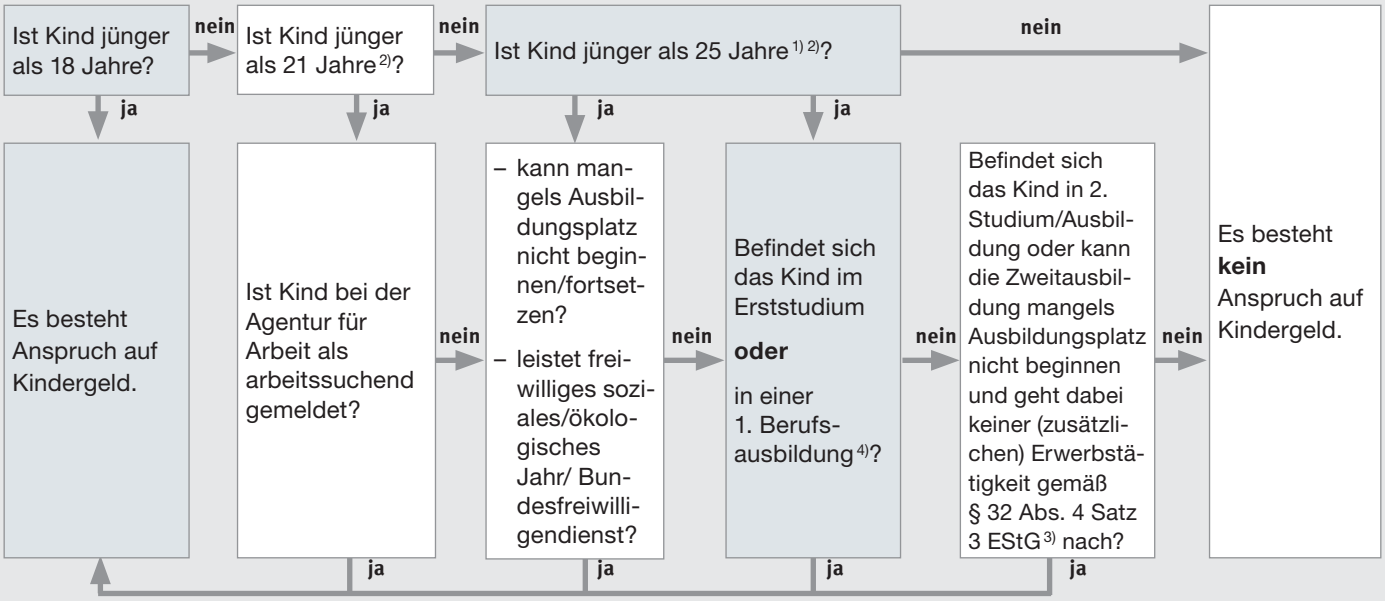
Wegfall der Einkommensgrenze

Seit 1.1.2012 ist die Einkommensgrenze von maximal 8.004 Euro für volljährige Kinder als Voraussetzung für das Kindergeld entfallen.

Faustformel für über 18-jährige Kinder: Sie erhalten Kindergeld, solange sie noch keine 25 Jahre alt sind und sich in einer ersten Berufsausbildung oder in einem Erststudium befinden.

Besteht Anspruch auf Kindergeld?

Die häufigsten Kindergeldfälle sind farblich gekennzeichnet.



1) Für Kinder, die wegen körperlicher oder geistiger Behinderung dauerhaft außerstande sind sich selbst zu unterhalten, wird Kindergeld ohne zeitliche Begrenzung gezahlt (Behinderung muss vor Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten sein).

2) Verlängert sich um Zeiten des Wehr- oder Ersatzdienstes (gilt nicht für Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes)

3) Eine Erwerbstätigkeit mit bis zu 20 Stunden regelmäßiger wöchentlicher Arbeitszeit, ein Ausbildungsdienstverhältnis oder ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis im Sinne der §§ 8 und 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sind unschädlich.

4) Gilt auch für die „reine“ Ausbildungszeit innerhalb des freiwilligen Wehrdienstes (pauschal 4 Monate)

Besonderheiten für Bund, Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen-Anhalt

Beim Bund und in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt verlängert sich bei einer Schul- oder Berufsausbildung die Berücksichtigungsfähigkeit über die Vollendung des 25. Lebensjahres um abgeleistete Zeiten eines freiwilligen Wehrdienstes bzw. eines Bundesfreiwilligendienstes oder Jugendfreiwilligendienstes (insgesamt höchstens um 12 Monate).

In Baden-Württemberg entfällt der Beihilfeanspruch des Kindes erst zum Ende des Jahres, in dem der Kindergeldanspruch endet (bei Wegfall zum 31.12 eines Jahres mit Ablauf des folgenden Kalenderjahres). Bei Beamten mit Dienstbeginn vor 2013 ändert sich damit der Beihilfeanspruch auch erst zum Ende des entsprechenden Jahres. Beamte mit Dienstbeginn vor 2013 behalten den erhöhten Bemessungssatz auf Dauer, sobald Sie 3 berücksichtigungsfähige Kinder haben bzw. hatten.

In Bayern, Rheinland-Pfalz und im Saarland behält das Kind im Rahmen der normalen Altersgrenzen den Beihilfeanspruch, wenn innerhalb der 2. Ausbildung der Kindergeldanspruch aufgrund des Umfangs der Erwerbstätigkeit entfällt.

In den Ländern Hessen und Bremen sinkt der Beihilfeanspruch für jedes einzelne aus der Berücksichtigungsfähigkeit herausfallende Kind um 5 %-Punkte, und zwar zum Ende des Monats, in dem der Kindergeldanspruch entfällt. Von der Reduzierung des Bemessungssatzes sind darüber hinaus auch der Beamte selbst sowie alle weiteren berücksichtigungsfähigen Personen betroffen.

Dauernde Öffnungsaktionen für Beamte und deren Angehörige

1. die „Normal“-Beihilfetarife		2. für den Beihilfe-Basistarif (BTB)
Krankenversicherung: garantierte Aufnahme, max. 30 % Risikozuschlag, kein Aufnahmehöchstalter		**Krankenversicherung:** garantierte Aufnahme, kein Risikozuschlag, ohne Vorversicherungszeit und Altersgrenze.
Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Saarland, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen	Marke SIGNAL IDUNA: Tarif KOMFORT-B [2] Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BK [3]	Kappung auf den anteiligen (nicht durch die Beihilfe gedeckten %-Satz) GKV-Höchstbeitrag, aber kein Anspruch auf Ehegattenkappung
Baden-Württemberg [1], Bayern, Bund, Hessen [1], Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz [1], Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Marke SIGNAL IDUNA: Tarife KOMFORT-B [2], KOMFORT-B-W [2], EKH 15 Marke Deutscher Ring Krankenversicherung: BK [3], BS [3]	
Pflegeversicherung: Es gelten „Altbestandsrechte“, d. h.: kein Risikozuschlag, max. 50 % des SPV-Höchstbeitrages, allerdings kein Anspruch auf Ehegattenkappung		**Pflegeversicherung:** Annahmezwang, Risikozuschlag möglich, max. 50 % des SPV-Höchstbeitrages, allerdings kein Anspruch auf Ehegattenkappung
Personenkreis und Zugangsfristen (Antragstellung)		**Personenkreis und Zugangsfristen (Antragstellung)**
Gilt für Personen, die derzeit nicht PKV-vollversichert sind: Teilnahmeberechtigte Personen: • Beamte auf Widerruf und Beamtenanfänger innerhalb von 6 Monaten nach der jeweiligen Verbeamtung. Als Beamtenanfänger im Rahmen der Öffnungsaktion gelten z. B.: - Beamte auf Probe, die während der Verbeamtung auf Widerruf GKV-versichert sind - Beamte auf Zeit oder Lebenszeit, wenn kein Probedienstverhältnis vorangegangen ist - Richter - Geistliche und Kirchenbeamte - Dienstordnungsangestellte • Heilfürsorgeberechtigte Zeit- und Berufssoldaten, Polizei- und Feuerwehrbeamte innerhalb von 6 Monaten ab Beginn des Heilfürsorgeanspruchs (bzw. truppenärztliche Versorgung) • Angehörige innerhalb von 6 Monaten ab ihrer erstmaligen Berücksichtigungsfähigkeit, das heißt: - innerhalb von 6 Monaten ab Eheschließung - innerhalb von 6 Monaten ab Geburt - innerhalb von 6 Monaten nach Ende einer Versicherungspflicht in der GKV	Gilt für Personen, die derzeit freiwillig GKV-versichert sind und am 31.12.2004 freiwillig GKV-versichert waren und Anspruch auf Beihilfe haben: • für Beamte auf Probe, Zeit oder Lebenszeit + Versorgungsempfänger und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen - für Beamte unbefristet - für den Angehörigen innerhalb eines Jahres nach Versicherungsbeginn des Beamten **Sonderöffnungsaktion für freiwillig GKV-versicherte Beamte vom 01.10.2020 bis 31.03.2021** **Innerhalb dieses Zeitraums wird auf die Voraussetzung der Verbeamtung vor dem 01.01.2005 verzichtet.**	a) Für Beamte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige möglich, die bislang noch über keinen die Versicherungspflicht erfüllenden Krankenversicherungsschutz verfügen (unabhängig vom Gesundheitszustand) Diese Personen können jederzeit in den Basistarif eines privaten Krankenversicherers wechseln. Hier besteht Kontrahierungszwang. b) Für Beamte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige möglich, die bereits über einen die Versicherungspflicht erfüllenden Krankenversicherungsschutz verfügen, wenn ... • dieser Versicherungsschutz vor dem 01.01.2009 bestand, ist ein Wechsel in den Basistarif des eigenen Versicherers jederzeit möglich, wenn das 55. Lebensjahr vollendet wurde, Anspruch auf eine gesetzliche Rente besteht und diese beantragt wurde oder Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII besteht. • Personen, die ab dem 01.01.2009 diesen Versicherungsschutz abgeschlossen haben, können jederzeit in den Basistarif des eigenen Versicheres wechseln. • Beamte, die freiwillig in der GKV versichert sind, innerhalb von 6 Monaten ab Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft
Voraussetzung für die Versicherung der Angehörigen ist, dass der Beihilfeberechtigte bereits bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert ist, gleichzeitig versichert wird oder bei einem anderen Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, das diese erleichterten Bedingungen nicht anwendet, der Beamte selbst aber ansonsten die Bedingungen erfüllen würde!		Anfragen zum Basistarif sind schriftlich an die Hauptverwaltung zu richten!

[1] Beihilfeanspruch auf stationäre Wahlleistungen nur, wenn der Beamte monatlich 22 € in Baden-Württemberg, 18,90 € in Hessen bzw. 26 € in Rheinland-Pfalz an seinen Dienstherrn zahlt. Andernfalls kann nur KOMFORT-B [2] bzw. BK angeboten werden.

[2] Das tarifliche Optionsrecht wird ausgeschlossen.

[3] Gilt nicht für Bremen und Hessen. Angebot nur über Marke SIGNAL IDUNA möglich.

Über den nebenstehenden QR-Code können Sie die Broschüre des PKV-Verbandes (www.pkv.de) zur Dauernden Öffnungsaktion für Beamte herunterladen.

Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)

Die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), mit Sitz in Stuttgart, ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie ist eine betriebliche Sozialeinrichtung der Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost, der Rechtsnachfolgerin der Deutschen Bundespost. Die Mitglieder setzen sich aus Beamten der Post, Pensionären sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen zusammen. Insgesamt ist die PBeaKK in ihrem Bestand seit der Postreform 1995 geschlossen und nimmt seither keine weiteren Mitglieder auf. Derzeit betreut sie etwa 390.000 Mitglieder sowie etwa 240.000 mitversicherte Angehörige.

Sie ist **keine** Krankenkasse im Sinne des SGB V. Das Sozialgericht Kassel konkretisiert sogar, „dass es sich bei der PBeaKK weder um eine gesetzliche noch um eine private Krankenkasse handelt". Vor der Postreform handelte es sich um eine Sozialeinrichtung der Deutschen Bundespost.

Für Postbeamte der Gruppen A und B1 gelten grundsätzlich die Beihilfevorschriften des Bundes. Für Mitglieder der Gruppe A ist der Beihilfeanspruch jedoch nur auf stationäre Wahlleistungen beschränkt. Alle übrigen Leistungen (Ambulant, Zahn, stationäre Regelleistungen) erhalten sie ausschließlich nach der Leistungsordnung A der PBeaKK. Die Leistungsordnung A stellt weitestgehend Leistungen auf Kassenniveau zur Verfügung.

Bei Mitgliedern der Gruppe B1 ergänzt die PBeaKK den bestehenden Beihilfeanspruch im Rahmen der Leistungsordnung B. Die Gesamtleistung der PBeaKK setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

1. **Dem Beihilfeanteil aufgrund des Fürsorgeanspruchs und**
2. **der beitragsfinanzierten Tarifleistung**

Bei Mitgliedern der Gruppen B2, B3 und C (Mitglieder ohne eigenen Beihilfeanspruch) übernimmt die PBeaKK zusätzlich auch den fehlenden Beihilfeanspruch. Die Leistungsordnung B bietet somit Leistungen auf PKV-Niveau.

Die Gruppen im Überblick

Gruppe A:	Beamte und Ruhestandsbeamte des einfachen Dienstes und deren Hinterbliebene (können auf Wunsch in B1 wechseln)	PBeaKK gewährt Leistungen auf Kassenniveau im Rahmen der Leistungsordnung A
Gruppe B1:	Beamte und Ruhestandsbeamte des mittleren, gehobenen und höheren Dienstes und deren Hinterbliebene	PBeaKK ergänzt Beihilfeanspruch auf 100 % im Rahmen der Leistungsordnung B
Gruppe B2:	Mitglieder ohne Beihilfeanspruch	PBeaKK erstattet im Rahmen der Leistungsordnung B 100 %
Gruppe B3:	Mitglieder ohne Beihilfeanspruch	PBeaKK erstattet im Rahmen der Leistungsordnung B 100 %; zusätzlich erhalten sie bei ärztlichen Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Psychotherapeuten, stationärer Behandlung und Unterbringung gesonderte Leistungen
Gruppe C	Frühere Angestellte mit Rentenanspruch aus der Versorgungsanstalt der Deutschen Bundespost	PBeaKK erstattet im Rahmen der Leistungsordnung B 100 %
Gruppe E	Rechtskräftig geschiedene Ehegatten ohne Beihilfeanspruch	PBeaKK erstattet je nach Zuordnung entweder Leistungen wie Gruppe A oder B2.

Die Beiträge richten sich nach der Mitgliedsgruppe (A bis E), dem Alter und der Anzahl der mitversicherten Angehörigen. Beispielsweise zahlt ein 49-Jähriger der Gruppe B1 mit einem mitversicherten Ehegatten monatlich 283,99 Euro (Beitragsanpassung von 3,32 % zum 01.01.2021 berücksichtigt). Eine Gesamtübersicht der Beiträge finden Sie im frei zugänglichen Internetauftritt der PBeaKK unter www.pbeakk.de

Des Weiteren stehen den Mitgliedern Zusatzversicherungen zur Verfügung, um die bereits vorhandenen Leistungen weiter auszubauen.

Pflegepflichtversicherung

In der Pflegeversicherung werden die Mitglieder der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugeordnet (Tarif PVB). Beitragseinzug, Vertragsführung und Leistungsauszahlung erfolgt über die PBeaKK. Die Rückdeckung der Pflegepflichtversicherung der PBeaKK erfolgt über den PKV-Verband. Entsprechend des Marktanteils werden die Pflegeversicherungen auf die einzelnen Verbandsunternehmen verteilt. Die Absicherung der über die Grundversorgung der Pflegepflichtversicherung hinausgehenden Kosten ist über das SIGNAL IDUNA PflegeSchutz-Programm bzw. die staatlich geförderte Pflegeabsicherung (PflegeBAHR) möglich.

Die wichtigsten Leistungen der PBeaKK im Überblick

	Leistung der PBeaKK		Versorgungslücke	
	Leistungsordnung A: Gruppe A	**Leistungsordnung B: Gruppe B1, B2, B3 und C**	**Leistungsordnung A:**	**Leistungsordnung B:**
Ambulante ärztliche Behandlung	100 % der Vertragssätze abzüglich 10 % Eigenbeteiligung; mindestens 5 € und maximal 10 €	bis 1,9-fach GOÄ, mit Begründung bis 3,5-fach GOÄ	mind. 5 € max. 10 €, zusätzlich 100 % der über die Kassensätze hinausgehenden Kosten	Bei Liquidation bis 2,3-fach GOÄ: 0,4-fach GOÄ in Höhe der vom Beihilfebemessungssatz nicht gedeckten Quote
Arznei- und Verbandmittel	100 % der Vertragssätze	100 % der beihilfefähigen Aufwendungen	100 % der über die Vertragssätze hinausgehenden Kosten	100 % der über die beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehenden Kosten
	abzüglich 10 % Eigenbeteiligung; mindesten 5 € und maximal 10 €		mindestens 5 € und maximal 10 €	

Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)

Die wichtigsten Leistungen der PBeaKK im Überblick

	Leistung der PBeaKK		Versorgungslücke	
	Leistungsordnung A: Gruppe A	Leistungsordnung B: Gruppe B1, B2, B3 und C	Leistungsordnung A:	Leistungsordnung B:
Heilpraktiker, inkl. Verordnungen	keine Leistung der PBeaKK	Leistung wie bei ambulanter ärztlicher Behandlung	100 % des Rechnungsbetrags	siehe ambulante ärztliche Behandlung
ambulante Psychotherapie	100 % der Vertragssätze abzüglich 10 % Eigenbeteiligung; mind. 5 € und max. 10 €	bis 1,9-fach GOÄ, mit Begründung bis 3,5-fach GOÄ	mind. 5 € max.10 €, zusätzlich 100 % der über die Kassensätze hinausgehenden Kosten	Bei Liquidation bis 2,3-fach GOÄ: 0,4-fach GOÄ in Höhe der vom Beihilfebemessungssatz nicht gedeckten Quote
Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	keine Leistung der PBeaKK	Feste Höchstbeträge je nach Indikation	100 % der entstehenden Kosten	100 % der über die Höchstsätze hinausgehenden Kosten
Hilfsmittel (Anschaffung, Reparatur, Ersatz)	100 % der Vertrags- oder Kassensätze	bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen	100 % der über die jeweiligen Höchstsätze hinausgehenden Kosten	
	abzüglich 10 % Eigenbeteiligung; mind. 5 € und max. 10 €		mindestens 5 € maximal 10 €	
Heilmittel	100 % der Vertrags- oder Kassensätze	bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen	100 % der Kosten, die über die jeweiligen Höchstsätze hinausgehen	
stationäre Behandlung (Regelleistungen)	100 % abzgl. 10 €/Tag für die ersten 28 Tage/Kalenderjahr		10 €/Tag für die ersten 28 Tage/Kalenderjahr	
Wahlärztliche Behandlung	nein	bis 1,9-fach GOÄ, mit Begründung bis 3,5-fach GOÄ	100 % der wahlärztlichen Leistungen	bei Liquidation bis 2,3-fach GOÄ: 0,4-fach GOÄ in Höhe der vom Beihilfebemessungssatz nicht gedeckten Quote
Zweibettzimmer	in Höhe des jeweiligen Beihilfebemessungssatzes abzüglich 14,50 €/Tag – gilt nicht für Gruppe B2 und C. (Gruppe A und B1 Erstattung von der Beihilfe; Gruppe B3 Erstattung Postbeamtenkrankenkasse)		in Höhe der vom Beihilfebemessungssatz nicht gedeckten Quote, zusätzliche Lücke 14,50 €/ Tag in Höhe des Beihilfebemessungssatzes	
Einbettzimmer	nein		100 % der Differenzkosten zwischen Ein- und Zweibettzimmer	
Zahnbehandlung, Zahnpropylaxe	100 % der Vertragssätze, max. bis zu den Höchstsätzen nach Leistungsordnung B	bis 2,3-fach GOZ, mit Begründung bis 3,5-fach GOZ	100 % der Kosten, die über die jeweiligen Höchstsätze hinausgehen	
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	100 % der Vertragssätze, max.bis zu den Höchstsätzen nach Leistungsordnung B	bis zur beihilfefähigen Höhe (40 % der Material- und Laborkosten erstattungsfähig)	100 % der Kosten, die über die jeweiligen Höchstsätze hinausgehen	60 % der Material- und Laborkosten, zusätzlich 100 % der die GOZ übersteigenden Kosten
Kieferorthopädie	bis 2,3-fach GOZ, mit Begründung bis 3,5-fach GOZ Vor Behandlungsbeginn muss ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von der PBeaKK genehmigt werden. Die zu behandelnde Person darf das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.		bis zum 18. Lj: 100 % der Kosten, die über die jeweiligen Höchstsätze hinausgehen ab Vollendung des 18. Lj: 100 % der Kosten	

Mitgliedern der PBeaKK können folgende SIGNAL IDUNA Ergänzungstarife angeboten werden

	Leistungsordnung A	Leistungsordnung B
ambulante Ergänzung	–	–
stationäre Ergänzung (Marke SIGNAL IDUNA)	KOMFORT-B-W bzw. EXKLUSIV-B-W + EXKLUSIV-B-ES, passend zum persönlichen Beihilfebemessungssatz	

Postbeamte, die nicht in der PBeaKK versichert sind, haben Beihilfeansprüche nach der Bundesbeihilfevorschrift. Damit haben sie den Versicherungsbedarf eines Bundesbeamten (siehe Tabelle Seite 43).

Krankenversorgung der **Bundesbahnbeamten** (KVB)

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und eine betriebliche Sozialeinrichtung des Bundeseisenbahnvermögens (BEV).

Die KVB ist keine gesetzliche Krankenkasse im Sinne des SGB V. Die ehemaligen Bahnbeamten haben keinen Beihilfeanspruch gegenüber dem Bund. Ihnen steht stattdessen ein Fürsorgeanspruch gegenüber dem BEV zu. Diese Fürsorgeleistung wird von der KVB erbracht. Dabei werden die aufgrund der Fürsorgepflicht des Dienstherrn zustehenden Leistungen durch Anteile aufgestockt, die aus den Beiträgen der Mitglieder finanziert werden. Das heißt, die Gesamtleistung der KVB setzt sich grundsätzlich aus zwei Teilen zusammen:

1. **dem Fürsorgeteil des Dienstherrn**
2. **dem beitragsfinanzierten Teil der KVB-Leistung**

Zu den Mitgliedern der KVB gehören Beamte oder Ruhestandsbeamte der Deutschen Bundesbahn (DB), deren Angehörige und deren Hinterbliebene. Mit Einführung des Eisenbahnneuordnungsgesetzes am 01.01.1994 ist faktisch der Versichertenbestand der KVB geschlossen worden. Derzeit betreut die KVB rund 145.000 Mitglieder.

Wichtig: Auch für Beamte der DB, die keine KVB Mitglieder sind gelten die Beihilfevorschriften des Bundes nicht. Nicht-Mitglieder der KVB erhalten daher ausschließlich den Anteil der Tarifleistung der KVB, der der Fürsorgeleistung der DB entspricht. Mitversicherte Angehörige – die selbst beihilfeberechtigt sind – erhalten unter Anrechnung weiterer Versicherungsleistungen nur den beitragsfinanzierten Anteil der KVB-Tarifleistung.

Die Beiträge für KVB Mitglieder richten sich nach der Besoldungsgruppe und der Anzahl der mitversicherten Angehörigen. Beispielsweise zahlt ein ehemaliger Bahnbeamter der Besoldungsgruppe A11 mit einem mitversicherten Ehegatten in 2020 monatlich 301,70 Euro.

Weitere Informationen können Sie dem Internetauftritt der KVB entnehmen (www.kvb.bund.de). Leider sind weite Bereiche des KVB Auftrittes nur für Mitglieder einsehbar. Sie benötigen daher im Einzelfall den Zugangscode Ihres Kunden/ Interessenten.

Pflegepflichtversicherung

In der Pflegeversicherung werden die KVB-Mitglieder der privaten Pflegepflichtversicherung zugeordnet (Tarif PVB). Beitragseinzug, Vertragsführung und Leistungsauszahlung erfolgt über die KVB. Die Rückdeckung der Pflegepflichtversicherung der KVB-Mitglieder erfolgt über den PKV-Verband. Entsprechend des Marktanteils werden die Pflegeversicherungen auf die einzelnen Verbandsunternehmen verteilt. Die Absicherung der über die Grundversorgung der Pflegepflichtversicherung hinausgehenden Kosten ist über das SIGNAL IDUNA PflegeSchutz-Programm bzw. den Pflegeschutz mit staatlicher Förderung möglich.

Die wichtigsten Leistungen der KVB im Überblick

	Leistung für KVB Mitglieder	Eigenanteile für KVB-Mitglieder	Leistung für Nicht-KVB-Mitglieder**/ ***	Leistung für Angehörige mit eigenem Beihilfeanspruch
Ärztliche Behandlung erstattungsfähig sind Behandlungskosten bis zu den GOÄ-Höchstsätzen	90 %	10 %, zusätzlich 100 % der über die GOÄ hinausgehenden Kostenanteile	68,15 %	21,85 %
Arznei-und Verbandmittel erstattungsfähig sind verschreibungspflichtige Medikamente bis zum Festbetrag, abzgl. 10 % mindestens 5 € max. 10 €/Packung	90 %	10 % mind. 5 € max. 10 €/Packung und weitere 10 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, zusätzlich 100 % der über den Festbetrag hinausgehenden Kostenanteil	60,58 %	29,42 %
Heilpraktiker, inkl. Verordnungen	keine Leistung der KVB	100 % des Rechnungsbetrags	keine Leistung der KVB	keine Leistung der KVB
ambulante Psychotherapie	90 %	10 %	68,15 %	21,85 %
Brillen (Gestell und Gläser): erstattungsfähig sind Gestell (bis 26 €) und Gläser (je nach Indikation bis 123 €)	80 %	20 %, zusätzlich 100 % der über die erstattungsfähigen Höchstsätze hinausgehenden Kosten	60,58 % nur für Personen unter 18 Jahren, sonst keine Leistung	Personen unter 18 Jahren = 19,42 %, alle Übrigen = 80 %
Hilfsmittel erstattungsfähig sind die angemessenen Kosten der im Tarif genannten Hilfsmittel abzgl. 10 % mindestens 5 € max. 10 €/Hilfsmittel	80-90 %	10 %, mind. 5 € und max. 10 €, weitere 10-20 % von den erstattungsfähigen Kosten, darüber hinausgehende Kostenanteile zu 100 %	60,58 %	19,42 %
Heilmittel sind bis zu festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig	80 %	20 % Zuzahlung der von der KVB anerkannten Kosten, darüber hinausgehende Kostenanteile zu 100 %	60,58 %	19,42 %

Krankenversorgung der **Bundesbahnbeamten** (KVB)

Die wichtigsten Leistungen der KVB im Überblick

	Leistung für KVB Mitglieder	Eigenanteile für KVB-Mitglieder	Leistung für Nicht-KVB-Mitglieder*/ **	Leistung für Angehörige mit eigenem Beihilfeanspruch
Unterkunft im Zweibettzimmer erstattungsfähig sind die Unterbringungskosten abzgl. 2,50 €/Tag	80 %	2,50 €/Tag und 20 % der erstattungsfähigen Unterbringungskosten	60,58 %	19,42 %
Unterkunft im Einbettzimmer erstattungsfähig sind die Unterbringungskosten abzgl. 2,50 €/Tag	75 %	2,50 €/Tag und 25 % der erstattungsfähigen Unterbringungskosten	56,79 %	18,21 %
stationäre privatärztliche Behandlung erstattungsfähig sind Behandlungskosten bis zu den GOÄ-Höchstsätzen	100 %	0 %, zusätzlich 100 % der über die GOÄ hinausgehenden Kostenanteile	75,73 %	24,27 %
	80 %	20 %, zusätzlich 100 % der über die GOÄ hinausgehenden Kostenanteile	60,58 %	19,42 %
Zahnbehandlung, Zahnpropylaxe erstattungsfähig sind Behandlungskosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ	bis zu 85 %	15 %, zusätzlich 100 % der über die GOÄ/GOZ hinausgehenden Kostenanteile	64,37 %	20,63 %
Zahnersatz erstattungsfähig sind Zahnersatzkosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ	85 %, bei Material- und Laborkosten 70 %	15 % + 30 % der Material- und Laborkosten, zusätzlich 100% der über die GOÄ/GOZ hinausgehenden Kostenanteile	64,37 %	20,63 %
Kieferorthopädie nur für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres	85 %	15 %, bei Erwachsenen 100 %	64,37 %	20,63 %

Mitgliedern der KVB können folgende Ergänzungstarife der Marke SIGNAL IDUNA angeboten werden

	KVB-Mitglieder
Ambulante Ergänzung **	GE, GE-PLUS, GE-TOP
Stationäre Ergänzung	KOMFORT-B-W20 bzw. EXKLUSIV-B-W25 **
Pflegeergänzung	PflegeSchutz-Programm

* Bei Nicht-KVB-Mitgliedern können Beihilfetarife der Tarifstufe 40 angeboten werden (z. B. KOMFORT-B40, KOMFORT-B-W40). Beihilfeergänzungstarife (z. B. KOMFORT-B-E) sind nicht versicherbar. Für die bestehende Lücke bei der Unterbringung im Einbettzimmer empfehlen wir den Abschluss eines entsprechenden Krankenhaustagegeldes.

** Im Antrag sollte auf die Anwendung der 100 %-Grenze (Fürsorgeleistung + SIGNAL IDUNA-Erstattung, max. 100 % des Rechnungsbetrages) hingewiesen werden. Darüber hinaus ist für Tarife GE, GE-PLUS, GE-TOP die Einzelvereinbarung nach Fo.-Nr. 12018xx erforderlich.

Kündigungsfristen einzelner PKV-Unternehmen

Gesellschaft	Mindestvertragsdauer* (in Jahren)	Kündigung 3 Monate zum Ende des K = Kalenderjahres V = Versicherungsjahres
Advigon Versicherung AG (vormals CSS Versicherung)	1	K
Allianz AG (vormals Vereinte)	2	K
Alte Oldenburger AG	2	V
ARAG AG	2	K
AXA AG (Fusion mit DBV)	2	K
Barmenia a. G.	2	V
Bayerische Beamten-KK AG	2	K / V (je nach Tarif)
Generali Deutschland Krankenversicherung AG (bis zum 28. Juni 2020 Central Kranken-versicherung AG)	2	K seit 01/98 (V für Verträge davor)
Concordia AG	2	K
Continentale a. G.	1	V
Debeka a. G.	1	V
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G (vormals Deutscher Ring a.G.)	2	K
DEVK AG	1	K
DKV AG (zum 1.1.2010 Fusion mit der Victoria)	2	K
ERGO Direkt AG (vormals Karstadt Quelle)	ohne Frist zum Ende jeden Monats	
Gothaer AG (vormals BerlinKölnische)	2	K
Hallesche a. G.	2	V
HanseMerkur AG	2	K
HUK-Coburg AG	1	K
Inter a. G.	1	V
Janitos AG	2	V
LKH a. G.	2	K
LVM AG	2	K
Mannheimer AG (jetzt Continentale a. G.)	je Tarif 1 - 2	K
Mecklenburgische AG	1	K
Münchener Verein a. G.	2	K
Nürnberger AG	2	K
PAX- Familienfürsorge AG	1	K
Provinzial VGH AG	2	K
R+V AG	2	K
SDK a. G.	2	30.06.
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (vormals SIGNAL a. G.)	2	V
Union (UKV) AG	2	K
uniVersa a. G.	2	V
vigo Krankenversicherung a. G. (vormals Düsseldorfer Versicherung)	2	V
Württembergische AG	2	K

Hinweis: Ob eine Beitragsanpassung (BAP) im Bestand oder im Neugeschäft, in den Bisex- oder Unisextarifen, in den Voll-, Beihilfe- oder Zusatztarifen erfolgt: Die Recherche, wann welcher Krankenversicherer bestimmte Tarife anpasst, ist mittlerweile so umfangreich und daher mit vernünftigem Aufwand nicht mehr zu leisten. Aus diesem Grund werden die BAP-Termine der einzelnen Mitbewerber seit dieser Ausgabe nicht mehr aufgeführt. Diese finden Sie u. a. im Internet im BAP-Guide der Firma GEWA-COMP GmbH (www.gewa-comp.de).

Alle Angaben ohne Gewähr – Abweichungen sind im Einzelfall (insbesondere bei Altverträgen) möglich.

* In der Krankentagegeldversicherung beträgt die Vertragsdauer grundsätzlich 1 Jahr

Beitragsrückerstattung (BRE) der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung

Beitragsrückerstattung (BRE) heißt, dass Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen Geld von ihrer Krankenversicherung zurückerhalten. Die Zahlung der BRE hilft Verwaltungskosten zu reduzieren, Beiträge stabil zu halten und Eigenverantwortung zu stärken. Die BRE kann verändert werden. Es gibt zwei Formen der BRE:

1. **erfolgsabhängige BRE (Finanzierung aus RfB)**

   Sie wird nur gezahlt, wenn die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung Überschüsse erwirtschaftet. Darüber hinaus müssen noch weitere, in den Versicherungsbedingungen geregelte, Voraussetzungen erfüllt sein, unter anderem Leistungsfreiheit.

2. **erfolgsunabhängige bzw. garantierte BRE als tarifliche Pauschalleistung (im Beitrag einkalkuliert)**

   Sie wird unabhängig von Überschüssen ausgezahlt, da sie als tarifliche Leistung bereits in die Beiträge einkalkuliert ist. Darüber hinaus müssen auch hier bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Die erfolgsunabhängige BRE gibt es bei der SIGNAL IDUNA in den PLUS-Varianten der Produktlinie „privat" als Gesundheitsbonus und im Tarif EXKLUSIV-PLUS zusätzlich als Verhaltensbonus, sowie im Tarif Comfort + die pauschale Abgeltung.

   Der Gesundheitsbonus
   Versicherte erhalten bei Leistungsfreiheit bis zu 900 Euro zusätzlich zur erfolgsabhängigen BRE.

   Der Verhaltensbonus
   Versicherte erhalten auf Antrag bis zu 300 Euro für nachgewiesenes gesundheitsbewusstes Verhalten zusätzlich zur erfolgsabhängigen BRE und zum Gesundheitsbonus. Leistungsfreiheit ist nicht erforderlich.

   Pauschale Abgeltung
   Versicherte erhalten im Tarif Comfort+ eine pauschale Abgeltung für Bagatellfälle bis zu 390 Euro.

Weitere Erläuterungen zur erfolgsabhängigen BRE
Überschüsse, die die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung erwirtschaftet, werden nahezu komplett der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Die Mittel für die BRE werden dieser Rückstellung entnommen. Im Jahr 2020 hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. ca. 108 Mio. Euro als erfolgsabhängige BRE an ihre Kunden ausgeschüttet.

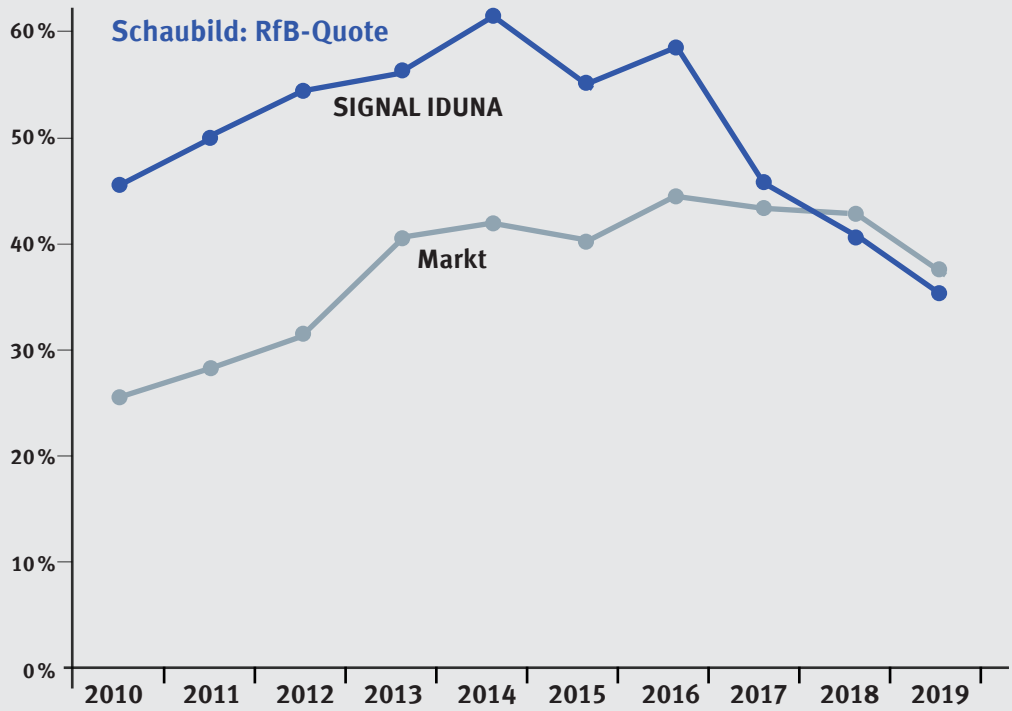
Das Geld aus der RfB kann auch zur Finanzierung bzw. Milderung von Beitragsanpassungen eingesetzt werden (siehe hierzu auch Seite 116). Auch hiervon hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. in den letzten Jahren regelmäßig Gebrauch gemacht.

Für einen privat Krankenversicherten ist die finanzielle Ausstattung der RfB somit von entscheidender Bedeutung. Denn nur hohe Werte ermöglichen auf Dauer eine attraktive BRE bzw. die Begrenzung von Beitragsanpassungen.

Best-Abrechnung
Der Kunde behält seinen BRE-Anspruch bis zur BRE-Höhe auch dann, wenn Rechnungen zur Erstattung eingereicht werden. Solange der Erstattungsbetrag unter dem BRE-Anspruch liegt, gilt die Erstattung als BRE.

Bürgerentlastungsgesetz
Mit Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes werden Beiträge zur Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung seit dem 01.01.2010 steuerlich stärker berücksichtigt. Diese sind als Vorsorgeaufwendungen vom zu versteuernden Einkommen abzugsfähig. Wenn die Einwilligung hierfür vorliegt, meldet die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die berücksichtigungsfähigen Beiträge an die zuständige Finanzbehörde. Dies gilt auch für eine BRE, dem Gesundheits- und Verhaltensbonus, da diese den steuerlich anzusetzenden Jahresbeitrag anteilig mindern.

Empfehlung
Versicherte sollten die ungefähre Höhe ihrer BRE selbst ermitteln. Rechnungen sollten nur eingereicht werden, wenn sie die ungefähre BRE-Höhe (in Tarifen mit Gesundheitsbonus: BRE + Gesundheitsbonus) überschreiten. Die BRE ist auch nach dem Bürgerentlastungsgesetz sinnvoll und behält ihre Berechtigung. Denn tatsächlich ausgezahltes Geld ist in vielen Fällen die bessere Alternative. Im Zweifel empfehlen wir, sich von einem Steuerberater beraten zu lassen. Und gerade Arbeitnehmer liegen in vielen Fällen mit ihren relevanten Krankenversicherungsbeiträgen unter den ohnehin abzugsfähigen Vorsorgeaufwendungen. Die Beitragsrückerstattung fließt in diesen Fällen „steuerlich ungekürzt" zu.



Quelle: PKV-Verband; RfB = Rückstellung für Beitragsrückerstattung

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. – seit August 2017 Verschmelzung von SIGNAL Krankenversicherung a. G. sowie Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

	2018	2019
Markt	*41,6 %*	*38,5 %*
SIGNAL IDUNA	**40,9 %**	**36,7 %**
Allianz	45,7 %	42,2 %
AXA	34,5 %	33,3 %
Barmenia	33,0 %	31,1 %
Debeka	37,9 %	35,6%
DKV	31,0 %	31,2 %
Hallesche	41,6 %	39,3 %
Hanse-Merkur	54,0 %	52,4 %

Tarife der **Vollversicherung** – Produktlinie **„privat“**

Versicherte Aufwendungen	privat START-PLUS	privat START
Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	100 % bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), Notarzt und besondere Fachärzte (Kinderarzt, Augenarzt und Gynäkologe) 100 % bei (Weiter-)Behandlung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt	
Verbandmittel	100 % bei Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat 100 % wenn Behandlung durch Hebamme oder Entbindungspfleger erfolgt	
Schutzimpfungen	75 % bei direkter Inanspruchnahme eines oben nicht genannten Facharztes/Behandlers. Diese 25 %ige Selbstbeteiligung ist für alle nebenstehenden Leistungsarten auf insgesamt 1.000 €/Kalenderjahr begrenzt (unter 20-Jährige 500 €); danach beträgt auch hier die Erstattung 100 %	
Vorsorgeuntersuchungen	100 % für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen	
Arzneimittel (Generika)	100 %	
Arzneimittel (Original-präparate)	100 % für Originalpräparate, falls Generika nicht vorhanden oder eine nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktion zu befürchten ist und immer bei Unfall- oder Notfallbehandlung; ansonsten 75 %	
Heilpraktiker	nein	
Ambulante Psychotherapie	75 % maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr, nur nach vorheriger Zusage	
Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100 % bis 150 €, ab 8 Dioptrien 300 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre	
Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % für Hilfsmittel gleicher Art bis 500 € einmal pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage; 100 % für Hilfsmittel über 500 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)	
Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Regelhöchstsatz GOÄ)	75 % bis 500 € des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (maximale Leistung 375 €/Kalenderjahr) 100 % über 500 € für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden	
Ambulante Transportkosten	100 % bei Not- oder Unfalltransporten sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie	
Ambulante Operationen	100 %	
Stationäre Regelleistungen	100 % für allgemeine Krankenhausleistungen	
Stationäre Wahlleistungen	100 % bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt: 2-Bettzimmer/Chefarzt bis Höchstsatz GOÄ	nein
Stationäre Transporte	100 % zum und vom nächst gelegenen geeigneten Krankenhaus, inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports, bei Tod im Ausland maximal 11.000 € für Überführungskosten oder Bestattung am Sterbeort	
Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe	100 % [1] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung	
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	90 % [1)2)] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ	75 % [1)2)] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)	80 % + 20 % [1] bei erfolgreichem Abschluss, bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ	75 % [1] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Entziehungsmaßnahmen	80 % für erste Entziehungsmaßnahme, soweit Kosten nicht anderweitig geltend gemacht wurden (vorherige Zusage erforderlich); gilt nicht für Nikotinentzug	
Absoluter Selbstbehalt nur für ambulante und stationäre Leistungen	480 € (unter 20-Jährige 240 €)	
Beitragsrückerstattung, Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung plus bis zu 600 € Gesundheitsbonus [3] (Kinder jeweils die Hälfte)	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Kinder die Hälfte)
Optionsrecht	ohne erneute Gesundheitsprüfung nach 36 oder 72 Monaten nach erstmaligem Versicherungsbeginn im jeweiligen Tarif; nur in Tarife, die stationär max. 2-Bettzimmer vorsehen	

[1] Höchstbeträge für Zahnleistungen je Versicherungsjahr: START/START-PLUS: 1. Jahr 500 €, 1. bis 2. Jahr 1.000 €, 1. bis 3. Jahr 2.000 €, 1. bis 4. Jahr 3.000 €, ab 5. Jahr 4.000 €. Die genannten Begrenzungen entfallen bei Unfall. Bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag über 1.500 € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

[2] Immer 75 % (START) bzw. 90 % (START-PLUS), wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz in Zweijahresschritten, aber nicht auf weniger als 55 % (START) bzw. auf 70 % (START-PLUS); entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

[3] Der Gesundheitsbonus für nicht in Anspruch genommene Leistungen beträgt 400 €, 500 €, 600 € nach 1, 2 oder 3 und mehr aufeinander folgenden Kalenderjahren; unter 20-Jährige und Ausbildungstarife die Hälfte. Anrechnung leistungsfreier Vorversicherungszeiten aus privater oder gesetzlicher Krankenversicherung.

Tarife der **Vollversicherung** – Produktlinie **„privat“**

Versicherte Aufwendungen	privat KOMFORT-PLUS	privat KOMFORT
Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	100 %	100 % bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), Notarzt und besondere Fachärzte (Kinderarzt, Augenarzt und Gynäkologe)
Verbandmittel		100 % bei (Weiter-)Behandlung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt 100 % bei Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat
Schutzimpfungen		100 % wenn Behandlung durch Hebamme oder Entbindungspfleger erfolgt 75 % bei direkter Inanspruchnahme eines oben nicht genannten Facharztes/Behandlers. Diese 25 %ige Selbstbeteiligung ist für alle nebenstehenden Leistungsarten auf insgesamt 1.000 €/Kalenderjahr begrenzt (unter 20-Jährige 500 €); danach beträgt die Erstattung 100 %
Vorsorgeuntersuchungen	100 % für sämtliche Vorsorgeuntersuchungen (Ausnahme: Diagnosezentren nur nach vorheriger Zustimmung)	
Arzneimittel (Generika)	100 %	
Arzneimittel (Originalpräparate)	100 % für Originalpräparate, falls Generika nicht vorhanden oder eine nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktion zu befürchten ist und immer bei Unfall- oder Notfallbehandlung; ansonsten 80 %	100 % für Originalpräparate, falls Generika nicht vorhanden oder eine nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktion zu befürchten ist und immer bei Unfall- oder Notfallbehandlung; ansonsten 75 %
Heilpraktiker inkl. Verordnungen	80 % bis 2.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages	75 % bis 1.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
Ambulante Psychotherapie	80 % max. 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)	75 % maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)
Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100 % bis 300 €, ab 8 Dioptrien 600 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre	100 % bis 150 €, ab 8 Dioptrien 300 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre
Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % für Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000 € einmal pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage; 100 % für Hilfsmittel über 1.000 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)	
Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Regelhöchstsatz GOÄ)	100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 80 %	100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 75 %
Ambulante Transportkosten	100 % bei Not- oder Unfalltransporten sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie, ebenfalls bei Gehunfähigkeit zum und vom nächsten geeigneten Arzt	100 % bei Not- oder Unfalltransporten sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie
Ambulante Operationen	100 % und 200 € zusätzlich zu den erstattungsfähigen ambulanten Leistungen	
Stationäre Regelleistungen	100 % für allgemeine Krankenhausleistungen	
Stationäre Wahlleistungen	100 % für 2-Bettzimmer/Wahlarzt ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ, 100 % für 1-Bettzimmer gegen 40 € Zuzahlung/Tag; diese entfällt bei unfall-bedingtem Aufenthalt. Empfehlung: zusätzlich 40 € Krankenhaustagegeld absichern!	100 % 2-Bettzimmer/Wahlarzt bis Höchstsatz der GOÄ
Ersatz-Krankenhaustagegeld	30 € bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen, 20 € bei Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer (für unter 20-Jährige halbieren sich die Beträge)	
Unterbringung/Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in)	100 % bis maximal 25 €/Tag für maximal 14 Tage/Kalenderjahr [1]	
Zuschuss zu Familien- und Haushaltspflegekraft	10 € je Stunde (maximal 80 €/Tag) für höchstens 4 Wochen/Kalenderjahr [2]	nein
Stationäre Transporte	100 % zum und vom nächst gelegenen geeigneten Krankenhaus, inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports, bei Tod im Ausland maximal 11.000 € für Überführungskosten oder Bestattung am Sterbeort	
Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe	100 % [3] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal pro Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung	
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	90 % [3][4] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ	
Kieferorthopädie	80 % + 20 % [3] bei erfolgreichem Abschluss, bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lj.)	
Entziehungsmaßnahmen	80 % für erste Entziehungsmaßnahme, soweit Kosten nicht anderweitig geltend gemacht wurden (vorherige Zusage erforderlich); gilt nicht für Nikotinentzug	
Absoluter Selbstbehalt nur für ambulante und stationäre Leistungen	KOMFORT-PLUS 1 480 € (unter 20-Jährige 240 €) KOMFORT-PLUS 2 960 € (unter 20-Jährige 480 €) KOMFORT-PLUS 3 2.400 € (unter 20-Jährige 1.200 €)	KOMFORT 1 480 € (unter 20-Jährige 240 €) KOMFORT 2 960 € (unter 20-Jährige 480 €) KOMFORT 3 2.400 € (unter 20-Jährige 1.200 €)
Beitragsrückerstattung, Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung plus bis zu 900 € Gesundheitsbonus [5] (Kinder jeweils die Hälfte)	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Kinder jeweils die Hälfte)
Optionsrecht	ohne erneute Gesundheitsprüfung nach 36 oder 72 Monaten nach erstmaligem Versicherungsbeginn im jeweiligen Tarif	

[1] Das Kind (vor Vollendung 10. Lebensjahr) muss nach KOMFORT bzw. KOMFORT-PLUS versichert sein. Ein Elternteil muss außerdem nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert sein.

[2] Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person sich aus medizinisch notwendigen Gründen einer stationären Behandlung unterziehen muss und Versicherungsschutz nach dem Tarif KOMFORT bzw. KOMFORT-PLUS hat. Die Versorgung bzw. Gesundheit der im Haushalt verbleibenden Person ist nicht gesichert und keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

[3] Höchstbeträge für Zahnleistungen je Versicherungsjahr: 1. Jahr 750 €, 1. bis 2. Jahr 1.500 €, 1. bis 3. Jahr 3.000 €, 1. bis 4. Jahr 4.500 €; ab 5. Jahr im KOMFORT 5.000 €, im KOMFORT-PLUS ohne Begrenzung. Die genannten Begrenzungen entfallen bei Unfall. Bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag über 2.500 € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

[4] Immer 90 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz in Zweijahresschritten, aber nicht auf weniger als 70 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

[5] Der Gesundheitsbonus für nicht in Anspruch genommene Leistungen (Ausnahme: tarifliche Vorsorgeuntersuchungen, Zahnvorsorge, Schutzimpfungen) beträgt 600 €, 750 € oder 900 € nach 1, 2 oder 3 und mehr aufeinander folgenden Kalenderjahren; unter 20-Jährige und Ausbildungstarife die Hälfte. Anrechnung leistungsfreier Vorversicherungszeiten aus privater oder gesetzlicher Krankenversicherung.

Tarife der **Vollversicherung** – Produktlinie **„privat“**

Versicherte Aufwendungen	privat EXKLUSIV-PLUS	privat EXKLUSIV
Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	100 % ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ	100 %
Verbandmittel, Schutzimpfungen	100 %	
Vorsorgeuntersuchungen	100 % für sämtliche Vorsorgeuntersuchungen (Ausnahme: Diagnosezentren nur nach vorheriger Zustimmung)	
Arzneimittel (Generika)	100 %	
Arzneimittel (Originalpräparate)	100 %	
Heilpraktiker inkl. Verordnungen	100 % bis 2.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages	80 % bis 2.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
Ambulante Psychotherapie	100 % maximal 50 Sitzungen/Kalendjahr (ab 31. Sitzung/ Kalenderjahr Zusage erforderlich)	80 %, max. 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)
Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100 % bis 300 €, ab 8 Dioptrien 600 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre	
Sehschärfenkorrektur	100 % nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Tarifbeginn bis 1.500 € für beide Augen für Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK), wird diese Leistung beansprucht, besteht für 5 Jahre kein Leistungsanspruch auf Sehhilfen	
Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % für Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000 € einmal pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage; 100 % für Hilfsmittel über 1.000 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)	
Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Regelhöchstsatz GOÄ)	100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 80 %	
Ambulante Transportkosten	100 % bei Not- oder Unfalltransporten sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie, ebenfalls bei Gehunfähigkeit zum und vom nächsten geeigneten Arzt	
Ambulante Operationen	100 % und 200 € zusätzlich zu den erstattungsfähigen ambulanten Leistungen	
Stationäre Regelleistungen	100 % für allgemeine Krankenhausleistungen	
Stationäre Wahlleistungen	100 % für 1- oder 2-Bettzimmer, Wahlarzt ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ	
Ersatz-Krankenhaustagegeld	30 € bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen, 20 € bei Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer (für unter 20-Jährige halbieren sich die Beträge)	
Unterbringung/Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in)	100 % bis maximal 25 €/Tag für maximal 14 Tage/Kalenderjahr [1]	
Zuschuss zu Familien- und Haushaltspflegekraft	10 € je Stunde (maximal 80 €/Tag) für höchstens 4 Wochen/Kalenderjahr [2]	
Stationäre Transporte	100 % zum und vom nächst gelegenen geeigneten Krankenhaus,inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports, bei Tod im Ausland maximal 11.000 € für Überführungskosten oder Bestattung am Sterbeort	
Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe	100 % [3] ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ; zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung	100 % [3] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	90 % [3][4] ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ	90 % [3][4] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)	80 % + 20 % [3] bei erfolgreichem Abschluss; ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ	80 % + 20 % [3] bei erfolgreichem Abschluss; bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Entziehungsmaßnahmen	80 % für erste Entziehungsmaßnahme, soweit Kosten nicht anderweitig geltend gemacht wurden (vorherige Zusage erforderlich); gilt nicht für Nikotinentzug	
Absoluter Selbstbehalt nur für ambulante und stationäre Leistungen	EXKLUSIV-PLUS 0 — 0 € EXKLUSIV-PLUS 1 — 480 € (unter 20-Jährige 240 €) EXKLUSIV-PLUS 2 — 960 € (unter 20-Jährige 480 €)	EXKLUSIV 0 — 0 € EXKLUSIV 1 — 480 € (unter 20-Jährige 240 €) EXKLUSIV 2 — 960 € (unter 20-Jährige 480 €)
Beitragsrückerstattung, Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung plus bis zu 900 € Gesundheitsbonus [5] plus bis zu 300 € Verhaltensbonus [6] – (Kinder jeweils die Hälfte)	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Kinder jeweils die Hälfte)
Optionsrecht	ohne erneute Gesundheitsprüfung nach 36 oder 72 Monaten nach erstmaligem Versicherungsbeginn im jeweiligen Tarif	

[1] Das Kind (vor Vollendung 10. Lebensjahr) muss nach EXKLUSIV bzw. EXKLUSIV-PLUS versichert sein. Ein Elternteil muss außerdem nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert sein.

[2] Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person sich aus medizinisch notwendigen Gründen einer stationären Behandlung unterziehen muss und Versicherungsschutz nach dem Tarif EXKLUSIV bzw. EXKLUSIV-PLUS hat. Die Versorgung bzw. Gesundheit der im Haushalt verbleibenden Person ist nicht gesichert und keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

[3] Höchstbeträge für Zahnleistungen je Versicherungsjahr: 1. Jahr 750 €, 1. bis 2. Jahr 1.500 €, 1. bis 3. Jahr 3.000 €, 1. bis 4. Jahr 4.500 €; ab 5. Jahr ohne Begrenzung. Die genannten Begrenzungen entfallen bei Unfall. Bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag über 2.500 € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

[4] Immer 90 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz in Zweijahresschritten, aber nicht auf weniger als 75 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

[5] Der Gesundheitsbonus für nicht in Anspruch genommene Leistungen (Ausnahme: tarifliche Vorsorgeuntersuchungen, Zahnvorsorge, Schutzimpfungen) beträgt 600 €, 750 € oder 900 € nach 1, 2 oder 3 und mehr aufeinander folgenden Kalenderjahren; unter 20-Jährige und Ausbildungstarife die Hälfte. Anrechnung leistungsfreier Vorversicherungszeiten aus privater oder gesetzlicher Krankenversicherung.

[6] Der Verhaltensbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten beträgt 200 €, 250 € oder 300 € nach 1, 2 oder 3 und mehr aufeinander folgenden Kalenderjahren; unter 20-Jährige und Ausbildungstarife die Hälfte. Auszahlung einmal im Jahr, sofern jährlich vier der folgenden fünf Untersuchungen durchgeführt werden: Bestimmung BMI (Body-Mass-Index), Blutdruckwert, Blutzuckerwert und Cholesterinwert sowie Zahnvorsorgeuntersuchung. Die Ergebnisse der Werte für BMI, Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin müssen im Normbereich liegen und entsprechend bescheinigt werden.

Tarife der **Vollversicherung** – Produktlinie **„Prestige“**

	Comfort +	Esprit	Esprit X	Esprit M	Esprit MX
Ambulante ärztliche Behandlung	100 %				
Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare	Im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ, bei med. Begründung auch darüber hinaus. Über den Höchstsätzen der GOÄ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ erstattet. (Sonderregelung im Ausland)				
Vorsorgeuntersuchungen	Erstattungsfähig sind alle gezielten Vorsorgeuntersuchungen, unabhängig von der eventuellen Krankheit, vom Alter der versicherten Person, vom zeitlichen Turnus und von der Art der Untersuchungsmethode; Kosten für einen Check-up werden nach vorheriger Vereinbarung erstattet				
Schutzimpfungen	Ja				
Psychotherapie (bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr)	Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erforderlich				
Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Höchstsätze des GebüH	Ja				
Arznei- und Verbandmittel	100 %				
Heilmittel	100 % Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen! Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Kältetherapie, Elektro- und Lichttherapie, manuelle Therapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie				
Sehhilfen	100 % Brillengläser, Fassungen bis 125 € Rechnungsbetrag, Kontaktlinsen med. notwendig oder ab 6 Dioptrien alle 2 Jahre oder Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien	Bis 225 € Rechnungsbetrag alle 2 Jahre oder Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien			
Offener Hilfsmittelkatalog	Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer). Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 € (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen. Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 € sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. angefallen wären.				
Hilfsmittel-Erstattung	100 %				
Ambulante Kurleistung	Ja, Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel				
Ambulanter Krankentransport	Medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes) und Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie				
Ambulante Palliativversorgung	Erstattungsfähig				

Tarife der **Vollversicherung** – Produktlinie **„Prestige“**

Fortsetzung	Comfort +	Esprit	Esprit X	Esprit M	Esprit MX
Stationäre Unterbringung	100 % 1- oder 2-Bettzimmer	100 % 2-Bettzimmer		100 % allgemeine Krankenhausleistungen	
Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)	Ja			–	
Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare	Im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ, bei med. Begründung auch darüber hinaus. Über den Höchstsätzen der GOÄ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ erstattet. (Sonderregelung im Ausland)			–	
Ersatz-Krankenhaustagegeld	Verzicht AllgPS 100 €/Tag Verzicht 1/2-BZ 40 €/Tag Verzicht Arzt 30 €/Tag	Wenn Kostenübernahme durch anderen Versicherungsträger bei Unfall 80 €/Tag Verzicht 2-BZ 21 €/Tag Verzicht Arzt 30 €/Tag		Nein	
Wahlarzt auch während vor-/nachstationärer Behandlung	Ja			–	
Krankentransporte	Medizinisch notwendige Krankentransporte				
Begleitperson (Rooming-in)	14 Tage je 30 €, vor Vollendung 10. Lj.	Nein			
Zahnbehandlung	100 %				
Zahnärztliche prophylaktische Leistungen	100 %				
Professionelle Zahnreinigung	100 %	Bis zu zweimal im Kalenderjahr			
Zahnersatz und Kieferorthopädie (Kfo)	80 %				
Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare	Im Rahmen der Höchstsätze der GOZ, bei med. Begründung auch darüber hinaus. Über den Höchstsätzen der GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOZ erstattet. (Sonderregelung im Ausland)				
Kfo auch nach 18. Lj. begonnen	Ja				
Summenbegrenzungen (Erstattungsbetrag; entfällt bei unfallbedingten Kosten)	1. Vj. 3.500 € Leistungsbetrag 2. Vj. 4.900 € 3. Vj. 6.300 € ab 4. Vj. unbegrenzt	1. Vj. 1.200 € Leistungsbetrag 2. Vj. 2.400 € 3. Vj. 3.600 € 4. Vj. 4.800 € 5. Vj. 6.000 € ab 6. Vj. 12.000 €			
Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan	Ja				
Selbstbehalt pro Jahr Erwachsene Kinder/Jugendliche	20 % bis 2.700 € Rechnungsbetrag, max. 540 €	Esprit 450 € 225 €	Esprit X 900 € 450 €	Esprit M 450 € 225 €	Esprit MX 900 € 450 €
Selbstbehalt	Nur ambulant	Nur ambulant, jedoch nicht für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, unabhängig von der Selbstbeteiligung und einer BRE (erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung)			
Beitragsrückerstattung	Erfolgsabhängig[1], siehe Staffel rechte Spalte plus erfolgsunabhängig: 390 € Erwachsene 130 € Kinder/Jugendliche und zusätzlich alle 3 Jahre bis zu 360 € für Check-up, unabhängig von der Selbstbeteiligung	Höhe der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung[1] (BRE): Leistungsfreiheit 1 Jahr 1,0 Monatsbeiträge (MB) Leistungsfreiheit 2 Jahre 1,0 MB Leistungsfreiheit 3 Jahre 1,0 MB Leistungsfreiheit 4 Jahre 2,0 MB Leistungsfreiheit 5 Jahre und mehr 2,5 MB (Kinder jeweils die Hälfte)			
Upgrade-Option in einen leistungsstärkeren Tarif	–	Ja, sofern Tarif Futura[2] vereinbart wurde			

[1] Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) beschließt der Vorstand des Krankenversicherungsvereins. Die Ausschüttung einer BRE ist vom Erfolg – d. h. von den erzielten Überschüssen – der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. abhängig. Diese Überschüsse entstehen vorrangig durch Erträge aus Kapitalanlagen. Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird jedes Jahr neu festgelegt.

[2] Futura:
- Möglichkeit des späteren Wechsels ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen leistungsstärkeren Tarif der Produktlinie Esprit oder Tarif Comfort +
- Nur 3 € zusätzlicher Monatsbeitrag – einheitlich für jedes Alter
- Ist für den Vollkostentarif ein RZ (außer Brillen-RZ) erforderlich, ist für den Tarif Futura lediglich die doppelte Prämie (6 €) zu zahlen!
- Option kann für 5 Jahre abgeschlossen und nach Ablauf um weitere 5 Jahre verlängert werden, wenn der Versicherte noch nicht das Alter 40 erreicht hat
- Höchstaufnahmealter 45 Jahre

Tarife der **Vollversicherung** – Produktlinie **„Prestige“**

	Prime
Ambulante ärztliche Behandlung	100 %
Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare	Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ; keine Geltung der GOÄ bei Heilbehandlung im Ausland; Erstattung im Ausland nach ortsüblichen Sätzen.
Vorsorgeuntersuchungen	Erstattungsfähig sind alle gezielten Vorsorgeuntersuchungen, unabhängig von der eventuellen Krankheit, vom Alter der versicherten Person, vom zeitlichen Turnus und von der Art der Untersuchungsmethode; im Rahmen Schwangerschaftsvorsorge auch Pränataldiagnostik.
Schutzimpfungen	100 % für Impfungen nach STIKO-Empfehlung sowie Reise- und indikationsbedingte Impfungen
Psychotherapie	100 % im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit ohne Beschränkung der Sitzungszahl pro Kalenderjahr
Soziotherapie	100 % nach Richtlinien des G-BA durch Leistungserbringer nach GKV-Spitzenverbandempfehlung; maximal 120 Stunden je Versicherungsfall innerhalb von 3 Kalenderjahren; ärztliche Aufwendungen bis Höchstsatz GOÄ
Sozialpädiatrie und Frühförderung	100 % nach Kinderarzt-Verordnung bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen, sofern kein Leistungsanspruch gegen anderen Kostenträger besteht
Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Höchstsätze des GebüH	100 % für alle dort aufgeführten Leistungen
Arzt für Naturheilkunde	100 % auch für Leistungen nach Hufelandverzeichnis
Arznei- und Verbandmittel	100 %
Heilmittel	100 % ohne tarifliches Höchstsatzverzeichnis offener Heilmittelkatalog; inkl. Logopädie, Ergotherapie, Podologie; Osteopathie und Chiropraktik; Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik
Sehhilfen	1.200 € innerhalb von zwei Kalenderjahren; Anspruch vorher, wenn Dioptrien-Änderung um 0,5 für ein Auge. Erstattung kann aufgeteilt werden.
Operation zur Sehschärfenkorrektur	100 % im Rahmen der medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne tarifliche Summenbegrenzung
Hilfsmittel-Erstattung	100 % offener Hilfsmittelkatalog; Hilfsmittel bis 1.200 € (oder Wartung und Reparatur) einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage; Hilfsmittel (oder Wartung und Reparatur) über 1.200 € mit vorheriger Zusage
Ambulante Kurleistung	Ja, Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel
Ambulante Krankentransporte	100 % Medizinisch notwendige Krankentransporte
Behandlungspflege	100%
Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe	100 % Leistung für Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung bis zu vier Wochen je Versicherungsfall unter den Voraussetzungen des § 37 SGB V bzw. Haushaltshilfe nach 38 SGB V
Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	100 %
Ambulante Operationen	100 % zusätzlich 200 € Barleistung neben der Kostenerstattung der ärztlichen Heilbehandlung
Stationäre Unterbringung	100 % 1- oder 2-Bettzimmer
Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt oder Belegarzt)	Ja
Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare	Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ; keine Geltung der Gebührenordnung bei Heilbehandlung im Ausland
Privatkliniken	100 % bis 200 % der Kosten eines Krankenhauses mit Versorgungsauftrag
Ersatz-Krankenhaustagegeld	100 % Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer 32 €/Tag Verzicht Wahlarzt 30 €/Tag
Stationäre Krankentransporte	100 % Medizinisch notwendige Krankentransporte
Begleitperson bei Kindern (Rooming-in)	28 Tage je 40 € bis 10. Lj.
Begleitperson bei Erwachsenen	100 % Unterbringung der Begleitperson oder Haushaltspflegekraft 10 € pro Stunde, max. 80 € am Tag
Stationäre Kurzzeitpflege	100 % für stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit unter den Voraussetzungen des § 39 c SGB V
Stationäre Rehabilitation	100 % soweit kein Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers besteht

Tarife der **Vollversicherung** – Produktlinie **„Prestige“**

Fortsetzung	Prime
Zahnbehandlung	100 %
Professionelle Zahnreinigung	100 %
Zahnersatz	90 %
Kieferorthopädische Behandlung	90 % + 10 % bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung; keine Altersgrenze (also KFO auch für Erwachsene)
Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare	Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/ GOZ; keine Geltung der Gebührenordnung bei Heilbehandlung im Ausland
Jahreshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren	10.000 € im 1. bis 3. Versicherungsjahr für Zahnersatz und Kieferorthopädie; Keine Begrenzung ab dem 4. Versicherungsjahr und bei Unfall
Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan	Erforderlich bei Zahnersatz und KFO > 4.000 €; bei Nicht-Vorlage, Erstattung der Kosten > 4.000 € zu 50 %
Entwöhnungsmaßnahmen	100 % bei der ersten Maßnahme, 80% bei der zweiten und dritten, die verbleibenden 20% sind erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte
Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit	100 % ab Pflegegrad 4
Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld	100 % für maximal sechs Monate (Nachweis per Bescheinigung über Bezug von Elterngeld); Voraussetzungen: u. a. bei Beginn Elterngeldbezug mindestens 8 Monate im Prime versichert
Präventionskurse	100 % maximal 600 € innerhalb von 2 Kalenderjahren
Weltgeltung	Ja
Selbstbehalt	Nein
Beitragsrückerstattung	Höhe der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung* (BRE): Leistungsfreiheit 1 Jahr 1,0 Monatsbeiträge (MB) Leistungsfreiheit 2 Jahre 1,0 MB Leistungsfreiheit 3 Jahre 1,5 MB Leistungsfreiheit 4 Jahre 2,0 MB Leistungsfreiheit 5 Jahre und mehr 2,5 MB (Kinder jeweils die Hälfte)
Upgrade-Option in einen leistungsstärkeren Tarif	1. Option auf Pflege(monats- oder tage-)geld innerhalb von 24 Monaten nach Versicherungsbeginn 2. Ohne erneute Gesundheitsprüfung nach 36 oder 72 Monaten nach erstmaligem Versicherungsbeginn im Prime

* Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) beschließt der Vorstand des Krankenversicherungsvereins. Die Ausschüttung einer BRE ist vom Erfolg – d. h. von den erzielten Überschüssen – der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. abhängig. Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird jedes Jahr neu festgelegt.

BeihilfeSTART

Versicherte Aufwendungen	START-B Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz
Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	100 % bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), Notarzt und besondere Fachärzte (Kinderarzt, Augenarzt und Gynäkologe) 100 % bei (Weiter-)Behandlung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt 100 % bei Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat 100 % wenn Behandlung durch Hebamme oder Entbindungspfleger erfolgt 75 % bei direkter Inanspruchnahme eines oben nicht genannten Facharztes/Behandlers. Diese 25 %ige Selbstbeteiligung ist für alle nebenstehenden Leistungsarten begrenzt: in Stufe 30/20V bzw. Stufe 50 auf maximal 500 € (unter 20-Jährige 250 €), in Stufe 30 auf maximal 300 € (unter 20-Jährige 150 €) und in Stufe 20 auf maximal 200 € (unter 20-Jährige 100 €).
Verbandmittel	
Schutzimpfungen	
Vorsorgeuntersuchungen	
Arzneimittel (Generika)	100 %
Arzneimittel (Originalpräparate)	100 % für Originalpräparate, falls Generika nicht vorhanden sind oder eine nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktion zu befürchten ist und immer bei Unfall- oder Notfallbehandlung; ansonsten 75 %
Heilpraktiker inkl. Verordnungen	75 % bis 500 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (bis Höchstsatz GebüH); max. 375 € je Kalenderjahr erstattungsfähig
Ambulante Psychotherapie	75 % maximal 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattungsfähig (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)
Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100 % bis 150 € Rechnungsbetrag, ab 8 Dioptrien 300 € Rechnungsbetrag; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre
Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % für Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000 € einmal pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage; 100 % für Hilfsmittel über 1.000 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)
Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Regelhöchstsatz GOÄ, Podologie auch darüber hinaus)	75 % bis 500 € erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (maximal 375 € je Kalenderjahr erstattungsfähig) 100 % über 500 € für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden
Ambulante Transportkosten	100 % bei Not- oder Unfalltransporten sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie
Stationäre Behandlung	100 % für allgemeine Krankenhausleistungen
Stationäre Transporte	100 % zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus; kein Auslandsrücktransport (sollte über eine separate Auslandsreise-Krankenversicherung abgesichert werden)
Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe	100 % [1] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ, zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	90 % [1][2] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)	80 % + 20 % [1] bei erfolgreichem Abschluss, bis Höchstsatz GOÄ/GOZ
Beitragsrückerstattung	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bereits nach 1 Kalenderjahr Leistungsfreiheit (Kinder die Hälfte); (6 Monatsbeiträge im Tarif R-START-B für Anwärter und Referendare)
Optionsrecht	Umstellungsmöglichkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch höherwertigere Tarife; 36 oder 72 Monate nach Versicherungsbeginn im jeweiligen Tarif sowie bei Verbeamtung auf Probe, auf Lebenszeit und bei Laufbahnwechsel

[1] Begrenzung der Erstattung für Zahnleistungen je Versicherungsjahr: 1. Jahr 500 €, 1. bis 2. Jahr 1.000 €, 1. bis 3. Jahr 2.000 €, 1. bis 4. Jahr 3.000 €, ab 5. Jahr 4.000 €. Diese Begrenzungen entfallen bei Unfall. Bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag über 1.500 € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

[2] Immer 90 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab dem 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz um jährlich 10 % auf höchstens 70 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

BeihilfeKOMFORT

Versicherte Aufwendungen	KOMFORT-B Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz
Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	100 % bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), Notarzt und besondere Fachärzte (Kinderarzt, Augenarzt und Gynäkologe)
Verbandmittel	100 % bei (Weiter-)Behandlung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt
Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen – auch über gesetzlichen Rahmen hinaus	100 % bei Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat 75 % bei direkter Inanspruchnahme eines oben nicht genannten Facharztes/Behandlers. Diese 25 %ige Selbstbeteiligung ist für alle nebenstehenden Leistungsarten begrenzt: in Stufe 30/20V bzw. Stufe 50 auf maximal 500 € (unter 20-Jährige 250 €), in Stufe 30 auf maximal 300 € (unter 20-Jährige 150 €) und in Stufe 20 auf maximal 200 € (unter 20-Jährige 100 €).
Arzneimittel (Generika)	100 %
Arzneimittel (Originalpräparate)	100 % für Originalpräparate, falls Generika nicht vorhanden sind oder eine nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktion zu befürchten ist und immer bei Unfall- oder Notfallbehandlung; ansonsten 75 %
Heilpraktiker inkl. Verordnungen	100 % bis 500 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (bis Höchstsatz GebüH)
Ambulante Psychotherapie	100 % maximal 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattungsfähig (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)
Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100 % bis 150 €, ab 8 Dioptrien 300 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre
Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % für Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000 € einmal pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage; 100 % für Hilfsmittel über 1.000 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)
Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Regelhöchstsatz GOÄ, Podologie auch darüber hinaus)	100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 75 %
Ambulante Transportkosten	100 % bei medizinisch notwendigen Transporten, bei Gehunfähigkeit, bei Not- oder Unfalltransporten sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie
Ambulante Operationen	200 € zusätzlich zu den erstattungsfähigen ambulanten Leistungen
Stationäre Behandlung	100 % für allgemeine Krankenhausleistungen (Empfehlung: stationäre Wahlleistungen über KOMFORT-B-W)
Unterbringung/Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in)	bis maximal 25 €/Tag für maximal 14 Tage/Kalenderjahr [1]
Zuschuss zu Familien- und Haushaltspflegekraft	10 € je Stunde (maximal 80 €/Tag) für höchstens 4 Wochen/Kalenderjahr [2]
Stationäre Transporte	100 % zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus; kein Auslandsrücktransport (Auslandsreise-Krankenversicherung über KOMFORT-B-E[1] oder separat abschließen)
Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe	100 % [3] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal je Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	bis 100 % [3][4] bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)	80 % + 20 % [3] bei erfolgreichem Abschluss, bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Beitragsrückerstattung	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bereits nach 1 Kalenderjahr Leistungsfreiheit (Kinder die Hälfte); (6 Monatsbeiträge im Tarif R-KOMFORT-B für Anwärter und Referendare)
Optionsrecht	Umstellungsmöglichkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch höherwertigere Tarife; 36 oder 72 Monate nach Versicherungsbeginn im jeweiligen Tarif sowie bei Verbeamtung auf Probe, auf Lebenszeit und bei Laufbahnwechsel

[1] Das Kind (vor Vollendung 10. Lebensjahr) muss nach KOMFORT-B versichert sein. Ein Elternteil muss außerdem nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert sein.

[2] Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person sich aus medizinisch notwendigen Gründen einer stationären Behandlung unterziehen muss und Versicherungsschutz nach dem Tarif KOMFORT-B hat. Die Versorgung bzw. Gesundheit der im Haushalt verbleibenden Person ist nicht gesichert und keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

[3] Begrenzung der Erstattung für Zahnleistungen je Versicherungsjahr: 1. Jahr 750 €, 1. bis 2. Jahr 1.500 €, 1. bis 3. Jahr 3.000 €, 1. bis 4. Jahr 4.500 €, ab 5. Jahr 5.000 €, ab 10. Jahr ohne Begrenzung. Die genannten Begrenzungen entfallen bei Unfall. Bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag über 2.500 € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

[4] Immer 100 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab dem 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz um jährlich 10 % auf höchstens 80 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

BeihilfeKOMFORT – stationäre Wahlleistungen

Versicherte Aufwendungen	KOMFORT-B-W
	Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) **Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz**
Stationäre Wahlleistungen	100 % 2-Bettzimmer/privatärztliche Behandlung bis Höchstsatz GOÄ
Ersatz-Krankenhaustage-geld	100 % vom vollen Tagessatz 20 € bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft 100 % vom vollen Tagessatz 30 € bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung
Optionsrecht	Erweiterung ohne erneute Gesundheitsprüfung bei Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder Ende der Heilfürsorge: – wenn Beihilfeanspruch besteht um die Tarife KOMFORT-B, KOMFORT-B-E, KOMFORT-B-E1 – ohne Beihilfeanspruch um die Tarife KOMFORT oder KOMFORT-PLUS

BeihilfeKOMFORT – ambulante Beihilfeergänzung

Versicherte Aufwendungen	KOMFORT-B-E/KOMFORT-B-E1 [1]
	Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) **Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz**
Heilpraktiker inklusive Verordnungen	100 % von maximal 500 € des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (bis Höchstsatz GebüH), abzüglich Beihilfeleistung
Brillen inklusive Gläser und alternativ Kontaktlinsen	100 % der nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten für Brillen (Gestell und Gläser, alternativ Kontaktlinsen) bis 150 € Rechnungsbetrag (ab einer Sehstärke von 8 Dioptrien 300 €); immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre
Zahnersatz inklusive Inlays und implantatgetragenen Zahnersatzes	100 % [2] [3] für gesondert berechenbare Material- und Laborkosten, abzüglich Beihilfeleistung
Schutzimpfungen	100 % bei Auslandsreisen inklusive Impfstoff, abzüglich Beihilfeleistung
Auslandsreise-Krankenversicherung	100 % für Auslandsreisen bis zu 8 Wochen; inklusive eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransportes

[1] Tarif KOMFORT-B-E1 gilt nur in den Bundesländern, in denen die Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähigkeit für Material-und Laborkosten von mindestens 50 % vorsieht.

[2] Immer 100 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab dem 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz um jährlich 10 % auf höchstens 80 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

[3] Begrenzung der Erstattung für Zahnleistungen je Versicherungsjahr: 1. Jahr 750 €, 1. bis 2. Jahr 1.500 €, 1. bis 3. Jahr 3.000 €, 1. bis 4. Jahr 4.500 €, ab 5. Jahr 5.000 €, ab 10. Jahr ohne Begrenzung. Die genannten Begrenzungen entfallen bei Unfall. Bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag über 2.500 € ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

BeihilfeEXKLUSIV

Versicherte Aufwendungen	EXKLUSIV-B
	Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) **Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz**
Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	100 %
Verbandmittel	100 %
Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen – auch über gesetzlichen Rahmen hinaus	100 % Schutzimpfungen und tarifliche Vorsorgeuntersuchungen sind unschädlich für die Beitragsrückerstattung
Arzneimittel (Generika)	100 % auch für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka
Arzneimittel (Originalpräparate)	100 % auch für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka
Heilpraktiker inkl. Verordnungen	100 % bis 2.000 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (bis Höchstsatz GebüH)
Ambulante Psychotherapie	100 % für bis zu 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)
Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100 % bis 300 €, ab 8 Dioptrien 600 €, alle 2 Kalenderjahre, ansonsten immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge
Sehschärfenkorrektur	100 % nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Tarifbeginn bis 2.000 € für beide Augen für Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK); wird diese Leistung beansprucht, besteht für 5 Jahre kein Leistungsanspruch auf Sehhilfen
Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % für Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000 € einmal pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage; 100 % für Hilfsmittel über 1.000 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)
Im Tarif genannte Heilmittel; Logopädie und Ergotherapie bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ, Podologie auch darüber hinaus	100 % auch Kosten für Schwangerschaftsgymnastik sowie nach einer Geburt für Rückbildungsgymnastik
Ambulante Transportkosten	100 % bei Not- oder Unfalltransporten, Fahrten zur und von einer Dialyse sowie Strahlen- und Chemotherapie, ebenfalls bei Gehunfähigkeit zum und vom nächsten geeigneten Arzt
Ambulante Operationen	200 € zusätzlich zu den erstattungsfähigen ambulanten Leistungen
Ambulante Kurleistungen	100 % im Rahmen des ärztlichen Kurplans, inklusive Arznei- und Verbandmittel
Stationäre Behandlung	100 % für Allgemeine Krankenhausleistungen Empfehlung (Empfehlung: stationäre Wahlleistungen über EXKLUSIV-B-W)
Unterbringung/Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in)	bis maximal 40 €/Tag für maximal 14 Tage/Kalenderjahr [1)]
Zuschuss zu Familien- und Haushaltspflegekraft	10 € je Stunde (maximal 80 €/Tag) für höchstens 6 Wochen/Kalenderjahr [2)]
Stationäre Transporte	100 % zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; kein Auslandsrücktransport (Rücktransporte aus dem Ausland über EXKLUSIV-B-E[1] oder separat abschließen)
Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe	100 % bis zum Höchstsatz der GOÄ /GOZ sowie zusätzlich zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	bis 100 % [3)] bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)	100 % bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ
Beitragsrückerstattung	2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bereits nach 1 Kalenderjahr Leistungsfreiheit (Kinder die Hälfte); (6 Monatsbeiträge im Tarif R-EXKLUSIV-B für Anwärter und Referendare)
Optionsrecht	Umstellungsmöglichkeit ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch höherwertigere Tarife; 36 oder 72 Monate nach Versicherungsbeginn im jeweiligen Tarif sowie bei Verbeamtung auf Probe, auf Lebenszeit und bei Laufbahnwechsel

[1)] Das Kind (vor Vollendung 10. Lebensjahr) muss nach EXKLUSIV-B versichert sein. Ein Elternteil muss außerdem nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert sein.

[2)] Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person sich aus medizinisch notwendigen Gründen einer stationären Behandlung unterziehen muss und keine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann.

[3)] Immer 100 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab dem 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz um jährlich 10 % auf höchstens 80 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

BeihilfeEXKLUSIV – stationäre Wahlleistungen

Versicherte Aufwendungen	EXKLUSIV-B-W
	Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) **Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz**
Stationäre Wahlleistungen	100 % 1- oder 2-Bettzimmer/privatärztliche Behandlung auch über die GOÄ-Höchstsätze hinaus
Ersatz-Krankenhaus-tagegeld	100 % vom vollen Tagessatz 20 € bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft 100 % vom vollen Tagessatz 30 € bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung
Optionsrecht	Erweiterung ohne erneute Gesundheitsprüfung bei Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder Ende der Heilfürsorge: – wenn Beihilfeanspruch besteht um die Tarife EXKLUSIV-B, EXKLUSIV-B-E, EXKLUSIV-B-E1, EXKLUSIV-B-ES – ohne Beihilfeanspruch um die Tarife EXKLUSIV oder EXKLUSIV-PLUS

BeihilfeEXKLUSIV – stationäre Beihilfeergänzung

Versicherte Aufwendungen	EXKLUSIV-B-ES
	Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) **Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz**
Stationäre Wahlleistungen	100 % für 1+2-Bettzimmer, auch für Selbstbeteiligungen, die die jeweilige Beihilfevorschrift vorsieht 100 % für privatärztliche Behandlung auch über die GOÄ-Höchstsätze hinaus; nicht erstattungsfähig sind Selbstbeteiligungen, die die jeweilige Beihilfevorschrift vorsieht
Krankenhaustagegeld	100 % vom vollen Tagessatz 20 €

BeihilfeEXKLUSIV – ambulante Beihilfeergänzung

Versicherte Aufwendungen	EXKLUSIV-B-E/EXKLUSIV-B-E1 [1]
	Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) **Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz**
Heilpraktiker inklusive Verordnungen	100 % von maximal 2.000 € des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (bis Höchstsatz GebüH), abzüglich Beihilfeleistung
Brillen (inklusive Gläser) und alternativ Kontaktlinsen	100 % der nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten für Brillen (Gestell und Gläser, alternativ Kontaktlinsen) bis 300 € Rechnungsbetrag (ab einer Sehstärke von 8 Dioptrien 600 €); immer bei Veränderung der Sehschärfe um mind. 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens jedoch alle 2 Kalenderjahre
Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % für Hilfsmittel bis 1.000 €; Erstattung 1x je Kalenderjahr für Hilfsmittel gleicher Art; mehrfache Erstattung nach vorheriger Zusage, abzüglich Beihilfeleistung 100 % für Hilfsmittel über 1.000 € nach vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage Kürzungen möglich), abzüglich Beihilfeleistung
Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe	100 % bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ, abzüglich Beihilfeleistung
Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)	bis 100 % [2] bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ, abzüglich Beihilfeleistung
Schutzimpfungen	100 % bei Auslandsreisen inklusive Impfstoff, abzüglich Beihilfeleistung
Kurtagegeld	100 % vom vollen Tagessatz 20 €
Auslandsreise-Krankenversicherung	100 % für Auslandsreisen bis zu 8 Wochen; inklusive eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransportes

1) Tarif EXKLUSIV-B-E1 gilt nur in den Bundesländern, in denen die Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähigkeit für Material-und Laborkosten von mindestens 50 % vorsieht.

2) Immer 100 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab dem 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnersatz um jährlich 10 % auf höchstens 80 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.

Beihilfe – BK – Regelleistungen Kompakt

	BK
	Grundlegender Gesundheitsschutz – %ualer Ersatz, erstattungsfähig sind die jeweiligen beihilfefähigen Aufwendungen
Ambulante ärztliche Behandlung	Ja
Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ	Nein
Vorsorgeuntersuchungen	Ja
Schutzimpfungen (bis 15. Lebensjahr und allgemeine Schutzimpfungen)	Ja
Psychotherapie (bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr)	Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erforderlich
Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Höchstsätze des GebüH	Ja
Alternative Heilmethoden (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin)	Nein
Arznei- und Verbandmittel	Ja
Heilmittel	Folgende physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, durchgeführt wurden: Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie; Erstattung in angemessenen Sätzen
Sehhilfen	Brillen alle 2 Jahre oder Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien, Kontaktlinsen nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien
Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog)	Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer). Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 € (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen. Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 € sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. angefallen wären.
Ambulante Kurleistung	Ja, Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel
Ambulanter Krankentransport	Medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes); darüber hinaus Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie
Stationäre Unterbringung	Allgemeine Krankenhausleistungen
Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)	Nein
Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach versicherter Tarifstufe bei Verzicht auf...	... allgemeine Krankenhausleistungen – % von 110 €/Tag
Krankentransporte	Medizinisch notwendige
Begleitperson	Nein
Hospizleistungen	Erstattungsfähig ist 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
Zahnbehandlung und Prophylaxe	Ja, zahnärztliche prophylaktische Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)
Zahnersatz und Kieferorthopädie	Ja
Leistungen über dem Höchstsatz der GOZ	Nein
Kieferorthopädie auch, wenn nach dem 18. Lebensjahr begonnen	Ja
Jahreshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren	Nein
Dauernder Jahreshöchstsatz	Nein
Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan	Ja

Beihilfe – BS – Stationäre Wahlleistungen

	BS
Stationäre Unterbringung	2-Bettzimmer
Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)	Ja
Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ	Nein
Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach versicherter Tarifstufe bei Verzicht auf ...	... 2-Bettzimmer – % von 21 €/Tag ... Wahlarzt – % von 26 €/Tag
Wahlarzt auch während vor-/nachstationärer Behandlung	Ja
Begleitperson	Ja, 14 Tage % von 30 € je versicherter Tarifstufe, vor Vollendung 10. Lebensjahr

Beihilfe – BE – Beihilfeergänzung Ambulant und Zahn

	BE
	Ergänzung für Spitzen-Versorgung und Spezialistenbehandlung – keine Begrenzung auf Höchstsätze der GOÄ/GOZ (nach Anrechnung der Beihilfe und Versicherungsleistungen der Tarife BK und BS)
Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ	Ja
Sehhilfen	Brillengläser, Fassungen bis 125 €/Rechnungsbetrag, Brillen alle 2 Jahre oder Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien Kontaktlinsen med. notwendig oder ab 6 Dioptrien
Stationäre Unterbringung	1-Bettzimmer
Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)	Ja
Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ	Ja
Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach versicherter Tarifstufe bei Verzicht auf...	2-Bettzimmer - % von 21 €/Tag 1-Bettzimmer - % von 18 €/Tag Wahlarzt - % von 26 €/Tag
Wahlarzt auch während vor-/nachstationärer Behandlung	Ja
Begleitperson	Ja, 14 Tage höchstens 30 € täglich, vor Vollendung 10. Lebensjahr
Zahnbehandlung und Prophylaxe	100 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK
Zahnersatz und Kieferorthopädie	60 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK
Leistungen über dem Höchstsatz der GOZ	Ja
Jahreshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren	1. Vj. 3.300 €, 2. Vj. 4.950 €, 3. Vj. 6.600 € Leistungsbetrag
Dauernder Jahreshöchstsatz	Ab 4. Vj. und bei unfallbedingten Kosten in den ersten drei Vj. 8.250 € Leistungsbetrag
Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan	Ja

Beihilfe – BE+ – Beihilfeergänzung

	BE+
	Top-Ergänzung zum BKE oder BE – übernimmt bestimmte Selbstbeteiligungen, die für Beihilfeberechtigte gelten

100 % der erstattungsfähigen Kosten für die in den Beihilfevorschriften vorgesehenen Selbstbeteiligungen und Abzugsbeträge (z. B. für Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, amb. häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten, Krankenhausbehandlung) sowie verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von stationären Wahlleistungen bei einer Krankenhausbehandlung sind nicht erstattungsfähig.

Beihilfe – BKE – Beihilfeergänzung Kompakt

	BKE
	Ergänzung für Spitzen-Versorgung und Spezialistenbehandlung – keine Begrenzung auf Höchstsätze der GOÄ/GOZ (nach Verrechnung der Beihilfe und der Versicherungsleistungen desTarifs BK)
Ambulante ärztl. Behandlung	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK
Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK
Vorsorgeuntersuchungen	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK
Schutzimpfungen	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK (bis 15. Lebensjahr und allgemeine Schutzimpfungen)
Psychotherapie (bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr)	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erforderlich
Heilpraktiker-Leistungen	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK (im Rahmen der Höchstsätze des GebüH)
Alternative Heilmethoden (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin)	Nein
Arznei- und Verbandmittel	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK
Heilmittel	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für die in Tarif BK genannten physikalisch-medizinischen Leistungen (Heilmittel).
Sehhilfen	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für Brillengläser, Fassungen bis 125 Euro Rechnungsbetrag – alle 2 Jahre oder bei Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien; Kontaktlinsen nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien
Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog)	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für im Tarif BK genannte Hilfsmittel
Ambulante Kurleistung	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel
Ambulanter Krankentransport	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für im Tarif BK beschriebene, medizinisch notwendige Krankentransporte.
Stationäre Unterbringung	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für Allgemeine Krankenhausleistungen
Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)	Nein
Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach versicherter Tarifstufe	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK bei Verzicht auf allgemeine Krankenhausleistungen- % von 100 €/Tag
Krankentransporte	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für medizinisch notwendige Krankentransporte
Begleitperson	Nein
Hospizleistungen	100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für im Tarif BK genannte Leistungen
Zahnbehandlung und Prophylaxe	100 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK. Zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR))
Zahnersatz, Kieferorthopädie	60 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK
Leistungen über dem Höchstsatz der GOZ	Ja
Jahreshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren	1. Vj. 3.300 €, 2. Vj. 4.950 €, 3. Vj. 6.600 € Leistungsbetrag
Dauernder Jahreshöchstsatz	Ab 4. Vj. und bei unfallbedingten Kosten in den ersten drei Vj. 8.250 € Leistungsbetrag
Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan	Ja

private Beitragsentlastung – **peB**

	peB
Kombinierbar	Nicht alleine abschließbar. Nur zusammen mit einer SIGNAL IDUNA KV-Vollversicherung bzw. SIGNAL IDUNA Beihilfeversicherung (Grundtarife) abschließbar. Gilt für das Neu- und Bestandsgeschäft.
Art der Entlastung	peB reduziert die Krankenversicherungsbeiträge im Alter. Der Betrag kann innerhalb der Mindest- und Höchstgrenze frei gewählt werden. Wird als absoluter Euro-Betrag festgelegt. Entlastet werden können die Beiträge für die versicherte KV-Vollversicherung bzw. Beihilfeversicherung (inklusive eventuell zu zahlender Risiko- bzw. Beitragszuschläge).
Höhe der Entlastung	Mindestens 20 €, im Vielfachen von 5 € bis maximal: Die Höhe des Entlastungsbetrages für eine versicherte Person darf – die Summe der Beiträge der Grundtarife und des Beitragsanteils für die Beitragsentlastung und – 150 % des zu zahlenden Gesamtbeitrags für die Grundtarife nicht übersteigen. Reduzierung oder Erhöhung jederzeit möglich – auch in der Entlastungsphase
Entlastung nicht möglich für	10 %iger Vorsorgezuschlag, Tagegeldtarife, Ausbildungstarife, Basis-, Standard- und Notlagentarif, 20 V-Stufen, Zusatztarife (z. B. Z 50-1) sowie die PPV
Eintrittsalter	– mindestens nach Vollendung des 20. Lebensjahres – höchstens vor Vollendung des 55. Lebensjahres
Entlastungsalter	Frei wählbar vom 60. bis 70. Lebensjahr. Das Beginnalter der Entlastung kann bis zum Beginn der Entlastungsphase jederzeit geändert werden.
Beteiligung des Arbeitgebers	Im Rahmen der gesetzlichen Höchstgrenzen beteiligt sich der Arbeitgeber bis zu 50 % auch am peB-Beitrag. Voraussetzung für die Zuschussfähigkeit ist unter anderem die lebenslange Beitragszahlung von peB, das heißt auch während der Entlastungsphase sind die Beiträge von peB weiter zu zahlen.
Dynamik	Entlastungsbetrag erhöht sich ab 2015 alle 3 Jahre um 10 %. Voraussetzung ist, dass 55. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde, keine Beitragsfreistellung vorliegt und der maximale Entlastungsbetrag noch nicht erreicht ist.
Steuerliche Abzugsfähigkeit	Auch die Beiträge für peB sind im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes als Vorsorgeaufwendungen von der Einkommensteuer abzugsfähig. Dabei werden sie steuerlich in dem Verhältnis berücksichtigt wie der versicherte Grundtarif.
Besonderheiten	Da es für peB keine Gesundheitsprüfung gibt, sind Erhöhungen oder Reduzierung des Entlastungsbetrages bzw. -alters jederzeit problemlos möglich (auch in der Entlastungsphase). Darüber hinaus kann peB für maximal drei Jahre beitragsfrei gestellt werden. Voraussetzung hierfür ist eine vorangegangene 5-jährige Beitragszahlung. Die Beitragsfreistellung kann spätestens in dem Jahr gestellt werden, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.
Beispielsweise: peb 67/230 = ab dem 67. Lebensjahr reduziert sich der Krankenversicherungsbeitrag um 230 Euro.	

Tagegeldtarife – **EKH und KurPLUS**

Krankenhaustagegeldtarif: EKH
Krankenhaustagegeld in vereinbarter Höhe für jeden Tag der stationären Behandlung – zeitlich unbegrenzt.

Kurtagegeldtarif: KurPLUS
Kurtagegeld in vereinbarter Höhe für jeden Tag einer zielgerichteten, medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Kur mit einer Mindestdauer von 14 Tagen (medizinische Vorsorgeleistung, medizinische Rehabilitationsmaßnahme einschließlich Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung). Maximal für 30 Tage in 3 Kalenderjahren.

Optionstarif **flexSI** – Leistungsübersicht

	flexSI
Versicherungsfähigkeit	Versicherungspflichtige, freiwillig Versicherte oder Familienversicherte der deutschen GKV
Höchstversicherungsdauer	9 Jahre
Eintrittsalter	0 bis 50 Jahre
Wann kann das Optionsrecht ausgeübt werden?	– bei Ende der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung – von freiwillig Versicherten zum Ende einer Bindungsfrist in der GKV (z. B. aufgrund der Inanspruchnahme von Wahltarifen) – ohne besonderen Grund, nach Ablauf von 1, 2, 3, 6 oder 9 vollen Jahren seit Beginn der Versicherung nach Tarif flexSI zum Beginn des unmittelbar folgenden Kalenderjahres (Beispiel: Versicherungsbeginn im Tarif flexSI zum 01.04.2021, das Optionsrecht kann zum 01.01.2023 zum 01.01.2024 zum 01.01.2025 zum 01.01.2028 oder letztmalig zum 01.01.2031 ausgeübt werden) – zum Beginn des auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres Hinweis: Werden die gewünschten Tarife spätestens innerhalb von drei Monaten nach Eintritt einer der oben aufgeführten Zeitpunkte beantragt, beginnen diese im unmittelbaren Anschluss an die oben aufgeführten Zeitpunkte. Später ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.
Was beinhaltet das Optionsrecht?	Zu den o. g. Optionszeitpunkten ohne Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung den Abschluss – einer Krankheitskostenvollversicherung (auch Beihilfe-Voll) inklusive – eines Krankentagegeldes 22 für Selbstständige * – eines Krankentagegeldes 43 (oder auch später) für Arbeitnehmer * – einer Pflegepflichtversicherung – einer Krankheitskostenzusatzversicherung * Hinweis: Das Krankentagegeld ist begrenzt auf 130 % des Höchstkrankengelds in der GKV zum Optionszeitpunkt bzw. auf die Höhe eines bereits bestehenden, höheren Krankentagegeldes
Wann endet der Optionstarif?	– mit Inanspruchnahme des Optionsrechts – mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Höchstversicherungsdauer von 9 Jahren erreicht ist – mit Beendigung der GKV – mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird – macht der Versicherungsnehmer von einem der aufgeführten Optionsrechte keinen Gebrauch, wird der Vertrag in einem Grundergänzungsschutz (zur Zeit Tarif GE) fortgeführt
Besonderheiten	– flexSI-Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert, sind aber für mindestens drei Jahre konstant und können – falls überhaupt notwendig – erst danach auf den dann gültigen Neugeschäftsbeitrag erhöht werden – im Tarif flexSI erfolgt eine Risikoprüfung, ein eventueller Risikozuschlag kommt aber erst bei Ausübung des Optionsrechts zum Tragen. Aber während der Option eingetretene Krankheiten sind ohne weitere Gesundheitsprüfung mitversichert – die Zeit des flexSI wird nicht auf die Dauer der Zahnhöchstsätze angerechnet
Monatsbeiträge	– Männer und Frauen bis Eintrittsalter 19 3,00 € – Männer und Frauen ab Eintrittsalter 20 7,20 € flexSI und flexSIprivat-Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Der flexSI-Beitrag bleibt mindestens für jeweils drei Jahre konstant (keine BAP); der flexSIprivat für die gesamte Vertragslaufzeit. Eine eventuelle Kinder-Jugendlichen-Umstellung findet statt.

Futura, PIT, PIT-B

	Futura (Optionstarif)
Zielgruppe	Tarif Futura kann nur bei Neuabschluss folgender Vollkostentarife hinzuversichert werden: – Esprit, Esprit X, Esprit M, Esprit MX – Ausbildungsvariante Esprit M
Dauer	Option kann für 5 Jahre abgeschlossen und nach Ablauf um weitere 5 Jahre verlängert werden, wenn der Versicherte noch nicht das Alter 40 erreicht hat.
Option	Tarif Futura beinhaltet die Option auf einen vereinfachten Tarifwechsel zum 01.01. eines Jahres, erstmalig unmittelbar nach dem ersten Versicherungsjahr. Der Antrag auf Tarifwechsel muss dabei drei Monate vor dem gewünschten Umstellungstermin gestellt werden. Ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten kann in die Tarife Esprit, Esprit X, Esprit M, Esprit MX, Comfort + gewechselt werden.

PIT, PIT-B – Gesetzliche Portabilität
PIT / PIT-B ist eine Extra-Leistung – diese besteht aus einem Übertragungswert zur Finanzierung eines Beitragsnachlasses bei einem Wechsel zu einem anderen PKV-Unternehmen. Damit werden Beitragsvorteile aus der Versicherung bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. portabel.

Optionstarife **flexSIprivat und flexSI-B** – Leistungsübersicht

	flexSIprivat
Wer kann sich versichern?	Personen, die bereits eine KV-Vollversicherung bei einem PKV-Unternehmen haben
Höchstversicherungsdauer	24 Monate
Eintrittsalter	ohne Begrenzung
Der Beitrag	Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre: 4,75 € Erwachsene ab 20 Jahre: 11,15 € flexSIprivat-Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Der Beitrag bleibt während der Vertragslaufzeit unverändert (keine BAP). Eine eventuelle Kinder-Jugendlichen-Umstellung findet statt.
Wann kann die Option ausgeübt werden?	jederzeit innerhalb von 24 Monaten Werden die gewünschten Tarife spätestens einen Monat nach Beendigung der bisher bestehenden KV-Voll beantragt, beginnen diese unmittelbar im Anschluss daran. Ansonsten zum nächsten Monatsersten.
Was beinhaltet die Option?	zu den o.g. Optionszeitpunkten ohne Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung den Abschluss – einer Krankheitskostenvollversicherung (auch Beihilfe-Voll) inklusive – eines Krankentagegeldes 22 für Selbstständige * – eines Krankentagegeldes 43 (oder auch später) für Arbeitnehmer * – einer Pflegepflichtversicherung * Das Krankentagegeld ist begrenzt auf 130 % des Höchstkrankengelds in der GKV zum Optionszeitpunkt bzw. auf die Höhe eines bereits bestehenden, höheren Krankentagegeldes.
Wann endet der Tarif flexSIprivat?	– mit Inanspruchnahme der Option – macht der Versicherungsnehmer von seiner Option keinen Gebrauch, nach Ablauf von 24 Monaten
Besonderheiten	– wird die Option in Anspruch genommen, werden die letzten 6 bezahlten Monatsbeiträge des flexSIprivat zurückerstattet – im Tarif flexSIprivat erfolgt eine Risikoprüfung, ein eventueller Risikozuschlag kommt erst bei Ausübung der Option zum Tragen. Während der Option eingetretene Krankheiten sind ohne weitere Gesundheitsprüfung mitversichert – die Zeit des flexSIprivat wird nicht auf die Dauer der Zahnhöchstsätze angerechnet

	flexSI-B
Wer kann sich versichern?	Studenten und Absolventen von Hochschulen, deren berufliches Ziel eine Beamtenlaufbahn ist (z. B. als Lehrer); weitere Voraussetzung ist eine Versicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eine Krankheitskosten-Vollversicherung in einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV).
Höchstversicherungsdauer	9 Jahre
Eintrittsalter	keine Einschränkung
Beitrag	1,60 € flexSI-B-Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Der Beitrag bleibt mindestens für jeweils 3 Kalenderjahre konstant.
Wann kann die Option ausgeübt werden?	wenn die versicherte Person in ein Beamtenverhältnis berufen wird; werden die gewünschten Tarife spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Verbeamtung beantragt, beginnen diese im unmittelbaren Anschluss. Später ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.
Was beinhaltet die Option?	zum o. g. Optionszeitpunkt ohne Wartezeiten und ohne erneute Gesundheitsprüfung den Abschluss – einer Krankheitskostenvollversicherung nach Beihilfe-Tarifen, die den Beihilfebemessungssatz der versicherten Person auf 100 % aufstocken – der in der gewählten Tarifserie für das jeweilige Bundesland angebotenen Beihilfeergänzungstarife – eines Krankenhaustagegeldes zur Deckung der bestehenden stationären Abzugsbeträge – einer Privaten Pflegepflichtversicherung Die Option gilt für die Tarife, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme zum aktiven Produktangebot der SIGNAL IDUNA gehören.
Wann endet der Tarif flexSI-B?	– mit Inanspruchnahme der Option – mit Beendigung des Lehramt-Studiums ohne Abschluss – zum Ende des 9. Kalenderjahres nach Versicherungsbeginn erfolgt eine automatische Umstellung in Tarif GE – mit Beendigung der GKV oder PKV
Besonderheiten	– flexSI-B-Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert, sind aber für mindestens 3 Jahre konstant und können – falls überhaupt notwendig – erst danach auf den dann gültigen Neugeschäftsbeitrag erhöht werden – im Tarif flexSI-B erfolgt eine Risikoprüfung, ein eventueller Risikozuschlag kommt aber erst bei Ausübung der Option zum Tragen. Während der Option eingetretene Krankheiten sind ohne weitere Gesundheitsprüfung mitversichert – die Zeit des flexSI-B wird nicht auf die Zahnhöchstsätze angerechnet

Tarife der Zusatzversicherung – **Ambulant**Schutz-Programm

Versicherte Aufwendungen	AmbulantBASISpur	AmbulantSTARTpur	AmbulantPLUS / AmbulantPLUSpur
Auslandsreise-Krankenversicherung (8 Wochen je Reise), inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports	ja		
Vorsorge inklusive iGeL [4]	100 % bis 125 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 250 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 750 € in 2 Kalenderjahren
Reiseschutzimpfungen			
Gesetzliche Zuzahlungen [1]	100 % bis 125 € je Kalenderjahr	100 % bis 250 € je Kalenderjahr	
Sehhilfe [4]	nein	100 % bis 250 € in 2 Kalenderjahren	100 % bis 375 € in 2 Kalenderjahren
LASIK / LASEK [4]	nein	alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 500 € für ambulante Kosten [2]	alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 1.000 € für ambulante Kosten [2]
Hilfsmittelrestkosten [4] offenes Hilfsmittelverzeichnis	nein	100 % bis 250 € je Kalenderjahr	100 % bis 750 € je Kalenderjahr
Heilpraktiker im Rahmen des GebüH	nein	80 % bis 250 € je Kalenderjahr	80 % bis 750 € je Kalenderjahr
Naturheilkunde von Ärzten bis zum Höchstsatz der GOÄ			
Therapieformen gemäß Hufeland-Leistungsverzeichnis			
Arzneimittel [3]			
Wartezeitenverzicht	ja		
Risikoprüfung	nein	vereinfachte Fragen	
Optionsrecht	nein	ab 20. Lebensjahr in Tarif AmbulantPLUS; 60 oder 120 Monate nach Versicherungsbeginn, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat	nein
Besonderheit	nein	nein	Automatische Umstellung von der pur-Variante in die Nicht-pur-Variante ab Alter 55; Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich.

[1] Für Heilmittel, Hilfsmittel, Arznei- und Verbandmittel, Haushaltshilfe

[2] Anspruch auf diese Leistung besteht 2 x während der gesamten Vertragslaufzeit; ein erstmaliger Anspruch entsteht nach Ablauf von 3 Kalenderjahren ab Tarifbeginn. Der Anspruch gilt für beide Augen.

[3] Nicht verschreibungspflichtige (OTC-Präparate) und naturheilkundliche (auch nicht wissenschaftlich anerkannte) Arzneimittel

[4] Der Betrag der tariflichen Leistungen wird zu 100 % erbracht. Er reduziert sich um eventuelle Vorleistungen der GKV oder anderer Leistungsträger.

Tarife der Zusatzversicherung – **ambulante Kostenerstattung**

Die Leistungen im Überblick: AmbulantTOP – exklusiv zusammem mit AmbulantPLUS.

Versicherte Aufwendungen	Exklusiv-Schutz ambulante Kostenerstattung	Top-Schutz ambulante Kostenerstattung
	AmbulantTOP [1] mit AmbulantPLUS [1]	AmbulantTOP [1]
Arzt bis Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – ohne Vorsorge und Naturheilverfahren	100 % / 80 % [5]	100 % / 80 % [5]
Arzt bis Höchstsatz der GOÄ für ... – Vorsorgemaßnahmen (inklusive IGeL = individuelle Gesundheitsleistungen) [2] – Reiseschutzimpfungen (inklusive Impfberatung und Impfstoff) [2]	100 % bis 750 € in 2 Kalenderjahren	Nein
Heilpraktiker im Rahmen des GebüH	80 % bis 750 € je Kalenderjahr	Nein
Naturheilkunde von Ärzten bis zum Höchstsatz der GOÄ		
Therapieformen gemäß Hufeland-Leistungsverzeichnis		
OTC-Präparate und naturheilkundliche Arzneimittel [4]		
Arznei- und Verbandmittel (ohne OTC-Präparate und naturheilkundliche Arzneimittel)	100 % / 80 % [5] für verschreibungspflichtige Arzneimittel	100 % / 80 % [5] für verschreibungspflichtige Arzneimittel
Ambulante Psychotherapie	100 % / 80 % [5] maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr	100 % / 80 % [5] maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr
Ambulante Transportkosten	100 % / 80 % [5] bei Gehunfähigkeit zum und vom nächst geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie	100 % / 80 % [5] bei Gehunfähigkeit zum und vom nächst geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie
Häusliche Behandlungspflege	100 % / 80 % [5]	100 % / 80 % [5]
Heilmittel gemäß tariflichem Verzeichnis	100 % / 80 % [5]	100 % / 80 % [5]
Hilfsmittel [2] (offenes Hilfsmittelverzeichnis)	100 % / 80 % [5] inklusive Reparaturen	100 % / 80 % [5] inklusive Reparaturen, absoluter Selbstbehalt von 750 € pro Kalenderjahr
Sehhilfe [2]	100 % bis 375 € in 2 Kalenderjahren	Nein
LASIK / LASEK Augenkorrekturen mit Laserverfahren [2] [3]	Alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 1.000 € für ambulante Kosten	Nein
Auslandsreise-Krankenversicherung (8 Wochen je Reise), inklusive eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports	Ja	Nein
Wartezeiten	Keine	
Gesundheitsprüfung	Normale Prüfung	
Optionsrecht	Nein	
Besonderheit	Erstattungen aus Tarif AmbulantTOP setzen voraus, dass die versicherte Person Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 2 SGB V mit ihrer Krankenkasse vereinbart hat.	

[1] Die Tarife AmbulantTOP und AmbulantPLUS gibt es auch als pur-Variante = Tarife ohne Alterungsrückstellungen mit altersbedingten Beitragssprüngen.

[2] Der Betrag der tariflichen Leistung wird zu 100 % erbracht und vermindert sich um eventuelle Vorleistungen der GKV und anderer Leistungsträger.

[3] Anspruch nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn, Anspruch besteht zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit für ambulante Kosten.

[4] Nicht verschreibungspflichtige (OTC-Präparate) und naturheilkundliche (auch nicht wissenschaftlich anerkannte) Arzneimittel.

[5] Aufwendungen, die nach der GKV-Vorleistung verbleiben, werden im tariflichen Rahmen zu 100 % erstattet. Erfolgt keine GKV-Vorleistung, werden die Aufwendungen zu 80 % erstattet.

Tarife der Zusatzversicherung – **ZahnSchutz**-Programm

Versicherte Aufwendungen	ZahnBASISpur	ZahnSTARTpur	ZahnPLUS / ZahnPLU-Spur	ZahnTOP / ZahnTOPpur
Standardmäßiger, einfacher Zahnersatz (Regelversorgung)	100 % *			
Hochwertiger Zahnersatz inklusive Inlays, Implantate, mit Vergütungsanteilen nach der GOZ	50 % *		70 % *	90 % *
Zahnbehandlung				
Kieferorthopädie, wenn Behandlungsbeginn vor Vollendung des 21. Lebensjahres				
Prophylaxe und Professionelle Zahnreinigung ab Vollendung des 21. Lebensjahres bis zu 150 € Rechnungsbetrag je Kalenderjahr	Nein	50 % *	70 % *	90 % *
Summenbegrenzungen (Erstattungsbetrag)	1. Kalenderjahr bis zu 1.000 € 2.-4. Kalenderjahr 2.000 € ab 5. Kalenderjahr 2.000 €		1. Kalenderjahr bis zu 1.000 € 2.-4. Kalenderjahr 2.000 € ab 5. Kalenderjahr 4.000 €	1. Kalenderjahr bis zu 1.000 € 2.-4. Kalenderjahr 2.000 € ab 5. Kalenderjahr unbegrenzt
Material- und Laborkosten	Gemäß Preis- / Leistungsverzeichnis			
Kostenerstattung bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung	Nein			
Wartezeitenverzicht	Ja			
Risikoprüfung	Nur KFO-Frage für Kinder	Zahnfragen		
Optionsrecht innerhalb der Zahntarife	Nein	Ab 20. Lebensjahr in ZahnPLUS / ZahnTOP; 60 oder 120 Monate nach Versicherungsbeginn, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat	Ab 20. Lebensjahr in ZahnTOP; 60 oder 120 Monate nach Versicherungsbeginn, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat	Nein
Fehlende Zähne mitversichert	Nein	Ja, je fehlender Zahn 5,00 € Beitragszuschlag; besonderer Höchstsatz je Implantatversorgung innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre begrenzt auf		
		500 €*	700 €*	900 €*
Besonderheiten	Nein		Umstellung zwischen pur- und Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich.	

* Inklusive Vorleistung GKV und anderer Versorgungsträger; zahnärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz GOÄ / GOZ

Tarife der Zusatzversicherung – **Klinik**Schutz-Programm

Versicherte Aufwendungen	KlinikUNFALLpur [1]	KlinikSTART KlinikSTARTpur [1]	KlinikPLUS KlinikPLUSpur [1]	KlinikTOP1 / EKH 45 [3] KlinikTOP1pur [1] / EKH45 [3]
Leistungsvoraussetzungen	Stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls	Stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder bei bestimmten schweren Erkrankungen	Stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder bei bestimmten schweren Erkrankungen und ab Alter 60 generell.	Immer Privatpatient, auch unabhängig von Unfall oder schweren Erkrankungen
stationäre Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100 % Zweibettzimmer			100 % Einbettzimmer
stationäre wahlärztliche Behandlung	100 % bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)			100 % Leistungen auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus
Mehrkosten, wenn ein anderes Krankenhaus gewählt wird, als in der ärztlichen Einweisung genannt wurde (= Einweisungsklausel)	100 % + Transportkosten bis 250 €			
Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die oben genannten Kosten	40 €			40 € (25 € ohne Wahlarzt und freie Krankenhauswahl; 15 € ohne Zweibettzimmer)
gesetzliche Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr)	100 %			
Krankenhaus-Assistance [2]	ja			
ambulante Operationen	nein			ja, Erstattung für ambulante Operationen, die eine stationäre OP ersetzen
Wartezeitenverzicht	ja			
Risikoprüfung	nein	vereinfacht	ja, normale Fragen	ja, normale Fragen
Optionsrecht	nein	ja, Wechsel nach 60 oder 120 Monaten in höherwertigen stationären Tarif der aktuellen Verkaufspalette, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat, z. B. von KlinikSTART nach KlinikPLUS / KlinikTOP1.		
stationäre Heilbehandlung im Ausland, inklusive medizinisch notwendigem Rücktransport	ja, bei Unfall	ja, aufgrund akuter Erkrankungen und bei Unfall		
Besonderheiten	nein	Automatische Umstellung von der pur-Variante in die Nicht-pur-Variante ab Alter 55; Widerspruch ist nur bei KlinikSTARTpur möglich. Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich.		Automatische Umstellung von der pur-Variante in die nicht pur-Variante ab Alter 40. Umstellung in die Nicht-pur-Variante ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit möglich.

[1] „pur"-Varianten = ohne Alterungsrückstellungen, mit altersbedingten Beitragssprüngen

[2] Einzigartige Zusatzleistungen: Sofortschutz wie Rooming-in, Menü-Service, Krankenhausanschlusshilfe und Reha-Management. Details entnehmen Sie bitte dem Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen.

[3] – mit Hinzuversicherung EKH 45: genereller Anspruch auf Einbettzimmer
– ohne Hinzuversicherung EKH 45: 100 % Zweibettzimmer; 100 % Einbettzimmer mit 45 € Eigenbeteiligung/Tag (entfällt bei Unfall)

Die Leistungsübersicht zum stationären Ergänzungstarif **clinic+** finden Sie auf **Seite 92.**

Krankentagegeldtarife – Einkommens Sicherungs-Programm

	ESP-VS	ESP-VA	ESP-E
Zielgruppe	Selbstständige (inklusive Freiberufler) mit KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA Krankenversicherung	Arbeitnehmer mit KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA Krankenversicherung	Arbeitnehmer und Selbstständige (inklusive Freiberufler) ohne KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA Krankenversicherung
Leistungsbeginn ab	8, 15, 22, 29, 43, 92, 183, 274 oder 365 Tagen Arbeitsunfähigkeit	43, 92, 183, 274 oder 365 Tagen Arbeitsunfähigkeit	8, 15, 22, 29, 43, 92, 183, 274 oder 365 Tagen Arbeitsunfähigkeit
Wartezeiten	Nein		Ja
Höhe des Tagegeldes	Je nach Beruf/Karenzzeit bis 310 € pro Tag		Je nach Beruf/Karenzzeit bis 210 € pro Tag
Dynamik	Anspruch auf dynamische Anpassung ohne erneute Risikoprüfung: a) entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung alle 3 Jahre, b) entsprechend der individuellen Einkommensentwicklung (Karrieresprung) innerhalb von 2 Monaten		
AU in der Schwangerschaft	Außerhalb der Mutterschutzfristen wird für Schwangerschaftserkrankungen geleistet		
Mutterschutzfrist	Innerhalb der Mutterschutzfristen wird unter Anrechnung anderweitiger Ansprüche (z.B. Elterngeld) und unter Berücksichtigung von 8 Monaten Wartezeit und unter Anrechnung der Karenzzeit geleistet		
Entbindungspauschale	Nein		
Arbeitslosigkeit	Weiterversicherung ist möglich; besondere Vereinbarungen sind zu treffen		
Erweiterung des Geltungsbereiches	Im europäischen Ausland Erweiterung auf Transportunfähigkeit; im außereuropäischen Ausland im Krankenhaus		
Karenzzeitanrechnung bei erneuter Arbeitsunfähigkeit	Anrechnung erfolgt ab Leistungsbeginn 22. Tag, wenn die gleiche Erkrankung innerhalb von 6 Monaten nach Ende einer AU erneut auftritt. Dann werden die AU Zeiten der letzten 12 Monate berücksichtigt.		
Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes	Nein	Ja, 10 Tage p.a. pro Kind, (maximal 25 Tage p.a. bei mehreren Kindern)	Nein
Wiedereingliederung für Arbeitnehmer	Nein	Ja	
Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen	Ja – wenn vor und nach der Maßnahme Arbeitsunfähigkeit besteht Nein – wenn nur für die Dauer der Maßnahme Arbeitsunfähgkeit gegeben ist		
Teil-Arbeitsunfähigkeit – Leistungen für Selbstständige	Nach mindestens 6 Wochen AU: 50 % Leistung für längstens 28 Tage	Entfällt, da Wiedereingliederung	Nach mindestens 6 Wochen AU: 50 % Leistung für längstens 28 Tage
Leistungskürzung bei Einkommenssenkung	Ja, auch bei laufendem Versicherungsfall		
Endalter	67 Jahre, danach Verlängerungsmöglichkeit bis 70 Jahre zum bisherigen Beitrag, sofern kein Altersruhegeld bezogen wird. Von 70 Jahre bis 75 Jahre erneute Verlängerung möglich (jedoch zum Neugeschäftsbeitrag) sofern kein Altersruhegeld bezogen wird.		
Ende der Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit (BU)	– BU liegt auch vor, wenn andere Träger BU oder Erwerbsminderung feststellen bzw. VP Rente deshalb bezieht – Nachleistungspflicht verlängert sich um 3 weitere Monate (aber 50 % Krankentagegeld), wenn Rententräger noch nicht über Antrag entschieden hat (Nachleistung insgesamt max. 6 Monate) – Rückforderungsanspruch bei rückwirkenden Zahlungen		
Anschluss an hauseigene BU-Absicherung	Ja falls BU Absicherung bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. besteht, schließen die BU-Leistungen nahtlos an die ESP-Leistungen an, sofern in der BU ein Leistungsanspruch besteht.		
Anrechnung anderweitiger Leistungen	Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung sowie Verletztengeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet.		
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in den ersten drei Versicherungsjahren durch Versicherer	Ja		– Arbeitnehmer mit KV-Voll: kein Kündigungsrecht durch VU – Arbeitnehmer ohne KV-Voll: nein – Selbstständige: ja, bei GKV oder PKV-Übertritt (bis zur Höhe des früheren Kranken- bzw. Krankentagegeldanspruchs)

Krankentagegeld-Tarif pro, pro v

	pro	pro v
Zielgruppe	Selbstständige (pro 008 bis pro 029) Arbeitnehmer und Selbstständige (pro 43 bis pro 365)	Freiberufler mit KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA (pro 008 v bis pro 029 v) Arbeitnehmer und Freiberufler mit KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA (pro 43 v bis pro 365 v)
Leistungsbeginn ab	8, 15, 22, 29, 43, 46, 64, 85, 92, 106, 127, 183, 274, 365 Tagen Arbeitsunfähigkeit	8, 15, 22, 29, 43, 64, 85, 92, 106, 127, 183, 274, 365 Tagen Arbeitsunfähigkeit
Wartezeiten	Ja, Wartezeiterlass und Anrechnung von Vorversicherungszeiten möglich	
Höhe des Tagegeldes	Je nach Beruf / Karenzzeit bis 310 € pro Tag	
Dynamik	Anspruch auf dynamische Anpassung ohne erneute Risikoprüfung: a) entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung (immer dann, wenn sich die Bruttojahresarbeitsentgelte für Arbeitnehmer und Angestellte um mehr als 10 % verändert haben) b) entsprechend der individuellen Einkommensentwicklung (Karrieresprung) innerhalb von 3 Monaten	
AU in der Schwangerschaft	Ja, ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit – frühestens nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit – wird auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt geleistet	
Mutterschutzfrist	Innerhalb der Mutterschutzfristen wird unter Anrechnung anderweitiger Ansprüche (z.B. Elterngeld) und unter Berücksichtigung von 8 Monaten Wartezeit und unter Anrechnung der Karenzzeit geleistet	
Entbindungspauschale	Bei jeder Entbindung wird unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes gezahlt	
Arbeitslosigkeit	Weiterversicherung ist möglich. Besondere Vereinbarungen sind zu treffen	
Erweiterung des Geltungsbereiches	Im europäischen und außereuropäischen Ausland im Krankenhaus	
Karenzzeitanrechnung bei erneuter Arbeitsunfähigkeit	Anrechnung erfolgt, wenn die gleiche Erkrankung innerhalb von 6 Monaten nach Ende einer AU erneut auftritt. Dann werden die AU Zeiten der letzten 12 Monate berücksichtigt	
Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes	Nein	
Wiedereingliederung für Arbeitnehmer	Ja, nach mindestens 6 Wochen AU: 50 % Leistung für längstens 28 Tage	
Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen	Nach mindestens 6 Wochen AU: Leistung auch während Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, wenn aufgrund von ärztlichem Attest vorher schriftlich zugesagt	
Teil-Arbeitsunfähigkeit – Leistungen für Selbstständige	Nach mindestens 6 Wochen AU: 50 % Leistung für längstens 28 Tage	
Leistungskürzung bei Einkommenssenkung	Ja, auch bei laufendem Versicherungsfall	
Endalter	65 Jahre, danach Verlängerungsmöglichkeit bis 70 Jahre zum bisherigen Beitrag, sofern kein Altersruhegeld bezogen wird. Von 70 Jahre bis 75 Jahre erneute Verlängerung möglich (jedoch zum Neugeschäftsbeitrag) sofern kein Altersruhegeld bezogen wird	
Ende der Leistungsdauer bei Berufsunfähigkeit (BU)	– BU liegt auch vor, wenn andere Träger BU oder Erwerbsminderung feststellen bzw. VP Rente deshalb bezieht – Nachleistungspflicht verlängert sich um 3 weitere Monate (aber 50 % Krankentagegeld), wenn Rententräger noch nicht über Antrag entschieden hat (Nachleistung insgesamt max. 6 Monate) – Rückforderungsanspruch bei rückwirkenden Zahlungen	
Anschluss an hauseigene BU-Absicherung	Nein	
Anrechnung anderweitiger Leistungen	Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung sowie Verletztengeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet	
Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in den ersten drei Versicherungsjahren durch Versicherer	Mit KV-Voll bei SIGNAL IDUNA: Ja Ohne KV-Voll bei SIGNAL IDUNA: Nein	Ja

Tarife der **betrieblichen Krankenversicherung** – Produktlinie **bKV**

Arbeit**geber**finanzierte Tarifvarianten

Vorsorge	
bKV-Vorsorge	**bKV-Fit**
– bestimmte Vorsorgeuntersuchungen (geschlossener Katalog) – die Untersuchungen werden im Rahmen von Vorsorgegutscheinen abgerechnet – dadurch Direktabrechnung zwischen Arzt und SIGNAL IDUNA möglich	– sämtliche Vorsorgeuntersuchungen, inklusive IGeL (offener Katalog) sowie Schutzimpfungen bis insgesamt 250 € in 2 Versicherungsjahren – Zuschuss zu Präventionskursen gemäß § 20 Abs. 1 SGB V bis 250 € in 2 Versicherungsjahren (siehe auch Seite 125)

Unfall	Krankenhaus
bKV-Akut	**bKV-Klinik**
– im Krankenhaus: Wahlarzt/ Spezialist bis Höchstsatz GOÄ*, 2-Bettzimmer – alternativ 40 € Ersatz-Krankenhaustagegeld, gesetzliche Zuzahlung – bei Pflegebedürftigkeit: Monatliches Pflegegeld (Pflegegrad 1: 150 €, PG 2: 500 €, PG 3: 800 €, PG 4: 1.200 €, PG 5: 1.500 €)	– stationäre Wahlleistungen ohne Begrenzung GOÄ* (Chefarzt, 1 oder 2-Bettzimmer, 1-Bettzimmer mit 45 € Selbstbehalt/Tag – entfällt bei Unfall, gesetzliche Zuzahlungen, max. 40 € Ersatz-Krankenhaustagegeld, freie Krankenhauswahl, ambulante OP) * GOÄ = Gebührenordung für Ärzte

Zahnarzt		
bKV-Zahn	**bKV-ZahnPro**	**bKV-ZahnPro+**
– 35 % Regelversorgung – 100 % für plastische Zahnfüllungen, max. 50 €/Füllung – 100 % für Kieferorthopädie bis 250 € je Versicherungsjahr (Behandlungsbeginn vor Vollendung 18. Lebensjahr)	70 % inklusive Vorleistung GKV und bKV-Zahn für – hochwertigen Zahnersatz – Zahnbehandlung – Zahnprophylaxe, inklusive professionelle Zahnreinigung (PZR) – Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)	90 % inklusive Vorleistung GKV, bKV-Zahn und bKV-ZahnPro für – hochwertigen Zahnersatz – Zahnbehandlung – Zahnprophylaxe, inklusive professionelle Zahnreinigung (PZR) – Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)
	Der Tarif bKV-ZahnPro kann nur zusammen mit bKV-Zahn versichert werden.	Der Tarif bKV-ZahnPro+ kann nur zusammen mit bKV-Zahn und ZahnPro versichert werden.

Ambulant		
bKV-Sehhilfe	**bKV-NaturMed**	**bKV-Med**
– Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) – Erstattung 100 % bis 250 € in 2 Versicherungsjahren	– Naturheilkunde durch Arzt oder Heilpraktiker – nicht verschreibungspflichtige und naturheilkundliche Arzneimittel – Erstattung 80 %, max. 750 € je Versicherungsjahr	– gesetzliche Zuzahlungen für Haushaltshilfe, Heil-, Hilfs-, Verband- und Arzneimittel bis 250 € je Versicherungsjahr – Hilfsmittelrestkosten bis 250 € je Versicherungsjahr – Erstattung 100 %

Verdienstausfall
bKV-KT
– Krankentagegeld ab dem 43. Tag – bis maximal 20 €/Tag (bei 20 € Tagessatz bis maximal 620 €/Monat)

Hinweis: Die Tarife bKV-Sehhilfe und bKV-NaturMed sind nicht alleine versicherbar. Die Tarife bKV-Fit, bKV-Akut und bKV-KT sind auch für privat krankenversicherte Arbeitnehmer möglich. In den Zahntarifen gelten Erstattungshöchstsätze.

Arbeit**nehmer**finanzierte Tarifvarianten

Upgrade für Arbeitnehmer/ Absicherung Familienangehörige/ Absicherung bei Ausscheiden

Die arbeitgeberfinanzierten Tarife stehen auch grundsätzlich für die arbeitnehmerfinanzierte bKV zur Verfügung; für den Arbeitnehmer selbst als Upgrade, für seine Familienangehörigen bzw. für den Arbeitnehmer bei Ausscheiden (auch Renteneintritt) aus dem Betrieb. An die Tarifbezeichnung wird dann grundsätzlich ein „-AN“ angehängt. Beispiel: Aus bKV-Fit wird bKV-Fit-AN.

Ausnahmen: Die Leistungen der Tarife bKV-Sehhilfe, bKV-NaturMed und bKV-Med werden in der arbeitnehmerfinanzierten Variante zu einem Kompakttarif zusammengefasst, den Tarif bKV-Ambulant-AN. Für die Absicherung bei Verdienstausfall steht nur der Einzelgeschäftstarif ESP-E 43 zur Verfügung. Als Upgradevariante und für Familienangehörige wird im stationären Bereich nur der Einzelgeschäftstarif KlinikTOP1 / EKH45 angeboten. Bei Ausscheiden/Renteneintritt kann (sofern keine große Anwartschaft auf Tarif KlinikTOP1 vereinbart wurde) der Tarif bKV-Klinik-AN weiterversichert werden.

Tarife der Zusatzversicherung – PflegeSchutz-Programm

Versicherte Aufwendungen	PflegeSTART	PflegeTOP[2]
Pflegetagegeld in Pflegegrad 1[1]	10 % (bei Unfall)	10 %
Pflegetagegeld in Pflegegrad 2[1]	35 % (bei Unfall)	35 %
Pflegetagegeld in Pflegegrad 3[1]	55 % (bei Unfall)	55 %
Pflegetagegeld in Pflegegrad 4[1]	75 %	75 %
Pflegetagegeld in Pflegegrad 5[1]	100 %	100 %
Assistance-Leistungen	ab 35 € Tagessatz	
Beitragsbefreiung	50 % in Pflegegrad 4 100 % in Pflegegrad 5	
Einmalleistung	90 Tagessätze ab Pflegegrad 4	
Dynamik	10 % – alle 3 Jahre (bis 69 Jahre, auch im laufenden Pflegefall)	
Optionsrecht	in PflegePLUS oder PflegeTOP	bei gesetzlichen Änderungen
Wartezeiten	nein	nein

[1] Leistungen in Prozent des versicherten Tagessatzes
[2] Höhe des versicherbaren Monatssatzes: In Verbindung mit dem Tarif PflegeTOP kann die Tarifstufe careS+ bis zu einem Monatssatz von 500 Euro ohne Tarifstufe careA+ versichert werden. Details zum care+ finden Sie auf Seite 159.

PflegeSchutz mit staatlicher Förderung

Versicherte Aufwendungen	PflegeBAHR	PflegeBAHRPLUS
Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 1*	10 %	10 %
Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 2*	35 %	35 %
Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 3*	55 %	55 %
Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 4*	75 %	75 %
Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 5*	100 %	100 %
Assistance-Leistungen	nein	ja
Beitragsbefreiung	nein	50 % in Pflegegrad 4 100 % in Pflegegrad 5
Einmalleistung	nein	3 Pflegemonatsgelder ab Pflegegrad 4
Dynamik	5 % – alle 3 Jahre (maximal in Höhe der durchschnittlichen Inflationsrate)	
Wartezeiten	5 Jahre (entfallen bei Unfall)	nein (zusätzlich wird eine eventuelle Wartezeitlücke aus PflegeBAHR übernommen)

* Leistungen in % des versicherten Monatsgeldes. Die Leistungen gelten ab dem 6. Versicherungsjahr. In den ersten 5 Versicherungsjahren besteht eine Wartezeit im Tarif PflegeBAHR. Vorteil: Diese 5-jährige Wartezeit wird durch den Tarif PflegeBAHRPLUS aufgefangen.

PflegeSchutz-Programm – Pflegemonatsgeld care+

Versicherte Aufwendungen	careA+ (ambulant) und careS+ (stationär)
Monatliches Pflegegeld* in Pflegegrad 1	100 %
Monatliches Pflegegeld* in Pflegegrad 2	100 %
Monatliches Pflegegeld* in Pflegegrad 3	100 %
Monatliches Pflegegeld* in Pflegegrad 4	100 %
Monatliches Pflegegeld* in Pflegegrad 5	100 %
Assistance-Leistungen	Ja, mit zusätzlicher Kostenübernahme für ausgewählte Dienstleistungen (ab einem versicherten ambulanten Monatsgeld von 1.000 € – ohne Mehrbeitrag)
Beitragsbefreiung	100 % (ab Pflegegrad 4)
Einmalleistung	3-faches ambulantes Pflegemonatsgeld bei erstmaliger Einstufung in mindestens Pflegegrad 2
AVB-Verbesserungen	Ja – Weltgeltung sowie Leistungen für überraschende Kriegsereignisse und Suchterkrankungen
Dynamik	10 % – alle 3 Jahre (bis 69 Jahre, auch im laufenden Pflegefall) 5 % – alle 6 Jahre (ab 70 Jahre, auch im laufenden Pflegefall)
Optionsrecht in neue Tarife	Bei gesetzlichen Änderungen
Erhöhung des Monatsgeldes	Ohne erneute Gesundheitsprüfung zu konkreten Anlässen, z. B. bei Geburt, Heirat, Laufbahnwechsel (bis zu 50 % des versicherten Monatssatzes)
Wartezeitenverzicht	Ja
Flexibler Beitrag	– Abschluss mit halber Alterungsrückstellung bis 54 Jahre möglich – Umstellung auf volle Alterungsrückstellungen jederzeit möglich – Automatische Umstellung von halber auf volle Alterungsrückstellungen ab Alter 55

* Höhe des versicherbaren Monatssatzes: Max. 3.600 € inklusive anderweitiger Pflegeabsicherungen.

Die ambulante und vollstationäre Pflegegeldhöhe kann individuell festgelegt werden. Hierbei sind die folgenden Grenzen zu beachten:

✓ Ambulante Pflegegeldhöhe: mind. 75 % / max. 125 % der vollstationären Pflegegeldhöhe oder alternativ

✓ Vollstationäre Pflegegeldhöhe: mind. 75 % / max. 125 % der ambulanten Pflegegeldhöhe

Tarife der Zusatzversicherung – stationäre Ergänzung **clinic +**

Versicherte Aufwendungen	clinic +
Stationäre Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100 % Ein- oder Zweibettzimmer
Mehrkosten, wenn ein anderes Vertragskrankenhaus der GKV gewählt wird, als in der ärztlichen Einweisung genannt wurde (= Einweisungsklausel)	100 %
Stationäre privatärztliche Behandlung	100 % ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
Vor- und nachstationäre Behandlungen	100 % ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf ...	Ein-/Zwei-Bettzimmer: 36 €/Tag (18 €/Tag Kinder, Jugendliche) Wahlarzt: 30 €/Tag (15 €/Tag Kinder, Jugendliche)
Rooming-in	Ja, 14 Tage je 30 € bis 9. Lebensjahr
Kurtagegeld	Ja, 28 Tage je 21 € innerhalb von zwei Monaten im Anschluss an einen mindestens 10-tägigen Krankenhausaufenthalt
Ambulante Operationen	Nein
Krankentransporte	Medizinisch notwendige Krankentransporte
Wartezeitenverzicht	Nein
Risikoprüfung	Ja, normale Fragen (vereinfachte Gesundheitsprüfung für Kinder)

Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Pflicht für KV-Voll-Kunden

Alle Personen, die bei SIGNAL IDUNA mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, müssen gleichzeitig eine PPV abschließen. Neukunden handeln dabei getreu dem Grundsatz „Pflege- folgt Krankenversicherung“, also KV plus PPV bei SIGNAL IDUNA.

Personen, die einen Beihilfeanspruch haben, sind ebenfalls zum Abschluss der PPV verpflichtet. Die Pflicht zur Versicherung besteht unabhängig davon, ob der Beihilfeberechtigte krankenversichert ist. Berufssoldaten oder Polizeibeamte mit Anspruch auf freie Heilfürsorge sind dann bei SIGNAL IDUNA pflegeversicherungspflichtig. Für Zeitsoldaten kommt die PPV bei SIGNAL IDUNA dabei nur infrage, wenn gleichzeitig eine Anwartschaftsversicherung besteht.

Tarifeinstufung

PVN bei Vollversicherung für Arbeitnehmer (auch im öffentlichen Dienst), Selbstständige sowie deren Familienangehörige (Hausfrauen, Kinder etc.)

PVB für Beamte und Heilfürsorgeberechtigte sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige

Einstufung nach Altbestandskonditionen

Mit der Einstufung nach Altbestandskonditionen werden im Wesentlichen folgende zwei Vorteile erzielt:

1. Sofortige Kappung des PPV-Beitrages auf den Höchstbeitrag zur SPV (und nicht erst nach einer Versicherungszeit von 5 Jahren). Für Beihilfeberechtigte gilt die Begrenzung auf 40 % des Höchstbeitrages. Im Neugeschäft spielt diese Regelung nur ab höheren Eintrittsaltern eine Rolle.
2. Beitragsermäßigung (Ehegattenkappung) für Ehegatten, d. h. Kappung auf 75 % je Ehegatte des jeweiligen Höchstbeitrages zur SPV, wenn einer der Ehegatten kein oder nur ein geringfügiges Einkommen erzielt (nicht für Öffnungsaktion).

Diese günstigen Regelungen gelten für

- alle seit dem 01.01.1995 ununterbrochen privat Pflegepflichtversicherten. Im Neugeschäft kann dieser Fall nur beim Wechsel von einer anderen PKV zur SIGNAL IDUNA vorkommen. Über die Zugehörigkeit zum Altbestand beim Vorversicherer ist ein Nachweis erforderlich.
- alle Beihilfeberechtigten, für die die Öffnungsaktion gilt und die im Rahmen der Öffnungsaktion einen Risikozuschlag zur KV zahlen. Wichtig: Für diese Personen gilt nicht die Ehegattenkappung!

Im Ausland

SIGNAL IDUNA Versicherte mit Wohnsitz im Ausland sind regelmäßig nicht versicherungspflichtig in der PPV.

Bedingungsgemäß endet der Vertrag mit der Wohnsitzverlegung, es sei denn, die PPV wird auf freiwilliger Basis aktiv fortgesetzt, um die bereits erworbenen Rechte für eine ggf. geplante Rückkehr nach Deutschland zu erhalten.

Liegt der Wohnsitz im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in der Schweiz, wird sogar Pflegegeld im Ausland gewährt.

Die Leistungsvoraussetzungen

Interessant ist zunächst einmal die Frage, wer überhaupt pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist (gleiche Anspruchsvoraussetzungen für soziale und private Pflegeversicherung!). Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wird für gesetzlich Krankenversicherte vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und für privat Krankenversicherte vom medizinischen Dienst der Privaten (MEDICPROOF) nach einheitlichen Kriterien vorgenommen.

§ 14 und § 15 SGB XI

Pflegebedürftig sind Personen, die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Lebensbereichen aufweisen. Die Beeinträchtigungen müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit erfolgt seit 2017 in fünf Pflegegrade. Die Pflegegrade ermöglichen den Pflegebedarf des Einzelnen genauer abzubilden und damit eine sachgerechtere Unterstützung. Der Pflegegutachter ermittelt mit dem Neuen Begutachtungsassesment (NBA), ob Pflegebedürftigkeit besteht. Falls Pflegebedürftigkeit besteht, wird dem Versicherten ein von der Schwere der Pflegebedürftigkeit abhängiger Pflegegrad zugeteilt.

Die 6 relevanten Lebensbereiche für die Begutachtung

Gewichtung je Lebensbereich (in % der Gesamtpunktzahl)	
1. Mobilität (z. B. Treppensteigen)	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z. B. Erinnerungsvermögen) **oder** 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z. B. Weglauftendenzen, Verhaltensauffälligkeiten)	15 % *
4. Selbstversorgung (z. B. An- und Auskleiden)	40 %
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z. B. Einnahme von Medikamenten)	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %

* Aus den Bereichen 2 und 3 geht nur der höhere Wert in die Berechnung ein.

Der Pflegegrad richtet sich nach der jeweils erreichten, gewichteten Punktzahl

Punktzahl und Pflegegrade	
unter 12,5 Punkte	Keine Pflegebedürftigkeit
ab 12,5 Punkte	**Pflegegrad 1** geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten
ab 27 Punkte	**Pflegegrad 2** erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten
ab 47,5 Punkte	**Pflegegrad 3** schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten
ab 70 Punkte	**Pflegegrad 4** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten
ab 90 Punkte	**Pflegegrad 5** schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

SIGNAL IDUNA Spezial

Wir leisten aus sämtlichen ambulanten Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung für die häusliche Behandlungspflege, auch bei vorübergehendem Hilfebedarf.

Zentrum für Qualität in der Pflege
Internet: www.zqp.de

Pflegepflichtversicherung

Compass Pflegeberatung

Per Gesetz wurden Mindestanforderungen für die Pflegeberatung vorgegeben. Der Verband der privaten Krankenversicherung hat sich daraufhin entschlossen, die Beratung seiner Versicherten eigenständig zu organisieren. Aus diesem Grund wurde die Compass Private Pflegeberatung GmbH gegründet. Deren Mitarbeiter stellen sich ganz in den Dienst der bestmöglichen Information und kompetenten Unterstützung der privat Pflegeversicherten.

Der Berater kommt zu den PKV Versicherten

Anspruch auf Pflegeberatung haben privat Pflegepflichtversicherte: pflege- und hilfebedürftige Menschen, deren Angehörige oder Betreuer sowie allgemein Ratsuchende, die sich im Vorfeld einer möglichen Pflegesituation informieren wollen. Compass bietet die Beratung nicht an festen Standorten (Pflegestützpunkten) an. Sie erfolgt beim Ratsuchenden und Pflegebedürftigen zu Hause. Die Beratung ist neutral, unabhängig, hoch qualifiziert und eine reguläre Leistung der privaten Pflegeversicherung.

Die Leistungen ab 01.01.2017

Die Höhe der Pflegeleistungen hängt von der Art der Pflege und dem Pflegegrad ab.

Pflegegrad	Pflegegeld	Pflegesachleistung (z. B. Pflegedienst)	vollstationäre Pflege
1	–	–	125 €
2	316 €	689 €	770 €
3	545 €	1.298 €	1.262 €
4	728 €	1.612 €	1.775 €
5	901 €	1.995 €	2.005 €

Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall erhalten Vertragsleistungen, die zusammen mit der Beihilfe (Beihilfevorschrift Bund) den für „normal“ Versicherte vorgeschriebenen Versicherungsleistungen entsprechen. Der Beihilfebemessungssatz beträgt danach für

- ✓ Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst 50 %
- ✓ berücksichtigungsfähige Ehegatten 70 %
- ✓ Beihilfeberechtigte im Ruhestand 70 %
- ✓ berücksichtigungsfähige Kinder 80 %

Die Tarifstufe PVB sieht dementsprechend grundsätzlich Leistungen von 20, 30 und 50 % vor, schließt also exakt die Beihilfelücke.

Die Beiträge

... in der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Prozentsatz von den beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Beitragssatz = 3,05 %, für Beihilfeberechtigte/ Heilfürsorgeberechtigte 40 % davon.

	Normalversicherte	Beihilfeberechtigte
Höchstbeitrag	147,54 €	59,02 €

Durch das **„Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG)“** müssen in der sozialen Pflegeversicherung seit dem 01.01.2005 kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres einen um 0,25%-Punkte erhöhten Beitragssatz zahlen. Kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, sind von diesem Zuschlag ausgenommen. Der Beitragszuschlag wird vom Mitglied alleine getragen (bei Arbeitnehmern also ohne Beteiligung des Arbeitgebers). Bereits ein Kind reicht für die lebenslange Befreiung von diesem Zuschlag aus (egal ob das Kind noch bei den Eltern wohnt oder nicht); das gleiche gilt, falls das Kind nicht mehr leben sollte. Hinweis: Der Zuschlag gilt nicht für privat KV-Voll-Versicherte.

... in der privaten SIGNAL IDUNA Pflegepflichtversicherung

Anwartschaftsdeckungsverfahren (inklusive Alterungsrückstellung) mit Besonderheiten:

- ✓ beitragsfreie Versicherung von Kindern nach den gleichen Regeln wie in der sozialen Pflegeversicherung
- ✓ Begrenzung auf den SPV-Höchstbeitrag (nach einer Vorversicherungszeit von 5 Jahren in der PKV/ PPV)
- ✓ Für ab 01.01.1995 privat Pflegeversicherte und für Beihilfeberechtigte aus der Öffnungsaktion Begrenzung auf den Höchstbeitrag (nur für diejenigen, die im Rahmen der Öffnungsaktion einen Risikozuschlag zur KV zahlen), (Beihilfeberechtigte: 40 %) bzw. Kappung auf 75 % je Ehegatte des SPV-Höchstbeitrages bei Ehepaaren, wenn einer der Ehegatten kein oder nur ein geringfügiges Einkommen erzielt

(konkrete Beiträge siehe nächste Seite)

Höherverdienende Arbeitnehmer erhalten zu ihrem SIGNAL IDUNA PPV-Beitrag einen Beitragszuschuss. Dieser ist begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei SPV-Versicherungspflicht fällig wäre (2021 maximal 73,77 Euro), höchstens jedoch auf die Hälfte des tatsächlichen PPV-Beitrages.

Sonderfall Sachsen – Tragung der Pflegebeiträge

Da in Sachsen kein gesetzlicher Feiertag (Buß- und Bettag) gestrichen wurde, ergibt sich dort folgende Aufteilung:

- 2,025 % trägt der Arbeitnehmer (Kinderlose: 2,275 %)
- 1,025 % trägt der Arbeitgeber

Somit beträgt in Sachsen der maximale Arbeitgeberzuschuss 49,58 Euro (1,025% von 4.837,50 Euro). Der Zuschuss zur PPV berechnet sich in Sachsen im Einzelfall wie folgt:

Beispiel: 3.000 € Arbeitsentgelt, PPV-Beitrag beträgt 45 €

- Grundsätzlich 50 % des PPV-Beitrages 22,50 €
- Nicht mehr als 1,025 % vom Bruttoentgelt 30,75 €
- Maximal 1,025 % von der Beitragsbemessungsgrenze 49,58 €

Der niedrigste Betrag ist der Arbeitgeberzuschuss, also hier 22,50 €.

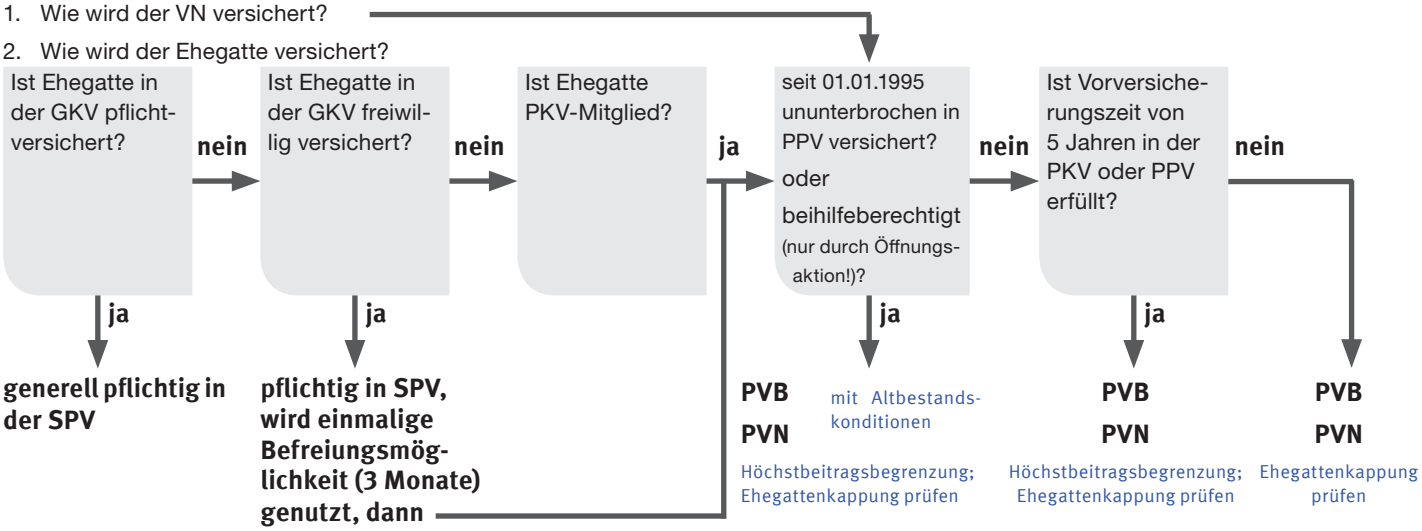
Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

A Wer muss sich privat „pflegepflicht-“versichern?

1. Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind
2. Beihilfeberechtigte, Heilfürsorgeberechtigte und Abgeordnete (Ausnahme: es besteht eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft)
3. Soldaten auf Zeit mit einer Anwartschaft in der PKV können sich privat pflegepflichtversichern

B So finden Sie die richtige Tarifeinstufung

1. Wie wird der VN versichert?
2. Wie wird der Ehegatte versichert?



C Ehegattenkappung – ja oder nein?

Voraussetzung für die Ehegattenkappung:

1. beide Ehegatten sind privat pflegepflichtversichert,
2. mindestens ein Ehegatte verdient weniger als 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (mindestens 470 Euro*) und
3. mindestens ein Ehegatte hat eine Pflegeversicherung mit Altbestandsrechten vereinbart

Gilt nicht für Öffnungsaktion.

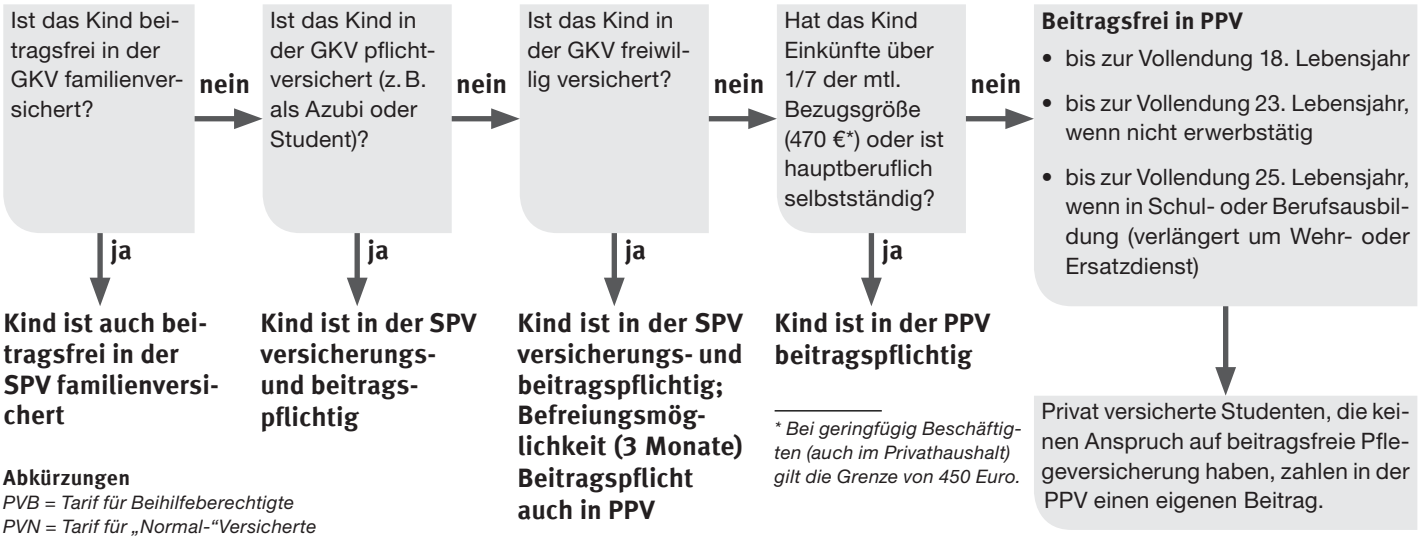
D Beiträge

	„Normal-“ Versicherte	Beihilfeberechtigte
Höchstbeitrag	147,54 €	59,02 €
Ehegattenkappung	pro Person 110,65 € gesamt 221,31 €	pro Person 44,27 € gesamt 88,53 €
Kleine Anwartschaft*	9,09 €	7,27 €
Studenten	16,46 €	

* Kleine Pflegeanwartschaft kann nur für die Dauer einer Pflichtmitgliedschaft in der GKV vereinbart werden.

E Beitragsfreie Pflegeversicherung von Kindern?

Voraussetzung für Beitragsfreiheit: Mindestens ein Elternteil ist privat pflegepflichtversichert (unerheblich, bei welchem PKV Unternehmen) und nicht von der Beitragszahlung befreit. Die Einstufung von Kindern erfolgt nach Neugeschäftskonditionen. Ausnahme: Das Kind ist seit dem 01.01.1995 ununterbrochen in der PPV versichert oder für das Kind gilt eine Beamtenöffnungsaktion (mit Risikozuschlag zur KV).



** Bei geringfügig Beschäftigten (auch im Privathaushalt) gilt die Grenze von 450 Euro.*

Abkürzungen
PVB = Tarif für Beihilfeberechtigte
PVN = Tarif für „Normal-“Versicherte
SPV = Soziale (gesetzliche) Pflegeversicherung
PPV = Private Pflegepflichtversicherung

Pflegeergänzung: das SIGNAL IDUNA PflegeSchutz-Programm

Rund 2,8 Millionen Menschen sind in Deutschland derzeit pflegebedürftig, davon sind ca. 460.000 unter 60 Jahre alt. Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen – aber es ist einfach, sich frühzeitig abzusichern.

Ob Krankheit oder Unfall – vieles kann zu einem Pflegefall führen. Und Sport-, Verkehrs- oder Haushaltsunfälle passieren ganz plötzlich. Viele Angehörige entscheiden sich dann dafür, ihre Liebsten zu Hause zu versorgen. Das ist gut gemeint, aber mit dieser Dauerbelastung sind viele schnell überfordert – physisch, psychisch und auch finanziell. Ein häuslicher Pflegedienst kann hier entlasten, wird aber von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nur zum Teil getragen. Auch bei einer stationären Pflege werden nicht alle Kosten übernommen und es verbleiben erhebliche Eigenbeteiligungen.

Beispiel aus dem täglichen Leben

Pflegebedürftigkeit nach einem Autounfall aufgrund eines schweren Schädel-Hirn-Traumas. Der Beruf kann nicht mehr ausgeübt werden. Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit erfolgt in Pflegegrad 4.

Stationäre Pflege im Pflegeheim (Pflegegrad 4)

Monatliche Pflegekosten [1]	3.396,09 €
./. Monatliche Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung	– 1.775,00 €
= Monatlicher Eigenanteil [2]	= 1.621,09 €

Unvorstellbar, aber wahr

8 Jahre Pflegebedürftigkeit können eine Eigenbelastung von ca. 155.000 Euro oder mehr bedeuten.

[1] Hierbei handelt es sich um Beispielbeträge mit durchschnittlichen Kosten. Die Kosten können je nach Pflegeheim höher oder niedriger sein.

[2] Seit dem 01.01.2017 sind die Eigenanteile bei stationärer Pflege ab Pflegegrad 2 in allen Pflegegraden gleich hoch.

Beim Bezahlen verlässt sich der Staat erst einmal auf Sie

Bevor der Staat die Kosten für die Pflege übernimmt, stehen zunächst der Pflegebedürftige selbst und dann – je nach persönlicher Situation – auch der Ehepartner und die Kinder in der Pflicht.

Wer muss für die Pflege aufkommen?

1. **Der Pflegebedürftige**
   Aus laufenden Einnahmen, Vermögen
2. **Der Ehegatte**
   Aus laufenden Einnahmen, Vermögen
3. **Die Kinder**
   Bei mehr als 100.000 € Gesamteinkommen
4. **Das Sozialamt**
   Wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind

Die Absicherung im Pflegefall

Das nebenstehende Beispiel zeigt: Die gesetzlichen Pflegeleistungen reichen im Pflegefall bei weitem nicht aus, um die tatsächlichen Kosten zu decken. Dabei ist es völlig egal, ob man über eine private oder gesetzliche Krankenversicherung pflege(pflicht)versichert ist.

Deshalb ist eine ergänzende Pflegeabsicherung wichtiger denn je. Mit einer privaten Pflege-Zusatzversicherung wird die eigene Existenz – auch die der Angehörigen – im Pflegefall abgesichert.

Pflegeschutz mit staatlicher Förderung

Seit dem 1. Januar 2013 erhält jeder Versicherte ab 18 Jahren für eine staatlich anerkannte Pflege-Zusatzversicherung eine jährliche Förderung von 60 Euro (5 Euro im Monat). Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. hat auch hier das passende Angebot.

Baustein 1: der Fördertarif PflegeBAHR – für alle, die sich die staatliche Förderung sichern wollen.

Baustein 2: das Upgradeprodukt PflegeBAHRPLUS – für alle, die noch mehr tun wollen.

Die konkreten Leistungen von PflegeBAHR und PflegeBAHRPLUS finden Sie auf Seite 91.

Weitere Absicherungsmöglichkeiten

Das SIGNAL IDUNA PflegeSchutz-Programm bietet weitere Möglichkeiten der Pflegeabsicherung. Aufeinander aufbauend bieten die Tarife PflegeSTART und PflegeTOP für jeden Bedarf das richtige Angebot. Details dazu finden Sie auf Seite 91. Als Hochleistungsvariante bietet der Tarif care+ die bedarfsgerechte Absicherung. Details zum care+ finden Sie auf Seite 159.

Unser Tipp: Möglichst in jungen Jahren eine Pflege-Zusatzversicherung abschließen. Nur so kann der Lebensstandard bis ins hohe Alter gesichert werden.

Sonderfall: Stationäre Pflege bei Beamten

Die Leistungen der Pflegepflichtversicherung sind identisch – egal ob PKV oder GKV versichert. Eine Besonderheit gilt für Beihilfeberechtige. Diese erhalten unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Beihilfeleistungen bei vollstationärer Pflege. Und zwar für die verbleibenden Restkosten für Pflegeleistungen sowie Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten, die über die je nach Beihilfevorschrift zumutbaren Eigenbeteiligungen hinausgehen. Nachfolgend ein exemplarisches **Beispiel** für die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV):

Beispiel Pflegegrad 4	**Pflege im Pflegeheim (kostenintensiv*)**
Monatliche Pflegekosten	4.303,00 €
Gesetzliche Leistung	1.775,00 €
Nicht gedeckte Pflegekosten	2.528,00 €
Zusätzlich zu gewährende Beihilfe nach § 39 BBhV	2.324,15 €
Selbst zu tragender Anteil nach § 39 BBhV	203,85 €

* beispielsweise „Haus der AWO“ in München
Detaillierte Auskunft zu dieser zusätzlichen Beihilfe gibt die zuständige Beihilfestelle.

Der Tarif care+ ermöglicht gerade für Beamte eine bedarfsgerechte Absicherung, da die ambulanten und stationären Leistungshöhen unterschiedlich festgelegt werden können.

Pflegezeit, Familienpflegezeit und kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Während einer Pflegesituation im familiären Umfeld kann sich ein Beschäftigter von der Arbeit freistellen lassen, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen* zu pflegen. Möglich sind eine kurzzeitige Arbeitsbefreiung von 10 Tagen, eine Pflegezeit von bis zu 6 Monaten oder eine Familienpflegezeit von bis zu 24 Monaten. Für Beschäftigte besteht während der jeweiligen Pflegezeit Kündigungsschutz. Beamte werden bei diesen Gesetzen nicht berücksichtigt; für sie gelten beamtenrechtliche Sonderregelungen.

	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	Pflegezeit	Familienpflegezeit
Rechtsgrundlage	§ 2 Pflegezeitgesetz	§ 3 Pflegezeitgesetz	§ 2 Familienpflegezeitgesetz
Zweck	Kurzfristige Überbrückung einer akuten Pflegesituation eines nahen Angehörigen*	Längerfristige Pflege eines nahen Angehörigen*	
Maximale Dauer	10 Tage	6 Monate	24 Monate
Anspruchsberechtigt	Jeder Beschäftige (nicht Selbstständige, Beamte)	Jeder Beschäftige in Betrieben mit mehr als 15 Arbeitnehmern (nicht Selbstständige, Beamte)	Jeder Beschäftige in Betrieben mit mehr als 25 Arbeitnehmern (nicht Selbstständige, Beamte)
Rechtsanspruch	ja	ja	ja
Art der Leistung	Kurzfristige, vollständige Freistellung von der Arbeit **und** Zahlung eines Pflegeunterstützungsgeld (für Inanspruchnahme ist das Vorliegen eines Pflegegrades nicht erforderlich – ärztliche Bescheinigung reicht)	Vollständige oder teilweise Arbeitsfreistellung **und** Möglichkeit eines zinslosen Darlehens **sowie** bis zu dreimonatige vollständige oder teilweise Freistellung für die Sterbebegleitung	Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit (darf nicht weniger als 15 Stunden betragen) **und** Möglichkeit eines zinslosen Darlehens
Träger der Leistung	Gesetzliche (SPV) oder private Pflegeversicherung (PPV)	Darlehen über Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)	
Höhe der Leistung	90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt des Versicherten (Berechnung gemäß § 45 Absatz 2 SGB V)	Zinsloses Darlehen: Differenz zwischen den pauschalierten monatlichen Nettoentgelten **vor** und **während** der Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit; davon werden 50 % als Darlehen gewährt **Beispiel*:** • Reduzierung von 38 auf 19 Stunden Arbeitszeit pro Woche. • pauschaliertes Nettoentgelt bei 38 Stunden Arbeitszeit: 1.360 Euro mtl. • pauschaliertes Nettoentgelt bei 19 Stunden Arbeitszeit: 820 Euro mtl. • Differenz (1.360 - 820): 540 Euro mtl. • Darlehen (50 % der Differenz): 270 Euro mtl. * monatliches Brutto in Höhe von 2.500 Euro bei 38 Stunden bzw. 1.250 Euro bei 19 Stunden, verheiratet, Steuerklasse V, kein Kirchensteuerabzug	
GKV-versicherter Beschäftigter	Bleibt in der GKV	Bei vollständiger Arbeitsfreistellung: Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV oder Familienversicherung Bei teilweiser Arbeitsfreistellung: Weiterhin Versicherungspflicht aufgrund Beschäftigung	Weiterhin Versicherungspflicht aufgrund Teilzeitbeschäftigung
PKV-versicherter Beschäftigter	Bleibt in der PKV	Wenn der Arbeitnehmer durch die (volle oder teilweise) Arbeitsfreistellung die Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschreitet, kann er sich nach § 8 Absatz 1 Nr. 2a SGB V von der eintretenden Versicherungspflicht befreien lassen.	
KV-Zuschuss für den Beschäftigten	GKV 50 %iger Zuschuss (§ 44a Absatz 4 SGB XI i. V. m. § 249c Absatz 1 Nr. 1 SGB V) PKV 50 %iger Zuschuss, nicht mehr als GKV-Zuschuss (§ 44a Absatz 4 SGB XI i. V. m. § 249c Absatz 1 Nr. 2 SGB V)	GKV Vollständige Freistellung: Familienversicherung prüfen oder freiwillige Mitgliedschaft; bei freiwilliger Mitgliedschaft Zuschuss maximal in Höhe des GKV-Mindestbeitrages (§ 44a Absatz 1 SGB XI) Teilweise Freistellung: „normaler“ Arbeitgeberzuschuss vom Arbeitsentgelt PKV Vollständige Freistellung: Zuschuss von der PPV maximal in Höhe des GKV-Mindestbeitrages (§ 44a Absatz 1 SGB XI) Teilweise Freistellung: „normaler“ Arbeitgeberzuschuss gemäß § 257 SGB V	GKV „normaler“ Arbeitgeberzuschuss vom Arbeitsentgelt PKV „normaler“ Arbeitgeberzuschuss; nicht mehr als GKV-Zuschuss gemäß § 257 SGB V

*) Nahe Angehörige: Umfasst die Pflege von Großeltern und Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartnern, Partnern einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwistern sowie von Kindern, Adoptiv- oder Pflegekindern, den Kindern, Adoptiv- oder Pflegekindern des Ehegatten oder Lebenspartners, der Schwiegerkinder und Enkelkinder. Das gilt auch bei Pflege von Stiefeltern, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehgeatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner sowie lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

A 1-Bescheinigung

Grundsätzlich gelten für Erwerbstätige die jeweiligen Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates, in dem sie beschäftigt sind. Sind Arbeitnehmer nur vorübergehend in einem anderen EU-Mitgliedsland tätig (sogenannte Entsendung), gilt jedoch ausnahmsweise weiterhin das Recht des Entsendestaates. Mit einer sogenannten A1-Bescheinigung können Arbeitnehmer und andere Erwerbstätige dokumentieren, ob für sie das Recht des Wohnstaates (Entsendestaates) oder die Vorschriften eines ausländischen Staates maßgebend sind. Die A1-Bescheinigung dokumentiert in diesen Fällen, dass die im Ausland erwerbstätige Person weiter dem deutschen Sozialversicherungssystem unterliegt.

Wichtig: Für die Ausstellung der Bescheinigung bei PKV-Versicherten ist **nicht** das jeweilige PKV-Unternehmen zuständig. Privatversicherte, die nicht berufsständisch versorgt sind, beantragen die A1-Bescheinigung bei ihrem Rentenversicherungsträger. Personen mit einer berufsständischen Versorgung erhalten die Bescheinigung bei der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV).

Weitere Informationen stehen auf der Website des PKV-Verbandes.

Äquivalenzprinzip

Grundprinzip der PKV-Beitragskalkulation, nach dem auf die gesamte erwartete Vertragsdauer jede Versichertengruppe mit ihren Prämien ihre eigenen erwarteten Versicherungsleistungen zu finanzieren hat.

Aktuar, Verantwortlicher

Der Verantwortliche Aktuar hat die Finanzlage des Unternehmens insbesondere darauf zu überprüfen, ob die dauernde Erfüllbarkeit der Verträge jederzeit gewährleistet ist, und vor allem sicherzustellen, dass die Grundsätze für die Tarifkalkulation beachtet werden. Er ist von jedem Versicherungsunternehmen, das die substitutive Krankenversicherung betreibt, zu bestellen.

Allgemeiner Beitragssatz

Seit dem 01.01.2009 mit Einführung des Gesundheitsfonds einheitlicher Beitragssatz, der für sämtliche Krankenkassen in Deutschland gilt. Der allgemeine Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Entgeltfortzahlung haben. Durch eine Gesetzesänderung wurde zum 01.01.2015 der allgemeine Beitragssatz von 15,5 % auf 14,6 % gesenkt. Dafür wurde im Gegenzug die Erhebung eines kassenindividuellen und einkommensabhängigen Zusatzbeitrages eingeführt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Abgekürzt AVB. Sie bestehen im Regelfall aus 3 Teilen. Der erste Teil sind die Musterbedingungen des PKV-Verbandes. Der zweite Teil sind spezifische Besserstellungen und Ergänzungen des jeweiligen PKV-Unternehmens, und der dritte Teil sind die Tarife. Mittlerweile gibt es einige PKV-Unternehmen, die komplett unternehmensindividuelle AVB haben.

Altersteilzeit

Altersteilzeit liegt vor, wenn Arbeitnehmer das 55. Lebensjahr vollendet haben und mit ihrem Arbeitgeber vereinbaren, dass ihre Arbeitszeit auf die Hälfte der tariflich regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit reduziert wird.

Die genaue Ausgestaltung der Altersteilzeit ist Sache der Tarifvertragsparteien. Eine entsprechende Regelung ist mittlerweile in den meisten Branchen erfolgt. Die Reduzierung der Arbeitszeit auf die Hälfte kann auf unterschiedliche Weise realisiert werden. Beispielsweise kann die Reduzierung auch wie folgt innerhalb der Rahmenfrist von 10 Jahren aussehen: Mit 55 Jahren volle Stundenzahl bis 60, danach gar keine Tätigkeit bis 65 Jahre (= Blockmodell). Ergebnis: Bezogen auf 10 Jahre wurde die Arbeitszeit auf die Hälfte reduziert. Der Arbeitnehmer erhält in der gesamten Zeit 50 % Gehalt plus Aufstockungsbeträge, die der Arbeitgeber gemäß tarifvertraglicher Vereinbarung zahlt.

Im Falle der Altersteilzeit wird der Privatversicherte seit dem 01.07.2000 – auch wenn die Versicherungspflichtgrenze unterschritten wird – im Regelfall nicht mehr versicherungspflichtig, wenn er das 55. Lebensjahr vollendet hat und vor der Reduzierung der Arbeitszeit mindestens 5 Jahre PKV-versichert war.

Alterungsrückstellung (auch Deckungsrückstellung)

Grundsätzlich ist der Beitrag zur PKV altersabhängig, und zwar mit zunehmendem Alter fast immer steigend (dies wird allgemein als Risikobeitrag bezeichnet). Der nach dem Äquivalenzprinzip berechnete Beitrag ist demgegenüber prinzipiell konstant und heißt Nettobeitrag. Dieser Nettobeitrag ist in der Anfangszeit der Versicherungsdauer höher als der jeweilige altersabhängige Risikobeitrag. Dies führt zwangsläufig zur Bildung einer Rückstellung der in der Anfangszeit „zu viel" bezahlten Beiträge, der Alterungsrückstellung. Sie wird verzinslich angesammelt, wobei die hieraus erzielten Überschüsse wiederum den Rückstellungen zugeführt werden. Ab dem Zeitpunkt, an dem der Beitrag nicht mehr ausreicht, um die Leistungen zu finanzieren, wird die Alterungsrückstellung abgebaut.

Anwartschaftsversicherung

Eine Anwartschaftsversicherung dient dazu, erworbene Rechte aus einem PKV-Vertrag zu erhalten. Der Abschluss empfiehlt sich z. B. für Vollversicherte, die vorübergehend in der GKV versicherungspflichtig werden (z. B. wegen Arbeitslosigkeit ohne Befreiung). Mit einer kleinen Anwartschaftsversicherung erreicht der Kunde den Verzicht auf erneute Risikoprüfung bei Aktivierung; durch die große Anwartschaftsversicherung werden zusätzlich die Alterungsrückstellungen weiter aufgebaut. Bei Anspruch auf freie Heilfürsorge (Polizeibeamte, Berufssoldaten) können solche Rechte für die spätere Pensionierung bereits ab Dienstbeginn erworben werden (große Anwartschaft oder kleine Anwartschaft mit Beitragsentlastungstarif peB). Eine Anwartschaftsversicherung ist auch für bestimmte Auslandsaufenthalte möglich.

Seit dem 01.01.2009 ist eine Anwartschaftsversicherung wegen wirtschaftlicher Notlage dann nicht mehr möglich, wenn es sich um eine Krankheitskostenvollversicherung handelt, die der Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Absatz 3 VVG genügt.

Auch in der PPV besteht die Möglichkeit eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen.

Eine **kleine PPV-Anwartschaft** kann für die Dauer einer Versicherungspflicht oder einer Familienversicherung in der SPV abgeschlossen werden.

Die PPV kann im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der PPV als **große Anwartschaft** geführt werden, wenn keine Versicherungspflicht in der PPV besteht. Das kommt für folgenden Personengruppen infrage:

- Personen, die vorübergehend Deutschland verlassen
- Personen, deren Versicherungspflicht aufgrund des Anspruchs auf Gesundheitsfürsorge während des Strafvollzugs oder einer Untersuchungshaft entfällt
- Personen, die trotz Beibehaltung des Wohnsitzes in Deutschland in Krankenfürsorgesysteme der EU einbezogen sind, wie beispielsweise Mitarbeiter des Europäischen Parlaments

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Anzeigepflicht

Sämtliche Fragen im Antrag sind zutreffend und vollständig zu beantworten. Alle Tatsachen, auch und vor allem gesundheitlicher Art, sind anzugeben, damit der Versicherer abschließend prüfen kann. Diesbezügliche Erklärungen können auch auf einer Anlage zum Antrag gemacht werden. Bei einem Verstoß setzt der Kunde seinen Versicherungsschutz aufs Spiel.

Arbeitgeberzuschuss

a) zur PKV:

Bei SIGNAL IDUNA versicherte Arbeitnehmer, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei sind oder von der Versicherungspflicht befreit wurden oder die ab 55 versicherungsfrei bleiben, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zum KV-Beitrag. Der Zuschuss beträgt 2021:

Berechnung Höchstbeitrag	Maximal-Zuschuss
4.837,50 € x (14,6 % + 1,3 %) : 2 =	384,58 €

Der Zuschuss ist begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich gezahlten SIGNAL IDUNA Beitrages. Liegt das Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze, wird dieses Einkommen für die Berechnung des Arbeitgeberzuschusses zugrundegelegt.

Privat Versicherte erhalten den Zuschuss nur, wenn sie für sich und für ihre Angehörigen, die bei Krankenversicherungspflicht des Arbeitnehmers familienversichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den GKV-Leistungen entsprechen. Trotzdem wird der Zuschuss auch für eine Vollversicherung ohne Krankentagegeld gezahlt.

Hieraus folgt, dass auch der Beitrag für PKV-vollversicherte, einkommenslose Familienangehörige des Arbeitnehmers (Ehepartner, Kinder) zuschussfähig ist. Anders liegt der Fall, wenn ein Ehegatte PKV versichert und der andere als freiwilliges Mitglied GKV versichert ist. In diesem Fall wird für den freiwillig GKV versicherten Ehegatten kein Zuschuss gewährt. Auch für freiwillig GKV versicherte Kinder wird kein Zuschuss gewährt.

Wichtig: Der Arbeitgeberzuschuss mindert sich nicht durch eine SIGNAL IDUNA Beitragsrückerstattung.

b) zur PPV:

Der Beitragszuschuss zum SIGNAL IDUNA PPV-Beitrag ist begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei SPV-Versicherungspflicht fällig wäre (2021 höchstens 73,77 Euro), höchstens jedoch auf die Hälfte des tatsächlichen PPV-Beitrages. Im Bundesland Sachsen beträgt der maximale Arbeitgeberzuschuss 49,58 Euro (1,025 % von 4.837,50 Euro).

Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst

Für Arbeitnehmer in den alten Bundesländern bestehen Beihilfeansprüche. Das gilt nicht für folgende Dienstverhältnisse: Bund (ab 08.98), Baden Württemberg (seit 12.97; kommunale Ausnahmen möglich), Bayern (ab 01.01), Hessen (ab 05.01), Niedersachsen, NRW (ab 01.99), Schleswig-Holstein (ab 09.70).

Rechtsgrundlage sind die einzelnen Tarifverträge. Die Beihilfeansprüche richten sich nach der bestehenden Krankenversicherung des Arbeitnehmers, ob er GKV-pflichtig oder freiwillig versichert ist bzw. Versicherungsschutz in der PKV besteht (siehe auch Tabelle auf Seite 47 ff.). In den neuen Bundesländern haben Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst keinen Beihilfeanspruch, da keine Tarifverträge bestehen.

Im Gegensatz zum Beamten erlischt der Beihilfeanspruch des Arbeitnehmers im öffentlichen Dienst grundsätzlich bei Rentenbezug. Deshalb empfiehlt sich grundsätzlich die Inanspruchnahme des Arbeitgeberzuschusses und der Abschluss von „Normal"-Tarifen (siehe auch Seite 46).

Arbeitseinkommen

Begriff aus dem Sozialversicherungsrecht (§ 15 SGB IV). Arbeitseinkommen ist der nach allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit.

Arbeitsentgelt

Begriff aus dem Sozialversicherungsrecht (§ 14 SGB IV). Arbeitsentgelt sind alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung. Dabei ist es gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden.

Arbeitslosenversicherung (freiwillig) für Selbstständige

Unternehmerinnen und Unternehmer haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, sich auf Antrag in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiterzuversichern. Der Beitrag beträgt 2021 monatlich

West	Ost
78,96 €	**74,76 €**
39,48 € für Existenzgründer bis zum Ende des 2. Kalenderjahres nach Existenzgründung	37,38 € für Existenzgründer bis zum Ende des 2. Kalenderjahres nach Existenzgründung
[Voraussetzungen siehe § 28 a i. V. m. § 345 b SGB III]	

Die Möglichkeit zur freiwilligen Antragsversicherung war in der früheren Gesetzesversion bis zum 31.12.2010 befristet. Diese Befristung ist durch eine gesetzliche Änderung zum 01.01.2011 aufgehoben worden.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Krankentagegeldversicherung 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. In einigen Tarifen wird auch bei einer Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % unter bestimmten Voraussetzungen ein Krankentagegeld weiter gezahlt.

Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

Mit dem AVWG wurde festgelegt, dass besonders preisgünstige Arzneimittel von der Zuzahlung befreit werden können. Seit dem 1. Juli 2006 ist diese Regelung in Kraft. Die meisten rezeptpflichtigen Arzneimittel sind sogenannten Festbetragsgruppen zugeordnet, das sind Gruppen von Arzneimitteln mit vergleichbaren Wirkungen. Es gibt insgesamt etwa 350 solcher Festbetragsgruppen. Seit dem 1. November 2006 gilt für 209 Festbetragsgruppen, dass besonders preisgünstige Arzneimittel von Zuzahlungen befreit sind. Nämlich dann, wenn ihr Preis mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegt (berechnet auf der Basis des Apothekeneinkaufspreises).

Weit über 10.000 Medikamente stehen mittlerweile in der Liste der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel. Diese Liste wird alle 14 Tage fortlaufend aktualisiert anhand der Preise, die die Arzneimittelhersteller neu festlegen können.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Aufsicht

Die Versicherungsaufsicht wird von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) durchgeführt. Sie erstreckt sich auf die Tätigkeiten des Versicherers: den Betrieb von Versicherungsgeschäften, ebenso die Verwendung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Geschäftsplänen (siehe auch Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht). Seit Neuestem gibt es auch die Europäische Versicherungsaufsicht mit Sitz in Frankfurt am Main.

Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG)

Am 01.01.2006 ist das so genannte Aufwendungsausgleichsgesetz in Kraft getreten. Es regelt den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Mutterschaft und die Entgeltfortzahlung.

a) Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (U1-Verfahren)

Unter den Ausgleich fallen 80 % (per Satzung können auch niedrigere Werte festgelegt werden) der Aufwendungen der Arbeitgeber für die gesetzliche Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Fortgezahlt werden die Bruttoeinkommen zuzüglich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung bzw. zur PKV. Seit dem 01.01.2006 werden auch die Aufwendungen für Angestellte ausgeglichen (bis dahin nur Arbeiter und Auszubildende).

Erfasst werden nur die Arbeitgeber, die höchstens 30 Arbeitnehmer beschäftigen. Sie zahlen für den Ausgleich an die GKV einen bestimmten Umlagebeitrag (= Umlagesatz x rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt).

Der Umlagesatz ist kassenindividuell und hängt von der Höhe der Erstattung ab.

b) Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld (U2-Verfahren)

Unter den Ausgleich fallen 100 % der Aufwendungen der Arbeitgeber für das Mutterschaftsgeld. Das Mutterschaftsgeld wird gezahlt für die Dauer der gesetzlichen Beschäftigungsverbote (im Wesentlichen Mutterschutzfristen 6 Wochen vor der Entbindung und 8 Wochen danach). Der Arbeitgeber hat im Regelfall die Differenz zwischen dem täglichen Mutterschaftsgeld von 13 Euro und dem täglichen Nettoeinkommen zu erstatten. Diese Zahlungen werden zu 100 % von der GKV ausgeglichen.

Erfasst werden seit neuestem alle Arbeitgeber, unabhängig von der Betriebsgröße. Sie zahlen für den Ausgleich an die GKV einen bestimmten Umlagebeitrag (= Umlagesatz x rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt). Der Umlagesatz ist kassenindividuell.

Auslandsreise-Krankenversicherung

Nachfolgend finden Sie die Absicherungsmöglichkeiten der SIGNAL IDUNA auf einen Blick:

a) Reise-Krankenversicherung (Tagesabschluss)

für Auslandsreisen bis maximal 365 Tage; unterschieden wird zwischen den Geltungsbereichen mit oder ohne Aufenthalt in den USA, Kanada und den Karibischen Inseln, da dort die Krankheitskosten überdurchschnittlich hoch ausfallen.

	Ohne Aufenthalt in ...		Mit Aufenthalt in ...	
Reisetag	bis 64 Jahre	ab 65 Jahre	bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
vom 1. - 60. Tag	1,00 €/Tag	3,50 €/Tag	3,00 €/Tag	11,90 €/ Tag
vom 61. - 365. Tag	2,50 €/Tag	7,50 €/Tag	5,00 €/Tag	14,90 €/ Tag
Risikoträger ist die SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG				

oder

b) Reise-Krankenversicherung (Jahresabschluss)

gilt für beliebig viele private Auslandsaufenthalte innerhalb eines Versicherungsjahres bis zu einer Dauer von 60 Tagen für Urlaubs- sowie 10 Tage für Dienstreisen. Unterschieden wird nach Single- oder Familientarif. Eine Familie umfasst max. 2 Erwachsene (Ehe- bzw. Lebenspartner) und deren unverheiratete Kinder bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, sofern sie in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Vertrag wird jährlich verlängert (unabhängig vom Alter).

	Single	Familie
bis 64 Jahre	14,90 €	29,90 €
ab 65 Jahre	81 €	154 €
Risikoträger ist die SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG		

Onlineabschlüsse und weitere Infos unter
www.signal-iduna.de/reise

Unternehmen, die Auslandsentsendungen von Mitarbeitern vornehmen, haben für anfallende Krankheitskosten ihrer Mitarbeiter im Ausland aufzukommen. Näheres ergibt sich aus § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) V.

Basistarif

Seit dem 01. Januar 2009 sind alle PKV Unternehmen in Deutschland verpflichtet, einen so genannten Basistarif anzubieten. Der gesetzlich vorgeschriebene verbandseinheitliche Basistarif ersetzt den bisherigen modifizierten Standardtarif. Sofern die gesetzlichen Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind, besteht im Basistarif ein Kontrahierungszwang (Aufnahmepflicht durch den Versicherer). Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse kommen nicht zum Tragen (siehe Punkt Gesundheitsprüfung).

Hinweis: Neuversicherte ab dem 01.01.2009 haben kein Zugangsrecht mehr in den bisherigen „normalen“ Standardtarif (STN/ STB). Bestandsversicherte, die vor dem 01.01.2009 versichert waren, können weiterhin unter den tariflichen Voraussetzungen in den STN/ STB wechseln.

Zugang zum Basistarif bei jedem PKV-Unternehmen	
Freiwillig GKV-Versicherte	innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Versicherungspflicht
Neukunden der PKV mit Vertragsbeginn ab 01.01.2009	jederzeit
Nichtversicherte, die in der PKV versicherungspflichtig sind	jederzeit

Tarifart und Selbstbehalt

Den Basistarif gibt es für Beihilfeberechtigte (Tarif BTB) sowie für alle übrigen Personengruppen (Tarif BTN).

Statt der Tarifvariante ohne Selbstbehalt (SB) können SB-Stufen mit 300, 600, 900 oder 1.200 Euro vereinbart werden (Beihilfe entsprechend dem Beihilfebemessungssatz). Bei Wahl einer Selbstbeteiligung besteht eine 3-jährige Bindefrist an die gewählte SB-Stufe. Ist nach Ende der 3-jährigen Bindefrist ein Wechsel des Selbstbehalts gewünscht, muss die alte SB-Stufe drei Monate vor Ablauf der Bindefrist „gekündigt“ werden. Führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. In diesem Fall gilt die 3-jährige Bindefrist nicht.

Zugang zum Basistarif beim eigenen PKV-Unternehmen, wenn Person bereits vor 01.01.2009 versichert war	
ab dem 55. Lebensjahr	jederzeit
wenn Rentenanspruch besteht und Rente beantragt wurde	jederzeit
bei Hilfebedürftigkeit (Nachweis erforderlich)	jederzeit
Versicherte im Standardtarif	jederzeit

Hinweis:

Die 3-jährige Bindefrist ist auch bei einem Versicherer-Wechsel zu erfüllen!

Zugangsberechtigter Personenkreis

Für den folgenden Personenkreis besteht Zugang zum Basistarif bei allen PKV-Unternehmen:

- ✓ freiwillig gesetzlich Krankenversicherte innerhalb von 6 Monaten nach dem Beginn ihrer freiwilligen Mitgliedschaft
- ✓ alle Personen, die ab dem 01.01.2009 einen PKV-Vertrag neu abschließen – zeitlich unbegrenzt.

Weiterhin besteht jederzeit ein Zugangsrecht in den Basistarif für bereits PKV-Versicherte,

- ✓ wenn diese das 55. Lebensjahr vollendet haben.

Vor dem 55. Lebensjahr, wenn

- ✓ ein Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften besteht und auch beantragt wurde
- ✓ oder bisher eine Versicherung nach dem Standardtarif im Sinne des § 257 Abs. 2a SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung besteht
- ✓ oder Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) bzw. SGB XII besteht.

Zusätzlich gibt es noch ein besonderes Zugangsrecht zum Basistarif im Rahmen der Beamtenöffnungsaktion (siehe Seite 59).

Hinweis:

Grundsätzlich sollten sich unsere Bestandskunden vor einem Wechsel in den Basistarif von ihrem zuständigen Außendienstpartner ausführlich beraten lassen. Denn meistens sind andere Möglichkeiten zur Veränderung des Versicherungsschutzes günstiger und bedarfsgerechter als der Wechsel in den Basistarif.

Gesundheitsprüfung

Im Basistarif besteht Kontrahierungszwang und es dürfen keine Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse oder Ablehnungen zum Tragen kommen. Die Prüfung des individuellen Risikos findet dennoch statt. Ergibt die Prüfung, dass bei anderen Tarifen der Krankheitskostenversicherung ein Risikozuschlag oder eine sonstige Erschwerung notwendig wäre, wird das Ergebnis für eventuelle Umstellungen zu einem späteren Zeitpunkt gespeichert (fiktiver Risikozuschlag). Des Weiteren ist die Ermittlung der Risikodaten für den so genannten Poolausgleich innerhalb der PKV-Unternehmen notwendig.

(Höchst-)Beiträge

Der Beitrag im Basistarif ist auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitrages begrenzt. Der Höchstbeitrag für den Basistarif 2021 beträgt somit **769,16 Euro** (= 4.837,50 € x (14,6 % + 1,3 %)). Diese Begrenzung kommt bereits in sehr jungen Eintrittsaltern zum Tragen. So wird bereits ab Eintrittalter 22 Jahre der GKV-Höchstbeitrag erreicht.

Bei Hilfebedürftigkeit kann Anspruch auf die Halbierung des Beitrages für die Dauer der Hilfebedürftigkeit entstehen.

Voraussetzung ist, dass

- ✓ alleine durch Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit entsteht oder
- ✓ unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit entsteht.

Die Hilfebedürftigkeit ist von der Agentur für Arbeit bzw. der örtlichen Sozialhilfestelle (Sozialamt) zu bescheinigen. Zusätzlich sind vom Kunden die Beiträge zur privaten Pflegepflichtversicherung zu entrichten. Der PPV-Beitrag wird bei Hilfebedürftigkeit auf maximal die Hälfte des Höchstbeitrages reduziert.

Leistungen

Die Leistungen des Basistarifes lassen sich mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen vergleichen (§ 152 VAG). Der Vergütungsrahmen liegt für ärztliche Leistungen beim 1,8-fachen Satz der GOÄ, für zahnärztliche Leistungen beim 2,0-fachen Satz der GOZ. Anders als bei den anderen SIGNAL IDUNA Tarifen, vermindern sich die Leistungen im Basistarif, sobald sich die GKV-Leistungen verschlechtern.

Es gibt einen Sicherstellungsauftrag der kassen- und kassenzahnärztlichen Vereinigung für ihre angeschlossenen Ärzte/ Zahnärzte. Basistarif-Versicherte werden als Patienten akzeptiert, wenn die Behandlung durch diese Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte erfolgt. Ausschließlich privat ärztlich tätige Ärzte/ Zahnärzte sind hieran nicht gebunden und können auch beim Basistarif-Versicherten einen höheren Satz liquidieren. In dem Fall besteht jedoch keine Leistungspflicht aus dem Basistarif. Ein Novum ist die gesamtschuldnerische Haftung im Basistarif. Danach haften der Versicherer und der Versicherungsnehmer gegenüber den Leistungserbringern gemeinsam.

Zusatzversicherung nach Tarif BasisZUSATZ

Da der Tarif BasisZUSATZ nicht in die Unisexwelt übertragen wurde, kann er seit dem 21.12.2012 nicht mehr beantragt werden.

Hinweise zur Beantragung

Anfragen zum Basistarif sind schriftlich an die Hauptverwaltung zu richten und werden nur zentral bearbeitet. Bei einem PKV-Wechsel in den SIGNAL IDUNA Basistarif ist der zu zahlende Beitrag nicht mehr, wie bisher gewohnt, einer Beitragstabelle zu entnehmen. Im Beitrag ist der individuelle Übertragungswert zu berücksichtigen. Der Basistarif ist auf Verbandsebene entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ohne Provision kalkuliert worden. Daher wird es für den Abschluss des Basistarifes keinerlei Vergütungen geben.

Beamtenanwärter

Personen, die sich in der Ausbildung zum Beamtenberuf befinden, werden als Beamte auf Widerruf bezeichnet. Man unterscheidet Beamtenanwärter (in der Ausbildung für den einfachen, mittleren und gehobenen Dienst) und Referendare (z. B. Lehrer, Richter für den höheren Dienst). Rechtsreferendare werden versicherungspflichtig in der GKV (Ausnahmen: Hessen, Mecklenburg-Vorpommren) und haben keinen Beihilfeanspruch.

Beamter

Ein Beamter steht in einem öffentlich-rechtlichen Dienst- und Treueverhältnis (Beamtenverhältnis) zu seinem Dienstherrn. Aus diesem Treueverhältnis heraus ergibt sich eine angemessene Versorgung des Beamten und seiner Familie durch den Dienstherrn, auch im Falle der Krankheit (Beihilfe).

Die einzelnen Stationen im Werdegang eines Beamten sind:

- ✓ Beamter auf Widerruf (Ausbildung zum Beamtenberuf)
- ✓ Beamter auf Probe (Zeit zwischen Ausbildungsende und Ernennung zum Beamten auf Lebenszeit)
- ✓ Beamter auf Lebenszeit (nimmt dauerhaft die Aufgaben als Beamter wahr)

Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Seit dem 01.07.2000 werden mindestens 55-Jährige, die in den letzten 5 Jahren vorher PKV-versichert waren, nicht mehr krankenversicherungspflichtig; sie sind versicherungsfrei und müssen sich nicht mehr befreien lassen.

Arbeitnehmer können sich unter anderem auf Antrag befreien lassen, wenn sie GKV-versicherungspflichtig werden, u. a. durch

- ✓ Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- ✓ Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit während der Elternzeit (früher: Erziehungsurlaub)
- ✓ Wechsel von einer Vollzeitbeschäftigung in eine Teilzeitbeschäftigung, wenn die Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte vergleichbarer Vollbeschäftigter abgesenkt wird. Darüber hinaus muss der Arbeitnehmer bei Beginn der Teilzeitbeschäftigung mindestens 5 Jahre beschäftigt und wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze versicherungsfrei sein.
- ✓ durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit oder der Familienpflegezeit
- ✓ durch Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung im Anschluss an die Elternzeit bzw. Pflegezeit, wenn bei Vollbeschäftigung die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten würde. Auch hier darf die Arbeitszeit nur auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte reduziert werden. Darüber hinaus muss seit mindestens 5 Jahren Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze vorgelegen haben (Elternzeit/Pflegezeit wird angerechnet)

Der Antrag ist innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht zu stellen und wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden und erstreckt sich nur auf den der Befreiung zugrunde liegenden Tatbestand. Mit anderen Worten: Ein von der Versicherungspflicht befreiter Arbeitnehmer wird z. B. bei Arbeitslosigkeit wieder versicherungspflichtig (gilt seit dem 01.07.2000 grundsätzlich nur noch für unter 55-Jährige).

Urteil des Bundessozialgerichts (BSG-Urteil vom 27.04.2016 – B12KR24/14R) zur Befreiung von Studenten und Rentnern

Durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) ist seit dem 01.01.2019 dieses Urteil nicht mehr anzuwenden.

War der Student bzw. Rentner unmittelbar vor der Versicherungspflicht als Student bzw. Rentner anderweitig versicherungspflichtig in der GKV versichert (z. B. als Arbeitnehmer), ist durch das GKV-VEG eine Befreiung nach den weiter unten aufgeführten Grundsätzen **wieder** problemlos möglich.

Rentner bzw. Rentenantragsteller können sich ebenfalls von der Versicherungspflicht befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung ist bei der Krankenkasse zu stellen, bei der der Rentenbezieher zuletzt versichert war (z. B. AOK, IKK, BKK, BEK, DAK, usw.).

Frist beachten: Der Antrag muss spätestens innerhalb von 3 Monaten ab dem Tag der Rentenantragstellung bei der zuständigen Krankenkasse vorliegen. Unser Tipp: Bei Rentenantragstellung wird eine „Meldung zur KVdR“ für die zuständige Krankenkasse aufgenommen. Dies geschieht in aller Regel beim Versicherungsamt der Stadtverwaltung. Bereits in diesem Vordruck kann die Befreiung beantragt werden.

Studenten müssen sich bereits mit der Einschreibung von der Versicherungspflicht befreien lassen. In späteren Semestern ist die Befreiung nicht mehr möglich. Eine Ausnahme bilden familienversicherte Kinder. Solange Studenten famlienversichert sind, wird der Beginn der Versicherungspflicht als Student hinausgeschoben. Die Versicherungspflicht als Student setzt nach Ende der Familienversicherung ein. Und erst ab diesem Zeitpunkt ist dann der Befreiungsantrag zu stellen. Der Antrag muss spätestens 3 Monate nach Beginn der Versicherungspflicht gestellt sein.

Seit dem 01.04.1998 ist auch eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bei Arbeitslosigkeit (Bezug von **Arbeitslosengeld I** oder **Unterhaltsgeld**) möglich. Das gilt aber nur, wenn in den letzten 5 Jahren vor dem Leistungsbezug keine GKV bestand. Die Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei einer zuständigen Krankenkasse (z. B. AOK des Wohnortes, aber auch jede bundesweite Ersatzkasse) zu beantragen. Die Befreiung gilt für den gesamten Zeitraum einer Arbeitslosigkeit und des gleichzeitigen Bezuges von Arbeitslosengeld I und Unterhaltsgeld. Sie ist für die Dauer dieses Zeitraums unwiderruflich. Seit dem 01.01.2000 ist diese Befreiung nur noch möglich, wenn die Leistungen der PKV nach Art und Umfang den Leistungen des SGB V entsprechen; es muss in diesem Fall auch ein **Krankentagegeld** nachgewiesen werden.

Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25. Mai 2011

Das BSG hat in diesem Urteil (B 12 KR 9/09 R) entschieden, dass eine Befreiung von der Versicherungspflicht nur auf das jeweilige Versicherungsverhältnis beschränkt ist und tatbestandsbezogen wirkt. Im konkreten Fall hatte sich eine Arbeitnehmerin aufgrund der Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) von der Versicherungspflicht befreien lassen. Kurze Zeit später wurde sie arbeitslos und ist wieder in der GKV versicherungspflichtig geworden. Nach Ende der Arbeitslosigkeit hat sie wieder eine Beschäftigung unterhalb der JAEG aufgenommen. Die zuständige Krankenkasse ist davon ausgegangen, dass die damalige Befreiung auch bei der Neubeschäftigung wirkt. Das BSG hat dies verneint und klargestellt, dass eine Befreiung nicht über das Ende des Versicherungspflichttatbestandes hinauswirkt.

Beihilfe

Den Beamten erstattet der Dienstherr einen Teil der im Einzelfall entstehenden Krankheitskosten in Form von Beihilfe. Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. Aufgrund dieser Verpflichtung erhält der Beamte keinen Arbeitgeberzuschuss zu seinem Krankenversicherungsbeitrag.

Da der Dienstherr also nur einen Teil der entstandenen Kosten übernimmt, ist Beihilfe demzufolge nur Teilhilfe. Für die durch die Beihilfe nicht gedeckten Kostenanteile ist eine eigenverantwortliche Vorsorge notwendig.

In Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen können Beamte anstelle der „individuellen Beihilfe“ die „Pauschale Beihilfe“ wählen. Sie erhalten dann anstelle des Beihilfeanspruchs einen Beitragszuschuss zu ihrer Krankenversicherung (GKV bzw. PKV). Mit Wahl der „Pauschalen Beihilfe“ ist dann ein 100 %iger Krankenversicherungsschutz abzuschließen. Die Kosten bei dauernder Pflegebedürftigkeit bleiben weiter beihilfefähig. Die Entscheidung für die „Pauschale Beihilfe“ ist grundsätzlich unwiderruflich (Einzige Ausnahme: Erneutes Wahlrecht in Richtung „individueller“ Beihilfe nur

bei Verbeamtung auf Probe). Details zur Pauschalen Beihilfe finden Sie auf Seite 121.

Beihilfebemessungssatz

Die Beihilfe wird nur anteilig zu den Krankheitskosten gewährt, und zwar in Höhe des entsprechenden Beihilfebemessungssatzes (der Bemessungssatz ist abhängig von der jeweils geltenden Beihilfevorschrift). Die Bemessungssätze sind darauf abgestellt, dass der Beihilfeberechtigte sich und seine Familie mit einem angemessenen Beitrag versichert, damit er – unter Berücksichtigung der von seinem Dienstherrn gewährten Beihilfe – in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen nicht in eine wirtschaftliche Notlage gerät.

Die jeweiligen Beihilfebemessungssätze können Sie der Beihilfeübersicht auf Seite 43 entnehmen.

Beihilfeberechtigte Personen

Als Beihilfeberechtigte bezeichnet man die Personen, die einen Antrag auf Beihilfe zu ihren Krankheitskosten stellen können.

Dies sind

✓ Beamte, Richter und Versorgungsempfänger
✓ Witwe und Witwer des Beamten
✓ Waisen des Beamten

Die Beihilfeberechtigung gilt im Regelfall nur für die Zeit, während der die genannten beihilfeberechtigten Personen Bezüge erhalten.

Beitragsbemessungsgrenze (BBG)

Die Beitragsbemessungsgrenze ist die Obergrenze, bis zu der die Einnahmen der Versicherten (z. B. das Arbeitsentgelt bei Arbeitnehmern) für die Beitragsberechnung herangezogen werden. Die Beitragsbemessungsgrenze ist für die Renten- und Arbeitslosenversicherung identisch. In der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht die Beitragsbemessungsgrenze der Jahresarbeitsentgeltgrenze gemäß § 6 Abs. 7 SGB V (= sog. Altfälle).

Für 2021 sind das monatlich 4.837,50 Euro.

Die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung beträgt für 2021 monatlich 7.100 Euro (6.700 Euro im Osten); der Wert wird jedes Jahr im Bundesanzeiger bekannt gegeben.

Beitragsentlastungsgesetz

Zum 01.01.1997 in Kraft getreten. Schränkt GKV-Leistungen erneut ein und schreibt den Kassen per Gesetz eine Senkung des Beitragssatzes um 0,4 %-Punkte vor. Folgende Leistungen sind eingeschränkt worden:

- Kein Zahnersatz mehr für Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind (ab 01.01.1999 wieder aufgehoben durch Solidaritätsstärkungsgesetz)
- Kürzung des Krankengeldes auf 70 % (vorher 80 %) des Bruttoeinkommens, maximal 90 % (vorher 100 %) des Nettoeinkommens
- Wegfall des Zuschusses zum Brillengestell
- Erhöhung der Zuzahlung bei Arzneien auf 4, 6 oder 8 DM je nach Packungsgröße
- Vorsorgekuren nur noch 3 Wochen alle 4 Jahre (bisher 4 Wochen alle 3 Jahre) – siehe Solidaritätsstärkungsgesetz.

Beitragsrückerstattung (BRE)

Näheres zur Beitragsrückerstattung entnehmen Sie bitte der Seite 65 dieses Handbuches.

Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)

Zum 01.01.2003 in Kraft getreten. Für die PKV besonders relevant ist die sehr starke Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze). Seitdem gibt es zwei Grenzen: für Neu- und Bestandsfälle.

Beitragssätze der GKV

Verhältnis der voraussichtlichen Beitragseinnahmen zu den voraussichtlichen Aufwendungen (Umlageverfahren). Seit dem 01.01.2009 gibt es in der GKV nur noch zwei einheitliche Beitragssätze, die für sämtliche Krankenkassen gelten. Die unterschiedlichen Sätze sind abgestellt auf den Krankengeldanspruch:

allgemeiner Beitragssatz: 14,6 %	Bei Arbeitsunfähigkeit besteht Anspruch auf Krankengeld
ermäßigter Beitragssatz: 14,0 %	Kein Anspruch auf Krankengeld

Beitragszuschuss für privat versicherte Rentner

SIGNAL IDUNA versicherte Rentner erhalten zu ihrer PKV einen Zuschuss vom Rentenversicherungsträger. Er beträgt in der PKV aktuell 7,95 % ((14,6 % + 1,3 %) : 2) des Rentenzahlbetrages, höchstens jedoch die Hälfte des tatsächlichen KV-Beitrages (§ 106 Absatz 3 SGB VI). Der Zuschuss zur Pflegeversicherung ist seit dem 01.04.2004 entfallen – genau wie bei GKV-Verscherten.

Belastungsgrenze bei gesetzlichen Zuzahlungen

Versicherte haben in jedem Kalenderjahr Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) zu leisten. Hierbei handelt es sich ausschließlich um die gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V. Die Belastungsgrenze gilt nicht für Eigenbeteiligungen beim Zahnersatz, Mehrkosten bei Festbeträgen sowie Eigenbeteiligungen durch die Inanspruchnahme von Wahlleistungen (z. B. Heilpraktiker, im Krankenhaus Wahlarzt bzw. 1- oder 2-Bettzimmer). Diese beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (ohne Begrenzung auf die BBG); bei chronisch Kranken beträgt sie 1 %. Der Versicherte hat über seine Zuzahlungen selbst Buch zu führen. Liegt der Versicherte über der Belastungsgrenze, wird er nur für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen von seiner Krankenkasse befreit (Kasse stellt Bescheinigung aus). Dies muss er mithilfe von Zuzahlungsquittungen und Einkommensbescheinigungen nachweisen.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen zusammengerechnet. Hierbei sind bestimmte Freibeträge zu berücksichtigen: für den Ehepartner 15 % der jährlichen Bezugsgröße (2021: 5.922 Euro), für jedes Kind vermindert sich die Belastungsgrenze um 8.388 Euro. Für Hilfeempfänger und Heimbewohner gelten abweichende Regelungen.

Beispiel

verheirateter GKV-Versicherter, 2 Kinder	
jährliche Bruttoeinnahmen Mitglied	30.000 €
+ jährliche Bruttoeinnahmen Ehegatte	15.000 €
= Gesamt-Bruttoeinnahmen	45.000 €
./. Freibetrag Ehegatte	5.922 €
./. Freibetrag Kinder (2 x 8.388 €)	16.776 €
= anzurechnende Bruttoeinnahmen	22.302 €
Die Belastungsgrenze in diesem Beispiel beträgt für die gesamte Familie für das Kalenderjahr 2021 (22.302 € x 2 % =) **446,04 €**	

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Der Beihilfeberechtigte erhält auch für seinen Ehegatten/Lebenspartner und seine Kinder eine Beihilfe zu den entstehenden Krankheitskosten. Voraussetzung ist allerdings, dass die Angehörigen „berücksichtigungsfähig“ sind.

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind:

- der Ehegatte des Beihilfeberechtigten
- auch eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (gilt nicht für Bremen)
- die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten

a) Voraussetzungen für die Berücksichtigungsfähigkeit des Ehegatten/ Lebenspartners:

Der Ehegatte ist bei der Beihilfe berücksichtigungsfähig, solange sein eigenes Einkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Die Grenze ist abhängig von der jeweils geltenden Beihilfevorschrift (siehe Übersicht Seite 57).

Beispiel

Gemäß der Beihilfevorschrift des Bundes ist der Ehegatte berücksichtigungsfähig, wenn im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung die Einkommensgrenze von 20.000 Euro nicht überschritten wurde. Soll für den Ehegatten 2021 Beihilfe beantragt werden, so werden die Einkünfte des Jahres 2019 zugrunde gelegt.

Maßgebend ist der Gesamtbetrag der Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 EStG. Vereinfacht wird dieser Betrag wie folgt ermittelt:

Selbstständige:	Betriebseinnahmen ./. Betriebsausgaben
Arbeitnehmer:	Bruttoeinnahmen ./. Werbungskosten

b) Voraussetzungen für die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern:

Kinder gehören im Regelfall zu den berücksichtigungsfähigen Personen, solange dem Beihilfeberechtigten für ein Kind Kindergeld zusteht. Dies kann der Beamte an der Höhe seines Familienzuschlages erkennen. Daher hat das Kindergeldrecht Auswirkungen auf die Berücksichtigungsfähigkeit und evtl. auch auf den Beihilfebemessungssatz, also auf den benötigten Krankenversicherungsschutz.

Kindergeldanspruch besteht unter folgenden Voraussetzungen:

✓ generell bis zum 18. Lebensjahr

Ein Kind, das das 18. Lebensjahr vollendet hat, wird auch weiter berücksichtigt, wenn es

✓ noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet hat und arbeitslos ist oder

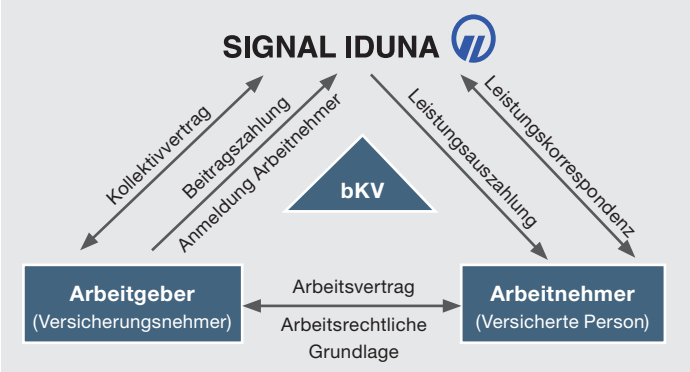
✓ noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat und sich in einer 1. Berufsausbildung oder im Erststudium befindet.

Bei einer Berufsausbildung oder Arbeitslosigkeit verlängert sich der Zeitraum um die Dauer des Wehr- oder Zivildienstes bzw. Bundesfreiwilligendienstes (siehe Schaubild auf Seite 58).

Betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Schließt der Arbeitgeber für seine Mitarbeiter im Rahmen des Arbeitsverhältnisses eine Krankenversicherung ab, handelt es sich um eine betriebliche Krankenversicherung (bKV).

Schaubild: Beziehungen in der arbeitgeberfinanzierten bKV



Bei einer arbeitgeberfinanzierten bKV kann der Arbeitgeber grundsätzlich frei darüber entscheiden, welche Mitarbeiter in die Absicherung einbezogen werden sollen. Bei der Auswahl der begünstigten Mitarbeiter sind das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) sowie der arbeitsrechtliche Gleichbehandlungsgrundsatz zu berücksichtigen. Diese verbieten es, einzelne Arbeitnehmer willkürlich von der Versorgung auszuschließen oder schlechter zu stellen. Wenn der Arbeitgeber eine Mitarbeiterauswahl trifft, muss er dies nach objektiven Merkmalen tun (z. B. alle Mitarbeiter oder alle Abteilungsleiter).

a) Steuerliche Behandlung einer bKV

Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes vom 07.06.2018 (VI R 13/16, veröffentlicht im Bundessteuerblatt am 28.06.2019, BStBl II 2019, S. 371) sind Beiträge für eine private Krankenzusatzversicherung einkommensteuerlich Sachlohn (vor dem Urteil galten sie als Barlohn) und werden anders als Barlohn steuerrechtlich begünstigt behandelt. Voraussetzung ist, dass der Arbeitnehmer aufgrund des Arbeitsvertrages von seinem Arbeitgeber ausschließlich Versicherungsschutz und nicht auch eine Geldleistung verlangen kann.

Sachzuwendungen bleiben gemäß § 8 Abs. 2 Satz 11 Einkommensteuergesetz (EStG) bis zu einer monatlichen Gesamtsumme von 44 Euro lohnsteuer- und sozialabgabenfrei. Dabei ist zu beachten, dass es sich hierbei um eine Freigrenze handelt. Wird also die 44-Euro-Grenze auch nur um einen Cent überschritten, wird der gesamte Betrag steuerpflichtig – und damit auch sozialabgabenpflichtig. **Hinweis: Der Gesetzgeber plant, ab dem 01.01.2022 diese Freigrenze auf 50 € im Monat zu erhöhen!**

Bitte beachten: Zu den Sachzuwendungen zählen nicht nur die Krankenversicherungsbeiträge. Hier gibt es noch eine Vielzahl anderer Sachzuwendungen, die mit in die 44-Euro-Grenze einfließen, wie beispielsweise Tankgutschein, Warengutschein, Jobticket, etc. Sämtliche Sachzuwendungen werden addiert und dürfen in der Summe die 44 Euro im Monat nicht übersteigen.

Weiterhin ist zu beachten, dass es sich um eine Freigrenze von 44 Euro **pro Monat** handelt. Wird der Betrag von 44 Euro in einigen Monaten nicht ausgeschöpft, so kann der nicht beanspruchte Teil keinesfalls auf die folgenden Monate übertragen werden. Der Monatsbeitrag von 44 Euro kann also nicht auf einen Jahresbetrag von 528 Euro hochgerechnet werden.

Betriebe, die eine bKV für ihre Arbeitnehmer einrichten, können die Beiträge hierfür als Betriebsausgaben steuerlich geltend machen.

Wird die Freigrenze von monatlich 44 Euro überschritten, besteht die Möglichkeit, die Beiträge entweder nach § 37 b EStG oder nach § 40 Abs. 1 EStG pauschal zu versteuern.

Pauschalierung nach § 37 b EStG

Der Pauschalsteuersatz beträgt 30 % zuzüglich Solidaritätszuschlag und ggf. Kirchensteuer. Die Pauschalierung nach § 37 b EStG kommt

auch dann in Betracht, wenn weniger als 20 Arbeitnehmer eine bKV erhalten.

Pauschalierung nach § 40 EStG
Alternativ kommt eine Pauschalversteuerung als sonstiger Bezug gemäß § 40 Abs. 1 Nr. 1 EStG infrage. Der Pauschalsteuersatz wird individuell vom zuständigen Betriebsstättenfinanzamt festgelegt. Dabei werden die Entgelte aller Mitarbeiter berücksichtigt. Häufig liegt dann der ermittelte Pauschsteuersatz über 30 %. Weitere gesetzliche Voraussetzung ist, dass es sich um eine größere Anzahl von Mitarbeitern handelt (mindestens 20).

Wichtig: Die steuerliche Beurteilung der betrieblichen Krankenversicherung sollte immer mit dem Steuerberater besprochen werden.

b) Sozialversicherungsrechtliche Behandlung einer bKV

Die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung hängt davon ab, wie die Beiträge zu einer bKV steuerlich behandelt werden.

Lohnsteuer	Sozialabgaben *
Steuerfreiheit gemäß § 8 Abs. 2 Satz 11 EStG	Es fallen **keine** Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung an.
Pauschalversteuerung gemäß § 37b EStG	Arbeitnehmer und Arbeitgeber müssen auf die bKV-Beiträge Anteile zur Sozialversicherung zahlen.
Pauschalversteuerung gemäß § 40 Abs. 1 Nr. 1 EStG	Es fallen **keine** Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung an.

*) Beiträge zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung

Die **SIGNAL IDUNA bKV-Tarife** finden Sie auf Seite 90.

Bezugsgröße

Sie ist Ausgangswert für die Ermittlung vieler Grenzwerte in der Sozialversicherung. Sowohl im Beitrags- wie auch im Leistungsrecht wird sie für die Bestimmung der verschiedenen Grenzwerte herangezogen:

- ✓ Einkommensgrenze in der Familienversicherung (1/7 der monatlichen Bezugsgröße, 2021 = 470 Euro)
- ✓ Mindestbeitragsbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte (1/3 der monatlichen Bezugsgröße, 2021 = 1.096,67 Euro)

Die Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) wird jährlich neu festgesetzt. Sie wird aus dem Durchschnittsentgelt der gesetzlich Rentenversicherten im vorvergangenen Kalenderjahr ermittelt. Der Betrag wird immer auf den nächsthöheren durch 420 teilbaren Betrag aufgerundet. Die Bezugsgröße in der KV beträgt aktuell 39.480 Euro.

Bürgerentlastungsgesetz

Mit dem „Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen“ wurde eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 13.02.2008 fristgerecht zum 01.01.2010 umgesetzt. Seitdem sind Aufwendungen zur Krankenversicherung in deutlich höherem Maße steuerlich abzugsfähig als davor.

Wer wird entlastet?

Grundsätzlich jeder, der Kranken- und Pflegepflichtbeiträge zahlt. Steuerlich berücksichtigt werden die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

- ✓ von Steuerpflichtigen selbst
- ✓ deren Ehegatten bzw.
- ✓ Lebenspartnern im Sinne des § 1 Absatz 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)
- ✓ deren unterhaltsberechtigten Kinder, für die Anspruch auf einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 Einkommensteuergesetz (EStG) oder auf Kindergeld besteht
- ✓ sowie von gesetzlich unterhaltsberechtigten Personen, beispielsweise bei Scheidung.

Es sind sowohl die Beiträge von gesetzlich als auch von privat Versicherten abzugsfähig; für PKV-Versicherte sind das die Beitragsanteile, die dem GKV-Leistungsniveau entsprechen.

Welche Beiträge können im Rahmen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden?

Zu den im geltenden Recht unter bestimmten Voraussetzungen begünstigten sonstigen Vorsorgeaufwendungen gehören:

- ✓ Beiträge zu selbstständigen Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen,
- ✓ Beiträge zu gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherungen,
- ✓ Beiträge zu Unfallversicherungen; hierzu gehören nicht die Beiträge zu einer Unfallversicherung mit Beitragsrückgewähr, da diese steuerlich wie eine Kapitallebensversicherung behandelt wird,
- ✓ Beiträge zu Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit (gesetzliche Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit und Beiträge zu entsprechenden privaten Versicherungen),
- ✓ Beiträge zu Haftpflichtversicherungen,
- ✓ Beiträge zu Lebensversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen (Risikolebensversicherungen).

Darüber hinaus gehören zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen unter bestimmten Voraussetzungen auch Beiträge zu:

- ✓ Rentenversicherungen ohne Kapitalwahlrecht,
- ✓ Rentenversicherungen mit Kapitalwahlrecht gegen laufende Beitragsleistung, wenn das Kapitalwahlrecht nicht vor Ablauf von zwölf Jahren seit Vertragsabschluss ausgeübt werden kann,
- ✓ Kapitalversicherungen gegen laufende Beitragsleistung mit Sparanteil, wenn der Vertrag für die Dauer von mindestens zwölf Jahren abgeschlossen wird.

Voraussetzung für eine Berücksichtigung der Beiträge zugunsten einer Renten- oder Kapitallebensversicherung als sonstige Vorsorgeaufwendungen:

Die Laufzeit der betreffenden Versicherungen hat vor dem 1. Januar 2005 begonnen und bis zum 31. Dezember 2004 wurde mindestens ein Versicherungsbeitrag entrichtet.

Wie hoch sind die abzugsfähigen Höchstbeträge?

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind im Rahmen der so genannten „Weiteren oder sonstigen Vorsorgeaufwendungen“ steuerlich abzugsfähig. Zum 01.01.2010 erfolgte eine Anhebung der Höchstbeträge um jeweils 400 Euro.

Zusätzlich sind steuerlich berücksichtigungsfähige Kranken- und Pflegepflichtbeiträge immer in unbegrenzter Höhe abzugsfähig. Liegen die steuerlich anzuerkennenden Kranken- und Pflegepflichtbeiträge unter den o. g. Grenzen, sind noch weitere sonstige Vorsorgeaufwendungen bis zu diesen Grenzen abzugsfähig. Sind die Kranken- und Pflegepflichtbeiträge größer, sind nur diese Beiträge steuerlich abzugsfähig.

Höchstbeträge bis 2009 inklusive Kranken- und Pflegepflichtbeiträge (alt)	Höchstbeträge seit 2010 Kranken- und Pflegepflicht-beiträge unbegrenzt (neu)
nicht selbstständig, ledig 1.500 €	nicht selbstständig, ledig 1.900 €
nicht selbstständig, verheiratet 3.000 €	nicht selbstständig, verheiratet 3.800 €
selbstständig, ledig 2.400 €	selbstständig, ledig 2.800 €
selbstständig, verheiratet 4.800 €	selbstständig, verheiratet 5.600 €
selbstständig, nicht selbstständig, verheiratet 3.900 €	selbstständig, nicht selbstständig, verheiratet 4.700 €

Fazit:

Während im Rahmen der alten Regelung die genannten Versicherungsbeiträge insgesamt nur bis zu den genannten Höchstbeträgen absetzbar waren, können GKV- und PKV-Beiträge seit 2010 in deutlich höherem Umfang steuerlich geltend gemacht werden. Der Arbeitgeberzuschuss und gegebenenfalls Beitragsrückerstattungen reduzieren die abzugsfähigen Beiträge.

KV-Beiträge für Kinder ebenfalls absetzbar

Tragen Eltern, die ihrem Kind gegenüber unterhaltsverpflichtet sind, dessen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, können diese Aufwendungen die Einkommensteuer der Eltern mindern. Der Steuerabzug setzt jedoch voraus, dass die Eltern dem Kind die Beiträge tatsächlich gezahlt oder erstattet haben (BFH, Urteil v. 13.03.2018 - X R 25/15; veröffentlicht am 08.10.2018).

- ✓ Tragen Steuerpflichtige aufgrund einer Unterhaltsverpflichtung die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge des Kindes, können sie diese als eigene Beiträge nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 2 EStG absetzen.
- ✓ Die Unterhaltsverpflichtung der Eltern ist zwingende Tatbestandsvoraussetzung und daher positiv festzustellen.
- ✓ Die Erstattung der eigenen Beiträge des Kindes ist nur im Wege des Barunterhalts möglich.
- ✓ Die Steuerpflichtigen können auch die vom Arbeitgeber von der Ausbildungsvergütung des Kindes einbehaltenen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge als Sonderausgaben geltend machen, soweit sie diese Beiträge dem unterhaltsberechtigten Kind erstattet haben.

a) Für GKV-Versicherte

Welche Beiträge können gesetzlich Krankenversicherte ansetzen?

Gesetzlich Krankenversicherte mit dem allgemeinen Beitragssatz (also mit Krankengeldanspruch) können 96 % ihrer Beiträge steuerlich geltend machen. Gesetzlich Versicherte mit dem ermäßigten Beitragssatz (ohne Krankengeldanspruch) können 100 % ihrer Beiträge steuerlich geltend machen.

Können auch Beiträge für Wahl- bzw. Zusatztarife steuerlich berücksichtigt werden?

Beiträge für Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen mit Zusatzleistungen sind steuerlich nicht abzugsfähig. Das gilt auch für Zusatztarife der privaten Krankenversicherer, die über die Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Wahlleistungen vorsehen (z. B. Privatarzt, Einbettzimmer).

Beiträge hierfür können aber gegebenenfalls im Rahmen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen angesetzt werden, solange die Höchstgrenzen noch nicht erreicht sind.

Wird auch ein eventuell an die gesetzliche Krankenversicherung geleisteter Zusatzbeitrag steuerlich berücksichtigt?

Ja. Es ist auch ein gegebenenfalls von der gesetzlichen Krankenversicherung erhobener Zusatzbeitrag abzugsfähig.

b) Für PKV-Versicherte

Welche Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge sind abzugsfähig?

Beiträge zur Krankheitskosten-Vollversicherung (inklusive Beihilfetarife) sind mit dem Beitragsanteil steuerlich abzugsfähig, der den gesetzlichen Leistungen entspricht. Über dieses GKV-Niveau hinausgehende Beitragsanteile werden im Regelfall nicht berücksichtigt. Die Beiträge für die „Mehrleistungen“ (Heilpraktiker, Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarzt, Zahnersatz, Implantate, Kieferorthopädie, Tagegelder) sind nicht abzugsfähig.

Folgende Merksätze gelten:

- ✓ Wenn Tarife ausschließlich Mehrleistungen vorsehen (z. B. Zweibettzimmer, Chefarzt), sind die Beiträge hierfür steuerlich nicht abzugsfähig.
- ✓ Wenn Tarife ausschließlich Grundleistungen vorsehen, sind die Beiträge hierfür steuerlich zu 100 % abzugsfähig.
- ✓ Wenn Tarife sowohl Grund- als auch Mehrleistungen vorsehen, erfolgt eine prozentuale Aufteilung des abzugsfähigen Beitragsanteils.

Beiträge zur Pflegepflichtversicherung sind zu 100 % ansetzbar.

Gesamter Krankenversicherungsbeitrag ohne Tagegeld (es erfolgt eine prozentuale Aufteilung)		
Mehrleistungen	⇢	steuerlich **nicht** abzugsfähig
Grundleistungen (Leistungsniveau gesetzliche Krankenversicherung)	⇢	steuerlich **voll** abzugsfähig

Wie wird der abzugsfähige Beitragsanteil ermittelt?

Die Aufteilung der PKV-Beiträge in steuerlich begünstigte Grundleistungen und nicht begünstigte Mehrleistungen erfolgt tarifbezogen anhand von brancheneinheitlich festgelegten Werten. Das Verfahren ist in der so genannten „Krankenversicherungsbeitragsanteilsermittlungsverordnung“ (KVBEVO) geregelt.

Was sind Grundleistungen und was sind Mehrleistungen?

Für jeden Tarif muss prozentual ermittelt werden, was Grund- und was Mehrleistungen sind. Die prozentuale Aufteilung gemäß KVBEVO wird anhand folgender Punktwerte ermittelt:

Grundleistungen	Punktwert
✓ ambulante Leistungen	54,60 Punkte
✓ stationäre Leistungen	15,11 Punkte
✓ Zahnleistungen	9,88 Punkte
Mehrleistungen	**Punktwert**
✓ Heilpraktiker	1,69 Punkte
✓ 1-Bettzimmer	3,64 Punkte
✓ Chefarzt oder 2-Bettzimmer	9,24 Punkte
✓ Zahnersatz/ Implantate	5,58 Punkte
✓ Kierferorthopädie	0,26 Punkte

Die Punktwerte sind vom Gesetzgeber festgelegt. Sie werden je Tarif benötigt, um den steuerlich nicht abzugsfähigen Beitragsanteil nach folgender Formel zu berechnen:

$$\frac{\text{Mehrleistungen}}{\text{Grundleistungen + Mehrleistungen}} \times 100$$

Der so ermittelte Wert ist von 100 abzuziehen.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Steuerlich abzugsfähige Beitragsanteile der Verkaufstarife

SIGNAL IDUNA Tarife	steuerlich abzugsfähig
PIT, PIT-B	100,00 %
START	93,16 %
Esprit M, BKE	91,36 %
START-PLUS	84,07 %
KOMFORT, Esprit	82,60 %
KOMFORT-PLUS, EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS, Prime, Comfort+, BE	79,59 %
START-B, KOMFORT-B, EXKLUSIV-B, BK	91,36 %
KOMFORT-B-E(1), EXKLUSIV-B-E(1)	57,61 %
KOMFORT-B-W, EXKLUSIV-B-W, EXKLUSIV-B-ES, BS, BE+	0 %

Vorauszahlung bis 3 Jahre möglich

Grundsätzlich gilt, dass KV-Beiträge für das Kalenderjahr abzugsfähig sind, für das sie bezahlt wurden. Eine Ausnahme lässt § 10 Abs. 1 Nr. 3. Buchstabe a) EStG zu. Danach sind KV-Beiträge bis zum dreifachen Jahresbetrag in einem Veranlagungszeitraum steuerlich abzugsfähig. Beträgt der steuerlich zu berücksichtigende KV-Monatsbeitrag beispielsweise 500 Euro, so können in einem Kalenderjahr bis zu 18.000 Euro sofort als Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden – zusätzlich zu den bereits gezahlten Beiträgen des Jahres. Ob dies im Einzelfall vorteilhaft ist, sollte mit dem Steuerberater besprochen werden.

Beispiel: Lediger Selbstständiger
PPV-Beitrag: 500 € im Jahr
KV-Beitrag (Basisabsicherung): 4.000 € im Jahr

Jahr	ohne Vorauszahlung	mit Vorauszahlung
2021	4.500 €	18.000 €
2022	4.500 €	2.800 €*
2023	4.500 €	2.800 €*
2024	4.500 €	2.800 €*
Gesamt	**18.000 €**	**26.400 €**

**) Es wurde unterstellt, dass „sonstige Vorsorgeauswendungen" (siehe Seite 105) vorhanden sind, um den Höchstbetrag von 2.800 € auszuschöpfen.*

Welche Tarife sind zunächst steuerlich nicht abzugsfähig?

Zur Gänze **nicht** abzugsfähig sind Beiträge für Tagegeldtarife: Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld, Pflegetagegeld. Gleiches gilt für Tarife, die ausschließlich Mehrleistungen vorsehen sowie für reine Optionstarife.

Beiträge hierfür können aber ggf. im Rahmen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen angesetzt werden, solange die Höchstgrenzen noch nicht erreicht sind.

Was führt zur Reduzierung der berücksichtigungsfähigen Beiträge?

Die auf Grundlage der oben beschriebenen Vorschriften ermittelten abzugsfähigen KV- und PV-Beiträge werden bei Arbeitnehmern um den vollen Arbeitgeberzuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie den Krankentagegeldzuschuss vermindert. Abzuziehen sind ebenfalls Beitragsrückerstattungen; allerdings nur mit den Beträgen, die sich nach Anwendung des tariflichen Faktors ergeben.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Verbraucherschutz und dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge sind die zwei Hauptaufgaben dieser dem Bundesministerium für Finanzen zugeordneten oberen Bundesbehörde. Seit In-Kraft-Treten der Bestimmungen zum EU-Binnenmarkt erstreckt sich der Aufsichtsbereich nach dem Sitzlandprinzip. Die Finanzaufsicht wird auf die Niederlassungs- und Dienstleistungstätigkeit von Unternehmen mit Sitz in der Bundesrepublik in allen Staaten der EU und der übrigen EWR-Vertragsstaaten (Island, Liechtenstein, Norwegen) ausgedehnt (siehe auch Aufsicht). Die Anschrift lautet: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen –, Graurheindorfer Str. 108, 53317 Bonn, Internet: www.bafin.de

Bundesfreiwilligendienst (BFD)

Seit dem 01.07.2011 ersetzt der Bundesfreiwilligendienst (zumindest teilweise) den bis dahin möglichen Zivildienst. Der Dienst beträgt grundsätzlich 12 Monate, mindestens aber 6 und höchstens 12 Monate. Analog zum Jugendfreiwilligendienst (JFDG) besteht beim BFD Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung. Der BFD ist zwar ein unentgeltlicher Dienst, die Teilnehmer erhalten dennoch ein Taschengeld und ggf. freie Unterkunft und Verpflegung – und noch Kindergeld bis vor Vollendung 25. Lebensjahr.

Bundesknappschaft (jetzt DRV Knappschaft-Bahn-See)

Die Bundesknappschaft heißt seit dem 01.10.2005 „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See". Die Knappschaft-Bahn-See ist ein umfassender Sozialversicherungsträger, zu dessen Verbund die Kranken- und Pflegeversicherung, das medizinische Netz, die Rentenversicherung, die Renten-Zusatzversicherung, die Seemannskasse sowie die Minijob-Zentrale gehören.

Bundespflegesatzverordnung

Bundespflegesatzverordnung und jetzt auch das „Krankenhausentgeltgesetz" regeln im Wesentlichen die Krankenhausfinanzierung in Deutschland und enthalten z. B. Regelungen zu den Pflegesätzen sowie zu den Wahlleistungen „Chefarzt" und „gesonderte Berechnung im Ein- oder Zweibettzimmer".

Bundeswehr

Soldaten der Bundeswehr haben während des aktiven Dienstes Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Als Empfänger von Versorgungsbezügen, also nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst, haben sie dann einen Beihilfeanspruch in Höhe von 70 %.

Für seine berücksichtigungsfähigen Ehegatten und Kinder hat der Soldat Anspruch auf Beihilfe nach der Bundesbeihilfeverordnung.

Card für Privatversicherte

Beim Arzt oder Zahnarzt weist die Karte unseren Kunden als Privatversicherten aus. Bei einem Krankenhausaufenthalt enthält die SIGNAL IDUNA Card eine Kostenübernahmegarantie im versicherten Umfang für allgemeine Krankenhausleistungen und zusätzliche Unterbringungskosten.

Die SIGNAL IDUNA Card erhalten mit wenigen Ausnahmen (z. B. Versicherte nach Tarif KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur)) alle unsere nach Krankheitskostentarifen versicherten Kunden.

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH

Personen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (Pflegebedürftige, Ratsuchende im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit, pflegende Angehörige, demenziell Erkrankte und ihre Familien) erhalten, haben seit Januar 2009 einen kostenlosen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin/ einen Pflegeberater.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Für diese Pflegeberatung hat der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) ein eigenständiges Konzept entwickelt und eine eigene Gesellschaft ins Leben gerufen. Seit dem 1. Januar 2009 hat die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH die Pflegeberatung für die PKV übernommen.

Die private Pflegepflichtversicherung bietet darüber ihren Versicherten eine individuelle und aufsuchende Pflegeberatung an.

Weitere Informationen finden Sie unter der Hotline: 0800-1018800 oder unter www.compass-pflegeberatung.de

Duale Studiengänge

Duale Studiengänge zeichnen sich dadurch aus, dass parallel zur Berufsausbildung eine Hochschulausbildung stattfindet. Seit dem 01.01.2012 werden duale Studenten sozialversicherungsrechtlich wie Auszubildende behandelt. Sie haben kein Befreiungsrecht und können nicht in die günstige Krankenversicherung der Studenten.

Effektivbeitrag

Der Effektivbeitrag in der Produktlinie „privat“ der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung zeigt, wie hoch der Beitrag nach Abzug von erfolgsabhängiger Beitragsrückerstattung und tariflichem Gesundheitsbonus ist. Dieser Abzug gilt nur bei Leistungsfreiheit und falls die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind. Im Tarif EXKLUSIV-PLUS kommt noch der Verhaltensbonus hinzu – bzw. im Tarif Comfort + die pauschale Abgeltung. Bei Arbeitnehmern wird für die Berechnung des Effektivbeitrages der Arbeitgeberzuschuss abgezogen. Er entfällt bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt

In der Sozialversicherung gehören auch einmalige Einnahmen aus einem Beschäftigungsverhältnis zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Dazu zählen unter anderem Tantiemen, Gratifikationen, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltungen. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 23a SGB IV.

Grundsätzlich ist das einmalige Arbeitsentgelt dem entsprechenden Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen. Das heißt: Wird beispielsweise im Mai Urlaubsgeld ausgezahlt, ist es auch im Monat Mai zusammen mit dem laufenden Arbeitsentgelt beitragspflichtig. Dabei ist jedoch zu beachten, dass es lediglich bis zur Höhe der anteiligen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt wird. Nur soweit die anteiligen Beitragsbemessungsgrenzen mit bereits gezahltem und der Beitragsberechnung zugrunde gelegtem Arbeitsentgelt nicht ausgeschöpft sind, ist das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt für die Beitragsberechnung heranzuziehen.

Beispiel
Arbeitnehmer in Westdeutschland hat monatliches Arbeitsentgelt von 4.200 €; im Mai wird zusätzlich Urlaubsgeld in Höhe von ebenfalls 4.200 € gezahlt

	Kranken- und Pflegeversicherung	Renten- und Arbeitslosenversicherung
monatliche BBG 2021	4.837,50 €	7.100 €
anteilige BBG Januar bis Mai	24.187,50 €	35.500 €
anteiliges Arbeitsentgelt Januar bis Mai	21.000 €	21.000 €
Differenz zur anteiligen BBG	3.187,50 €	14.500 €

In der Kranken- und Pflegeversicherung sind vom Urlaubsgeld nur 3.187,50 € beitragspflichtig. In der Renten- und Arbeitslosenversicherung ist das volle Urlaubsgeld in Höhe von 4.200 € beitragspflichtig.

Besonderheit: „März-Klausel“

Einmaliges Arbeitsentgelt, das in den Monaten Januar bis März gezahlt wird, ist gemäß § 23a Abs. 4 SGB IV dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des Vorjahres zuzuordnen,

- ✓ wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis bereits am 31.12. des Vorjahres bestanden hat,
- ✓ das einmalige Arbeitsentgelt von dem gleichen Arbeitgeber gezahlt wird und
- ✓ zusammen mit dem sonstigen Arbeitsentgelt die anteilige Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung (bei Krankenversicherungspflichtigen) überschreitet;
- ✓ wenn keine Krankenversicherungspflicht besteht (also für PKV-Versicherte), darf die anteilige Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung nicht überschritten werden.

Beispiel
Arbeitnehmerin hat ein monatliches Arbeitsentgelt von 4.000 €; im Februar wird ihr zusätzlich eine Tantieme in Höhe von ebenfalls 4.000 € gezahlt

	Kranken- und Pflegeversicherung
monatliche BBG 2021	4.837,50 €
anteilige BBG Januar bis Februar	9.675 €
anteiliges Arbeitsentgelt Januar bis Februar plus Tantieme	12.000 €

Die anteilige BBG in der Kranken- und Pflegeversicherung wird insgesamt überschritten. Daher ist die Tantieme in Höhe von 4.000 € dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des Vorjahres (Dezember 2019) zuzuordnen.

Eintrittsalter

Das Eintrittsalter ist wichtig für die Beitragsberechnung. Es ist bei Erwachsenen grundsätzlich die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt. Bei Kindern, Jugendlichen und in Ausbildungstarifen kann es abweichende Regelungen geben. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Verkaufshinweise der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Elterngeld

Das Elterngeld ersetzt seit dem 01. Januar 2007 das bis dahin gezahlte Erziehungsgeld (jetzt Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz – BEEG). Es gleicht den Einkommensverlust von Müttern und Vätern aus, die eine Zeit lang vom Beruf eine Auszeit nehmen und sich um ihr Kind kümmern möchten. Elterngeld setzt nicht voraus, dass Elternzeit genommen wird. Es steht zum Beispiel auch Hausfrauen und Hausmännern, Auszubildenden und Selbstständigen zu.

Anspruch auf Elterngeld haben Mütter und Väter,

- ✓ die ihre Kinder nach der Geburt selbst betreuen und erziehen,
- ✓ nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind,
- ✓ mit ihren Kindern in einem Haushalt leben und
- ✓ einen Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

Umfang

Das Elterngeld beträgt 67 % des Nettoeinkommens. Der Prozentsatz sinkt von 67 auf 65 % ab einem zu berücksichtigenden Einkommen von 1.200 Euro. Dabei wird der Prozentsatz von 67 % um 0,1 Prozentpunkte für je 2 Euro abgeschmolzen, um die das Einkommen den Betrag von 1.200 Euro überschreitet, maximal auf bis zu 65 %. Dies wird bereits bei einem Einkommen von 1.240 Euro im Monat erreicht. Der Mindestbetrag liegt bei 300 Euro, bei Geringverdienern unter 1.000 Euro netto pro Monat erhöht sich das Elterngeld auf bis

zu 100 % des zuvor bezogenen Einkommens. Das Elterngeld beträgt höchstens 1.800 Euro. Bei einem zu versteuernden Einkommen über 250.000 Euro bei einem Elternteil ist der Bezug von Elterngeld ausgeschlossen.

Die Anrechnungsfreiheit des Elterngeldes bei Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe und Kinderzuschlag wird aufgehoben.

Bei Mehrlingsgeburten steigt das Elterngeld um 300 Euro je weiterem Kind an.

Familien mit mehreren Kindern erhalten einen Geschwisterbonus in Höhe von 10 Prozent des Elterngeldes, mindestens 75 Euro. Voraussetzung: zwei Geschwister, die das 3. Lebensjahr oder drei und mehr Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Das Mutterschaftsgeld einschließlich des Arbeitgeberzuschusses wird auf das Elterngeld voll angerechnet. Übrigens: Die 210 Euro, die PKV-versicherte Mütter einmalig erhalten, werden nicht angerechnet.

Übt die Mutter während der Elternzeit eine Erwerbstätigkeit unter 30 Stunden/ Woche aus, reduziert sich das Elterngeld. Das Elterngeld wird aus dem Differenzeinkommen berechnet.

Beispiel:

– Durchschnittseinkommen vor der Geburt:	2.500 €
– Durchschnittseinkommen während Teilzeit:	1.500 €
– Differenzeinkommen: 2.500 € ./. 1.500 € =	1.000 €
– Elterngeld: 1.000 € x 67 % =	670 €

Dauer (Einführung Elterngeld Plus)

Zum 01.01.2015 wurden im BEEG einige Vorschriften neu geregelt. Diese betreffen hauptsächlich die Bezugsdauer des Elterngeldes durch Einführung des sogenannten Elterngeld Plus. Das Elterngeld Plus kann erstmalig für Geburten ab dem 01.07.2015 beantragt werden.

Bezugsdauer des Elterngeldes als Basiselterngeld

Das Basiselterngeld wird an Väter oder Mütter für maximal 14 Monate gezahlt; beide können den Zeitraum frei untereinander aufteilen. Ein Elternteil kann dabei mindestens zwei und höchstens zwölf Monate für sich in Anspruch nehmen, zwei weitere Monate gibt es, wenn sich auch der andere Elternteil an der Betreuung des Kindes beteiligt und den Eltern mindestens zwei Monate Erwerbseinkommen wegfällt.

Bezugsdauer des Elterngeldes als Elterngeld Plus

Für Eltern, die Elternzeit und Teilzeitarbeit miteinander kombinieren möchten, lohnt sich ElterngeldPlus. Mit den Regelungen können Mütter und Väter länger Elterngeld beziehen, wenn sie nach der Geburt ihres Kindes in Teilzeit arbeiten. Elterngeld Plus ist vereinfacht gesagt die Verdoppelung der Bezugsdauer, während gleichzeitig die Höhe des Elterngeldes halbiert wird. Eltern können zwischen dem Basiselterngeld und dem Elterngeld Plus wählen; sie können aber auch beide Möglichkeiten miteinander kombinieren.

Partnerschaftsmonate

Diese stellen vier zusätzliche Elterngeld Plus-Monate dar. Sie können nur von beiden Elternteilen bei gleichzeitiger Teilzeitarbeit von 25 bis 30 Wochenstunden innerhalb dieser vier Monate beantragt und müssen am Stück genommen werden. Damit kann die Bezugsdauer auf maximal 28 Monate verlängert werden.

Elternzeit

Nach der Entbindung hat die SIGNAL IDUNA versicherte Mutter Anspruch auf Zahlung von Elterngeld, und wenn sie Arbeitnehmerin ist, zusätzlich Anspruch auf Elternzeit (bis 31.12.2000 Begriff Erziehungsurlaub). Es handelt sich hierbei also nicht um eine Krankenkassenleistung, sondern um eine aus Steuermitteln finanzierte Leistung der öffentlichen Hand und steht auch der PKV-versicherten Mutter zu.

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Elternzeit bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres eines Kindes.

- ✓ Bei unveränderter Dauer der Elternzeit von bis zu 3 Jahren können beide Eltern gemeinsam Elternzeit nehmen.
- ✓ Mit Zustimmung des Arbeitgebers kann ein Jahr der Elternzeit zwischen dem 3. und dem 8. Geburtstag des Kindes genommen werden.
- ✓ Die zulässige Teilzeitarbeit während der Elternzeit beträgt 30 Wochenstunden
- ✓ Arbeitslosengeld schließt Elterngeld nicht aus.

Zuständig für die Ausführung des Gesetzes sind die von den Landesregierungen bestimmten Stellen. Das werden grundsätzlich die ebenfalls für das Erziehungsgeld zuständigen Stellen sein.

Krankenversicherung während der Elternzeit

Freiwillige Mitglieder müssen in der GKV grundsätzlich weiterhin Beiträge zahlen, ggf. den Mindestbeitrag. Für diejenigen, die vor der Geburt des Kindes durch den Ehepartner in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert waren, ändert sich nichts. Das Elterngeld wird in die Berechnung des für die Familienversicherung zulässigen Gesamteinkommens nicht einbezogen. Familienversichert ist auch der Ehepartner, der bisher als Arbeitnehmer freiwilliges Mitglied der GKV war und sich in der Elternzeit befindet, wenn die sonstigen Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllt sind. Hat der freiwillig Versicherte noch weitere Einkünfte (z. B. aus Vermietung und Verpachtung), sind jedoch darauf während der Elternzeit Beiträge zu zahlen.

Privat Krankenversicherte bleiben für die Dauer der Mutterschutzfristen sowie der Elternzeit weiterhin privat krankenversichert. Wenn sie während der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, werden sie grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV. Hiervon können sie sich für die Dauer der Elternzeit befreien lassen. Die beitragsfreie Familienversicherung beim Ehegatten ist nicht möglich. Angestellte, die privat versichert sind, müssen ihre Versicherungsprämien weiter selbst tragen, und zwar auch den bisher von der Arbeitgeberseite übernommenen Anteil.

Krankenversicherung nach der Elternzeit

Nimmt eine PKV-versicherte Mutter nach der Elternzeit wieder eine abhängige Beschäftigung auf und liegt ihr Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG), ist sie versicherungsfrei und bleibt weiterhin versicherungsfrei. Das dürfte jedoch in der Praxis der seltenere Fall sein. Häufig nehmen diese Mütter eine Beschäftigung mit reduzierter Stundenzahl auf. Dadurch werden sie dann in der GKV grundsätzlich versicherungspflichtig. Hiervon kann sich die Mutter unter folgenden Voraussetzungen innerhalb von drei Monaten befreien lassen:

- ✓ die Arbeitszeit des an die Elternzeit anschließenden Beschäftigungsverhältnisses ist maximal auf die Hälfte einer vergleichbaren Vollbeschäftigung begrenzt
- ✓ bei einer Vollbeschäftigung würde das Gehalt oberhalb der JAEG liegen
- ✓ die Mutter war in den letzten 5 Jahren wegen Überschreitens der JAEG versicherungsfrei (Elternzeit wird angerechnet)

Beispiel:

Frau, seit 01.01.2008 wegen Überschreitens der JAEG PKV-versichert

- ist in Elternzeit vom 01. Juli 2017 bis 30. Juni 2020
- danach Beschäftigung mit 19 Stundenwoche und 29.000 Euro Jahresgehalt (Vollbeschäftigung = 38 Stunden)

Ergebnis: Bei einer Vollbeschäftigung würde sie über JAEG verdienen, daher Befreiungsmöglichkeit bis Ende September!

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Familienpflegezeitgesetz

Das Familienpflegezeitgesetz ist zum 01.01.2012 in Kraft getreten und wurde zum 01.01.2015 umfangreich geändert.

Arbeitnehmer können für maximal 24 Monate ihre Arbeitszeit auf bis zu mindestens 15 Stunden reduzieren, um nahe Angehörige zu pflegen. Hierauf besteht ein Rechtsanspruch in Unternehmen mit mehr als 25 Beschäftigten.

Neu: Beschäftigte, die die Familienpflegezeit in Anspruch nehmen, haben in dieser Zeit einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen. Dieses wird durch den Beschäftigten direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt und muss nach Ende der Familienpflegezeit in Raten wieder zurück gezahlt werden.

Bitte beachten Sie die detaillierte Übersicht auf Seite 97. Dort finden Sie weitere Informationen zu sozialversicherungsrechtlichen Fragen.

Familienversicherung

Höherverdienende Arbeitnehmer und Selbstständige mit Ehepartner und Kind(ern) überprüfen vor einem Wechsel zur SIGNAL IDUNA auch den Krankenversicherungsschutz der Familie.

In sehr vielen Fällen haben die Ehepartner bislang eine eigene Krankenversicherung, zumeist in der GKV. Erfolgt dann ein Wechsel zur SIGNAL IDUNA, verbleibt es für den Ehepartner also bei der eigenen GKV-Mitgliedschaft. In diesem Zusamenhang ist die Frage nach der beitragsfreien Familienversicherung von Ehepartnern und/oder Kindern bedeutsam.

Die Familienversicherung ist möglich für

– Ehegatten

– Lebenspartner

– Kinder und Kinder von familienversicherten Kindern

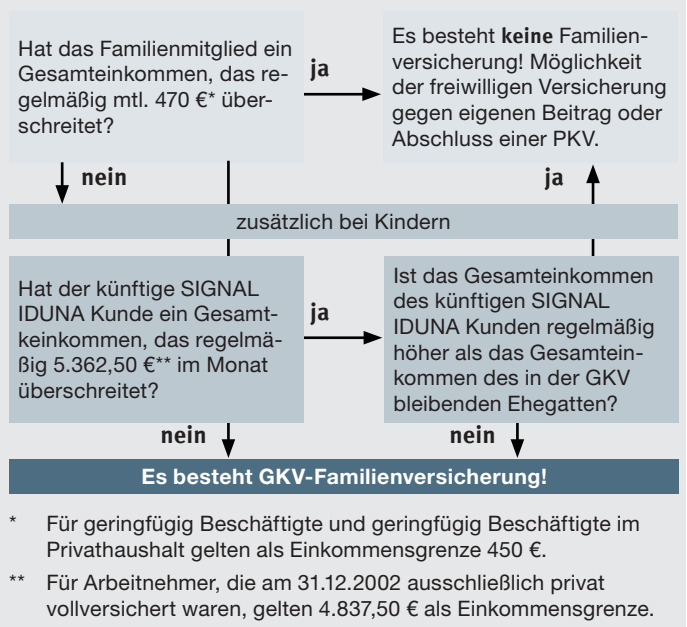
Als Kinder gelten grundsätzlich auch Stiefkinder, Enkelkinder, Pflegekinder und angenommene Kinder. Voraussetzung für die Familienversicherung ist bei Stief- und Enkelkindern, dass diese vom Mitglied überwiegend unterhalten werden.

Die Voraussetzungen zur Familienversicherung ergeben sich aus § 10 SGB V und müssen von allen Familienangehörigen gleichermaßen erfüllt sein.

Die Angehörigen

- müssen ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthaltsort im Inland haben,
- dürfen nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 SGB V oder nicht freiwillig versichert sein,
- dürfen nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sein; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V außer Betracht,
- dürfen nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sein und
- dürfen kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (2021 = 470 €) überschreitet.

Zur Prüfung des Gesamteinkommens kann das folgende Schema herangezogen werden:



* Für geringfügig Beschäftigte und geringfügig Beschäftigte im Privathaushalt gelten als Einkommensgrenze 450 €.

** Für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 ausschließlich privat vollversichert waren, gelten 4.837,50 € als Einkommensgrenze.

Der Zugang zur Familienversicherung wird von den Krankenkassen im Allgemeinen sehr genau geprüft. Zur Angabe der Daten sind GKV-Mitglieder übrigens gemäß § 289 SGB V verpflichtet!

Festbeträge

Festbeträge können für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bestimmt werden. Hierzu werden Mittel, die eine gleiche Wirkung haben oder denselben Zweck erfüllen, in sinnvolle Gruppen gefasst. Für jede Gruppe wird ein bestimmter Betrag (Obergrenze) festgelegt, den die Krankenkasse – abzüglich der Zuzahlung – bezahlt (= Festbetrag). Ein oder mehrere Mittel der jeweiligen Gruppe sind für diesen Preis (Festbetrag) erhältlich. Entscheidet sich der Versicherte – nach fachkundiger Beratung – für ein teureres Mittel, muss er die über den Festbetrag hinausgehenden Kosten selbst tragen. Die gesetzliche Grundlage findet sich in den §§ 35, 36 SGB V.

Firmenwagen

Immer mehr Arbeitgeber gehen dazu über, mit ihren Arbeitnehmern statt einer Vergütungserhöhung

– die Zuwendung von Sachbezügen zu vereinbaren oder

– einen Teil des Gehalts in Sachbezüge umzuwandeln.

Ein Dienst-/Firmenwagen als Überlassung zur privaten Nutzung ist geldwerter Vorteil und stellt mithin steuer- und sozialversicherungspflichtiges Entgelt dar [§ 8 Abs. EStG, R 8.1 Abs. 9 LStR].

Es gibt **zwei** Methoden, diesen geldwerten Vorteil zu ermitteln:

1. Anwendung der 1 %-Regelung

Hier sind keine Nachweise erforderlich. Das Entgelt wird pauschal für jeden Monat mit 1 % des Bruttolistenpreises (zzgl. etwaiger Sonderausstattungen) im Zeitpunkt der Erstzulassung ermittelt. Für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte sieht § 8 Abs. 2 EStG eine am Bruttolistenpreis orientierte pauschale Ermittlung vor. Der geldwerte Vorteil wird für jeden Monat und Entfernungskilometer (einfache Entfernung) mit 0,03 % des inländischen Listenpreises angesetzt. Diese beiden geldwerten Vorteile sind dann zu addieren.

2. Führung eines Fahrtenbuches

Hierbei werden sämtliche Kosten für den Firmenwagen aufgeführt und auch jede Fahrt dokumentiert. Das sozialversicherungspflichtige Entgelt ermittelt sich dann wie folgt:

$$\frac{\text{Gesamtkosten} \times \text{gefahrene Privat-km}}{\text{gefahrene Gesamt-km}}$$

Der geldwerte Vorteil für einen Firmenwagen wird ebenfalls bei der Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts berücksichtigt, um zu prüfen, ob jemand als Arbeitnehmer nach § 6 SGB V versicherungsfrei wird.

Sonderfall: Gehaltsumwandlung zugunsten eines Firmenfahrzeugs als Sachbezug

Zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung gehören alle Einnahmen aus der Beschäftigung, gleichgültig, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden. Gehaltsumwandlungen in einen Sachbezug können aber unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei sein.

Wird im Zuge der Überlassung eines Firmenfahrzeugs statt der bisherigen Vergütung die Zahlung eines reduzierten Barlohns vereinbart, ist diese Art von Barlohnumwandlung nach Auffassung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung beitragsrechtlich von Bedeutung, wenn sie

- arbeitsrechtlich zulässig ist und
- sich der Verzicht ausschließlich auf künftig fällig werdende Arbeitsentgeltbestandteile richtet.

Bei einer entsprechenden Vereinbarung sind die Gesamtsozialversicherungsbeiträge nach dem ausgezahlten Barlohn und dem Wert der als Sachbezug gewährten Überlassung des Firmenfahrzeugs zur privaten Nutzung zu errechnen.

Praxis-Beispiel
Barlohnumwandlung zugunsten eines Firmenfahrzeugs

Ein Mitarbeiter verzichtet für die Überlassung eines Firmenfahrzeuges auf Gehaltsteile. Er erhält durch eine am 13.03. des Jahres getroffene Vereinbarung ab 01.06. des Jahres einen Firmenwagen, Listenpreis 37.000 Euro. Er wohnt 15 km von der Firma entfernt und nutzt den Wagen täglich für die Fahrt zur Arbeit.

Bisheriger Bruttolohn	5.800 €
Gehaltsverzicht	450 €
Bruttolohn nach Gehaltsverzicht	5.350 €
Geldwerter Vorteil	
1 % von 37.000 €	370 €
0,03 % × 15 × 37.000 €	166,50 €
neuer Bruttolohn (5.350 € + 370 € + 166,50 €)	5.886,50 €

Bewertung für die PKV: Wenn ein höherverdienender Arbeitnehmer in die PKV wechseln möchte, dann muss im obigen Beispiel der „neue Bruttolohn“ über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen.

Freie Heilfürsorge

Die Heilfürsorge ist eine besondere Form der Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten. Sie wird in der Regel den Beamten gewährt, die während der Ausübung ihres Dienstes besonderen Gefahren ausgesetzt sind (Polizeibeamte, Soldaten, zum Teil Feuerwehrleute). Die freie Heilfürsorge übernimmt in der Regel für den Beamten 100 % der erstattungsfähigen Krankheitskosten.

Die Heilfürsorge deckt jedoch nicht alle entstehenden Krankheitskosten ab (z. B. je nach Vorschrift Lücken im ambulanten Bereich für Zahnersatz, Sehhilfen, Heilpraktiker und außerhalb der Bundeswehr/Bundespolizei keine komplette Übernahme des Zweibettzimmers und der privatärztlichen Behandlung).

Je nach geltender Heilfürsorgevorschrift erlischt der Anspruch auf freie Heilfürsorge nach Ende der Ausbildung oder Ausscheiden aus dem aktiven Dienst. Ab diesem Zeitpunkt haben diese Beamten Anspruch auf Beihilfe (siehe auch Anwartschaftsversicherung). In Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland haben Polizeibeamte auch in der Ausbildung einen Beihilfeanspruch, also keine freie Heilfürsorge.

Für berücksichtigungsfähige Ehegatten und Kinder besteht Anspruch auf Beihilfe entsprechend der jeweiligen Beihilfevorschrift (hier kommt die Restkostenabsicherung über aktive Beihilfetarife infrage).

Während des Anspruchs auf Heilfürsorge besteht keine Versicherungspflicht in der PKV. Endet die Heilfürsorge, entsteht zu diesem Zeitpunkt die Verpflichtung, eine beihilfekonforme private Krankenversicherung abzuschließen. Damit eine Versicherung im Beihilfe-Basistarif verhindert werden kann, ist in jedem Fall der rechtzeitige Abschluss einer Anwartschaftsversicherung auf Tarife der Marke SIGNAL IDUNA bzw. Tarife der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung zu empfehlen. Nur diese Anwartschaft sichert dann den Zugang in leistungsstarke Beihilfetarife.

Freiwillige Versicherung

Eigentlich: „freiwillige Weiterversicherung“. Um sich freiwillig weiterversichern zu können, sind grundsätzlich bestimmte Vorversicherungszeiten (siehe § 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V) zu erfüllen. Seit dem 01.08.2013 führt eine gesetzliche Regelung dazu, dass auch ohne Erfüllung von Vorversicherungszeiten und ohne ausdrückliche Willenserklärung eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV begründet wird. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 188 Abs. 4 SGB V.

Darin heißt es: Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung unmittelbar als freiwillige Mitgliedschaft fort. Die so begründete freiwillige Mitgliedschaft wird als „obligatorische Anschlussversicherung“ bezeichnet. Hierüber muss die Krankenkasse informieren. Nach dieser Information hat das Mitglied 2 Wochen Zeit, den Austritt zu erklären. Der Austritt wird nur wirksam, wenn ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. Dieser Nachweis kann auch nach den 2 Wochen erfolgen. Wird dagegen der Austritt nicht innerhalb der 2 Wochen erklärt, wird automatisch die freiwillige Mitgliedschaft begründet. Diese kann dann jederzeit zum Ende des übernächsten Kalendermonats gekündigt werden.

Freiwillige Versicherung – Beitragsbemessung

Die Grundsätze zur Beitragsbemessung von freiwillig Versicherten (§ 240 SGB V) legt jetzt einheitlich für alle Krankenkassen der Spitzenverband Bund fest. Bei der Beitragsbemessung freiwillig Versicherter ist grundsätzlich die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit heranzuziehen.

Beitrag freiwillig Versicherter, falls Ehepartner PKV-versichert

Die beitragspflichtigen Einnahmen setzen sich aus den eigenen Einnahmen und den Einnahmen des PKV-versicherten Ehepartners zusammen. Für jedes unterhaltsberechtigte Kind, für das gemäß § 10 Abs. 3 SGB V (siehe Seite 151) eine Familienversicherung in der GKV nicht möglich ist, gilt folgendes: Von den Einnahmen des PKV-versicherten Ehepartners ist ein Betrag von 1/3 der monatlichen Bezugsgröße (2021: 1.096,67 Euro) abzuziehen. Für jedes Kind, das gemäß § 10 SGB V familienversichert ist, 1/5 der monatlichen Bezugsgröße (2021: 658 Euro). Die Obergrenze für die Beitragsbemessung sind 50 % der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze.

Beispiel 1 – Kind ist in der PKV versichert:

- PKV-versicherter Mann: 5.500 € monatliche Einnahmen
- Ehefrau nicht versichert: 420 € monatliche Einnahmen (Minijob)
- PKV-versichertes Kind: keine Einnahmen

Von den Einnahmen des Mannes werden noch 1.096,67 € für das Kind abgezogen. Die verbleibenden 4.403,33 € liegen unter der Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Deshalb werden für die Ehefrau (4.403,33 € : 2 =) 2.201,67 € zugrunde gelegt.

– GKV-Beitrag Ehefrau: 2.201,67 € x 14,0 % = 308,23 € zuzüglich kassenindividueller Zusatzbeitrag; zzgl. Pflege

Beispiel 2 – Kind ist in der GKV familienversichert:

– PKV versicherter Ehemann (Beamter): 3.850 € monatliche Einnahmen
– GKV (freiwillig) versicherte Ehefrau: 0 € mtl. Einnahmen
– GKV versichertes Kind: 0 € mtl. Einnahmen

  Von den Einnahmen des Mannes werden noch 658 € für das Kind abgezogen. Die verbleibenden 3.192 € liegen unter der Beitragsbemessungsgrenze. Deshalb werden für die Frau (3.192 € : 2 =) 1.596 € zugrunde gelegt.
– GKV Beitrag für die Ehefrau: 1.596 € x 14,0 % = 223,44 € zuzüglich kassenindividueller Zusatzbeitrag; zzgl. Pflege

Gebührenordnung für Ärzte/ Zahnärzte (GOÄ/ GOZ)

Die GOÄ/ GOZ sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Das Spektrum der ärztlichen/ zahnärztlichen Leistungen wird in Einzelpositionen aufgegliedert, die nach den Vorschriften der Gebührenordnungen in Rechnung gestellt werden können. Jede einzelne Leistung erhält dabei eine eigene Gebührenordnungsziffer.

Die Bemessung der Gebühren beruht auf einem System von Punktzahlen für die einzelnen in den Gebührenverzeichnissen aufgeführten Leistungen und einem für sämtliche Leistungen einheitlichen Punktwert.

Der Punktwert beträgt aktuell in der GOÄ 5,82873 Cent, in der GOZ 5,62421 Cent. Die Multiplikation des Punktwertes mit der Punktzahl der einzelnen Leistungen ergibt den einfachen Gebührensatz. Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen vor.

Der Rahmen der Gebührenordnungen liegt bei folgenden Sätzen:

a) ohne Begründung des Arztes
  – für persönliche Leistungen bis 2,3-fach
  – für technische Leistungen der GOÄ Abschnitte A, E und O bis 1,8-fach
  – für technische Leistungen der GOÄ-Nr. 437 sowie des Abschnittes M 1,15-fach

Diese Sätze werden als **Regelhöchstsätze** (= Schwellenwerte) bezeichnet.

b) mit Begründung des Arztes
  – für persönliche Leistungen bis 3,5-fach
  – für technische Leistungen der GOÄ Abschnitte A, E und 0 bis 2,5-fach
  – für technische Leistungen der GOÄ-Nr. 437 sowie des Abschnittes M 1,3-fach

Diese Sätze werden als **Höchstsätze** bezeichnet.

In der Regel darf eine Gebühr für persönliche Leistungen nur zwischen dem einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen sein. Ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes (= Schwellenwert) ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

Will der Arzt ein über den Rahmen der Gebührenordnung, also über den Höchstsatz hinausgehendes Honorar mit dem Patienten vereinbaren, ist hierüber vorher eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. An die Rechtmäßigkeit einer solchen Honorarvereinbarung sind strenge Bedingungen geknüpft.

Wir empfehlen in den Fällen, in denen eine Honorarvereinbarung getroffen werden soll, die vorherige Abstimmung mit unserer Leistungsabteilung. Dabei kann rechtzeitig die rechtliche Zulässigkeit der Überschreitung der Höchstsätze und die Höhe der SIGNAL IDUNA Erstattung geklärt werden.

Beispiel für eine Honorarabrechnung:

eingehende Beratung nach GOÄ-Ziffer 3

Punktzahl: 150 Punkte x Punktwert 5,82873 Cent = Gebühr 8,74 €

✓ 1-facher Gebührensatz: 8,74 €
✓ 1,7-facher Gebührensatz: 14,86 €
✓ 2,3-facher Gebührensatz: 20,10 €
✓ 3,5-facher Gebührensatz: 30,50 € (mit Begründung)

Hinweis für die neuen Bundesländer (inkl. Ost-Berlin): Der Arztabschlag in Höhe von 10 % ist seit dem 01.01.2007 weggefallen. Damit ist das Vergütungsniveau für Ärzte und Zahnärzte in Ost- und Westdeutschland einheitlich.

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (PflegeBAHR)

Zum 01.01.2013 ist das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (siehe auch Seite 124) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurden unter anderem Leistungsverbesserung verabschiedet, wie beispielsweise höhere Leistungen für Demenzkranke und Verbesserungen für pflegende Angehörige. Gleichzeitig ist die staatlich geförderte Pflege-Zusatzversicherung beschlossen worden. Sie wird mittlerweile unter dem Begriff „PflegeBAHR“ fächendeckend in der Assekuranz vermarktet. PflegeBAHR ist keine Pflichtversicherung, sondern kann von jedem Bürger ab Vollendung des 18. Lebensjahres freiwillig abgeschlossen werden.

Fördervoraussetzungen und Förderhöhe:

– 5 Euro monatliche staatliche Förderung (60 Euro im Jahr)
– 600 Euro monatliche Mindestleistung in Pflegegrad 5 und
– 15 Euro monatlicher Mindestbeitrag
– der Krankenversicherer zieht die Förderung direkt vom Beitrag ab. Dadurch ergibt sich ein niedrigerer effektiver Zahlbeitrag (mindestens 10 Euro). Der Versicherer stundet die Förderung und beantragt sie für den Kunden bis spätestens zum 31. März des Folgejahres.
– keine Gesundheitsprüfung (Kontrahierungszwang)
– kein Leistungsbezug aus SPV oder PPV
– Wartezeit beträgt 5 Jahre
– Zusatzleistungen (z. B. Assistance) sind nicht erlaubt

Den Gesetzestext zur geförderten ergänzenden Pflegeversicherung finden Sie auf Seite 158 ff. Die Tarifbeschreibungen zu den Tarifangeboten PflegeBAHR, PflegeBAHR-PLUS der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung finden Sie auf Seite 91.

Geringfügige (entlohnte) Beschäftigung

Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV vor, wenn das Arbeitsentgelt (§ 14 SGB IV) regelmäßig im Monat 450 Euro nicht überschreitet. Die wöchentliche Arbeitszeit und die Anzahl der monatlichen Arbeitseinsätze sind dabei unerheblich. Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ist versicherungsfrei in der Arbeitslosen- und Krankenversicherung und nicht versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung.

Bei der Prüfung der Frage, ob das Arbeitsentgelt 450 Euro übersteigt, ist vom regelmäßigen Arbeitsentgelt auszugehen. Das regelmäßige Arbeitsentgelt ermittelt sich abhängig von der Anzahl der Monate, für die eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt besteht, wobei maximal ein Jahreszeitraum (12 Monate) zugrunde zu legen ist. Dabei darf das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt im Durchschnitt einer Jahresbetrachtung 450 Euro nicht übersteigen (maximal 5.400 Euro pro Jahr bei durchgehender mindestens 12 Monate dauernder Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt in jedem Monat).

Wichtig: Eine einzige geringfügige Beschäftigung wird nicht mit einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung zusammengerechnet. Lediglich die geringfügigen Beschäftigungen selbst werden addiert.

Mindestlohn und geringfügige Beschäftigung

Zum 01.01.2015 ist das Mindestlohngesetz in Kraft getreten. Danach haben Arbeitnehmer Anspruch auf ein Mindestarbeitsentgelt. Es beträgt aktuell 9,50 Euro (ab 01.07.2021: 9,60 €) brutto je Zeitstunde. Um die 450-Euro-Grenze einzuhalten, dürfen bei einem Mindestlohn von 9,50 Euro je Stunde maximal 48 Arbeitsstunden im Monat geleistet werden. Ist ein fester monatlicher Betrag als Entgelt vereinbart, ist darauf zu achten, dass der monatliche Mindestlohn nicht unterschritten wird. Ist laut Arbeitsvertrag die Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall zu erbringen, liegt „Arbeit auf Abruf" vor. In diesen Fällen wird eine wöchentliche Arbeitszeit von 10 Stunden – im Monat also 40 Stunden – unterstellt.

Beispiel

Es wurde eine Festvergütung von 300 Euro vereinbart. Bei unterstellten 40 Stunden im Monat würde sich ein Stundenlohn von 7,50 Euro ergeben. Danach wäre die Arbeitszeit auf 32 Stunden vertraglich zu reduzieren (300 € : 9,50 €). Beträgt die tatsächliche Arbeitszeit mehr als 32 Stunden, ist die Vergütung zu erhöhen. Dabei ist generell zu beachten, dass die 450-Euro-Grenze nicht überschritten wird.

Eine geringfügige Beschäftigung ohne versicherungspflichtige Hauptbeschäftigung

(Nur) der Arbeitgeber hat vom Einkommen aus der geringfügigen Beschäftigung (also höchstens von 450 Euro) Pauschalabgaben von 30 % zu zahlen: 13 % zur gesetzlichen Krankenversicherung, 15 % zur gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und 2 % Pauschalsteuer. Durch diese Beitragspflicht wird keine eigenständige versicherungspflichtige Mitgliedschaft in der GKV begründet. Die geringfügige Beschäftigung bleibt versicherungsfrei. An die GKV entstehen keine weiteren Ansprüche (z. B. auf Krankengeld). Mehrere geringfügige Beschäftigungen werden weiterhin zusammen gerechnet. Darüber hinaus müssen noch Beiträge an die Berufsgenossenschaft und Umlagebeiträge zur Lohnfortzahlung und für den Mutterschutz gezahlt werden (siehe Aufwendungsausgleichsgesetz, Seite 100).

Besonderheiten in der GRV

Das „Regel-Ausnahme-Verhältnis" wurde ebenfalls zum 01.01.2013 geändert. Geringfügig Beschäftigte sind in der GRV grundsätzlich versicherungspflichtig. Dabei tragen die Versicherten den Differenzbetrag (3,6 % vom Entgelt) zum Pauschalbeitrag des Arbeitgebers und können u. a. Ansprüche auf Erwerbsminderungsrente erwerben und die Vorteile der Riester-Förderung in Anspruch nehmen. Zudem können Lücken in der Versicherungsbiographie vermieden werden.

Die geringfügig Beschäftigten können sich jedoch von dieser Versicherungspflicht in der GRV befreien lassen. Dann tritt Versicherungsfreiheit ein und es bleibt beim Pauschalbeitrag des Arbeitgebers in Höhe von 15 %.

Hinweis für privat Krankenversicherte: Der pauschale Arbeitgeberbeitrag von 13 % an die GKV ist nur für gesetzlich Krankenversicherte (entweder selbst versichert oder familienversichert) zu entrichten. Der Arbeitgeber spart somit bei privat Krankenversicherten diesen 13 %igen Pauschalbeitrag – sicherlich ein Argument für die PKV.

Eine geringfügige Beschäftigung mit versicherungspflichtiger Hauptbeschäftigung

Eine geringfügige Beschäftigung wird mit der versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung nicht zusammengerechnet.

Der Arbeitgeber kann dadurch in der geringfügigen Beschäftigung die pauschalen Arbeitgeberbeiträge weiter entrichten. Es besteht somit nur für die Hauptbeschäftigung „normale" Sozialversicherungspflicht mit den „normalen" Beitragssätzen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen für die Hauptbeschäftigung die Beiträge je zur Hälfte.

BSG-Urteil vom 27.06.2012 (B 12 KR 28/10 R)

Beim selben Arbeitgeber ist neben einer versicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung keine weitere geringfügige Beschäftigung möglich. Das Bundessozialgericht hat in diesem Urteil entschieden, dass eine weitere Beschäftigung beim selben Arbeitgeber mit einem Entgelt bis 450 Euro der Hauptbeschäftigung hinzuzurechnen und damit voll sozialversicherungspflichtig ist.

Für die Prüfung der Versicherungsfreiheit gemäß § 6 Absatz 1 Nr. 1 bzw. Absatz 4 SGB V (= höherverdienende Arbeitnehmer) würde eine solche Zweitbeschäftigung beim selben Arbeitgeber berücksichtigt.

Wichtig für die KV

Da die Einkommen aus den Beschäftigungen nicht zusammengerechnet werden, kann die Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung im jeweiligen Einzelfall nicht mehr zum Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze führen. Dies gilt nur für die erste geringfügige Beschäftigung. Die zweite und jede weitere wird jedoch mit der Hauptbeschäftigung addiert, sodass es in diesen Fällen zum Überschreiten der JAEG kommen kann.

Meldepflicht

Jede geringfügige Beschäftigung muss der Einzugsstelle gemeldet werden. Einzugsstelle bei geringfügigen Beschäftigungen ist die Knappschaft Bahn See als Träger der Rentenversicherung; An die Einzugsstelle ist der Pauschalbeitrag zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und die Pauschalsteuer abzuführen; für privat Krankenversicherte nur der Beitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung und die Pauschalsteuer. Nähere Hinweise finden Sie im Internet: www.minijob-zentrale.de

Die Melde- und Beitragspflichten für die geringfügige Beschäftigung gelten auch für Privathaushalte. Damit müssen auch Privathaushalte – wie alle anderen Arbeitgeber – eine Betriebsnummer beim Arbeitsamt beantragen.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den geringfügig Beschäftigten darüber zu informieren, dass dieser den Rentenversicherungsbeitrag aus eigener Tasche aufstocken und dafür die vollen Leistungen erhalten kann.

Steuerrecht

Die Steuerfreiheit für Einkommen aus der geringfügigen Beschäftigung fällt weg. Dafür hat der Arbeitgeber eine Pauschalsteuer von 2 % auf das Arbeitsentgelt zu entrichten. Sollten die Voraussetzungen nicht gegeben sein, kann – wie bisher – pauschal oder individuell nach Lohnsteuertabelle versteuert werden.

Geringfügige (kurzfristige) Beschäftigung

Eine geringfügig zeitlich befristete (kurzfristige) Beschäftigung liegt nach § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV vor, wenn die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 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 450 Euro im Monat übersteigt. Die beiden geringfügigen Beschäftigungsarten unterscheiden sich grundsätzlich dadurch, dass eine geringfügig entlohnte Beschäftigung regelmäßig und eine kurzfristige Beschäftigung nicht regelmäßig, sondern nur gelegentlich ausgeübt wird.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt

Bei haushaltsnahen Beschäftigungen gelten seit dem 01.04.2003 grundsätzlich die gleichen Regelungen wie bei den geringfügigen Beschäftigungen.

Abweichend davon zahlt der Arbeitgeber bei haushaltsnahen Beschäftigungen pauschal 12 % Abgaben; die Sätze betragen

- ✓ 5 % auf RV-Beiträge
- ✓ 5 % auf KV-Beiträge und
- ✓ 2 % auf Steuern

Haushaltsscheckverfahren

Das „Haushaltsscheckverfahren“ ist ein vereinfachtes Melde- und Beitragsverfahren zwischen Arbeitgeber und Minijob-Zentrale. Die Anmeldung eines Minijobs im Privathaushalt erfolgt über das Haushaltsscheckverfahren. Der Haushaltsscheck ist ein Vordruck zur An- und Abmeldung des Arbeitnehmers für die Sozialversicherung. Er ist Grundlage für die Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge und die Abbuchung der fälligen Zahlungen. Arbeitgeber müssen sich nur um die An- und Abmeldung kümmern. Die wesentliche Erleichterung des Haushaltsscheckverfahrens wird bei der Berechnung und Abführung der Beiträge spürbar. Abweichend von der sonstigen Verpflichtung eines Arbeitgebers hat der Privathaushalt keinen gesonderten Beitragsnachweis einzureichen.

Internet: www.haushaltsscheck.de

Steuerermäßigung

Darüber hinaus stehen dem Arbeitgeber Steuerermäßigungen (§ 35a Einkommensteuergesetz) zu, wenn er Arbeitnehmer mit einer haushaltsnahen Tätigkeit beschäftigt oder diese Dienstleistungen in Anspruch nimmt. Die Steuerermäßigung (Verminderung der tariflichen Einkommensteuer) beträgt 20 % der Aufwendungen ...

- ✓ bei haushaltsnahen Beschäftigungen, Dienst- sowie Pflege- und Betreuungsleistungen (höchstens 4.000 Euro im Jahr)
- ✓ haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse bei geringfügigen Beschäftigungen – sog. Minijobs (max. 510 Euro im Jahr). Für die Steuerermäßigung darf der Arbeitnehmer außerdem neben seiner hauptberuflichen Tätigkeit nur einen Minijob ausüben.
- ✓ für Handwerkerleistungen ohne Materialkosten im Rahmen von Renovierungs-, Erhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen (max. 1.200 Euro im Jahr)

Gesamteinkommen

Das Gesamteinkommen ist unter anderem wichtig, um die Versicherungsfähigkeit zur Familienversicherung zu prüfen. Unter Gesamteinkommen ist gemäß § 16 SGB IV die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zu verstehen. Es umfasst unter anderem:

- ✓ Lohn/ Gehalt eines Arbeitnehmers abzgl. Werbungskosten
- ✓ Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit
- ✓ Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung
- ✓ Einkünfte aus Kapitalvermögen abzgl. Sparerfreibetrag
- ✓ Rente der gesetzlichen Rentenversicherung

Nicht dazu zählen z. B. steuerfreie Einnahmen, wie Kindergeld, Kranken- und Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenversicherung.

Sonderausgaben, wie z. B. Vorsorgeaufwendungen sowie Freibeträge wie Altersentlastungsbetrag, Altersfreibetrag, Haushaltsfreibetrag etc. oder außergewöhnliche Belastungen dürfen bei der Ermittlung des Gesamteinkommens nicht abgezogen werden.

Allerdings können positive und negative Einkünfte verschiedener Einkunftsarten gegeneinander aufgerechnet (sprich saldiert) werden.

Gesundheitsfonds

Zum 01.01.2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Gesundheitsfonds neu gestaltet. Alle Beitragszahler - Versicherte und Arbeitgeber – leisten Ihre Abgaben an den Fonds. Zudem zahlt der Bund einen Zuschuss zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen in den Gesundheitsfonds ein.

Aus dem Fonds erhält jede Krankenkasse dann pro Versichertem eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Der bestehende Risikostrukturausgleich wurde hierzu ebenfalls zum 01.01.2009 weiterentwickelt, sodass nun auch schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten berücksichtigt werden.

Zusatzbeitrag

Kommt eine Kasse mit den Zuweisungen nicht aus, muss sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag verlangen. Den kann jede Krankenkasse je nach Finanzlage individuell festlegen. Der Zusatzbeitrag ist einkommensabhängig und wird paritätisch getragen. Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz gemäß § 242 SGB V).

Sonderkündigungsrecht bei Erhebung Zusatzbeitrag

Bei der erstmaligen Erhebung oder einer Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes haben GKV-Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht. Die Krankenkasse hat spätestens 1 Monat vor dem Zeitpunkt der Erhöhung die Mitglieder zu informieren. In dieser Info muss sie außerdem auf das Sonderkündigungsrecht hinweisen. Dabei muss die Sonderkündigung bis zum Ablauf des Monats erfolgen, für den die Kasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder ihn erhöht. Wirksam wird die Kündigung zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats. Bis zum Wechsel muss der Zusatzbeitrag vom Mitglied jedoch gezahlt werden. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

Durch das GKV-FinG wurde die so genannte 3-Jahresfrist für höherverdienende Arbeitnehmer abgeschafft und der Rechtsstand vor Inkrafttreten des GKV-WSG wieder hergestellt. Seit dem 31.12.2010 können somit betroffene Arbeitnehmer bereits nach einem Jahr in die PKV wechseln; Berufseinsteiger mit entsprechendem Einkommen sogar sofort. Weitere Änderungen waren unter anderem: Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 %, Reduzierung der Bindungsfrist bei bestimmten Wahltarifen, Einfrieren des KV-Arbeitgeberzuschusses auf 7,3 % mögliche Erhebung von unbegrenten einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen sowie diverse Einsparungen im Bereich der Verwaltung, Krankenhausleistungen, Hausarzt- und Zahnarztverträgen.

GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

Am 01.01.2004 ist das GMG mit wesentlichen Einschnitten für GKV-Versicherte in Kraft getreten. Unter anderem: Zahlung einer Praxisgebühr von 10 Euro (zum 01.01.2013 weggefallen), Anhebung der Zuzahlungen bei Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln und im Krankenhaus, Wegfall des Sterbegeldes, Wegfall von Brillen und Kontaktlinsen für Erwachsene, Wegfall Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente, höhere Beiträge für pflichtversicherte Rentner und Wegfall der paritätischen Beitragszahlung seit 1. Juli 2005.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

Mit dem Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder komplett paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bzw. Rentnern und Rentenversicherung getragen. Dadurch steigt der Arbeitgeberzuschuss ebenfalls in der PKV. Der Mindestbeitrag für Selbstständige ist stark reduziert worden und wird von 1/3 der Bezugsgröße berechnet. Ehemalige Zeitsoldaten, die ab 2019 erstmalig Übergangsgebührnisse beziehen, haben während des Bezugs von Übergangsgebührnissen keinen Beihilfeanspruch mehr. Sie erhalten stattdessen ein Zugangsrecht in die freiwillige GKV-Mitgliedschaft mit Beitragszuschuss. Das GKV-VEG tritt im Wesentlichen zum 1. Januar 2019 in Kraft.

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Das GKV-WSG ist in großen Teilen zum 01.04.2007 in Kraft getreten. Wichtige Änderungen waren unter anderem die neu geschaffenen Versicherungsmöglichkeiten für alle bislang Nichtversicherten und die Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009. Auf die PKV sind durch das GKV-WSG fundamentale Neuerungen zugekommen. Nichtversicherte, die der PKV zuzuordnen sind, haben seit dem 01.07.2007 ein Zugangsrecht in den modifizierten Standardtarif. Der modifizierte Standardtarif wurde zum 01.01.2009 durch den dann gültigen Basistarif ersetzt. Ebenfalls seit diesem Termin ist die Mitgabe von Alterungsrückstellungen (Übertragungswert) möglich.

Gleitzone

Seit dem 01.04.2003 wird im Bereich der „Geringverdiener“ zwischen einer Grundzone und einer Gleitzone unterschieden. Zum 01.01.2013 wurden die Grenzwerte durch eine gesetzliche Änderung angehoben. In der Grundzone (= Minijob bzw. geringfügige Beschäftigung) wurde die Grenze von 400 Euro auf 450 Euro erhöht.

Die Gleitzone (auch Midijob) schließt sich unmittelbar an die Grundzone an. Seit dem 01.07.2019 gilt sie von 450,01 bis 1.300 Euro monatlich (davor bis 850 Euro monatlich). Durch die Gleitzone soll verhindert werden, dass ein Arbeitnehmer, der knapp über der Geringfügigkeitsgrenze von 450 Euro verdient, sofort den „normalen“ Sozialversicherungsbeitrag zahlen muss. Dieser ist ermäßigt und steigt innerhalb der Gleitzone allmählich an. Über 1.300 Euro monatlich zahlt der Arbeitnehmer dann den vollen Sozialversicherungsbeitrag.

Gründungszuschuss

Existenzgründer, die unmittelbar aus einer Arbeitslosigkeit heraus hauptberuflich selbstständig tätig werden, können den sog. Gründungszuschuss (§§ 93, 94 SGB III) beantragen. Die Voraussetzungen und die Höhe des Zuschusses wurden durch die Reform des Arbeitsförderungsrechts zum 01.01.2012 geändert. Danach ist Voraussetzung für den Gründungszuschuss, dass noch ein Restanspruch auf Arbeitslosengeld I von mindestens 150 Tagen besteht. Außerdem muss der Gründer nachweisen, dass das Unternehmenskonzept tragfähig ist und dass er über die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt. Neu ist außerdem, dass auf den Gründungszuschuss kein Rechtsanspruch mehr besteht. Selbst bei Vorliegen aller gesetzlichen Voraussetzungen liegt die Gewährung des Zuschusses im Ermessen der Bundesagentur.

Der Gründungszuschuss wird dann in zwei Stufen, maximal 15 Monate gezahlt: sechs Monate in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes I plus 300 Euro, weitere neun Monate ausschließlich die 300 Euro.

Der Selbstständige, der einen Gründungszuschuss erhält, wird nicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Somit kann er sich – wie jeder andere Selbstständige auch – in der PKV vollversichern. Sollte sich der Existenzgründer mit Gründungszuschuss in der GKV freiwillig weiterversichern, beträgt die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage 1/3 der Bezugsgröße (2021: 1.096,67 Euro).

„Hartz I bis IV“-Reformen

Um den Arbeitsmarkt in Deutschland zu reformieren, sind seit 2003 ingesamt vier Gesetzespakete in Kraft getreten. Der Namensgeber und geistige Vater relevanter Inhalte dieser Gesetze war Dr. Peter Hartz (früherer Personalvorstand bei VW).

- ✓ Das „Erste Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz I)“ ist seit 2003 in Kraft. Wesentlicher Inhalt ist die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und eine Ausweitung der Zeitarbeit – hierfür wurden so genannte Personal-Service-Agenturen (PSA) eingerichtet.
- ✓ Das „Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz II)“ ist zusammen mit Hartz I am 01.01.2003 in Kraft getreten. Wesentlicher Inhalt ist die Bekämpfung von Schwarzarbeit, Reformierung der Mini-Jobs und Einführung der Ich-AG’s.
- ✓ Das „Dritte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz III)“ ist seit dem 01.01.2004 in Kraft. Wesentlicher Inhalt ist die Umorganisation der Bundesagentur für Arbeit. Sie soll schlanker organisiert werden und Arbeitslose effizienter vermitteln.
- ✓ Das „Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV)“ tritt am 01.01.2005 in Kraft. Wesentlicher Inhalt ist die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe, die ab 2005 dann als Arbeitslosengeld II ausgezahlt wird. Dies ist im neuen Sozialgesetzbuch II (SGB II) geregelt.

Häusliche Krankenpflege

Eigentlich häusliche Behandlungspflege. Ermöglicht als Leistung der Krankenversicherung (bei SIGNAL IDUNA Bestandteil der ambulanten Leistungen) die Krankenpflege durch Pflegekräfte in der gewohnten häuslichen Umgebung.

Häusliche Pflegehilfe

Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Besteht aus:

- ✓ Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität)
- ✓ hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Waschen der Kleidung)
- ✓ Leistung bei Verhinderung der Pflegeperson („Urlaubspflege“)

Haushaltsbegleitgesetz

Weitere Leistungseinschränkungen in der GKV in den Jahren 1983 und 1984. Erneuter Anstieg der Selbstbeteiligung für Arzneien von 1,50 DM auf 2 DM je Medikament. Die „häusliche Ersparnis“ bei Krankenhausbehandlung wird eingeführt. Für maximal 14 Tage im Kalenderjahr sind 5 DM pro Tag zu zahlen. Ausschluss für „Bagatell-Arzneien“ (z. B. Erkältungskrankheiten). Für Krankengeld besteht Beitragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung (Krankengeldlücke). Urlaubs- und Weihnachtsgeld (so genannte Einmalzahlungen) werden verstärkt in die Beitragspflicht einbezogen.

Heilmittel

Im Sinne der Krankenversicherung Mittel zur Beseitigung und Milderung von Krankheitserscheinungen, die (im Gegensatz zu Arzneimitteln) von außen wirken. Heilmittel sind z. B. Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Bäder, Massagen, Fango, Krankengymnastik), der Sprach- und Sprechtherapie etc.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Hilfsmittel

Technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Hierunter fallen u. a. Prothesen, Sehhilfen, Krankenfahrstühle, Hörgeräte.

Honorarvereinbarung

Will der Arzt ein über den Rahmen der Gebührenordnung hinausgehendes Honorar mit dem Patienten vereinbaren, ist hierüber vor Beginn der Behandlung schriftlich eine Vereinbarung zu treffen. An die Rechtmäßigkeit solcher Vereinbarungen sind strenge Bedingungen geknüpft (u. a. Schriftform zwingend). Eine medizinische Begründung für die höhere Vergütung ist zwar nicht erforderlich, allerdings ist der Arzt dazu verpflichtet, wenn der Patient dies wünscht. Viele SIGNAL IDUNA Krankenversicherungstarife leisten jedoch nur innerhalb der Gebührenordnung. Sieht ein Tarif eine solche Beschränkung nicht vor, empfehlen wir, eine solche Begründung in jedem Fall zu verlangen. SIGNAL IDUNA kann eine Leistungszusage nämlich vom Vorliegen einer Begründung abhängig machen.

Ich-AG (Existenzgründungs-Zuschuss)

Mit Inkrafttreten von „Hartz II“ am 01.01.2003 wurde ein neues Instrument zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit in Form der sog. „Ich-AG“ in das Dritte Sozialgesetzbuch (SGB III) aufgenommen. Diese Förderung gibt es nicht mehr. Die Ich-AG ist abgelöst worden durch den so genannten „Gründungszuschuss“.

Jahresarbeitsentgelt, regelmäßiges

Die richtige Ermittlung des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts ist für die Prüfung der Versicherungsfreiheit sehr wichtig. Deshalb stichwortartig die folgenden Berechnungshinweise:

- ✓ Multiplikation der durchschnittlichen Monatsbezüge mit 12 (immer, auch z. B. ab 01.06. eines Jahres oder einer Gehaltserhöhung zum 01.12.)
- ✓ Addition von regelmäßigen Sonderzuwendungen (Weihnachts- und Urlaubsgelder)
- ✓ Addition von vermögenswirksamen Leistungen
- ✓ Addition von Überstundenpauschalen

Unberücksichtigt bleiben Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden (siehe auch Seite 25 ff).

Jahresarbeitsentgeltgrenze

Auch Versicherungspflichtgrenze – sie ist für die Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern in der GKV von Bedeutung. Arbeiter und Angestellte sind versicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt diese Grenze übersteigt.

Die Jahresarbeitsentgeltgrenzen der letzten fünf Jahre im Überblick: Seit 2001 einheitliche Grenze für Ost und West			
2017	=	57.600 €	(52.200 €*)
2018	=	59.400 €	(53.100 €*)
2019	=	60.750 €	(54.450 €*)
2020	=	62.550 €	(56.250 €*)
2021	=	64.350 €	(58.050 €*)

*) Diese Grenze gilt nur für Personen, die am 31.12.2002 als Arbeitnehmer versicherungsfrei und privat vollversichert waren.

Kalkulation von KV-Beiträgen

a) Umlageverfahren (GKV)

Nach dem Grundgedanken des Solidaritätsprinzips werden in der GKV die zu erwartenden Ausgaben den zu erwartenden Einnahmen jährlich gegenübergestellt. Dabei sollen die Beiträge aktiver Arbeitnehmer die Beitragsausfälle bei anderen Versicherten mit geringeren oder überhaupt keinen Einnahmen (z. B. beitragsfreie Familienangehörige, Rentner) kompensieren.

b) Anwartschaftsdeckungsverfahren (PKV)

Mit dem Anwartschaftsdeckungsverfahren soll in der PKV das mit dem Alter ansteigende Krankheitsrisiko ausgeglichen werden. In der ersten Phase der Vertragsdauer wird ein höherer Beitrag erhoben als zur Abdeckung des eigentlichen Krankheitsrisikos notwendig wäre. Diese Beitragsteile werden als so genannte Alterungsrückstellungen verzinslich angesammelt.

Ab dem Zeitpunkt, an dem der Beitrag nicht mehr ausreicht, um die allein durch das höhere Lebensalter gestiegenen Leistungen zu finanzieren, wird die Alterungsrückstellung zum Ausgleich dieser Mehrkosten verwendet.

Dieses Verfahren macht die PKV bei der Bewältigung der „Alterslast“ wesentlich sicherer als die GKV, die mit dem Umlageverfahren „von der Hand in den Mund“ lebt.

Kalkulationsverordnung

siehe Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (Seite 118)

Karenzzeit

Ist wichtig bei der Verdienstausfallversicherung und legt den Zahlungsbeginn des Krankentagegeldes fest (8., 15., 22., 29., 43., 92., 183., 274., 365. Tag einer Arbeitsunfähigkeit).

Kennzahlen des PKV-Verbandes

Wer sich für eine private Krankenversicherung entscheidet, sollte nicht nur das Preis-/ Leistungsverhältnis beurteilen. Auch die Unternehmensstärke des Krankenversicherers sollte in die Entscheidungsfindung mit einfließen. So stellen die aus den Jahresabschlüssen gebildeten Kennzahlen eine wichtige Informationsquelle dar.

Relevante vom PKV-Verband veröffentlichte Kennzahlen:

Kennzahlen zur Sicherheit und Finanzierbarkeit	Kennzahlen zum Erfolg und zur Leistung	Kennzahlen zum Bestand und zur Bestandsentwicklung
Eigenkapitalquote (A1)	Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote (B1)	Bestandskennzahlen (C1)
RfB-Quote (A2)	Nettoverzinsung (B5)	Wachstumskennzahlen (C2)

Kurz-Erläuterungen zu einigen Kennzahlen:

1. RfB-Quote

$$\frac{\text{Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB)}}{\text{verdiente Bruttobeiträge}} \times 100$$

Die RfB-Quote verdeutlicht, über welche zusätzlichen Mittel für Beitragsentlastungen oder Barausschüttungen (BRE) ein Krankenversicherer in den nächsten 3 Jahren verfügt. Je höher diese Quote ist desto besser.

2. Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote

$$\frac{\text{Versicherungsgeschäftliches Ergebnis}}{\text{verdiente Bruttobeiträge}} \times 100$$

Die versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote gibt an, wie viel von den Beitragseinnahmen nach Abzug der Schadenaufwendungen und Kosten übrig bleibt. Die Quote sollte nicht zu hoch, aber auch nicht zu niedrig sein. Eine Quote um die 10 % wird als optimal angesehen.

3. Nettoverzinsung

$$\frac{\text{Nettokapitalanlageergebnis}}{\text{mittlerer Kapitalanlagebestand}} \times 100$$

Die Nettoverzinsung gibt an, wie gut eine Krankenversicherung die von den Kunden in Verwahrung gegebenen Gelder (hauptsächlich in der Deckungsrückstellung) angelegt hat. Sie spiegelt die Qualität der Kapitalanlagepolitik wider. Je höher die Nettoverzinsung ausfällt, desto besser ist es für die Kunden.

Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG

In der sozialen Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 2005 der Beitragssatz für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres um 0,25 Beitragssatzpunkte erhöht. Kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, sind von diesem Beitragszuschlag ausgenommen. Der Beitragszuschlag wird vom Mitglied alleine getragen (d. h. bei Arbeitnehmern ohne Beteiligung des Arbeitgebers). Hinweis: Dieser Zuschlag gilt nicht für die private Pflegeversicherung.

Krankengeld

Geldleistung der GKV bei Arbeitsunfähigkeit und Erkrankung eines Kindes unter 12 Jahren. Die Dauer ist für dieselbe Krankheit auf 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren beschränkt (Aussteuerung). Wichtig: Der 78-Wochen-Zeitraum beginnt bereits mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe ist seit 1997 begrenzt auf 70 % des Bruttoeinkommens, für Arbeitnehmer zusätzlich auf 90 % des tatsächlichen Nettogehaltes. Vom Krankengeld sind Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen- und Pflegepflichtversicherung zu zahlen (12,025 % bzw. 12,275 % für „Kinderlose“).

Neu seit 01.01.2009: Krankengeldanspruch für Selbstständige

Seit dem 01.01.2009 ist der gesetzliche Krankengeldanspruch für Selbstständige grundsätzlich weggefallen. Um ihren Verdienstausfall abzusichern, haben sie folgende Möglichkeiten:

a) Absicherung über einen GKV-Wahltarif

Nachteile sind beispielsweise die 3-jährige Mindestbindung, keine auf Zukunft ausgelegte Vertragsgarantien, Verzicht auf die sonst üblichen Sonderkündigungsrechte und das gesetzliche Krankengeld unterliegt dem Progressionsvorbehalt.

b) Wahl des allgemeinen Beitragssatzes

Durch Wahl des allgemeinen Beitragssatzes haben Selbstständige Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche. Das Mitglied ist an die Wahl des gesetzlichen Krankengeldes drei Jahre gebunden. Eine gleichzeitige mindestens 3-jährige Bindung an die Mitgliedschaft der Krankenkasse entsteht jedoch nicht. Der Selbstständige kann also innerhalb dieser 3 Jahre in die PKV wechseln.

c) Absicherung über ein PKV Kranken**tage**geld

Vorteile sind die lebenslange Vertragsgarantie, die hohe Flexibilität der Absicherungsmöglichkeiten und die volle Steuerfreiheit der Leistungen.

Krankenhaustagegeld

Zusatzleistung der PKV bei einem Krankenhausaufenthalt. Eignet sich für Nebenkosten wie Fahrgeld, Zeitschriften usw. aber auch für die Bezahlung einer Haushaltshilfe, wenn eine Mutter ihr Kind zur Betreuung ins Krankenhaus begleitet.

Krankentagegeld

Geldleistung der PKV bei Arbeitsunfähigkeit. Wird nach Ablauf einer bestimmten – frei wählbaren – Karenzzeit (8., 15., 22., 29., 43., 92., 183., 274., 365. Tag einer Arbeitsunfähigkeit) gezahlt. Auch Kombinationen unterschiedlicher Karenzen sind möglich. Keine zeitliche Begrenzung der Bezugsdauer wie in der GKV auf die 78. Krankheitswoche.

Absicherung der **Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung** (nur im Rahmen einer Vollversicherung):

Damit sich SIGNAL IDUNA Vollversicherte die auch bei längerer Arbeitsunfähigkeit wichtige Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) erhalten, sind von ihnen Beiträge zu zahlen. Hierzu ist über das Versicherungsamt der Stadtverwaltung bzw. direkt beim Rentenversicherungsträger ein Antrag zu stellen. Die Beitragszahlung zur GRV sichern Sie über ein Krankentagegeld ab. Hierbei gilt folgendes Berechnungsverfahren:

Bemessungsgrundlage sind mindestens 80 % des zuletzt für einen Monat versicherten Arbeitsentgelts; maximal der Renten-Beitragsbemessungsgrenze: (2021 = West 7.100 Euro / Ost 6.700 Euro)

Tarifierungsbeispiel:		
monatliches Bruttogehalt	=	5.000 €
80 % hiervon	=	4.000 €
aktueller GRV Beitragssatz	=	18,6 %
Rechnung:		
4.000 € x 18,6 %	=	744 €

Versichert wird also neben dem Verdienstausfall für die Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge ein kalendertägliches Krankentagegeld: in obigem Beispiel 25 Euro. Dieser Betrag zählt nicht zum versicherbaren Höchst-Krankentagegeld nach den Verkaufshinweisen, kann also zum Nettoeinkommen zusätzlich abgeschlossen werden.

Schließung der Krankengeldlücke:

Für GKV-versicherte Arbeitnehmer entsteht durch die Zahlung von Beiträgen zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung eine Lücke von 12,025 % (12,275 % für „Kinderlose“) des GKV-Krankengeldes (neben weiteren 10 %, da das Krankengeld in der Regel auf 90 % des Nettoeinkommens begrenzt ist). Daraus abgeleitet können ca. 22 % vom Nettoentgelt als Krankengeldlücke angenommen werden.

So wird die Krankengeldlücke in der GKV ermittelt:

Berechnungsbeispiel	**Beträge**
• Beitragsbemessungsgrenze 2021	4.837,50 €
• Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt	3.000,00 €
• Monatliches Netto-Arbeitsentgelt	2.000,00 €
So rechnet die Krankenkasse	
• 70 % von der Beitragsbemessungsgrenze	3.386,25 €
• 70 % vom Brutto-Arbeitsentgelt	2.100,00 €
• 90 % vom Netto-Arbeitsentgelt	1.800,00 €
Der **niedrigste** der drei zuletzt ermittelten Beträge gilt als Berechnungsgrundlage	1.800,00 €
./. 12,275 % (für Sozialversicherungsbeiträge)	220,95 €
= Ausgezahltes Netto-Krankengeld	1.579,05 €
Das ist die Krankengeldlücke	
Netto-Arbeitsentgelt	2.000,00 €
./. Ausgezahltes Krankengeld	1.579,05 €
= Ergibt monatliche Lücke	420,95 €
1/30 davon ergibt die tägliche Lücke	14,03 €
Empfohlenes SIGNAL IDUNA Krankentagegeld	**15,00 €**

Generelle Empfehlungen zur bedarfsgerechten Krankentagegeldhöhe für GKV-Pflichtversicherte finden Sie auf Seite 40.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV)

Zum 01. Januar 2016 ist die VAG-Novelle in Kraft getreten. Im Rahmen dieser Novelle wurden ebenfalls zum 01.01.2016 unter anderem die bisherige Überschussverordnung sowie die Kalkulationsverordnung aufgehoben. Die Überschussverordnung hat geregelt, wie Überzins und Überschuss in der Krankenversicherung ermittelt und verteilt werden. Die Kalkulationsverordnung legte fest, welche versicherungsmathematischen Methoden die Versicherungsunternehmen verwenden müssen, wenn sie Prämien und Rückstellungen für eine Krankenversicherung berechnen. Diese beiden Verordnungen wurden inhaltlich neu in der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung zusammengefasst.

Kündigung der GKV-Mitgliedschaft

Freiwillige und versicherungspflichtige Mitglieder können ihre Mitgliedschaft mit einer Frist von zwei Monaten kündigen, gerechnet vom Ablauf des Monats, in dem der Austritt erklärt wird. Beim Wechsel innerhalb der GKV beträgt die Mindestbindungsdauer an die neue Krankenkasse 18 Monate (nicht bei Kündigung wegen Beitragserhöhung). Für freiwillig Versicherte, die nach einer Kündigung zur PKV wechseln wollen, gilt diese Mindestversicherungsdauer nicht (siehe auch Seite 41).

Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu Beginn eines Jahres versicherungsfrei werden, können binnen einer Frist von 14 Tagen nach Mitteilung der Krankenkasse über die Versicherungsfreiheit rückwirkend zum 01.01. austreten.

Nimmt jemand nach einer versicherungspflichtigen GKV-Mitgliedschaft (z. B. Arbeitnehmer oder Student) eine selbstständige Tätigkeit auf, ist die bisherige Mitgliedschaft sofort zum Ende der Versicherungspflicht beendet. Zur Klarstellung sollte der Austritt schriftlich erklärt werden.

Wichtig: Eine Kündigung kann nur wirksam werden, wenn der Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer neuen Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse oder das Bestehen einer privaten KV-Voll nachgewiesen wird. Unterbleibt der Nachweis, ist die Kündigung unwirksam und das Versicherungsverhältnis bleibt unverändert bestehen.

Kündigung der PKV

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, vorbehaltlich einer vereinbarten Mindestvertragsdauer von höchstens 2 Jahren. Neben dieser ordentlichen Kündigung hat der Versicherungsnehmer das Recht zur außerordentlichen Kündigung anlässlich einer Beitragsanpassung oder bei eintretender GKV-Versicherungspflicht/ Anspruch auf Heilfürsorge. Spätestens seit 2009 soll nach dem Willen des Gesetzgebers in Deutschland niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz sein. Seit 2009 wird die Kündigung eines PKV-Vertrages erst dann wirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Nachfolge-Krankenversicherung nachweist. Der Nachweis ist innerhalb der Kündigungsfrist zu erbringen. Wird der Nachweis später erbracht, wird die Kündigung unwirksam.

Wichtig: Keine Kündigung mehr durch den Versicherer

Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht zur Versicherung erfüllt, ist durch den Versicherer seit dem 01.01.2009 ausgeschlossen. Bei Versicherungen, die nicht die Versicherungspflicht erfüllen, kann der Krankenversicherer wie bisher auch vom Vertrag zurücktreten (Nichtzahlung Erstbeitrag) bzw. den Vertrag kündigen (Nichtzahlung Folgebeitrag).

Künstlersozialversicherung

Geregelt im Gesetz über die Sozialversicherung der selbstständigen Künstler und Publizisten (KSVG). Voraussetzung für den Eintritt der Krankenversicherungspflicht ist, dass der Künstler und Publizist die künstlerische/ publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig ausübt und im Zusammenhang mit der künstlerischen/ publizistischen Tätigkeit nicht mehr als ein Arbeitnehmer beschäftigt wird, es sei denn, die Beschäftigung wird zur Ausbildung oder geringfügig ausgeübt.

Kuren/ Medizinische Rehabilitation

Der Begriff „Kur“ wird heute in den relevanten gesetzlichen Vorschriften (z. B. im Sozialgesetzbuch – SGB) nicht mehr verwendet. Vielmehr werden folgende Maßnahmen unterschieden:

Medizinische Vorsorgeleistungen

Medizinische Leistungen (ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei, Verbänden, Heil- und Hilfsmitteln), die geeignet sind einer Krankheit vorzubeugen, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Die medizinische Rehabilitation versucht, einen die Teilhabe oder Erwerbsfähigkeit bedrohenden oder (z. B. durch Unfall) entstandenen Gesundheitsschaden zu beseitigen, zu mildern oder Folgen zu beseitigen.

Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung

Besondere Form der medizinischen Rehabilitation, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.

Wer sind die Leistungserbringer nach SGB?

Anschlussrehabilitation/ Anschlussheilbehandlung, Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Medizinische Vorsorgeleistungen können von folgenden Kostenträgern erbracht werden:

- gesetzliche Rentenversicherung (GRV)
- gesetzliche Krankenkassen (GKV)
- gesetzliche Unfallversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder Träger der Sozialhilfe.

In den meisten Fällen sind entweder die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung zuständig.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung richtet sich insbesondere an rentenversicherungspflichtige Erwerbstätige und erbringt Leistungen im Bereich der ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Hier gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“.

Gesetzliche Krankenversicherung

Leistungsempfänger der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Wesentlichen GKV-Versicherte Rentner, nicht berufstätige Erwachsene, Kinder und Jugendliche. Die Leistung bezieht sich auf ambulante und stationäre Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen.

Welche Leistungen sieht die PKV vor?

Grundsätzlich übernimmt die PKV die Kosten für die medizinische Heilbehandlung einer Akuterkrankung. Die vorgenannten Maßnahmen gehen darüber hinaus und werden typischer Weise vorbeugend oder im Anschluss an die akute Phase einer Krankheit eingesetzt.

Innerhalb der PKV gibt es den Leistungsausschluss gemäß § 5 Absatz 1 Buchst. d MB/KK:

„Keine Leistungspflicht besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;“

Die PKV gehört kraft Gesetzes nicht zu den Trägern von Rehabilitationsmaßnahmen.

Leistungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung

Die Tarife der Produktlinie „privat“ und der Produktlinie „Prestige“ übernehmen unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen für ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlungen/ Anschlussrehabilitationen.

Tarife der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung leisten zusätzlich für Kur- und Sanatoriumsbehandlung, sofern es sich um Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel oder Heilmittel handelt. Ebenso verhält es sich bei dem Tarif EXKLUSIV-B aus der Produktlinie „Beihilfe“. Für die Absicherung nicht versicherter Rehabilitationsmaßnahmen oder für Unterkunftskosten empfiehlt sich die Hinzuversicherung des KurPLUS bzw. EXKLUSIV-B-E.

Sonderregelung für Prime: Im Tarif Prime wird generell für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (insbesondere Anschlussrehabilitation/ AHB) und die im Zusammenhang anfallenden Fahrtkosten geleistet. Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen (insbesondere Anschlussrehabilitation/ AHB) werden Kosten für ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel oder Heilmittel erstattet. Dies gilt ebenso für stationäre Kuren.

Kurzarbeitergeld und PKV

Was passiert mit einer Privaten Krankenversicherung bei Kurzarbeit – bleibt die PKV bestehen oder tritt Versicherungspflicht ein? Wer beteiligt sich bei Kurzarbeit an den PKV-Beiträgen – muss der Arbeitgeber weiterzahlen? Und, wie hoch ist der Zuschuss zur PKV? Antworten dazu finden Sie in den folgenden Ausführungen:

Versicherungsrechtliche Beurteilung

Zur Versicherungsfreiheit bei Bezug von Kurzarbeitergeld nimmt der Spitzenverband Bund (SpiBu) in seinem Rundschreiben vom 22.03.2017 Stellung.

Bewertung vorweg: Wird ein Arbeitnehmer in Kurzarbeit geschickt und fällt mit seinem Entgelt unter die Jahresarbeitsentgeltgrenze, hat das keine Auswirkungen auf seinen Versicherungsstatus. Der Arbeitnehmer bleibt weiterhin versicherungsfrei. Damit wird seine PKV unverändert fortgeführt.

Die relevanten Passagen aus dem SpiBu-Rundschreiben vom 22.03.17, Seite 15 nachfolgend im Wortlaut:

„Ein bei vorliegender Versicherungsfreiheit nur vorübergehendes Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, das ohne Auswirkungen auf den Versicherungsstatus bleibt, wird nur in engen Grenzen für zulässig und vertretbar erachtet und ist auf wenige Sachverhalte beschränkt. Hier in Betracht kommen im Wesentlichen die Fälle der Kurzarbeit (mit Ausnahme des Bezugs von Transferkurzarbeitergeld) und der stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. In diesen Fällen bleibt der Versicherungsstatus für die Dauer des jeweiligen Tatbestandes unverändert. Dies ist gerechtfertigt, da das aus Anlass der Kurzarbeit oder der Wiedereingliederung ausfallende regelmäßige Arbeitsentgelt durch eine Entgeltersatzleistung (Kurzarbeitergeld bzw. Krankengeld) ersetzt wird und der eigentliche Entgeltanspruch dem Grunde nach unberührt bleibt.“

Weiter heißt es im SpiBu-Rundschreiben vom 22.03.17 auf Seite 17: *„Zu den Zeiten der Unterbrechung eines entgeltlichen Beschäftigungsverhältnisses, die ohne Auswirkungen auf den krankenversicherungsrechtlichen Status bleiben, zählen insbesondere:*

- *Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung (unabhängig davon, ob Krankengeld oder Krankentagegeld gezahlt wird),*
- *Zeiten des Bezugs von Verletztengeld, Übergangsgeld oder Versorgungskrankengeld,*
- *Zeiten des Bezugs von Mutterschaftsgeld,*
- *Zeiten des Bezugs von Kurzarbeitergeld mit Ausnahme des Transferkurzarbeitergeldes nach § 111 SGB III,*
- *Zeiten, in denen sich der Arbeitnehmer rechtmäßig im Arbeitskampf befand,*
- *Zeiten der Teilnahme an einer Eignungsübung.“*

PKV-Zuschuss bei Kurzarbeit: gesetzliche Regelung

Der PKV-Zuschuss für Kurzarbeiter ist in § 232a Abs. 2, § 249 Abs. 2, § 257 Abs. 2 Satz 3 SGB V geregelt (für die Pflege gilt eine analoge Anwendung). Konkretisiert wird die gesetzliche Regelung durch ein Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 30.06.2020 an den PKV-Verband. Danach muss auch bei Kurzarbeit der Arbeitgeber weiterhin einen (erhöhten) Zuschuss zur PKV seines Arbeitnehmers leisten.

Bewertung vorweg

Bei Bezug von Kurzarbeitergeld (Kug) gibt es für den PKV-Arbeitgeberzuschuss eine sehr positive Regelung. Vereinfacht gesagt muss der Arbeitgeber bei Bezug von Kurzarbeitergeld einen erhöhten PKV-PPV-Zuschuss leisten, sodass die Bezahlung der PKV-Beiträge für den Zeitraum des Kug-Zeitraums weitestgehend gewährleistet wird.

Die Regelung im Detail

Zuerst wird aus dem Fiktiventgelt der Arbeitgeberzuschuss ermittelt. Hierbei wird der max. Zuschuss ermittelt, indem auf die Bemessungsgrundlage aus dem Fiktiventgelt der volle allgemeine Beitragssatz angewendet wird (14,6 %): Hinzu kommt noch der auf das Fiktiventgelt entfallende durchschnittliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Kalenderjahr 2021 beträgt dieser 1,3 %. Den Beitragszuschuss aus dem Fiktiventgelt trägt der Arbeitgeber alleine.

Vom PKV-Beitrag wird dann in einem ersten Schritt der Beitragszuschuss aus dem Fiktiventgelt abgezogen. Den verbleibenden Beitrag teilen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Hälfte (falls der Arbeitgeberzuschuss aus dem Kurzarbeiter-Lohn niedriger ist als die Hälfte, wird nur der niedrigere Teil gewährt; die Differenz wäre dann vom Arbeitnehmer zu übernehmen. Die Summe der beiden Zuschüsse ergeben den vom Arbeitgeber insgesamt zu zahlenden Arbeitgeberzuschuss zur PKV.

Der privat krankenversicherte Arbeitnehmer erhält als Beitragszuschuss höchstens den Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen insgesamt zu zahlen ist.

Dazu folgendes Beispiel:

Enrico Pallazzo ist Arbeitnehmer und PKV versichert (600 € PKV-Beitrag). Er verdient 6.000 € brutto im Monat. Sein Arbeitgeber beantragt für ihn 60 % Kurzarbeit, das heißt er erhält von seinem Arbeitgeber nur noch 2.400 €; darüber hinaus erhält er Kurzarbeitergeld.	**Beträge**
Soll-Entgelt	6.000,00 €
Ist-Entgelt	2.400,00 € (6.000 € x 40%)
Berechnung Fiktiventgelt (80 % der Differenz zwischen Soll-Entgelt und Ist-Entgelt)	2.880,00 € (6.000 € - 2.400 €) x 40%
Bemessungsgrundlage aus Fiktiventgelt:	
a) (Ist-Entgelt + Fiktiv-Entgelt) ≤ KV-BBG: dann (Soll-Entgelt ./. Ist-Entgelt) x 80%	(6.000 € – 2.400 €) x 80%
b) Ist-Entgelt + Fiktiv-Entgelt > KV-BBG: dann KV-BBG ./. Ist-Entgelt	(4.837,50 € – 2.400 €)
Der niedrigste Wert aus a) und b):	2.437,50 €
Monatlicher PKV-Beitrag	600,00 €
So berechnet sich der AG-Zuschuss zur PKV	
Max. Beitragszuschuss Fiktiventgelt	387,56 €
(Bemessungsgrundlage aus Fiktiventgelt x (14,6 % + 1,3 %)) =	(2.437,50 € x 15,9 %)
Beitragszuschuss Ist-Entgelt:	
Tatsächlicher Beitrag abzgl. Beitragszuschuss aus Fiktiventgelt; davon die Hälfte.	+ 106,22 € (600 € - 387,56 €) : 2
AG-Beitragszuschuss zur KV gesamt (387,56 € + 106,22 €)	**= 493,78 €**

Der AG-Beitragszuschuss zur Krankenversicherung beträgt in dem Beispiel insgesamt 493,78 €. Enrico Pallazzo muss selbst noch 106,22 € zahlen (statt vorher 300 €).

Wichtiger Hinweis:

Das vereinfachte und exemplarische Beispiel soll verdeutlichen, dass während der Kurzarbeit der Arbeitgeber einen erhöhten Arbeitgeberzuschuss zur PKV zahlen muss. Dadurch ist in vielen Fällen die Finanzierung des PKV-Beitrages auch während einer Kurzarbeiterphase sichergestellt. Im Einzelfall sind die Arbeitsagentur bzw. Lohnabrechnungsstelle des jeweiligen Arbeitgebers zu kontaktieren, um die genaue Zuschusshöhe zu erfahren. Die Berechnung des AG-Zuschusses zur PPV erfolgt analog.

Landwirte, landwirtschaftliche Nebenbetriebe

Geregelt im Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG). Versicherungspflichtig sind grundsätzlich landwirtschaftliche Unternehmer, mitarbeitende Familienangehörige sowie Bezieher von Altersgeld. Selbstständige Landwirte können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen. Außerdem sind Personen, die neben ihrer landwirtschaftlichen Tätigkeit hauptberuflich als Arbeitnehmer bzw. Selbstständige tätig sind, nicht versicherungspflichtig in der Krankenversicherung der Landwirte. Seit dem 01.01.2013 sind die landwirtschaftlichen Krankenkassen unter einem einheitlichen Bundesträger vereint: der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV).

Leistungsausschluss

Um den Beitrag tragbar zu halten und die Versichertengemeinschaft nicht unzumutbar zu belasten, kann eine Einschränkung der Leistungspflicht erfolgen. SIGNAL IDUNA vereinbart Leistungsausschlüsse im Regelfall nur in der Zusatzversicherung.

MB/EPV 2017

Abkürzung der Musterbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (wichtig für Tarife PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP und PflegeBAHRPLUS sowie care+).

MB/GEPV 2017

Abkürzung für die Musterbedingungen der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (gilt für den Tarif PflegeBAHR).

MB/KK 2009, MB/BT 2009, MB/KT 2009

Abkürzung für Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten-Vollversicherung, den Basistarif und Krankentagegeld-Versicherung (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen SIGNAL IDUNA).

MB/PPV 2017

Abkürzung für Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Medicator AG

Die Aufgabe der Medicator AG (Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln) besteht darin, die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Krankenversicherungsvertrag begünstigter Personen zu schützen und zu diesem Zweck die Bestände zahlungsunfähiger oder überschuldeter Krankenversicherungsunternehmen, die in Deutschland niedergelassen und zum Betrieb der substitutiven Krankenversicherung gemäß § 146 VAG zugelassen sind, entweder aufgrund eigener Entscheidung oder aufgrund Übertragung durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu übernehmen, zu verwalten sowie ganz oder teilweise auf in Deutschland zum substitutiven Krankenversicherungsgeschäft zugelassene Unternehmen weiter zu übertragen.

Die zur Finanzierung dieser Aufgabe erforderlichen Mittel werden bei Krankenversicherungsunternehmen erst im Sicherungsfall eingehoben (vgl. § 226 Abs. 6 VAG), die Zahlung laufender Beiträge ist nicht vorgesehen.

Meisterschüler

Für die versicherungsrechtliche Beurteilung ist es wichtig zu wissen, ob der Meisterschüler ein Vollzeitstudium oder die Meisterschule im Abendstudium neben einer Beschäftigung ausübt. Wird die Meisterschule im Abendstudium absolviert, bleibt der Meisterschüler grundsätzlich weiterhin als abhängig Beschäftiger versicherungspflichtig in der GKV.

Daneben gibt es noch Fälle, bei denen die bisherige Beschäftigung beendet wird bzw. ruht, um die Meisterschule in Vollzeit zu absolvieren. In diesem Fall wird der Meisterschüler freiwilliges Mitglied gemäß § 188 Absatz 4 SGB V. Als Beitrag zahlt der freiwillig versicherte Meisterschüler dann lediglich den günstigen Studentenbeitrag (§ 240 Absatz 4 Satz 7 SGB V).

Mindestbeitragsbemessungsgrundlage

Fachbegriff zur Beitragsberechnung in der GKV für freiwillige Mitglieder. Diese Grenze gibt an, welcher Ausgangswert mindestens für die Beitragsberechnung zugrunde gelegt wird.

Die Kassen greifen hierauf nur zurück, wenn eindeutige Grundlagen zur Beitragsbemessung fehlen (z. B. bei einkommenslosen Familienangehörigen).

Der monatliche Wert errechnet sich aus der Bezugsgröße. Bedeutung hat die Grenze u. a. für Kinder, die selbst – wegen fehlender Familienversicherung – freiwillig versichert werden müssen, sowie für hauptberuflich Selbstständige.

Mindestbeitragsbemessungsgrundlage

a) für Selbstständige

Beitragspflichtige Einnahme = Beitragsbemessungsgrenze Nur bei Nachweis niedrigerer Einnahmen ist eine andere Einstufung möglich, mindestens aber 1/3 der monatlichen Bezugsgröße.

Die besondere Beitragseinstufung für Selbstständige, die einen Gründungszuschuss (§ 57 SGB III) erhalten oder bei Nachweis einer sozialen Härte, ist seit dem 01.01.2019 weggefallen. Auch für die gilt als Mindestbemessungsgrundlage jetzt 1/3 der monatlichen Bezugsgröße.

b) für übrige Mitglieder

(z. B. Kinder, die wegen fehlender Familienversicherung selbst freiwillig versichert werden).

Beitragspflichtige Einnahmen = 1/3 der monatlichen Bezugsgröße

Natürlich müssen freiwillige Mitglieder ihr Einkommen gegenüber der Krankenkasse nachweisen. Hierzu die Empfehlung des AOK-Bundesverbandes:

Die beitragspflichtigen Einnahmen sind in der Regel aufgrund einer persönlichen Erklärung des freiwillig Versicherten festzusetzen. In Zweifelsfällen oder in Fällen, in denen das freiwillige Mitglied mit seiner Beitragsbemessung nicht einverstanden ist, sind weitere Nachweise über seine Einkünfte erforderlich.

In Betracht kommen hierfür unter anderem eine vom Finanzamt bestätigte Erklärung oder eine Bescheinigung des Steuerberaters/Steuerbevollmächtigten oder der Steuerbescheid. Werden vom freiwillig Versicherten entsprechende Unterlagen zur Beitragseinstufung angefordert oder legt der freiwillig Versicherte von sich aus einen Einkommensteuerbescheid zum Nachweis seiner Einkünfte bei der AOK vor, so werden für die Feststellung seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit die Einkünfte, aufgeteilt nach Einkommensarten, benötigt. Die darüber hinausgehenden Angaben des Einkommensteuerbescheides können auf Wunsch des Versicherten aus Datenschutzgründen jederzeit geschwärzt werden. Der Versicherte sollte auf die Möglichkeit der Schwärzung zur Beitragseinstufung nicht benötigter Daten bei der Vorlage oder bei der Anforderung von Einkommensteuerunterlagen hingewiesen werden.

Minijob

Siehe „Geringfügig Beschäftigte“ (Seite 112)

Mitgabe (Portabilität) der Alterungsrückstellung

Seit dem 01.01.2009 werden bei Wechsel des privaten Krankenversicherers, Teile der Alterungsrückstellungen einer Krankheitskostenvollversicherung mitgegeben (so genannte „Portabilität“). Es werden maximal die Teile der Alterungsrückstellung mitgegeben, die sich ergeben hätten, wenn der Versicherte von Anfang an im Basistarif versichert gewesen wäre. Die Teile der Alterungsrückstellung, die mitgabefähig sind, werden als Übertragungswert bezeichnet. Alterungsrückstellungen in der PPV und der Vorsorgeschlag werden komplett übertragen. Auf das Recht der Portabilität kann nicht verzichtet werden.

Für die Mitgabefähigkeit der Alterungsrückstellungen sind folgende Konstellationen entscheidend.

a) Bestand die Krankheitskostenvollversicherung vor dem 01.01.2009?

Diese Vollversicherungen werden als Tarife der „Alten Welt“ bezeichnet. Versicherte in der alten Welt können bei Wechsel des Krankenversicherers den Übertragungswert nicht mitnehmen. Auch dann nicht, wenn sie beim neuen Versicherer ausschließlich in den Basistarif wechseln. In die „Alte Welt Tarife“ ist die Übertragungsmöglichkeit nicht einkalkuliert.

b) Ist die Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31.12.2008 abgeschlossen worden?

In jede private Krankheitskostenvollversicherung, die ab 2009 abgeschlossen wird, ist die Übertragungswert-Mitgabe einkalkuliert – als Tarife der „Neuen Welt“. Dieser kalkulierte Mehrbedarf wird auch als so genannte „Wechslerkomponente“ bezeichnet. Die Höhe der Wechslerkomponente ist abhängig vom Eintrittsalter. In jungen Jahren ist dieser Zuschlag mit ca. 15 % am höchsten und in höheren Eintrittsaltern liegt er fast bei Null (im Vergleich zum Beitragsniveau „Alte Welt“). Wechselt ein Versicherungsnehmer den Krankenversicherer innerhalb der „Neuen Welt“, wird der Übertragungswert immer mitgegeben. Dafür ist es unerheblich, ob in den Basistarif oder in einen „normalen“ KV-Volltarif des neuen Versicherers gewechselt wird.

c) Wurde die Krankenheitskostenvollversicherung nach dem 20.12.2012 abgeschlossen?

Seit dem 21.12.2012 dürfen nur noch Krankenversicherungen verkauft werden, die geschlechtsunabhängig kalkulierte Beiträge (= Unisex) vorsehen. Auch die Unisexbeiträge in der KV-Vollversicherung werden mit Wechslerkomponente kalkuliert und sehen die Mitgabe des Übertragungswertes vor.

Mutterschutz

Der gesetzliche Mutterschutz, das Mutterschutzgesetz, hat die Aufgabe, die im Arbeitsverhältnis stehende Frau und das werdende Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheitsschäden am Arbeitsplatz zu schützen. Aber auch finanzielle Einbußen und der Schutz vor dem Verlust des Arbeitsplatzes während der Schwangerschaft und einige Zeit nach der Entbindung sind Gegenstand dieses Gesetzes.

Nachfolgend die wichtigsten Bestimmungen:

1. Beschäftigungsverbote (Schutzfristen)

Grundsätzlich darf eine werdende Mutter 6 Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden. Das Beschäftigungsverbot erstreckt sich generell auf 8 Wochen nach der Entbindung (bei Früh- und Mehrlingsgeburten 12 Wochen).

2. Mutterschaftsgeld und Arbeitgeberzuschuss

Die privat krankenversicherte Mutter erhält aus Anlass der Entbindung einmaliges Mutterschaftsgeld in Höhe von 210 Euro. Dieses ist beim

Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)
Mutterschaftsgeldstelle
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

zu beantragen. Seit dem 01.02.2006 kann dies ebenfalls online beantragt werden, unter www.mutterschaftsgeld.de. Daneben wird für die Dauer der Beschäftigungsverbote als Arbeitgeberzuschuss das Nettoarbeitsentgelt verringert um 13 Euro kalendertäglich weitergezahlt.

Beispiel:

Nettoarbeitsentgelt kalendertäglich	50 €
abzüglich	13 €
= Auffüllbetrag des Arbeitgebers	37 €

Seit 11.04.2017 Krankentagegeld auch für selbstständige Frauen während der Mutterschutzfristen

Bislang war es so, dass selbstständige Frauen, die PKV versichert sind, während der Mutterschutzfristen (6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt) keine Leistungen erhielten. Durch eine gesetzliche Neuregelung (§ 192 Abs. 5 VVG) erfolgt für diese Mütter eine Angleichung an die GKV-Regelung. Dadurch erhalten selbstständige Frauen, die eine private Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, jetzt eine Leistung. Sie haben somit während der Mutterschutzfristen einen Anspruch auf Zahlung des vereinbarten Krankentagegeldes. Das gezahlte Krankentagegeld wird dabei auf das Elterngeld angerechnet.

PKV-Verband erweitert die Neuregelung auch für PKV versicherte Arbeitnehmerinnen (sowie für Zusatzversicherte)

In den MB/KT ist die gesetzliche Neuregelung mit eingeflossen. Der PKV-Verband ist dabei noch einen Schritt weitergegangen: er hat den Anspruch auf Arbeitnehmerinnen und auch auf Zusatzversicherte mit einem Krankentagegeldanspruch ausgeweitet. Insbesondere für Arbeitnehmerinnen ist dies erfreulich. Bislang haben PKV-versicherte Arbeitnehmerinnen während der Mutterschutzfristen lediglich einmalig 210 € vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erhalten. Künftig werden sie durch die Neuregelung GKV versicherten Müttern gleichgestellt. Das heißt, in der Summe aus 210 €, Auffüllbetrag des Arbeitgebers und jetzt dem Krankentagegeld werden diese PKV versicherten Frauen während der Mutterschutzfristen über ihr gewohntes Nettoentgelt verfügen können – vorausgesetzt das Krankentagegeld wurde ausreichend hoch bemessen.

Hinweis: Auf das Krankentagegeld werden Entgeltersatzleistungen angerechnet, wie beispielsweise das Elterngeld.

Nettoeinkommen

Die Frage nach der Absicherung des „richtigen" Krankentagegeldes in der Vollversicherung ist zugleich die Frage, was unter Nettoeinkommen zu verstehen ist. Zum 01.01.2018 wurde in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Krankentagegeldtarife definiert, was unter Nettoeinkommen zu verstehen ist. Es ist dabei immer zu berücksichtigen, welche AVB dem KTG-Tarif zugrunde liegen. Bei SIGNAL IDUNA wird je nach Marke mit unterschiedlichen Regelungen gerechnet. Diese sehen Sie nachfolgend:

Nettoeinkommen (Marke SIGNAL IDUNA)

a) absicherbares Einkommen bei Arbeitnehmern:

Bruttolohn bzw. Bruttogehalt

- \- Lohnsteuer
- \- Solidaritätszuschlag
- \- Kirchensteuer
- \- Arbeitnehmeranteil zur Arbeitslosenversicherung
- \- Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung
- \+ Arbeitgeberanteil zur privaten KV und PPV (wenn Kunde PKV-versichert ist)
- \+ 80% des Gesamtbeitrages zur Rentenversicherung (AN und AG-Anteil)
- \= absicherbares Einkommen

b) absicherbares Einkommen bei Selbstständigen:

Bruttoeinkommen (Gewinn gemäß § 4 Absatz 3 EStG)

- \- Einkommenssteuer
- \- Kirchensteuer
- \- Solidaritätszuschlag
- \+ Beiträge zur eigenen PKV und Pflegepflichtversicherung
- \+ Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (alternativ auch Beiträge zu einem Versorgungswerk, das der GRV gleichgestellt ist oder Beiträge zu einer privaten Rentenversicherung – beides bis maximal zum GRV-Beitrag)
- \= absicherbares Einkommen

Nettoeinkommen (Marke Deutscher Ring Krankenversicherung sowie „Alt-Nova")

a) absicherbares Einkommen bei Arbeitnehmern:

80 % des nachgewiesenen Bruttoeinkommens in den letzten zwölf Monaten vor dem Antrag auf Versicherungsschutz (inkl. Urlaubs- und Weihnachtsgeld, vermögenswirksame Leistungen, regelmäßige Sonderzahlungen und Zulagen).

b) absicherbares Einkommen bei Selbstständigen:

80 % des nachgewiesenen Gewinns gemäß § 4 Absatz 3 EStG

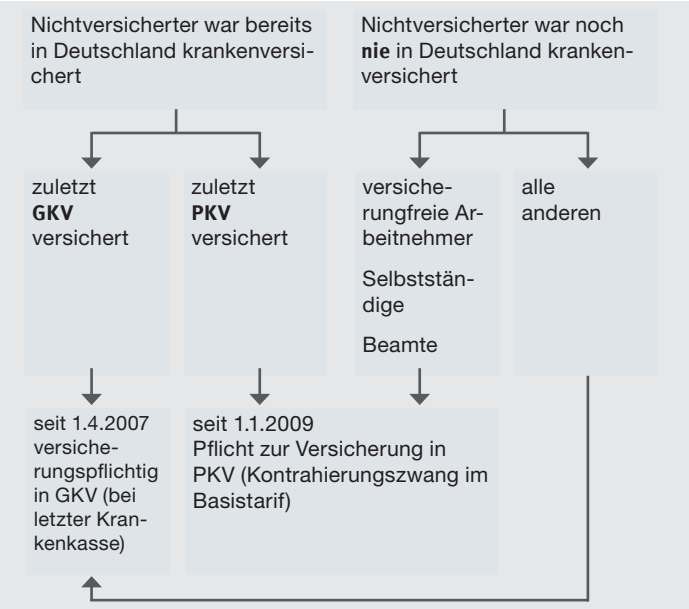
Bitte beachten Sie hierzu auch die Beispiele auf den Seiten 19 und 27.

Tipps für Existenzgründer:

Nach den o. g. Definitionen wäre zum Teil kein Krankentagegeld versicherbar. Für diesen Personenkreis ist aber ebenfalls eine Absicherung möglich. Es empfiehlt sich, in diesen Fällen bei der Bedarfsermittlung zum Vergleich ein ähnliches Unternehmen heranzuziehen, das bereits einige Zeit am Markt ist oder auf einen Wirtschaftsplan zurückzugreifen und eine individuelle Anfrage vorzunehmen. Eine eventuelle Minderung des Nettoeinkommens während der Versicherungszeit ist anzuzeigen!

Nichtversicherter in der Krankenversicherung

Durch das GKV-WSG soll in Deutschland niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz sein. Nichtversicherte sind dabei entweder der GKV oder der PKV zuzuordnen (siehe nachfolgendes Schaubild). Die gesetzlichen Grundlagen sind § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. Auffangversicherungspflicht in der GKV) und § 193 Abs. 3 VVG (PKV).



KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Notlagentarif (NLT)

Seit dem 01.01.2009 können Krankenversicherungen, die der Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Absatz 3 VVG genügen, nicht mehr wegen Nichtzahlung der Beiträge gekündigt werden. In diesen Fällen wurde unter gewissen Voraussetzungen das Ruhen der Leistungen festgestellt. Damit hatten die Betroffenen nur noch Anspruch auf Notfallleistungen. Allerdings lief der Beitrag der bisherigen Krankenvollversicherung weiter, wodurch teilweise ein erheblicher Beitragsrückstand aufgebaut wurde.

Zum 01.08.2013 ist deshalb das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderungen bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung" in Kraft getreten. Versicherte Personen, die sich am 01.08.2013 aufgrund von Zahlungsverzug im Ruhen befinden und die, die ab dem 01.08.2013 nach Durchlauf des neu geregelten Mahnverfahrens ins Ruhen fallen, werden in den Notlagentarif (NLT) umgestellt. Der Notlagentarif kann nicht im Neugeschäft angeboten werden. Zudem ist eine Umstellung nach § 204 VVG (Tarifwechselrecht) in und aus dem NLT ausgeschlossen.

Der NLT bietet Leistungen für Aufwendungen, die zur Heilbehandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Der Tarif wird als verbandseinheitlicher Tarif für „Normalversicherte" mit 100 % Leistungsumfang (NLTN) und als Tarif für Beihilfeberechtigte mit den prozentualen Erstattungssätzen 20, 30 und 50 Prozent (NLTB) eingeführt. Beihilfeberechtigte müssen in die Stufe des Notlagentarifs umgestellt werden, die dem Grad der vereinbarten Erstattung im Ursprungstarif am nächsten kommt. Kinder und Jugendliche erhalten zusätzlich Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und bestimmte Schutzimpfungen erstattet. Der Notlagentarif ersetzt also aufgrund des eingeschränkten Leistungsumfangs nicht einen vollwertigen Krankenversicherungsschutz.

Der Notlagentarif ist in Unisex kalkuliert und kostet für jeden Kunden – egal ob jung oder alt – den gleichen Beitrag (Uniage-Kalkulation).

Tarif		Beitrag
NLTN	Normalversicherte und Beihilfeberechtigte ohne Beihilfeanspruch	79,14 €
NLTB 20	Beihilfeberechtigte mit 80 % Beihilfeanspruch	15,83 €
NLTB 30	Beihilfeberechtigte mit 70 % Beihilfeanspruch	23,74 €
NLTB 50	Beihilfeberechtigte mit 50 % Beihilfeanspruch	39,57 €

Der Gesetzgeber hat geregelt, dass während der Versicherung im NLT alle eventuell vereinbarten Nachlässe und Zuschläge (z. B. Risikozuschläge) der Ursprungstarife entfallen. Bisher angesammelte Alterungsrückstellungen werden auf den Beitrag des NLT angerechnet. Es sind jedoch in jedem Fall mindestens 75 % des Grundbeitrags des Notlagentarifs zu zahlen (beispielsweise im NLTN beträgt der Mindestbeitrag 59,36 Euro). Die nicht angerechneten Alterungsrückstellungen werden im NLT bis zur Rückumstellung in die Ursprungstarife „geparkt".

Der NLT ist im Rahmen des Bürgerentlastungsgesetzes zu 100 % steuerlich abzugsfähig.

Ombudsmann

Der PKV-Ombudsmann hat die Aufgabe, Beschwerden von Versicherungsnehmern zur Privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu bearbeiten. Er hat zwischen den Beteiligten (Versicherungsnehmer/Versicherter, PKV-Unternehmen und Leistungserbringer) zu vermitteln und möglichst entsprechende Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine Verbraucherschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz.

Der Ombudsmann gibt Empfehlungen, die PKV-Unternehmen sind allerdings nicht an diese gebunden. Für die Inanspruchnahme des Ombudsmanns muss der Kunde nichts bezahlen. Damit steht den PKV-Kunden im Streitfall neben der BaFin bzw. den ordentlichen Gerichten eine dritte Stelle zur Verfügung. Sie soll für eine möglichst schnelle, außergerichtliche und tragbare Einigung zwischen den Beteiligten sorgen und zu einer noch höheren Kundenzufriedenheit beitragen.

PKV-Ombudsmann ist Heinz Lanfermann. Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Nähere Informationen finden Sie im Internet unter: www.pkv-ombudsmann.de

Ostabschlag

siehe Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), Seite 135

Pauschale Beihilfe (gilt nur in den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen)

In den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg (bereits seit dem 01.08.2018) und Thüringen können Beamte als Alternative zur bekannten „individuellen Beihilfe" die sogenannte „Pauschale Beihilfe" wählen.

Die Neuerungen im **Überblick**:

- ✓ Pauschale Beihilfe bedeutet: Der Beamte erhält einen „Beitragszuschuss" zu seiner Krankenversicherung – egal ob er privat oder gesetzlich versichert ist.
- ✓ Beamte haben in Wahlrecht – „individuelle Beihilfe" oder „Pauschale Beihilfe". Für die Wahl der pauschalen Beihilfe ist eine entsprechende Willenserklärung erforderlich.
- ✓ Bei Wahl der „Pauschalen Beihilfe" entfällt gleichzeitig der bisherige „individuelle Beihilfeanspruch". In der Willenserklärung ist neben der Wahl der pauschalen Beihilfe auch der Verzicht auf die individuelle Beihilfe zu erklären.
- ✓ Kosten bei dauernder Pflegebedürftigkeit bleiben weiter beihilfefähig (PVB)
- ✓ Pauschale Beihilfe bei GKV-Mitgliedschaft: die Hälfte des zu zahlenden GKV Gesamtbeitrags (Gesamtbeitrag = Beitragssatz ohne Krankengeldanspruch + individueller Zusatzbeitragssatz; bei Versorgungsempfängern = allgemeiner Beitragssatz + individueller Zusatzbeitragssatz)
- ✓ Pauschale Beihilfe bei PKV-Mitgliedschaft: die Hälfte des zu zahlenden PKV Gesamtbeitrags (nur nach BEG absetzbare Beitragsanteile werden berücksichtigt), je Person maximal halber Höchstbeitrag Basistarif
- ✓ Beitragsrückerstattungen (gilt für GKV und PKV) müssen gemeldet werden und führen ruckwirkend zur Reduzierung der Pauschalen Beihilfe (wie eine Anrechnung durchgeführt wird, ist noch nicht genau beschrieben)
- ✓ generell kann die Entscheidung für die Pauschale Beihilfe jederzeit getroffen werden – sie ist aber unwiderruflich (Einzige Ausnahme: Erneutes Wahlrecht in Richtung „individueller Beihilfe" nur bei Verbeamtung auf Probe)
- ✓ Handelt der Beamte bei Verbeamtung auf Widerruf nicht, erhält er automatisch individuelle Beihilfe
- ✓ Auch bei anschließender Verbeamtung auf Probe muss Wahlrecht auf Pauschale Beihilfe erneut ausgeübt werden (handelt er nicht, wird individuelle Beihilfe gewahrt)

✓ Die Pauschale Beihilfe ist grundsätzlich steuerfrei (Ausnahmen, z. B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen möglich)

Der Beamte trifft mit seiner Entscheidung für die Pauschale Beihilfe eine relativ finale Entscheidung. Daher sollte vorher unbedingt ein Blick auf die zu erwartenden noch kommenden Lebenssituationen bis zur Pensionierung geworfen werden.

Unser Ergebnis: Zusammenfassend erzeugt die Entscheidung für die bekannte“ individuelle“ Beihilfe in Kombination mit einer beihilfekonformen SIGNAL IDUNA Krankheitskosten-Vollversicherung die meisten Vorteile. Neben dem vollen Privatpatientenstatus im ambulanten und stationären Bereich profitiert der Beamte von durchweg günstigen Beiträgen. Speziell im Ruhestand mit der dauerhaften Beitragsreduzierung durch Erhöhung des Beihilfe-Bemessungssatzes auf 70 % (Bremen Erhöhung im Ruhestand um 10 %). Zu erwähnen sind auch die deutlichen PKV-Leistungsvorteile wie z. B. bei der Versorgung mit Implantaten, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie bei wahlärztlicher Behandlung im Krankenhaus und bei Unterbringung im Ein-/ Zweibettzimmer. Auch beim Wechsel des Dienstherrn stellt nur die individuelle Beihilfe eine bedarfsgerechte Anpassung des Versicherungsschutzes sicher. Als freiwilliges GKV Mitglied müsste der Beamte ab diesem Zeitpunkt den gesamten Beitrag alleine aufbringen. Alternativ wäre gegebenenfalls ein Wechsel in die PKV möglich. Der Beitrag orientiert sich dann aber am „höheren“ Eintrittsalter. Und ein erleichtertes Zugangsrecht im Rahmen der PKV-Öffnungsaktionen wird in der Regel zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bestehen.

Apropos PKV: Mit der neuen Regelung erhält der Beamte auch die Möglichkeit, eine 100 % PKV-Absicherung zu wählen. Und die erzeugt einen wesentlichen Handling-Vorteil, den wir in letzter Zeit vermehrt als Wunsch aus unseren Kundenkreisen wahrnehmen. Der Beamte muss seine Rechnungen nicht mehr an zwei Leistungserbringer schicken und den jeweiligen Geldeingang überprüfen. Er profitiert besonders, wenn er bei einem „schnellen“ PKV-Unternehmen abgesichert ist. Und mit unserer Rechnungs-App klappt die Erstattung in vielen Fällen innerhalb von zwei Tagen.

Resümee

Nach derzeitiger Sachlage wird die Pauschale Beihilfe vermehrt von Landesbeamten mit niedrigen Bezügen gewählt. In Hamburg haben sich nach vorliegenden Informationen nur 1,9 % aller Beamten für die pauschale Beihilfe entschieden. Und nur 10 % - 15 % der neu eintretenden Beamten in Hamburg haben sich für die pauschale Beihilfe entschieden. Von einem Erfolgsmodell „Pauschale Beihilfe“ kann man bei diesen Zahlen sicherlich nicht sprechen.

Man muss auch dringend vor einem Argument pro GKV für Beamte warnen: Dem günstigen GKV-Beitrag als Pensionär. Denn Pensionäre bleiben auch im Ruhestand weiterhin freiwilliges Mitglied der GKV und zahlen damit auch im Ruhestand Beitrage auf Basis der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Also auch auf Kapitalerträge und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Denn anders als „normale“ Arbeitnehmer erhalten Pensionäre keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und werden somit eben nicht Pflichtmitglied in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Und damit profitieren sie auch nicht von geringeren Beiträgen im Ruhestand durch die Mitgliedschaft in der KVdR.

Unsere Empfehlung: Im Ergebnis verändert die Einführung der Pauschalen Beihilfe die grundsätzliche PKV-Empfehlung nicht. Unter Berücksichtigung aller zukünftigen Lebenssituationen erzeugt nur die Wahl der individuellen Beihilfe das optimale Preis-/ Leistungsverhältnis für den Beamten.

Pflegereformen

Hier finden Sie im Überblick die Pflegereformen der letzten Jahre:

Unter anderem mit folgenden Änderungen:

- schrittweise Anhebung sowohl der ambulanten als auch der stationären Pflegeleistungen
- ab 2015 werden sie dann regelmäßig an Inflationsrate und Bruttolohnentwicklung angepasst.
- Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (in erster Linie Demenzkranke) in „Pflegestufe 0“ erhalten bis maximal 2.400 Euro im Jahr
- Weitere Inhalte:
  - Einführung einer Pflegezeit von 6 Monaten,
  - Anspruch auf Pflegeberatung (in der PKV durch „COMPASS Private Pflegeberatung“)
  - Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde ebenfalls das Pflegezeitgesetz verabschiedet.
- Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 %-Punkte auf 1,95 % bzw. 2,2 % (für über 23-jährige Kinderlose).

01.01.2013: Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Unter anderem mit folgenden Änderungen:

- Höhere Leistungen für Demenzkranke
  - Verbesserung der ambulanten Versorgung
  - Zusätzliche Betreuungsleistung in der teilstationären Pflege
  - Höhere Leistungen in den Pflegestufen für Demenzkranke. Demenzkranke erhalten in „Pflegestufe 0“ zusätzlich zum Betreuungsbetrag von 100 Euro bzw. 200 Euro erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen I und II werden die Leistungsbeträge erhöht.
- Verbesserung für pflegende Angehörige und Förderung von Pflege-Wohngruppen
- Förderung privater Pflegevorsorge (PflegeBAHR)
  - monatliche Leistung mindestens 600 € in Pflegestufe III
  - Monatsbeitrag mindestens 15 € (davon 5 € Zulage)
  - Kontrahierungszwang
  - keine Risikozuschläge und keine Leistungsausschlüsse
  - Wartezeit maximal 5 Jahre
  - noch kein Leistungsbezug aus SPV oder PPV
- Anhebung des Beitragssatzes von 1,95 % auf 2,05 % (über 23-jährige Kinderlose 2,3 %)

01.01.2015: 1. Pflege-Stärkungsgesetz (PSG I)

Unter anderem mit folgenden Änderungen:

- Leistungsausweitungen für alle Pflegebedürftigen
  - Erhöhung aller Leistungsbeträge (meistens um 4 %)
  - Ausbau der Leistungen für Tages- und Nachtpflege
  - Stärkung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen
  - Ausweitung und bessere Kombinationsmöglichkeit von Teilstationärer-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Mehr Leistungen für Demenzkranke
- Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds in der SPV
- Anhebung des Beitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % (über 23-jährige Kinderlose 2,6 %)

01.01.2015: Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, unter anderem:

- Rechtsanspruch auf ...
  - Pflegeunterstützungsgeld: Lohnersatzleistung für eine bis zu 10-tägige Auszeit vom Beruf
  - Pflegezeit: Möglichkeit auf 6 Monate vollständige oder teilweise Freistellung vom Beruf mit zinslosem Darlehen
  - Familienpflegezeit: Möglichkeit auf bis zu 24 Monate teilweise

Freistellung vom Beruf bei einer wöchentlichen Mindestarbeitszeit von 15 Stunden mit zinslosem Darlehen

- Freistellung jetzt auch für Stiefeltern, Schwägerinnen und Schwäger sowie lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften

01.01.2015: Pflegezeitgesetz

Das Pflegezeitgesetz wurde zum 01.01.2015 umfangreich geändert. Neu ist, dass bei einer kurzfristigen Arbeitsverhinderung aufgrund einer akuten Pflegesituation jeder Beschäftigte – unabhängig von der Größe des Unternehmens – einen Rechtsanspruch auf eine Freistellung von bis zu 10 Tagen hat. Während dieser Zeit besteht ein Anspruch auf ein Pflegeunterstützungsgeld in Höhe von 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgeltes.

Darüber hinaus existiert auch weiterhin ein Rechtsanspruch auf eine Pflegezeit. Pflegezeit bedeutet, dass ein Beschäftigter für die Dauer von bis zu 6 Monaten einen Anspruch auf unbezahlte, aber sozial abgesicherte vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit hat. Anspruch auf Pflegezeit hat ein Beschäftigter, der einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegt. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Beschäftigte, die die Pflegezeit in Anspruch nehmen, haben in dieser Zeit einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen. Dieses wird durch den Beschäftigten direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) beantragt und muss nach Ende der Pflegezeit in Raten wieder zurück gezahlt werden.

Bitte beachten Sie die detaillierte Übersicht auf Seite 97. Dort finden Sie weitere sozialversicherungsrechtliche Informationen.

01.01.2017: 2. Pflege-Stärkungsgesetz (PSG II)

Unter anderem mit folgenden Änderungen:

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Fünf sogenannte Pflegegrade werden die bisherigen drei Pflegestufen ablösen
- Neues Begutachtungsverfahren: Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird zukünftig nicht mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Vielmehr wird der noch vorhandene Grad der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten eingestuft.
- Erhöhung der Pflegeleistungen
- Bestandsschutz: Kein Versicherter, der bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung bezieht, wird durch die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade schlechter gestellt.

Weitere Neuerungen:

- In stationären Pflegeeinrichtungen hat künftig jeder Versicherte Anspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote
- Stärkung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ durch gezielte Reha-Empfehlungen des MDK bzw. Medicproof
- Pflegepersonen, z. B. Pflegende Angehörige, werden in der Renten- und Arbeitslosenversicherung besser abgesichert
- Die gesetzlichen Regelungen zur Information und Beratung werden neu strukturiert und ausgeweitet. Die Beratung selbst wird qualitativ verbessert.
- Der Beitragssatz steigt zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 % bzw. 2,8 % für Kinderlose.

01.01.2017: 3. Pflege-Stärkungsgesetz (PSG III)

Unter anderem mit folgenden Änderungen:

- Stärkung der Rechte der Kommunen in der Pflege
- Aufnahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Sozialhilferecht und in das Bundesversorgungsgesetz
- Regelungen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug

01.01.2019: Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Unter anderem mit folgenden Änderungen:

- Verbesserung der pflegerischen Versorgung
- Beseitigung des Fachkräftemangels in der Alten- und Krankenpflege
- Bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen
- Der Beitragssatz steigt zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 % bzw. 3,3 % für Kinderlose.

Praktikanten

Vorgeschriebene Praktika liegen nur dann vor, wenn sie in einer Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung normiert sind. Die Verpflichtung zur Ableistung des Praktikums ist nachzuweisen. Bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung in der GKV von Praktikanten sind folgende Besonderheiten zu beachten:

Sachverhalt	GKV und SPV	ALV und RV
vorgeschriebenes Vorpraktikum ohne Entgelt	pflichtig	pflichtig
vorgeschriebenes Vorpraktikum mit Entgelt	pflichtig	pflichtig
vorgeschriebenes Zwischenpraktikum mit oder ohne Entgelt (mit Immatrikulation)	frei	frei
nicht vorgeschriebenes Zwischenpraktikum mit oder ohne Entgelt	**KV: Ohne** Arbeitsentgelt: kein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, keine Versicherungspflicht bzw. Beitragspflicht **KV: Mit** Arbeitsentgelt: versicherungs- und beitragspflichtig **Ausnahmen:** 20-Stundenregel, 450-Euro-Job, kurzfristige Beschäftigung	**RV: Ohne** Arbeitsentgelt: kein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, keine Versicherungspflicht bzw. Beitragspflicht **RV: Mit** Arbeitsentgelt: stets versicherungspflichtig. Jedoch frei, wenn geringfügig entlohnte bzw. kurzfristige Beschäftigung vorliegt **ALV:** analog KV/PV
vorgeschriebenes Nachpraktikum ohne Entgelt	pflichtig	pflichtig
vorgeschriebenes Nachpraktikum mit Entgelt	pflichtig	pflichtig
nicht vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum ohne Entgelt	frei	frei
nicht vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum mit Entgelt	grundsätzlich pflichtig	grundsätzlich pflichtig

Präventionskurse

Die SIGNAL IDUNA Tarife bKV-Fit, bKV-Fit-AN und der Vollversicherungstarif Prime sehen u. a. Leistungen für zertifizierte Präventionskurse vor. Diese Leistungen orientieren sich an den gesetzlichen Leistungen gemäß § 20 SGB V. Dabei werden Präventionskurse in den folgenden Handlungsfeldern zertifiziert:

Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Handlungsfeld Ernährung

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Handlungsfeld Stressmanagement

- Förderung von Stressbewältigungskompetenzen
- Förderung von Entspannung (Progressive Relaxation, Autogenes Training - Grundstufe, Hatha Yoga, Thai Chi, Qigong)

Handlungsfeld Suchtmittelkonsum

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums

Vor der Entscheidung über eine Förderung bzw. Bezuschussung der Präventionskurse prüfen die Krankenkassen die Einhaltung der Qualitätskriterien nach dem Leitfaden Prävention. Dazu gehören u. a. die Qualifikation des Anbieters und die Wirksamkeit des Konzeptes. Die Mehrzahl der Krankenkassen hat die Zentrale Prüfstelle Prävention mit dieser Prüfung beauftragt. Sobald hiernach ein Präventionskurs zertifiziert ist, gibt es dafür auch eine tarifliche Leistung aus den o. g. SIGNAL IDUNA-Tarifen.

Nicht gefördert werden:

- Mitgliedsbeiträge in Sportvereinen, Fitnessstudios und ähnlichen Einrichtungen
- Maßnahmen ausschließlich zum Erlernen einer Sportart
- Trainingsprogramme mit einseitigen körperlichen Belastungen
- Massagen
- Maßnahmen von Anbietern, die ein wirtschaftliches Interesse am Verkauf von Begleitprodukten (z. B. Diäten, Nahrungsergänzungsmittel) haben
- Maßnahmen, die den Einsatz von Medikamenten zur Gewichtsabnahme, Formula-Diäten (Nahrungsersatz- oder –ergänzungsmitteln) sowie extrem kalorienreduzierter Kost propagieren

Nähere Hinweise finden Sie auch auf der Seite des Spitzenverbandes Bund.

PSKV/ PSKV-Spezial

Seit 1997 sind die Private Studentische Krankenversicherungstarife PSKV und PSKV-Spezial bei SIGNAL IDUNA geschlossen worden und können auch nicht mehr im Bestand versichert werden.

Rechtsgrundlagen der PKV

✓ Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

✓ Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

✓ Allgemeine Versicherungsbedingungen
(Teil I, II = Musterbedingungen mit SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen, Teil III = SIGNAL IDUNA Tarif)

✓ BGB, HGB und einzelvertragliche Regelungen

Rehabilitation

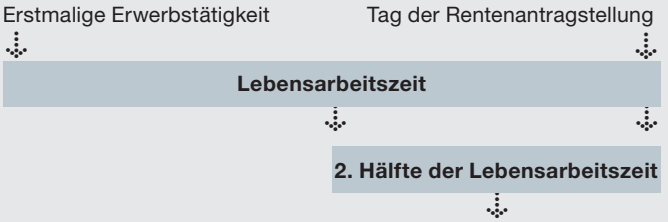
siehe Seite 118

Rentner

Die Entscheidung für die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. hängt auch davon ab, wie im Alter – als Rentner – die Beitragsbelastung in der GKV aussieht. Vor dem 01.04.2002 konnten Rentner nur dann in die günstige Pflichtversicherung der Rentner (KVdR), wenn sie 9/10-tel der zweiten Lebensarbeitshälfte in der GKV pflichtversichert waren. Seit dem 01.04.2002 kommen alle Rentner in die KVdR, wenn sie 90 % der zweiten Lebensarbeitshälfte GKV-versichert (freiwillig oder pflichtversichert) waren.

1. Pflichtversicherte Rentner in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Versicherungspflicht in der KVdR besteht, wenn der Rentner mindestens 90 % der zweiten Lebensarbeitshälfte GKV-versichert war (freiwillig oder pflichtversichert).



Pflichtversicherung als Rentner, wer mindestens 90 % dieser Zeit in der GKV versichert war.

Freiwillige Weiterversicherung als Rentner, wer weniger als 90 % dieser Zeit in der GKV versichert war.

Seit 01.08.2017 je Kind 3 Jahre für die 9/10-tel Regelung

Seit dem 01.08.2017 werden bei der Ermittlung der 9/10-Regelung für den Eintritt in die KVdR Kinderzeiten angerechnet – und zwar je Kind 3 Jahre. Dabei ist es unerheblich, ob das Kind im Haushalt des Versicherten wohnt, ob das Kind noch lebt oder ob es sich um einen PKV- oder GKV-Versicherten handelt. Das gilt auch für Stief- und Pflegekinder.

Beispiel: Ein Versicherter hat 5 Kinder, die alle nicht mehr zuhause leben. In diesem Fall werden 15 Jahre auf die 9/10-tel-Regelung angerechnet.

Wichtig: „55er-Regelung“ beachten

Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die sogenannte „55er-Regelung“. Danach werden Personen nach Vollendung des 55. Lebensjahres nicht mehr versicherungspflichtig in der GKV, wenn sie mindestens 5 Jahre vorher nicht gesetzlich versichert (z. B. PKV versichert) waren und mindestens die Hälfte der Zeit (= mindestens 30 Monate) versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig waren.

Es gibt **drei Fälle**, die hierbei unterschieden werden müssen:

1. Person war in ihrer Krankenversicherungshistorie längere Zeit PKV-versichert und erfüllt dadurch NICHT die 9/10-tel Regelung. Vor Rentenantragstellung lag eine GKV-Mitgliedschaft vor. Für diese Personen kann die Neuregelung durchaus zu einer Erfüllung der 9/10-tel führen und damit den Zugang zur KVdR ermöglichen.
2. Person war unmittelbar vor Rentenantragstellung PKV-versichert und hat ebenfalls die 9/10-tel nicht erfüllt. Es erfolgt zwar eine Anrechnung auf die 9/10-tel. Dies kommt aber aufgrund der 55er-Regelung in den meisten Fällen nicht zum Tragen.
3. PKV-Versicherter ist beispielsweise 70 Jahre alt und bezieht seit über 5 Jahren seine gesetzliche Altersrente. Erfüllt dieser langjährig PKV-Versicherte durch Anrechnung von Kindererziehungszeiten die 9/10-tel Regelung, wird er versicherungspflichtig in der KVdR. In diesem speziellen Fall greift die 55er-Regelung nicht, da die Ausschlusskriterien nicht erfüllt werden (mindestens 30 Monate versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig waren). **Fazit:** Durch diese Sonderkonstellation könnte ein langjährig PKV-Versicherter wieder zurück in die GKV. Davon könnte er sich befreien lassen.

Bei Beantragung anderer Rentenarten, wie Erwerbsminderungsrenten, Hinterbliebenenrenten, passiert das häufig vor dem 55. Lebensjahr. Insofern könnte in diesen Fällen dann auch ein PKV-Versicherter von der Anrechnung der 3 Jahre Kinderzeiten profitieren.

Wichtig: Es gibt keinen Termin, bis zu dem die Prüfung erfolgen muss. Das heißt, auch aktuelle Rentner, die die Voraussetzung (9/10-tel) für die KVdR bislang nicht erfüllt haben und deshalb freiwillig versichert sind (bzw. PKV versichert wie in Punkt 3 oben), kommen unter Umständen nachträglich in die KVdR, wenn sie sich jetzt 3 Jahre je Kind anrechnen lassen.

Die Prüfung, ob und welchem Umfang die Kinderzeiten auf die 9/10-tel-Regelung angerechnet werden, obliegt ausschließlich der zuständigen Krankenkasse. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht verpflichtet, Bestandsfälle darauf zu überprüfen, ob durch die Anrechnung der 3 Jahre pro Kind die Versicherungspflicht in der KVdR eintritt. Daher sollten Betroffene bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag auf Prüfung der Versicherungspflicht unter Berücksichtigung der gesetzlichen Neuregelung stellen. Sie sollten aber berücksichtigen, dass die Versicherungspflicht infolge der Anerkennung von Kinderzeiten erst ab dem 1. August 2017 eintreten kann.

Pflichtversicherte in der KVdR zahlen Beiträge an die GKV aus:

1. der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung
2. sonstigen Versorgungsbezügen (z. B. Betriebsrenten, Kapitalleistung einer Direktversicherung)
3. Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit

Seit dem 01.01.2004: Freiwillig versicherte Rentner zahlen auf Rente und Versorgungsbezüge den allgemeinen Beitragssatz. Kapitalleistungen aus Versorgungsbezügen (z. B. Direktversicherung) werden mit 120-stel über 10 Jahre verteilt beitragspflichtig. Außerdem ist seit dem 01.04.2004 der Beitragszuschuss zur Pflegeversicherung für sämtliche Rentner weggefallen.

Rechtsprechung zur Beitragspflicht von Betriebsrenten

Betriebsrenten sind als Versorgungsbezug nicht immer in voller Höhe beitragspflichtig. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 28.09.2010 (Aktenzeichen: 1 BvR 2137/06) Grundsätze zur teilweisen Beitragspflicht einer Betriebsrente entwickelt.

Diese gelten für Versicherte, die

- aus einem Beschäftigungsverhältnis ausgeschieden sind,
- fortan ihre Beiträge selbst entrichtet haben
- und auch offiziell (statt des Arbeitgebers) als Versicherungsnehmer in den Versicherungsvertrag eingetreten sind.

In diesen Fällen werden im Alter nur auf den „betrieblichen" Teil der Betriebsrente Sozialversicherungsbeiträge erhoben. Teile der Betriebsrente, die auf privaten Einzahlungen beruhen, bleiben beitragsfrei.

Ab 01.01.2020: Freibetrag für Versorgungsbezüge in der KVdR

Dass gesetzlich versicherte Rentner auf Betriebsrenten Krankenversicherungsbeiträge zahlen mussten, empfanden viele als ungerecht. Hierauf hat die Politik reagiert und eine gesetzliche Besserstellung verabschiedet. Pflichtversicherte Rentner werden ab dem 01.01.2020 in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Verbeitragung von Versorgungsbezügen entlastet. Versorgungsbezüge können unter anderem sein: Betriebsrenten, VBL-Renten, berufsständische Renten (für Freiberufler).

Grundsätzlich bleibt es bei der Beitragspflicht von Versorgungsbezügen. Neu ist jedoch, dass seit 2020 zusätzlich zur Freigrenze ein **Freibetrag** von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße eingeräumt wird. Der Freibetrag liegt aktuell bei 164,50 Euro. Bis zu diesem Betrag zahlen KVdR-Rentner auf Versorgungsbezüge keine Krankenversicherungsbeiträge. Voraussetzung für den Zugang in die KVdR ist der Bezug einer gesetzlichen Rente und die Erfüllung der 9/10-Regelung. Für die Pflegeversicherung gilt der Freibetrag im Übrigen nicht. **Aber:** Es gilt weiterhin die **Freigrenze** von 164,50 € auch für die Pflegeversicherung. Bis zu diesem Betrag zahlt ein KVdR-Rentner ebenfalls keine Pflegebeiträge – liegt er darüber, zahlt er den vollen Pflegebeitrag.

Beispiel für KVdR-Rentner

- Monatliche Betriebsrente: 450 €
- Kapitalleistung aus bAV: 23.000 €
- GKV-Bemessungsgrundlage:
  450 € + 23.000 € : 120 - 164,50 € = 477,17 €
- Pflege-Bemessungsgrundlage:
  450 € + 23.000 € : 120 = 641,67 €

Wichtig: Dieser Freibetrag gilt **nicht für freiwillig** versicherte Rentner! In dem obigen Beispiel würden beim freiwillig Versicherten 641,68 € in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung verbeitragt.

Grundsatz. Bei Versicherungspflichtigen gilt für die Bemessung der Beiträge aus GRV-Renten der allgemeine Beitragssatz (§ 247 SGB V). Davon tragen der Rentenbezieher und der Rentenversicherungsträger jeweils die Hälfte (§ 249a SGB V).

Für Versorgungsbezüge oder ein evtl. vorhandenes Arbeitseinkommen gilt ebenfalls der allgemeine Beitragssatz (§ 248 SGB V). Darüber hinaus zahlt der Rentner auf die beitragspflichtigen Einnahmen ggf. noch einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Dieser wird als Prozentsatz erhoben und kann je Krankenkasse unterschiedlich hoch ausfallen.

Rentenantragsteller können sich von der Versicherungspflicht in der KVdR befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung ist bei der Krankenkasse zu stellen, bei der der Rentenbezieher zuletzt versichert war (z. B. AOK, IKK, BEK, DAK, usw.).

Frist beachten!
Der Befreiungsantrag muss spätestens innerhalb von 3 Monaten ab dem Tag der Rentenantragstellung bei der zuständigen Krankenkasse vorliegen. Wichtig: Ein Wechsel in der Rentenart löst kein neues Befreiungsrecht aus (z. B. von Erwerbsminderungsrente zu Altersrente).

Unser Tipp:
Vom Versicherungsamt der Stadtverwaltung wird in aller Regel bei der Rentenantragstellung das „Merkblatt über die KVdR“ und der Vordruck „Meldung zur KVdR“ ausgehändigt. Bereits auf diesem Vordruck kann ein Befreiungswunsch des zukünftigen Rentners vermerkt werden.

Seit 01.01.2017: Neuregelung für Bezieher einer Waisenrente

Seit dem 01.01.2017 sind Bezieher einer Waisenrente (Halb- oder Vollwaisenrente) auch dann versicherungspflichtig in der KVdR, wenn die 9/10tel-Regelung **nicht** erfüllt ist. Die Versicherungspflicht tritt jedoch nicht ein, wenn die Waise zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert war. Dieser Ausschluss von der Versicherungspflicht gilt nicht, wenn für die Waise die Voraussetzungen für eine Familienversicherung (mit Ausnahme des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) oder die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (also die Vorversicherungszeit, ggf. auch durch die Person des Verstorbenen) erfüllt sind. Bei Waisenrentenberechtigten, die aufgrund einer Beschäftigung versicherungspflichtig sind, ist der neue Versicherungspflichttatbestand nachrangig.

Von der Neuregelung werden auch Waisen erfasst, die bereits seit längerem eine Waisenrente beziehen (also vor 2017).

Das eigentliche Ziel der Neuregelung ist, dass bei Waisenrentnern in der KVdR die Waisenrente bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Abs. 2 SGB V beitragsfrei gestellt wird. Die Beitragsfreiheit knüpft ausdrücklich an die Versicherungspflicht als Waisenrentner an. Sie kommt daher nicht zum Tragen, wenn für die Waise eine vorrangige Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften, z. B. bei einer Berufsausbildung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V besteht.

2. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Rentner

Rentner, die die Vorversicherungszeit für die Pflichtversicherung **nicht** erfüllen, können in folgenden Fällen GKV-Mitglied bleiben:

– Bereits zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung liegt eine freiwillige Mitgliedschaft vor; diese Mitgliedschaft wird auch als Rentner freiwillig weitergeführt.

  o d e r

– Unmittelbar vor Rentenbezug liegt eine GKV-Pflichtmitgliedschaft vor (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses). Die Pflichtmitgliedschaft endet mit der Aufgabe der Beschäftigung. Danach setzt sich automatisch die Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied vor. Bitte hierzu die Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V beachten.

Freiwillig GKV-versicherte Rentner zahlen Beiträge zur GKV nach der „gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit“ aus:

1. der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung
2. sonstigen Versorgungsbezügen (z. B. Pensionen, Betriebsrenten)
3. Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit
4. Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen
5. allen sonstigen Einnahmen zum Lebensunterhalt

Für die in 1. bis 2. genannten Einkommen bzw. Einkünfte zahlt der Rentner den allgemeinen Beitragssatz in voller Höhe. Für die in 3. bis 5. genannten Einkommen bzw. Einkünfte zahlt der Rentner den ermäßigten Beitragssatz in voller Höhe. Darüber hinaus zahlt der Rentner auf sämtliche Einnahmen ggf. noch einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Dieser wird als Prozentsatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen erhoben.

GKV-Zuschuss

Pflichtversicherte und freiwillig versicherte Rentner erhalten vom Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu ihrer gesetzlichen Krankenversicherung. Der Zuschuss wird wie folgt berechnet: Zahlbetrag der Rente multipliziert mit der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes plus der Hälfte des individuellen Zusatzbeitragssatzes (§ 106 SGB VI).

Konsequenz

Interessenten, die jetzt für eine PKV infrage kommen, werden als Rentner in der GKV häufig den Höchstbeitrag zahlen, denn Gesamteinnahmen bis zur BBG sind keine Seltenheit. Ein fast sichere Prognose: Zum Rentenbeginn werden die jetzt 30 bis 40-Jährigen sicherlich Beiträge von ihren gesamten Einnahmen zahlen müssen.

Auf Rentner werden noch weitere Belastungen zukommen. So hat der GKV-versicherte Rentner zusätzlich den kassenindividuellen Beitragssatz (§ 242 SGB V) auf seine Rente alleine zu zahlen. Darüber hinaus ist ein eventuell von der Krankenkasse zu erhebender Zusatzbeitrag ebenfalls vom Rentner alleine zu tragen. Der Zuschuss für Rentner in der Pflegeversicherung ist seit dem 01.04.2004 entfallen (dieser ist auch für den PKV-versicherten Rentner entfallen).

3. Versicherungspflichtig beschäftigte Rentner

Diese zahlen Beiträge an die GKV aus:

1. Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung
2. sonstigen Versorgungsbezügen (z. B. Betriebsrenten)
3. Arbeitseinkommen aus der selbstständigen Tätigkeit und daneben
4. aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, und zwar in voller Höhe.

Hinweis:
Sollten bereits Arbeitsentgelt, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, kann sich der Rentner den von ihm selbst zu tragenden Beitragsanteil aus der Rente auf Antrag von der zuständigen Krankenkasse erstatten lassen.

4. Der PKV-versicherte Rentner

Für den PKV-Versicherten ändert sich zuerst einmal durch den Rentenbezug nichts. Allerdings kann jetzt das Krankentagegeld entfallen und anstelle des Arbeitgeberzuschusses erhält der PKV-vollversicherte Rentner zu seinem PKV-Beitrag einen Zuschuss vom Rentenversicherungsträger.

Der Zuschuss wird wie folgt berechnet: vom Zahlbetrag der Rente die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (14,6 %) plus die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (1,3 %) – maximal die Hälfte des tatsächlichen Beitrages (§ 106 SGB VI). Damit beträgt der Zuschuss für PKV versicherte Rentner maximal 7,95 % der Rente.

Risikostrukturausgleich, morbiditätsorientiert (Morbi-RSA)

Betrifft nur die GKV. Einen Risikostrukturausgleich gibt es seit 1994. Mit dem Gesundheitsfonds wurde ebenfalls zum 01.01.2009 der so genannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eingeführt. Dieser legt fest, wie viel Geld jede einzelne Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält.

Durch die einheitliche Finanzierung über den Gesundheitsfonds entfällt künftig eine Differenzierung in Zahler- und Empfängerkassen. Zur Versorgung ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse für jeden von ihnen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale sowie Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs.

Die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung ihrer Versicherten wird hierüber gezielt ausgeglichen. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker

Versicherter erhalten entsprechend höhere Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds. Begünstigt werden hierbei rund 80 vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) festgelegte Krankheitsgruppen. Vereinfacht gesagt: Je mehr Kranke eine Krankenkasse hat, desto höher fällt die Zuwendung aus dem Gesundheitsfonds aus.

Risikozuschlag

Weicht bei Antragstellung der Gesundheitszustand des Versicherten von dem eines normal Gesunden ab, kann in Einzelfällen abhängig von der Erkrankung diese Abweichung mit einem Beitragszuschlag in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

Sachleistungen

Sachleistungen in der GKV sind Leistungen, die nicht Dienst- oder Geldleistungen sind. Wichtigste Sachleistung in der GKV ist die ärztliche Behandlung.

Satzung der gesetzlichen Krankenkasse

Jede gesetzliche Krankenkasse gibt sich im Rahmen der Selbstverwaltung eine Satzung. Sie bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Vorschriften regeln z. B. die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane, Ausgestaltung der Wahltarife sowie Besonderheiten zum Leistungsrecht.

Satzung des VVaG

Die Satzung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. regelt z. B. Name, Zweck und Sitz des Unternehmens, Bestimmungen zur Mitgliedschaft oder zu den Organen des VVaG.

Scheinselbstständigkeit

Die gesetzliche Vermutungsregelung für die sog. Scheinselbstständigkeit wurde vom Gesetzgeber gestrichen. Trotzdem ist es in einigen Fällen nicht klar, ob sozialversicherungsrechtlich eine Tätigkeit als Arbeitnehmer oder als Selbstständiger ausgeübt wird.

Falls zweifelhaft ist, ob eine selbstständige oder eine abhängige Beschäftigung vorliegt, ist ggf. ein Anfrageverfahren zur Statusklärung zu empfehlen. Die Beteiligten können dadurch schriftlich eine Entscheidung über die Frage Arbeitnehmer/ Selbstständiger beantragen. Zuständig für das Anfrageverfahren ist grundsätzlich die Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA). Wird der Antrag innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit gestellt und stellt die Deutsche Rentenversicherung ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis fest, tritt die Versicherungspflicht mit der Bekanntgabe der Entscheidung (und nicht bereits ab Bestehen des Beschäftigungsverhältnisses) ein, wenn der Beschäftigte

- zustimmt und
- er für den Zeitraum zwischen Aufnahme der Beschäftigung und der Entscheidung eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur Altersvorsorge vorgenommen hat, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung entspricht. Für die Krankenversicherung wird auch eine PKV-Vollversicherung akzeptiert, die aber ein Krankentagegeld beinhalten muss.

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

Für die im Rahmen des Anfrageverfahrens erforderliche Prüfung haben die Beteiligten einen Antrag auf einem von der Deutschen Rentenversicherung vorgegebenen Formular (Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status) auszufüllen. Das Anfrageverfahren ist nicht mehr möglich, wenn die zuständige Einzugsstelle oder ein anderer Versicherungsträger im Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Verfahren zur Feststellung einer Beschäftigung eingeleitet hat.

Zukünftig kann man also in allen Zweifelsfällen den Beteiligten nur empfehlen, rechtzeitig nach Aufnahme der Tätigkeit (binnen eines Monats) ein Anfrageverfahren einzuleiten. Bis zur endgültigen Entscheidung muss der Auftraggeber/ Arbeitnehmer dann unter den o. g. Voraussetzungen keinen Gesamtsozialversicherungsbeitrag zahlen.

Versicherungspflicht in der Rentenversicherung für bestimmte Selbstständige (§ 2 SGB VI)

Unter anderem für

a) Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbstständigen Tätigkeit regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen **und**
b) auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind; bei Gesellschaftern gelten als Auftraggeber die Auftraggeber der Gesellschaft,

werden in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig (§ 2 Satz 1 Nr. 9 SGB VI).

Als Arbeitnehmer im obigen Sinne gelten

1. auch Personen, die berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten oder Erfahrungen im Rahmen beruflicher Bildung erwerben,
2. nicht Personen, die geringfügig beschäftigt sind,
3. für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

Obige nach a) und b) genannten Personen werden von der Versicherungspflicht befreit,

1. für einen Zeitraum von drei Jahren nach erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit, die die Merkmale des § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VI erfüllt,
2. nach Vollendung des 58. Lebensjahres, wenn sie nach einer zuvor ausgeübten selbstständigen Tätigkeit erstmals nach § 2 Satz 1 Nr. 9 SGB VI versicherungspflichtig werden.

Die Höhe des Rentenversicherungsbeitrags richtet sich nach den Vorschriften, die auch sonst für rentenversicherungspflichtige Selbstständige gelten. Danach ist der Beitrag regelmäßig auf der Grundlage der monatlichen Bezugsgröße zu berechnen, bei Nachweis eines niedrigeren oder höheren Einkommens ist jedoch dieses Einkommen zugrunde zu legen. In den ersten drei Berufsjahren werden der Beitragsberechnung auf Antrag 50 % der monatlichen Bezugsgröße zugrunde gelegt.

Darüber hinaus gibt es eine Übergangsregelung für Personen, die am 31.12.1998 bereits eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt haben, in der sie nicht rentenversicherungspflichtig waren und die danach gemäß § 2 Satz 1 Nr. 9 rentenversicherungspflichtig werden. Sie konnten sich unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 30.06.2000 oder können sich binnen eines Jahres nach Eintritt der Versicherungspflicht befreien lassen. Das gilt auch für vor dem 2. Januar 1949 Geborene. Näheres hierzu regelt der § 231 Abs. 5 SGB VI.

See-Krankenkasse

Mit dem 1. Januar 2009 wechselt die Seemannskasse zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS). Sie wird dort unter ihrem alten Namen weitergeführt. Ein Beirat, dem ausschließlich Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer aus der Seefahrt angehören, entscheidet über die Belange der Seemannskasse. Internet: www.kbs.de

Sehbeeinträchtigung, schwere

Für GKV-Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht unter anderem ein Anspruch auf Brillen oder Kontaktlinsen,

wenn eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 besteht (entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation).

Stufe 1 bedeutet, dass bei bestmöglicher Korrektur eine Sehschärfe von höchstens 0,3 vorliegt (1,0 = 100 %).

Merkmale der Stufe 1:

- ✓ Texte mit großen Buchstaben können gelesen werden
- ✓ Verrichtungen des täglichen Lebens, wie Waschen, Brotschmieren etc. sind möglich
- ✓ Es besteht eine Behinderung von mindestens 30 %
- ✓ Autofahren ist verboten !

Selbstständigkeit

Der Gesetzgeber hat folgenden Grundsatz aufgestellt: Wer hauptberuflich eine selbstständige Tätigkeit ausübt, ist nicht krankenversicherungspflichtig (vgl. § 5 Abs. 5 SGB V). Hauptberuflich ist eine selbstständige Tätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt.

Bei der Frage „Was überwiegt?“ ist somit von entscheidender Bedeutung, mit welchem zeitlichen Aufwand (wöchentliche Arbeitszeit inklusive aller Vorarbeiten eines Selbstständigen) ein bestimmtes wirtschaftliches Ergebnis (Höhe des Einkommens) erzielt wird. Weiterführende Informationen hierzu finden Sie auf den Seiten 21, 22.

SIGNAL IDUNA Gesundheitswelt

Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. entwickelt sich zum smarten Lösungsanbieter, der sein Angebot konsequent an den Bedürfnissen seiner Versicherten ausrichtet. Insbesondere im Gesundheitsbereich geht es um weit mehr als die Abrechnung von Versicherungsleistungen. Kunden können zusätzlich zu dem bereits vorhandenen, umfassenden Krankenversicherungsschutz ein wachsendes Portfolio digitaler Services nutzen, um ihre Gesundheit digital zu organisieren und zu verbessern.

Bereitgestellt wird das Angebot in erster Linie über die **meine SIGNAL IDUNA Kundenapp**. Der Kunde kann so ganz einfach Rechnungen einreichen und nachverfolgen, Vorsorgeuntersuchungen planen oder Medikationspläne pflegen. Er hat auch die Möglichkeit Fragen zum Versicherungsschutz oder zu Behandlungsmöglichkeiten unkompliziert über die App zu klären. Die Verwaltung von medizinischen Dokumenten wie Arztbriefe oder Röntgenbilder wird über ein verschlüsseltes Gesundheitsfach vereinfacht. Diese aktuellen Angebote in dem Bereich „meine Gesundheit“ werden laufend erweitert und weiterentwickelt, um das individuelle Gesundheitsmanagement der SIGNAL IDUNA Kunden zu unterstützen und deutlich zu vereinfachen.

Zudem stellt die SIGNAL IDUNA ihren vollversicherten Kunden verschiedene digitale Leistungsangebote zur Verfügung. Darüber hinaus erstattet die SIGNAL IDUNA bereits viele weitere digitale Anwendungen unter fachärztlicher Begleitung. Weitere Informationen zu den Angeboten finden sich auf der SIGNAL IDUNA Website.

Neben der Auswahl von digitalen Gesundheitsangeboten am Markt, entwickelt die SIGNAL IDUNA verschiedene Services zusammen mit Kooperationspartnern. So kann seit einigen Wochen über die App edith.care ein Pflegeantrag schnell und unbürokratisch gestellt werden. edith.care baut das digitale Serviceangebot rund um das Thema Pflege Schritt für Schritt weiter aus. Außerdem entwickelt die SIGNAL IDUNA derzeit einen digitalen Medikamentenservice: Kunden sollen bei der Auswahl von Arzneimitteln und Apotheken unterstützt und Medikamente besonders schnell erstattet werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

1906/ 1907	Gründung
1934	Handwerk, Handel und Gewerbe (Dortmund)
1968	SIGNAL Krankenversicherung a. G.
1970	Zusammenschluss von SIGNAL, HHG Stuttgart, Kölner Verein und SÜDVERSA
14.10.1999	Verschmelzung von SIGNAL und NOVA zu SIGNAL Krankenversicherung a. G.
2007	100-jähriges Jubiläum
1.4.2009	Gleichordnungskonzern mit Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
15.08.2017	Verschmelzung SIGNAL Krankenversicherung a. G. mit Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. zur SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die heutige Marktposition in Deutschland: Rang 5 in der privaten Krankenversicherung (gemessen an den Beitragseinnahmen).

Soldaten auf Zeit (Übergangsgebührnisse)

Zeitsoldaten haben während ihres aktiven Dienstes einen Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung. Während des Heilfürsorgeanspruchs besteht keine Versicherungspflicht. Nach Ende der Dienstzeit von mindestens 4 Jahren werden Übergangsgebührnisse für einen begrenzten Zeitraum gewährt. Für Soldaten auf Zeit, die bis zum 31.12.2018 ihre Dienstzeit beendet haben, besteht während der Zahlung der Übergangsgebührnisse ein Anspruch auf Beihilfe in Höhe von 70 %, die restlichen 30 % waren über die Versicherungspflicht in der PKV abzusichern.

Der Bezugszeitraum von Übergangsgebührnissen ist abhängig von der Dauer der Dienstzeit:

Dienstzeit:	Übergangsgebührnisse für:
4 bis unter 5 Jahre	12 Monate
5 bis unter 6 Jahre	18 Monate
6 bis unter 7 Jahre	24 Monate
7 bis unter 8 Jahre	30 Monate
8 bis unter 9 Jahre	36 Monate
9 bis unter 10 Jahre	42 Monate
10 bis unter 11 Jahre	48 Monate
11 bis unter 12 Jahre	54 Monate
12 und mehr Jahre	60 Monate

Neue Regelung für alle Soldaten auf Zeit, die ab 01.01.2019 erstmalig Übergangsgebührnisse beziehen:

Während des Bezuges der Übergangsgebührnisse besteht für ehemalige Soldaten auf Zeit kein Beihilfeanspruch mehr. Stattdessen erhalten sie während der Bezugsdauer der regelmäßigen Übergangsgebührnisse einen Zuschuss zu den nachgewiesenen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträgen für einen „100 %-Schutz“. Seit dem 1. Januar 2019 wird mit dem Inkrafttreten des Versichertenentlastungsgesetzes ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährleistet. Die generellen Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung werden dazu um ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung erweitert (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 SGB V), das innerhalb von drei Monaten nach Ausscheiden aus dem Dienst als Soldat auf Zeit auszuüben ist. Der Beitrag zur freiwilligen GKV und zur SPV richtet sich nach der Höhe der Übergangsgebührnisse und den jeweils maßgeblichen Beitragssätzen, der Beitragszuschuss beträgt die Hälfte hiervon. Wichtig: Auch PKV- und PPV-Versicherte erhalten unter bestimmten Voraussetzungen einen Beitragszuschuss für sich und ihre Familienangehörigen. Die Details zu den Beitragszuschüssen sind in § 11 b des Soldatenversorgungsgesetzes geregelt.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Empfehlung für Soldaten auf Zeit:

Aktuell ist Rechtsauffassung des PKV-Verbandes, dass Soldaten auf Zeit bei Abschluss einer PKV-Anwartschaft weiterhin eine private Pflegepflicht abschließen können und damit nicht versicherungspflichtig in der Sozialen Pflegepflichtversicherung werden. Insoweit kann es interessant sein, während des aktiven Dienstes eine PKV-Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Da es auch sein kann, dass im Anschluss an die Tätigkeit als Soldat auf Zeit in ein Berufssoldatenverhältnis oder in ein Beamtenverhältnis gewechselt wird, ist eine Anwartschaft auf eine Beihilfeversicherung ausreichend. Sollte nach Ausscheiden aus dem Dienst als Soldat auf Zeit keine der vorgenannten Beschäftigungen aufgenommen werden und keine Versicherungspflicht (z. B. als Arbeitnehmer) eintreten, kann innerhalb der üblichen Fristen und Voraussetzungen der Versicherungsschutz bedarfsgerecht und ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden. Alternativ kann dann die Anwartschaft und die Pflegepflicht auch beendet und das freiwillige GKV-Beitrittsrecht mit entsprechender SPV-Pflicht ausgeübt werden.

Solidaritätsstärkungsgesetz

Am 01.01.1999 in Kraft getreten. Ändert unter anderem umfassend die Zahnersatzleistungen der GKV:

- ✓ Zahnersatz für nach 1978 Geborene wird wieder als GKV-Leistung eingeführt
- ✓ Sachleistung statt Kostenerstattung
- ✓ %-uale Leistung statt Festzuschüsse. 50 % Grundleistung, nach 5-jähriger Vorsorge 60 %, nach 10-jähriger Vorsorge 65 %
- ✓ Material- und Laborkosten sind nicht mehr frei berechenbar, sondern richten sich wieder nach dem bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis (BEL)
- ✓ das Zahnarzthonorar im Rahmen der kassenzahnärztlichen Behandlung wird nicht mehr nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sondern nach dem für die GKV geltenden einheitlichen Bewertungsmaß (BEMA) berechnet.

Sozialversicherung

Oberbegriff für die gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung.

Spitzenverband Bund (SpiBu)

Zum 1. Juli 2008 übernahm der GKV-Spitzenverband alle gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen, bei denen gemeinsam und einheitlich gehandelt werden musste (§§ 217 ff. SGB V).

Die Zuständigkeiten im Überblick:

- ✓ Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre, ambulante und zahnärztliche Versorgung
- ✓ Unterstützung der Krankenkassen und ihrer Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben
- ✓ Vertretung der GKV-Interessen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern auf Bundesebene (z. B. Gemeinsamer Bundesausschuss) und gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium
- ✓ Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung
- ✓ Festsetzung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel sowie der Höchstbeträge für Arzneimittel
- ✓ Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene
- ✓ Ausgestaltung der Telematik im Gesundheitswesen
- ✓ Definition von Grundsätzen zur Prävention und Rehabilitation

Der GKV-Spitzenverband ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen.

Standardtarif für ältere Versicherte (STN)

Der Standardtarif ist seit dem 01.01.2009 für Neuversicherte durch den Basistarif ersetzt worden. Der Standardtarif wird seit dem 01.07.1994 von der privaten Krankenversicherung angeboten. Er kann von Personen versichert werden, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in der PKV verfügen. Ab dem 01.07.2000 kann der Standardtarif nicht nur ab dem 65. Lebensjahr gewählt werden, sondern bereits ab dem 55. Lebensjahr, wenn das jährliche Gesamteinkommen des Versicherten die GKV-Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Rentenantragsteller können unter bestimmten Voraussetzungen auch vor dem 55. Lebensjahr in den Standardtarif wechseln.

Der Standardtarif wurde im Zusammenhang mit einer Änderung des § 257 SGB V eingeführt. Ab diesem Zeitpunkt darf ein Arbeitgeber den KV-Beitrag nur noch bezuschussen, wenn das jeweilige PKV-Unternehmen seines Arbeitnehmers u. a. den Standardtarif führt.

Der Beitrag des Standardtarifes darf nicht teurer sein als der GKV-Höchstbeitrag. Neu ist seit dem 01.07.2000, dass für Ehepaare unter bestimmten Voraussetzungen eine gemeinsame Beitragsbegrenzung auf 150 % (und nicht auf 200 %) dieses Höchstbeitrages gilt. Diese Begrenzungen werden durch einen unternehmensübergreifenden finanziellen Spitzenausgleich geregelt. Da es sich um einen brancheneinheitlichen Tarif handelt, sind Leistungen und Tarifbeiträge bei allen PKV-Unternehmen gleich.

Wichtig – Wahrung des Besitzstands:

Ältere Versicherte, die in diesem Standardtarif versichert sind, werden nicht in den zum 01.01.2009 neu geschaffenen Basistarif zwangsüberführt. Sie haben zwar ein Zugangsrecht zum Basistarif, sollten sich diese Entscheidung jedoch reiflich überlegen, da sie im Basistarif mit erheblichen Beitragssteigerungen zu rechnen haben. Darüber hinaus haben Versicherte, die vor dem 01.01.2009 eine KV-Voll abgeschlossen haben, nach wie vor unter den o. g. Voraussetzungen ein Zugangsrecht in den STN. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass ein Tarifwechsel beim selben Krankenversicherer von einem Bisextarif (Abschluss vor 2009!) in einen Unisextarif dazu führt, dass ein Wechsel in den Standardtarif danach nicht mehr möglich ist. Um sich das Recht auf den Wechsel in den Standardtarif zu bewahren, sollten Tarifwechsel nur in Bisex stattfinden.

Hinweis: Derzeit gibt es keine Unisex-Version des Standardtarifes. Bei Fragen in diesem Zusammenhang wenden Sie sich bitte an den Fachbereich. Außerdem ist es bei Hilfebedürftigkeit im Standardtarif **nicht** möglich, dass der Beitrag auf die Hälfte reduziert wird. Das ist ausschließlich im Basistarif möglich (§ 152 Abs. 4 VAG).

Studenten

Informationen zu den versicherungsrechtlichen Fragestellungen bei Studenten finden Sie auf Seite 35.

Tarifwechselleitfaden

Wahlfreiheit und individueller Versicherungsschutz gehören zu den großen Pluspunkten der Privaten Krankenversicherung. Damit die Privatversicherten jederzeit die für sie beste Tarifoption finden und auswählen können, hat die PKV-Branche einen Leitfaden zum unternehmensinternen Tarifwechsel erarbeitet.

Das Tarifwechselrecht gibt den Versicherten den Anspruch auf eine persönliche und bedarfsgerechte sowie kostenlose Beratung durch das Unternehmen beim Wunsch nach einem Tarifwechsel. Der Tarifwechsel-Leitfaden erläutert und konkretisiert nicht nur die geltende Rechtslage, sondern geht auch deutlich über das gesetzliche Tarifwechselrecht hinaus.

Die wesentlichen Eckpunkte des Tarifwechselleitfadens (Auszug):

- Anfragen von Versicherten zu einem Tarifwechsel werden innerhalb von 15 Arbeitstagen beantwortet
- Für Anfragen zum Tarifwechselrecht wird eine Telefonnummer oder ein Ansprechpartner benannt.
- Verzögert sich die Bearbeitung im Einzelfall, erfolgt innerhalb der Frist eine Zwischennachricht.
- Versicherte, die ihren Tarif wechseln wollen, erhalten eine individuelle Beratung über Möglichkeiten einer Vertragsumstellung.
- Zur Sicherung bestmöglicher Transparenz und Verständlichkeit stellt das Versicherungsunternehmen die Tarifalternativen verständlich dar.
- Versicherte mit einer Beitragsanpassung erhalten zukünftig bereits ab 55 Jahren Tarifwechselalternativen mitgeteilt.

Seit dem 01.01.2016 wird der Leitfaden von allen teilnehmenden PKV-Unternehmen umgesetzt. Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gehört ebenfalls zu den teilnehmenden Unternehmen. Das geltende Tarifwechselrecht gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes bleibt davon selbstverständlich unberührt. Weitere Details finden Sie auf der Internetseite des PKV-Verbandes (www.pkv.de).

Technische Berechnungsgrundlagen

Hier sind u. a. die Grundsätze für die Berechnung der Prämien und der mathematischen Rückstellungen einschließlich der verwendeten Rechnungsgrundlagen und mathematischen Formeln enthalten.

Terminservicestellen

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sollen gesetzlich Krankenversicherte schneller einen Termin beim Vertragsarzt bzw. Psychotherapeuten erhalten. Dafür wurden sogenannte Terminservicestellen geschaffen. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 75 Absatz 1a SGB V.

Die Terminservicestellen vermitteln nur in dringenden Fällen einen Arzttermin. Sie wird nicht tätig bei aufschiebbaren Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen. Darüber hinaus berücksichtigt sie keinen Wunscharzt, keinen Wunschtermin und keine bevorzugte Region.

Kurzdarstellung: So funktioniert die Terminvermittlung durch die Terminservicestellen:

- ✓ Terminservicestelle wird nur dann tätig, wenn ein dringlicher Arztbesuch ansteht (Ausnahmen: keine Vermittlung zu Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden)
- ✓ Termine können nur dann vermittelt werden, wenn freie Arzttermine der Terminservicestelle bekannt sind. Deshalb ist jeder Vertragsarzt verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden
- ✓ wird ein Termin vermittelt, muss Vertragsarzt in zumutbarer Entfernung liegen
- ✓ Terminservicestelle muss Arzttermin innerhalb von 1 Woche vermitteln; der Termin muss dann innerhalb eines Zeitfensters von 4 Wochen liegen
- ✓ kann die Terminservicestelle einen Arzttermin nicht innerhalb von 1 Woche vermitteln, muss sie dem Patienten innerhalb einer weiteren Woche einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten

Weitere Details zu den Terminservicestellen beinhaltet der Bundesmantelvertrag. Dieser wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund geschlossen und regelt im Wesentlichen die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland.

Aufgrund des hohen Bürokratieaufwandes darf bezweifelt werden, dass GKV-Versicherte tatsächlich schneller einen Termin beim Vertragsarzt/ Psychotherapeuten erhalten.

Treuhänder

Eine vom Versicherungsunternehmen unabhängige Institution, die nach § 203 VVG bzw. § 157 VAG einzuschalten ist. Bei Beitragsanpassungen oder Änderungen der Versicherungsbedingungen bedarf es der Zustimmung des Treuhänders.

Übergangsgeld

Übergangsgeld ist im § 64 SGB IX ff. geregelt. Es ist eine Entgeltersatzleistung der Sozialversicherungsträger, welche unter bestimmten Voraussetzungen Sozialversicherte während der Teilnahme an Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation erhalten können.

Findet eine stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt. Bei gesetzlich Krankenversicherten entfällt bei Zahlung eines Übergangsgeldes der Anspruch auf Krankengeld.

Übergangsgeld nach § 64 SGB IX ist eine Leistung für den Lebensbedarf. Das Übergangsgeld beträgt für Versicherte ohne Kinder 68 Prozent des letzten Nettoarbeitsentgelts, mit einem Kind mit Kindergeldanspruch 75 Prozent; bei selbständiger Tätigkeit wird das Übergangsgeld nicht aus dem letzten Nettoarbeitsentgelt, sondern aus 80 Prozent des der Beitragsentrichtung im letzten Kalenderjahr zugrunde liegenden Einkommens berechnet. Während des Bezugs werden Beiträge und Beitragszuschüsse zur Sozialversicherung übernommen.

Je nach versichertem SIGNAL IDUNA Krankentagegeldtarif erfolgt unter Umständen eine Anrechnung des Übergangsgeldes.

Übertragungswertbescheinigung

Seit dem 01. Januar 2013 hat der Versicherer als Informationspflicht dem Versicherungsnehmer (VN) jährlich den Übertragungswert mitzuteilen. Davor war der Übertragungswert nur auf Anfrage des VN mitzuteilen.

Die Übertragungswertbescheinigung (ÜWB) ist insbesondere dann wichtig, wenn ein VN zu einem anderen Krankenversicherer wechseln möchte. Handelt es sich um einen Versichererwechsel, bei dem der Übertragungswert mitgegeben wird, kann der Beitrag beim neuen Versicherer erst nach Vorlage der ÜWB ermittelt werden. Dabei wird zwischen der vorläufigen und der endgültigen Übertragungswertbescheinigung unterschieden. Die vorläufige Bescheinigung erhält der Kunde jederzeit auf schriftliche Anfrage, die Endgültige nach der Vertragsbeendigung. Erst auf der Basis der endgültigen Übertragungswertbescheinigung kann der definitive Beitrag beim neuen Versicherer ermittelt werden.

Wichtig: Seit 2009 ist die SIGNAL IDUNA KV-Beratungssoftware in der Lage, Beiträge unter Anrechnung von Übertragungswerten zu berechnen. Es wird allerdings noch einige Zeit vergehen, bis sich bei den ab dem 01.01.2009 PKV-Neuversicherten nennenswerte Übertragungswerte ergeben. Trotzdem erleichtern die neuen Bestimmungen den PKV-Wechsel.

Unisex

Grundlage für die Einführung von Unisex-Beiträgen (= geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation) ist ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 01.03.2011. Die bisherigen geschlechtsabhängigen Beiträge (= Bisex-Beiträge) dürfen ab dem 21.12.2012 im Neugeschäft nicht mehr angeboten werden, da sie einen Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot von Männern und Frauen dar-

stellen. Für die PKV bedeutet das, dass alle Tarife, die nach Bisex kalkuliert sind, somit ab dem 21.12.2012 nicht mehr angeboten werden dürfen. Aus diesem Grund wurde eine neue Unisex-Verkaufspalette eingeführt.

Krankenversicherungen, die vor dem 21.12.2012 in Bisex abgeschlossen wurden, bleiben auch weiterhin zu Bisex-Konditionen bestehen. Eine automatische Umstellung auf Unisex erfolgt nicht.

Bisex-Neukunden können in Zukunft jederzeit in Unisex-Tarife wechseln. Grundlage ist das gesetzlich festgelegte Tarifwechselrecht nach § 204 VVG. Für eventuelle Mehrleistungen kann eine Gesundheitsprüfung erfolgen. Ein Wechsel aus Unisex zurück nach Bisex ist jedoch nicht möglich.

Verband der PKV

PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln
Telefon: (02 21) 99 87 - 0
Internet: www.pkv.de

Verkaufshinweise

Neben den PKV-Vertragsgrundlagen existieren mit den Verkaufshinweisen weitere Rahmenbedingungen für den Verkauf.

Wie Sie wissen, sichern nur risikogerechte Beiträge die Wettbewerbsfähigkeit und Abschlusschancen. Die Verkaufshinweise sind in diesem Zusammenhang – neben Leistungsausschluss und Risikozuschlägen – ein wirksames Instrument zur Begrenzung des subjektiven Risikos. Sie sind das Resultat langjähriger Erfahrung des Versicherers.

Inhalt der Richtlinien sind z. B. Regelungen über

- ✓ Versicherungsfähigkeit von Personengruppen
- ✓ mögliche Tarifkombinationen
- ✓ Summenbegrenzungen bei Barleistungstarifen (EKH und ESP)
- ✓ Leitlinien zur Vermeidung von Überdeckungen

Annahmerichtlinien und Verkaufshinweise sind sinnvoll und notwendig. Sie ermöglichen die Steuerung der Bestandsentwicklung und die Begrenzung des subjektiven Risikos im Hinblick auf eine günstigere Schadensentwicklung, die wiederum unsere Beiträge positiv beeinflusst.

Die positive Wirkung der Richtlinien nutzen übrigens alle privaten Krankenversicherer. So gesehen besteht im Hinblick auf Außendienstmitarbeiter anderer Unternehmen Wettbewerbsgleichheit.

Die Verkaufshinweise für die KV können Sie mit der Formular-Nummer 13302xx bestellen.

Verkaufsprozess in der PKV

Durch die gesetzlichen Änderungen des GKV-WSG haben sich die Verkaufsprozesse in der privaten Krankheitskostenvollversicherung ab dem 01.01.2009 deutlich verändert. Von der Antragsaufnahme bis zur Policierung sind deshalb einige wichtige Dinge zu beachten:

1. Will der VN innerhalb der PKV wechseln, legt er dem neuen Versicherer eine (vorläufige) Übertragungswertbescheinigung vor. Anhand der dort aufgeführten Übertragungswerte wird KV-Voll-Angebot berechnet.
2. Die Kündigung beim Vorversicherer (egal, ob GKV oder PKV) muss fristgerecht ausgesprochen werden.
3. Der VN hat dem neuen Versicherer seine Vorversicherungszeiten nachzuweisen.
4. Dem Vorversicherer (egal ob GKV oder PKV) muss innerhalb der Kündigungsfrist die „Folgeversicherung“ nachgewiesen werden. Hierfür stellt der neue Versicherer eine Versicherungsbescheinigung aus.
5. Die Kündigung wird zum ordentlichen Termin wirksam.
6. Teile der Alterungsrückstellung (Übertragungswert) werden beim Wechsel innerhalb der PKV ggf. auf den Folgeversicherer übertragen. Die Alterungsrückstellungen aus der PPV werden immer voll übertragen.
7. Falls ein Wechsel in den Basistarif beim neuen Versicherer stattfindet, kann der verbleibende Teil der Alterungsrückstellung in eine Zusatzversicherung beim Vorversicherer angerechnet werden.

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Die Ausgestaltung der Aufsicht über Versicherungsunternehmen und Pensionsfonds ist im VAG geregelt. Ganz allgemein hat die BaFin darauf zu achten, dass die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt werden und dass die Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen jederzeit erfüllbar sind.

Als Gesetz zur Modernisierung der Finanzaufsicht über Versicherungen wurde das VAG zum 1. Januar 2016 neu gefasst (VAG-Novelle). Mit der Novelle des Versicherungsaufsichtsgesetzes wurde unter anderem die europäische Solvency-II-Richtlinie in nationales Recht umgesetzt. Darüber hinaus wurden Paragraphen völlig neu geordnet. Die speziellen Vorschriften zur privaten Krankenversicherung befinden sich seit 2016 in den §§ 146 bis 160 VAG.

Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern

Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2021: 64.350 Euro, Altfälle: 58.050 Euro) überschreitet, werden als krankenversicherungsfrei bezeichnet. Die Versicherungspflicht endet jedoch nicht bereits mit dem Tage des Überschreitens, sondern erst mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.

Weitere Voraussetzung: Auch die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze muss überschritten werden.

Berufseinsteiger, Personen, die den Arbeitgeber wechseln oder Personen, die aufgrund Statuswechsel (z. B. aus der Selbstständigkeit) in eine abhängige Beschäftigung wechseln und die über der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdienen, müssen nicht bis Ende des Kalenderjahres warten. Sie sind sofort zum Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahme versicherungsfrei (siehe auch Seite 25).

Seit dem 01.07.2000 werden mindestens 55-Jährige, die in den letzten 5 Jahren vorher PKV-versichert waren, grundsätzlich nicht mehr krankenversicherungspflichtig; sie bleiben versicherungsfrei.

Versicherungsjahr

Bei SIGNAL IDUNA gilt nicht das Kalenderjahr, sondern es wird ab Versicherungsbeginn 12 Monate weitergerechnet (= Versicherungsjahr). In der Pflegepflichtversicherung gilt das Kalenderjahr.

Versicherungspflicht

Grundsatz: Seit dem 1. Januar 2009 ist jede Person in Deutschland verpflichtet, sich gegen Krankheit zu versichern.

Versicherungspflicht für bestimmte Personen

a) Arbeitnehmer

Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt über 450 Euro im Monat sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) generell versicherungspflichtig. Höherverdienende Arbeitnehmer können bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) von 64.350 Euro prüfen, ob Sie in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln

können. Der Wechsel ist immer dann möglich, wenn der Arbeitnehmer mit seinem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt die JAEG überschreitet.

b) Beamte

Beamte sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei. Sie erhalten für sich und ihre Angehörigen von ihrem Dienstherrn (Bund bzw. Landesbehörde) eine Beihilfe. Durch die jeweils geltenden Beihilfevorschriften beteiligt sich der Dienstherr prozentual an den Krankheitskosten. Seit dem 01.01.2009 sind Beamte gesetzlich verpflichtet, über den nicht durch die Beihilfe gedeckten Teil eine private Krankenversicherung abzuschließen.

c) Heilfürsorgeberechtigte

Die freie Heilfürsorge ist eine spezielle Form der Fürsorge des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten. Sie wird grundsätzlich dann gewährt, wenn die Tätigkeit besonders gefahrgeneigt ist. Freie Heilfürsorge erhalten nur die Beamten selbst, ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhalten Beihilfe. Das heißt, auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist ab 01.01.2009 der Abschluss einer die Beihilfe ergänzenden privaten Krankenversicherung verpflichtend. Freie Heilfürsorge wird für den Zeitraum des aktiven Dienstes gewährt. Im Ruhestand erhält der Beamte wieder Beihilfe. Spätestens dann greift auch für die Heilfürsorgeberechtigten die Pflicht zur Krankenversicherung. Heilfürsorgeberechtigten ist nach wie vor eine Anwartschaftsversicherung zu empfehlen, da im Ruhestand unter Umständen nur der Weg in den Basistarif offen steht.

d) Selbstständige

Selbstständige und Freiberufler sind in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht pflichtversichert. Sie können sich in der GKV als freiwilliges Mitglied weiterversichern. Voraussetzung dafür ist, dass sie unmittelbar vor ihrer Selbstständigkeit gesetzlich versichert gewesen waren. Beachten Sie in diesem Zusammenhang die Regelungen zur „obligatorischen Anschlussversicherung". Weitere Ausführungen hierzu finden Sie auf Seite 19.

Wie sind Selbstständige einzustufen, die sich (noch) nicht versichert haben? Auch für diese gilt der Grundsatz: Sie sind dem System zuzuordnen, in dem sie zuletzt (also vor Beginn der Nichtversicherung) versichert waren.

Beispiel für Zuordnung zur GKV

Handwerker war bis 1995 als Geselle in der GKV pflichtversichert. Er hat sich 1996 selbstständig gemacht und war bis heute nicht krankenversichert.

Lösung: Der Selbstständige ist der GKV zuzuordnen und seit 01.04.2007 in der GKV pflichtversichert.

Beispiel für Zuordnung zur PKV

Selbstständiger hat Ende 2002 seine private Krankenversicherung beendet und war seitdem nicht anderweitig krankenversichert.

Lösung: Der Selbstständige ist der PKV zuzuordnen. Er ist seit 01.01.2009 gesetzlich verpflichtet, eine private Krankenvollversicherung abzuschließen.

Anforderungen an den Versicherungsschutz

Die Pflicht zur Versicherung in der PKV knüpft an den Versicherungsschutz bestimmte Mindestvoraussetzungen:

- Mindestens ambulante und stationäre Behandlungskosten müssen abgesichert werden
- Der Versicherungsschutz darf höchstens als absoluten und prozentualen Selbstbehalt 5.000 Euro im Kalenderjahr vorsehen.
- Besitzstand: Jede vor dem 01.04.2007 abgeschlossene Krankheitskostenversicherung genügt diesen Anforderungen.

Sanktionen für Nichtversicherte, die der Pflicht nicht nachkommen (Prämienzuschlag)

a) ... in der PKV

Kommt ein Nichtversicherter der Pflicht gemäß § 193 Abs. 3 VVG nicht nach, so muss er für den gesamten Zeitraum der Nichtversicherung einen Strafbeitrag in Form des so genannten Prämienzuschlags zahlen. Für die Bemessung des Prämienzuschlags beginnt der Zeitraum der Nichtversicherung frühestens ab dem 01.01.2009. Kann der genaue Zeitraum der Nichtversicherung nicht nachgewiesen werden, wird davon ausgegangen, dass der Versicherte höchstens 5 Jahre nicht krankenversichert war.

Ab dem 2. Monat einer Nichtversicherung wird ein Prämienzuschlag verlangt

Prämienzuschlag ist in einem Betrag zusätzlich zum laufenden KV-Beitrag zu zahlen. Der Versicherte kann hierfür Ratenzahlung verlangen, wenn ihn der Prämienzuschlag ungewöhnlich hart treffen würde.

SIGNAL IDUNA intern: Ab einem Prämienzuschlag von 500 Euro erfolgt im Versicherungsschein der Hinweis auf die Möglichkeit der Ratenzahlung. Der Prämienzuschlag wird im Versicherungsschein ausgewiesen.

Kann der Zeitraum der Nichtversicherung nicht genau bestimmt werden, wird ein Zeitraum von 5 Jahren zugrunde gelegt.

Höhe des Prämienzuschlags:
2. bis 5. Monat = 1 voller Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat
ab 6. Monat = 1/6 Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat

b) ... in der GKV

Auch in der GKV muss für den gesamten Zeitraum der Nichtversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) ein Strafbeitrag gezahlt werden. Dieser wird ebenfalls für den gesamten Zeitraum der Nichtversicherung berechnet – frühestens ab dem 01.04.2007. In der GKV wird hingegen für jeden Monat der Nichtversicherung ein voller Monatsbeitrag fällig. Zusätzlich zu den rückständigen Beiträgen ist noch ein Säumniszuschlag zu zahlen. Dieser beträgt 1 % der rückständigen Beiträge (wurde zum 01.08.2013 von 5 % auf 1 % gesenkt).

Hinweis: Beitragsansprüche verjähren in der GKV nach 4 Jahren, bei vorsätzlich vorenthaltenen Beiträgen nach 30 Jahren.

Versicherungsteuer

In Deutschland ist für eine private Krankenversicherung keine Versicherungsteuer zu zahlen. Etwas anderes gilt, wenn der Versicherungsnehmer ins europäische Ausland verzieht.

Versicherungsverträge können gemäß Artikel 401 der Mehrwertsteuersystemrichtlinie RL 2006/112 EG vom 28.11.2006 innerhalb der Europäischen Union (EU) mit Versicherungsteuer belegt werden. Dazu gibt es keine einheitliche Regelung für alle Mitgliedsstaaten. Vielmehr können die Mitgliedsstaaten die Höhe der Steuersätze und die betroffenen Versicherungsarten selbst bestimmen. In Frankreich wird die sogenannte Taxe de solidarité additionnelle (TSA) unter anderem zu ausländischen Krankenversicherungen erhoben.

Wer muss die Versicherungsteuer zahlen?

Die französische Versicherungsteuer ist nur von Personen zu zahlen, die ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in Frankreich haben. Dies ist dann erfüllt, wenn die jeweilige Person sich länger als sechs Monate in Frankreich aufhält.

Schuldner der Versicherungsteuer ist der Versicherungsnehmer, wobei die Versicherungsteuer durch SIGNAL IDUNA erhoben und abgeführt wird.

Wie hoch ist die Versicherungsteuer und für welchen Versicherungsschutz ist sie zu zahlen?

Es gilt ein Steuersatz von 14 %. Dieser ist für den beitragsmäßigen Leistungsanteil zu zahlen, der über die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hinausgeht.

Für eine deutsche Krankheitskosten-Vollversicherung ergibt sich dieser Anteil aus dem Prämienanteil, der gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich **nicht** abzugsfähig ist. Dieser ist abhängig vom jeweils versicherten Tarif.

Beispiel: Im Tarif EXKLUSIV-PLUS 0 beträgt dieser Prämienanteil 20,41 %. Bei einem Monatsbeitrag von 500 Euro wären damit 102,05 Euro steuerpflichtig. Die monatliche Versicherungsteuer beträgt in diesem Fall 14,29 Euro (102,05 Euro x 14 %).

Für ggf. weiter bestehende deutsche Krankheitskosten-Zusatzversicherungen sowie Tage- oder Monatsgeldversicherungen ist der volle Beitrag maßgebend für die Berechnung der Versicherungsteuer.

Nicht der Steuerpflicht unterliegen Anwartschaftsversicherungen, Optionstarife, Beitragsentlastungstarife, zu einer Vollversicherung abgeschlossene Krankentagegelder sowie die private Pflegepflichtversicherung.

Wie erfolgt die Erhebung der Versicherungsteuer?

Die Versicherungsteuer wird zusammen mit dem normalen Beitrag erhoben. Dieser wird im Versicherungsschein mit einem entsprechenden Zuschlag dokumentiert.

Für welchen Zeitraum ist die Versicherungsteuer zu zahlen?

Die Versicherungsteuer wird grundsätzlich ab dem Beginn des Aufenthaltes in Frankreich erhoben. Beginnt der Aufenthalt innermonatlich, ist die Versicherungsteuer ab dem Beginn des darauf folgenden Monats zu zahlen.

Die Erhebung der Versicherungsteuer endet grundsätzlich mit der Rückkehr aus Frankreich. Erfolgt dieser innermonatlich, wird die Versicherungsteuer bis zum Ende dieses Monats erhoben. Über die Beendigung des Aufenthaltes in Frankreich ist zeitnah ein Nachweis durch den Versicherungsnehmer einzureichen, beispielsweise eine Kopie der Anmeldung beim deutschen Einwohnermeldeamt.

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Das VVG wurde 1908 eingeführt und nach 100 Jahren war eine grundlegende Reform notwendig. Zum 01.01.2008 trat die VVG-Reform in Kraft. Spezielle Vorschriften für die PKV stehen in den §§ 192 bis 208 VVG. Insbesondere der Verbraucherschutz ist gestärkt worden, unter anderem durch verständliche Informationen, Beratungspflichten, neu gestaltete Widerrufs-, Rücktritts- und Kündigungsrechte sowie weniger schwer wiegende Folgen von Obliegenheitsverletzungen. Darüber hinaus hat die VVG-Reform große Auswirkungen auf die bisherigen Antragsprozesse. So wurde das Policenmodell abgeschafft (nur noch in Ausnahmen möglich) und durch das Antragsverfahren als Regelantragsmodell ersetzt. Hierbei müssen sämtliche relevanten Vertragsunterlagen dem Interessenten rechtzeitig vor der Antragsaufnahme übermittelt werden.

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)

Am 24. November 2006 hat der Bundesrat das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) verabschiedet. Der für die PKV wichtigste Punkt ist der Wegfall des Honorarabschlags für Ärzte und Zahnärzte in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost in Höhe von 10 %. Damit ist seit dem 01.01.2007 für Ärzte und Zahnärzte ein einheitliches Vergütungsniveau in Ost- und Westdeutschland erreicht.

Vorsorgezuschlag

Verwendung des Vorsorgezuschlages

Aus dem gesetzlichen Vorsorgezuschlag (§ 149 VAG) und aus den Überschüssen entstehen während der Laufzeit erhebliche Mittel. Sie werden bis zum 65. Lebensjahr angesammelt und dann zur Vermeidung oder zur Absenkung von Beitragsanpassungen verwendet. Es kann sogar zu effektiven Beitragssenkungen – in vielen Fällen auch zur vollständigen Beitragsfreiheit – kommen. Nach den gesetzlichen Vorschriften aber erst nach Vollendung des 80. Lebensjahres.

Bei Umwandlung der Krankheitskosten-Vollversicherung in eine Krankheitskosten-Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung bleiben die gezahlten Vorsorgezuschläge insoweit erhalten und werden dann nach Vollendung des 65. Lebensjahres zur Finanzierung eventueller Beitragsanpassungen in der Krankheitskosten-Zusatzversicherung eingesetzt.

Altersgrenzen für den Vorsorgezuschlag

Der Vorsorgezuschlag beginnt mit Alter 21 (Beginn des Kalenderjahres, in dem der 21. Geburtstag „gefeiert" wird) und endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird.

Vorsorgezuschlagspflichtige Tarife

Eine Person zahlt den Zuschlag, wenn sie mindestens die Regelleistungen im Krankenhaus versichert hat.

Der Zuschlag wird dann erhoben auf den ambulanten, stationären und zahnärztlichen Tarifbeitrag einschließlich der Zahnergänzungstarife, Beihilfeergänzungstarife und stationären Wahlleistungstarife zur Vollversicherung. Bei Kompakttarifen ist der Zuschlag auf den Gesamtbeitrag zu erheben.

Kein Zuschlag wird erhoben für Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Kurtagegeldversicherungen, Anwartschaftsversicherungen, die 20 V-Stufen der Beihilfetarife, Ausbildungstarife, Pflegetagegeld- und Pflegepflichtversicherungen sowie für Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (gilt auch für KlinikUNFALLpur zu START-B).

Tarife, die in der Krankheitskosten-Voll- und Krankheitskosten-Zusatzversicherung bestehen können, z. B. KOMFORT-B-W erhalten als Ergänzung zur Vollversicherung den Zuschlag, als Zusatzversicherung nicht.

Berechnung des Vorsorgezuschlages

Die Höhe des Zuschlages berechnet sich aus dem jeweils aktuell zu zahlenden Beitrag der betroffenen Tarife abzüglich evtl. vereinbarter Risikozuschläge. Der Zuschlag verändert sich bei jeder Beitragsanpassung und Umstufung des Versicherungsschutzes. Es wird also immer der aktuelle Beitrag zur Berechnung herangezogen.

Anwartschaften

Während der Dauer einer Anwartschaftsversicherung ist der Vorsorgezuschlag nicht zu zahlen. Er beginnt erst ab Aktivierung, frühestens aber ab Alter 21 und endet mit 60 (siehe Altersgrenzen).

Wechsel von Kindern/ Jugendlichen in Erwachsenenbeiträge

Solange der Kinder- bzw. Jugendlichenbeitrag gezahlt wird, ist der Vorsorgezuschlag nicht zu erheben. Dieser wird erst ab Beginn des Kalenderjahres fällig, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.

Ausbildungsversicherungen

Während der Dauer einer Ausbildungsversicherung ist der Vorsorgezuschlag nicht zu zahlen, er beginnt erst ab anschließender Weiterführung als „normale" Vollversicherung, frühestens aber ab Alter 21.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Auswirkungen für unsere Neukunden

Seit Vertragsabschluss 01.01.2000 wird bei allen PKV-Unternehmen der gesetzliche Vorsorgezuschlag von 10 % auf die Krankheitskosten-Vollversicherung erhoben. Voraussetzung ist, dass mindestens ein Tarif mit stationären Regelleistungen besteht bzw. abgeschlossen wird. Als Neugeschäft gelten auch:

- ✓ innerhalb der PKV wechselnde Personen
- ✓ Nachversicherungen von Personen bzw. Umstellungen von Teil- in Vollversicherungen
- ✓ nach dem 01.01.2000 abgeschlossene Anwartschaften mit Aktivierung vor dem 60. Lebensjahr

Vorversicherungszeiten

Die Erfüllung einer Vorversicherungszeit spielt innerhalb der GKV bei der freiwilligen Versicherung und der Krankenversicherung der Rentner eine Rolle. Sie ist für die PKV bei der Beitragseinstufung in der privaten Pflegepflichtversicherung und für den Zugang in den Standardtarif von Bedeutung.

Außerdem wird bei Übertritt aus der GKV zu SIGNAL IDUNA die in der Kasse zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet (bei SIGNAL IDUNA nicht wichtig, da innerhalb der KV-Vollversicherung die Wartezeiten erlassen werden; Ausnahme: Pflegeversicherung).

Vorvertragliche Anzeigepflichten

Durch die VVG-Reform 2008 haben sich die gesetzlichen Grundlagen zur vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung geändert. Wichtige Neuerungen hierzu resultieren aus § 19 Abs. 1 und Abs. 5 VVG. Hiernach ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung bzw. Angebotsanfrage alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/ oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Auf diese Verpflichtung und die Rechtsfolgen muss der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform hingewiesen werden.

Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich bestimmte Rechte für den Versicherer. Je nachdem, ob der Kunde die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen. Diese Rechte sind bei PKV-Pflichtversicherten eingeschränkt.

Wahltarife in der GKV

Seit April 2007 können Krankenkassen Wahltarife anbieten. Für viele sind die Angebote jedoch undurchsichtig und auch Verbraucherschützer raten zur Zurückhaltung. Insbesondere Wahltarife mit Kostenerstattung stehen offen in der Kritik. Sie verzerren den Wettbewerb und benachteiligen die private Krankenversicherung. Zudem basieren die festgelegten Beiträge auf Schätzungen der Krankenkassen. GKV-Wahltarife müssen sich zwar selbst tragen, werden aber von der Aufsichtsbehörde nur befristet genehmigt. Der Versicherte lebt mit dem unguten Gefühl, dass sein Versicherungsschutz jederzeit ganz wegfallen kann oder dass sich sein Beitrag aufgrund einer fehlerhaften Schätzung dramatisch erhöht.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können Krankenkassen jetzt bestimmte Wahltarife anbieten. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 53 SGB V. Zu unterscheiden ist dabei zwischen Wahltarifen, die eine Krankenkasse anbieten muss (Pflichtangebote) und solchen, die eine Kasse anbieten kann (Kann-Angebote).

Überblick der gesetzlichen Wahltarife:

Pflichttarife für ...	Kann-Tarifangebote ...
✓ integrierte Versorgung ✓ Hausarzt ✓ strukturierte Behandlungsprogramme ✓ besondere ambulante ärztliche Versorgung ✓ Krankengeld für Selbstständige	✓ mit Selbstbehalt ✓ mit Beitragsrückzahlung ✓ mit Kostenerstattung für eine Behandlung als Privatpatient beim Arzt ✓ mit Kostenerstattung für Leistungen wie Zahnersatz, Sehhilfen, etc. ✓ für alternative Medizin

Zum 01.01.2009 ist für gesetzlich krankenversicherte Selbstständige der Anspruch auf Krankengeld weggefallen. Selbstständige haben die Möglichkeit, sich durch Wahl des allgemeinen Beitragssatzes den gesetzlichen Krankengeldanspruch zu sichern. Gesetzliche Kassen müssen darüber hinaus noch Krankengeld-Wahltarife anbieten. Diese haben dann eine 3-jährige Bindungsfrist. Jeder Selbstständige muss sich selbst um eine entsprechende Absicherung kümmern. Sinnvoll ist jedoch die Einkommensabsicherung bei einem privaten Krankenversicherer. Schließlich sollte der finanzielle Schutz der eigenen Existenz in die Hände eines professionellen Risikoträgers gegeben werden.

Vorteil: Das private Krankentagegeld kann individuell und bedarfsgerecht abgesichert werden und unterliegt nicht dem Progressionsvorbehalt.

Vorsicht vor 3-jähriger Bindungsfrist

Aufpassen müssen Mitglieder nämlich bei der 3-jährigen Bindungsfrist. Entscheidet sich ein Mitglied für einen Selbstbehalttarif oder Krankengeldtarif, bindet es sich dadurch für mindestens drei Jahre an seine Krankenkasse. Hat sich der Versicherte für einen Krankengeld-Wahltarif entschieden, wird sogar das Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrages ausgehebelt. Außerdem verzögert es die vorzeitige Wechselmöglichkeit von freiwillig Versicherten in die private Krankenvollversicherung. Sogar Selbstständige können innerhalb dieser Bindungsfrist nicht in die PKV wechseln. Alle anderen Kann-Tarife haben eine 1-jährige Bindungsfrist. Pflichtwahltarife haben übrigens keine Bindungsfrist.

Rundschreiben des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS)

Das BAS-Rundschreiben vom 03.03.2011 bezieht sich auf den Statuswechsel bei höherverdienenden Arbeitnehmern und gilt bei folgendem Sachverhalt:

Der Arbeitgeber hat den Arbeitnehmer bei der zuständigen Krankenkasse zum Ende des Kalenderjahres versicherungsfrei gemeldet, weil das regelmäßige Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet. Daraufhin schreibt die Krankenkasse das Mitglied an und informiert über die Austrittsmöglichkeit zum 1. Januar. Nach dem Schreiben der Krankenkasse hat der Arbeitnehmer zwei Wochen Zeit, den Austritt zu erklären. Versäumt er die Frist, wird er automatisch freiwilliges Mitglied in seiner Krankenkasse. Und nur wenn er innerhalb der zweiwöchigen Frist den Austritt erklärt, gilt gemäß BAS-Rundschreiben die Mindestbindungsfrist eines Wahltarifes nicht.

Sämtliche Personen, die ihre GKV-Mitgliedschaft kündigen müssen, um in die PKV zu wechseln, sind nach wie vor an die Bindungsfrist eines abgeschlossenen Wahltarifs gebunden. Das sind beispielsweise Selbstständige, die freiwillig versichert sind. Oder auch versicherungsfreie Arbeitnehmer, die es versäumt haben, den Austritt innerhalb der 2 Wochen zu erklären.

Fazit

Krankenkassen selbst sprechen bei einigen Wahltarifen von einem hohen Risiko und mahnen entsprechende Vorsicht an. Alle, die sich für eine PKV entscheiden, sind dort bestens aufgehoben, denn ca. 25 Millionen privat Zusatzversicherte können sich nicht irren.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Wartezeiten

Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Die allgemeine Wartezeit gilt grundsätzlich für sämtliche Leistungen und beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen und für Ehegatten einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Eheschließung beantragt wird. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie 8 Monate (in den Tarifen ZahnBASIS, ZahnSTART, ZahnPLUS und ZahnTOP entfallen die Wartezeiten).

SIGNAL IDUNA verzichtet in den Zusatztarifen der Klinik-Serie, der Ambulant- und Zahn-Serie und im PflegeSchutz-Programm sowie der Produktlinie bKV auf die Wartezeiten.

Wissenschaftlichkeitsklausel, § 4 Absatz 6 MB/KK

Der Versicherer leistet in vertraglichem 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 Erfolg versprechend 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.

Zahlungsverzug in der GKV

Auch in der GKV kann ein Mitglied in Zahlungsverzug geraten. Werden Beiträge nicht rechtzeitig gezahlt, erhebt die gesetzliche Krankenkasse Säumniszuschläge und ggf. Mahngebühren.

Ist das Mitglied mit der Beitragszahlung 2 Monate und mehr im Rückstand und hat bereits eine Mahnung von der Krankenkasse erhalten, ruhen die Leistungen (§ 16 Absatz 3a SGB V). Es besteht dann nur noch Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzen und auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Zahlungsverzug in der PKV

Seit dem 01.01.2009 ist jede Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, durch den Versicherer ausgeschlossen. Bei Versicherungen, die nicht die Versicherungspflicht erfüllen, können wir wie bisher auch vom Vertrag zurücktreten (Nichtzahlung Erstbeitrag) bzw. den Vertrag kündigen (Nichtzahlung Folgebeitrag). Gesetzliche Grundlage ist § 206 Abs. 1 VVG. Mit der Einführung des Notlagentarifs zum 01.08.2013 wurde das bisherige Mahnverfahren in der PKV-Vollversicherung geändert.

Konsequenz für die Praxis:

Bis zur Umstellung in den Notlagentarif dauert das Mahnverfahren insgesamt ca. 6 Monate und beinhaltet zwei Mahnungen. Da der Beitrag des Notlagentarifs in der Regel deutlich unter dem Beitrag des ursprünglichen Tarifs liegt, werden insgesamt weniger Rückstände aufgebaut. Kunden können also leichter als bisher die angefallenen Rückstände (z. B. in Form einer Ratenzahlung) ausgleichen und so gegebenenfalls kurzfristige wirtschaftlich schwierige Zeiten überbrücken. Zudem existieren in der Praxis unterschiedliche Mahnverfahren, die für einen Vertrag parallel laufen.

Zahlt der Kunde seine Beiträge in der KV-Voll nicht, gelten für den Teil der nichtversicherungspflichtigen Tarife die Folgen des § 38 VVG (Folgebeitrag) weiterhin. Das heißt: Der Krankenversicherer kann bei Nichtzahlung weiterhin mahnen und kündigen. Für die der Versicherungspflicht zuzuordnenden Tarife gilt das zuvor beschriebene Verfahren.

Beispiel:

Kunde hat Bausteintarife mit den Bausteinen ambulant, stationär und Zahn versichert. Zu den versicherungspflichtigen Tarifen gehören die ambulanten und stationären Tarife, jedoch kein Zahntarif und keine Ergänzungstarife. In dem Beispiel wird bei Nichtzahlung der Beiträge der ambulante und stationäre Tarif nach durchlaufen des Mahnverfahrens in den Notlagentarif umgestellt. Der Zahntarif wird grundsätzlich wegen Nichtzahlung der Beiträge beendet.

Ablaufschema bei Nichtzahlung der Beiträge im Bestand

Ablauf des Mahnverfahrens bei SIGNAL IDUNA für die der Versicherungspflicht entsprechenden Tarife:

1. Erste Mahnung

Wenn der Kunde mit Prämienanteilen in der Höhe von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand ist.

2. Zweite Mahnung

Ist der Rückstand zwei Monate nach Zugang der ersten Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag, erfolgt eine zweite Mahnung. Es erfolgt ein Hinweis auf das mögliche Ruhen.

3. Ruhen

Ist der Rückstand einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung größer als ein Monatsbeitrag, ruht das Versicherungsverhältnis ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Tarife, die nicht der Erfüllung der Versicherungspflicht dienen, werden zu diesem Zeitpunkt gekündigt. Hinweis: Ein vollständiger Ausgleich der Forderung nach diesem Zeitpunkt verhindert nicht die Umstellung in den Notlagentarif (Punkt 4).

4. Umstellung in den NLT

Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt der Notlagentarif als versichert.

5. Rückumstellung aus NLT

Ist der Rückstand einschließlich aller Kosten und Säumniszuschläge vollständig ausgeglichen, erfolgt zum Ersten des übernächsten Monats die Rückumstellung aus dem NLT in den ursprünglichen Tarif.

Hinweis: Bei Hilfebedürftigen erfolgt keine Umstellung in den Notlagentarif.

Ablauf bei Nichtzahlung der Beiträge im Neugeschäft

Durch eine Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) kann sich die SIGNAL IDUNA von Verträgen ab Beginn zu lösen. Der § 8 MB/KK, Teil 2 wurde dahingehend angepasst, dass wieder Rücktritte nach § 37 VVG möglich sind. Dies gilt auch für Verträge, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dienen.

Zahnhöchstsätze

In allen Vollversicherungs- und Beihilfetarifen mit Zahnkostenerstattung, Tarifen mit Optionsrecht sowie in den Tarifen ZahnBASIS, ZahnSTART, ZahnPLUS und ZahnTOP erfolgt die Zahnprüfung auf Basis der im Antrag gestellten Zahnfragen. Darüber hinaus sehen die Verkaufstarife Höchstgrenzen vor; siehe Seite 66 ff.

Für die Zusatzversicherung gelten ebenfalls Höchstgrenzen im Bereich der Zahnleistungen. Details hierzu finden Sie auf den Seite 86.

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Zusatzbeiträge in der GKV

a) kassenindividueller Zusatzbeitragssatz (§ 242 SGB V)

Durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz können gesetzliche Krankenkassen seit dem 01.01.2015 einen prozentualen Zusatzbeitrag erheben (§ 242 SGB V). Den Zusatzbeitrag muss eine Krankenkasse immer dann erheben, wenn deren Finanzbedarf durch die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist. Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag einkommensabhängig als Prozentsatz (= kassenindividueller Zusatzbeitragssatz) der beitragspflichtigen Einnahmen zu erheben. Der Zusatzbeitragssatz wird zusätzlich zum allgemeinen bzw. ermäßigten Beitragssatz erhoben. Seit dem 01.01.2019 wird der Zusatzbeitrag paritätisch getragen.

Welche Krankenkasse welchen Zusatzbeitragssatz erhebt, wird auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-zusatzbeitraege.de) veröffentlicht. Derzeit variieren die Zusatzbeitragssätze von der günstigsten Kasse mit 0,2 % bis zur teuersten Kasse mit 2,7 % (Stand: Dez. 2020).

b) durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz (§ 242 a SGB V)

Neben dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz gibt es noch den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz. Dieser wird jedes Jahr vom sog. Schätzerkreis neu ermittelt. Er ergibt sich aus der Differenz von den jährlichen Gesundheitsausgaben aller Krankenkassen und den jährlichen Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird also **nicht** als Mittel aller tatsächlichen kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze berechnet. Es ist durchaus möglich, dass selbst bei einer Reduzierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes die Krankenkassen ihre individuellen Zusatzbeitragssätze nicht senken. Unter Umständen wäre je nach individueller Kassenlage sogar eine Erhöhung einzelner Kassen möglich.

Wofür gibt es den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz? Dieser wird herangezogen für die Ermittlung von Referenzbeiträgen, wenn ein individueller Beitragssatz nicht zur Verfügung steht: beispielsweise für die Höchstbeitragsbegrenzung des Basistarifbeitrages und den Zuschüssen für PKV-Versicherte: Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung, Krankenversicherungszuschuss vom Rentenversicherungsträger sowie für den KV-Zuschuss für PKV versicherte Alg. 2-Bezieher. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz beträgt 1,3 % für das Jahr 2021.

Wichtige gesetzliche Regelungen

Lohnsteuerrichtlinie (LStR)

Auszug aus den Lohnsteuerrichtlinien 11

zu § 3 Nr. 11 Einkommensteuergesetz

[Beihilfen und Unterstützungen, die wegen Hilfsbedürftigkeit gewährt werden (§ 3 Nr. 11 EStG) Beihilfen und Unterstützungen aus öffentlichen Mitteln]

(1) *Hier nicht abgedruckt*

Unterstützungen und Erholungsbeihilfen an Arbeitnehmer im privaten Dienst

(2) [1]Unterstützungen, die von privaten Arbeitgebern an einzelne Arbeitnehmer gezahlt werden, sind steuerfrei, wenn die Unterstützungen dem Anlass nach gerechtfertigt sind, z. B. in Krankheits- und Unglücksfällen. [2]Voraussetzung für die Steuerfreiheit ist, dass die Unterstützungen

1. aus einer mit eigenen Mitteln des Arbeitgebers geschaffenen, aber von ihm unabhängigen und mit ausreichender Selbstständigkeit ausgestatteten Einrichtung gewährt werden. Das gilt nicht nur für bürgerlich-rechtlich selbstständige Unterstützungskassen, sondern auch für steuerlich selbstständige Unterstützungskassen ohne bürgerlich-rechtliche Rechtspersönlichkeit, auf deren Verwaltung der Arbeitgeber keinen maßgebenden Einfluss hat;
2. aus Beträgen gezahlt werden, die der Arbeitgeber dem Betriebsrat oder sonstigen Vertretern der Arbeitnehmer zu dem Zweck überweist, aus diesen Beträgen Unterstützungen an die Arbeitnehmer ohne maßgebenden Einfluss des Arbeitgebers zu gewähren;
3. vom Arbeitgeber selbst erst nach Anhörung des Betriebsrats oder sonstiger Vertreter der Arbeitnehmer gewährt oder nach einheitlichen Grundsätzen bewilligt werden, denen der Betriebsrat oder sonstige Vertreter der Arbeitnehmer zugestimmt haben.

[3]Die Voraussetzungen des Satzes 2 Nr. 1 bis 3 brauchen nicht vorzuliegen, wenn der Betrieb weniger als fünf Arbeitnehmer beschäftigt. [4]Die Unterstützungen sind bis zu einem Betrag von 600 Euro je Kalenderjahr steuerfrei. [5]Der 600 Euro übersteigende Betrag gehört nur dann nicht zum steuerpflichtigen Arbeitslohn, wenn er aus Anlass eines besonderen Notfalls gewährt wird. [6]Bei der Beurteilung, ob ein solcher Notfall vorliegt, sind auch die Einkommensverhältnisse und der Familienstand des Arbeitnehmers zu berücksichtigen; drohende oder bereits eingetretene Arbeitslosigkeit begründet für sich keinen besonderen Notfall im Sinne dieser Vorschrift. [7]Steuerfrei sind auch Leistungen des Arbeitgebers zur Aufrechterhaltung und Erfüllung eines Beihilfeanspruchs nach beamtenrechtlichen Vorschriften sowie zum Ausgleich von Beihilfeaufwendungen früherer Arbeitgeber im Falle der Beurlaubung oder Gestellung von Arbeitnehmern oder des Übergangs des öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses auf den privaten Arbeitgeber, wenn Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V besteht.

§ 10 EStG (Auszug)

(1) Sonderausgaben sind die folgenden Aufwendungen, wenn sie weder Betriebsausgaben noch Werbungskosten sind oder wie Betriebsausgaben oder Werbungskosten behandelt werden:
[...]
3. Beiträge zu
   a) Krankenversicherungen, soweit diese zur Erlangung eines durch das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch bestimmten sozialhilfegleichen Versorgungsniveaus erforderlich sind und sofern auf die Leistungen ein Anspruch besteht. [2]Für Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind dies die nach dem Dritten Titel des Ersten Abschnitts des Achten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder die nach dem Sechsten Abschnitt des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte festgesetzten Beiträge. [3]Für Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung sind dies die Beitragsanteile, die auf Vertragsleistungen entfallen, die, mit Ausnahme der auf das Krankengeld entfallenden Beitragsanteile, in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind; § 158 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt entsprechend. [4]Wenn sich aus den Krankenversicherungsbeiträgen nach Satz 2 ein Anspruch auf Krankengeld oder ein Anspruch auf eine Leistung, die anstelle von Krankengeld gewährt wird, ergeben kann, ist der jeweilige Beitrag um 4 Prozent zu vermindern;
   b) gesetzlichen Pflegeversicherungen (soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung).

Einkommensteuergesetz (EStG)

[2]Als eigene Beiträge des Steuerpflichtigen können auch eigene Beiträge im Sinne der Buchstaben a oder b eines Kindes behandelt werden, wenn der Steuerpflichtige die Beiträge des Kindes, für das ein Anspruch auf einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 oder auf Kindergeld besteht, durch Leistungen in Form von Bar- oder Sachunterhalt wirtschaftlich getragen hat, unabhängig von Einkünften oder Bezügen des Kindes. Satz 2 gilt entsprechend, wenn der Steuerpflichtige die Beiträge für ein unterhaltsberechtigtes Kind trägt, welches nicht selbst Versicherungsnehmer ist, sondern der andere Elternteil. [3]Hat der Steuerpflichtige in den Fällen des Absatzes 1a Nummer 1 eigene Beiträge im Sinne des Buchstaben a oder des Buchstaben b zum Erwerb einer Krankenversicherung oder gesetzlichen Pflegeversicherung für einen geschiedenen oder dauernd getrennt lebenden unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Ehegatten geleistet, dann werden diese abweichend von Satz 1 als eigene Beiträge des geschiedenen oder dauernd getrennt lebenden unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Ehegatten behandelt. [4]Beiträge, die für nach Ablauf des Veranlagungszeitraums beginnende Beitragsjahre geleistet werden und in der Summe das Dreifache der auf den Veranlagungszeitraum entfallenden Beiträge überschreiten, sind in dem Veranlagungszeitraum anzusetzen, für den sie geleistet wurden;

3a. Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherungen, soweit diese nicht nach Nummer 3 zu berücksichtigen sind; Beiträge zu Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit, zu Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen, die nicht unter Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b fallen, zu Unfall- und Haftpflichtversicherungen sowie zu Risikoversicherungen, die nur für den Todesfall eine Leistung vorsehen; Beiträge zu Versicherungen im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb bis dd in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung, wenn die Laufzeit dieser Versicherungen vor dem 1. Januar 2005 begonnen hat und ein Versicherungsbeitrag bis zum 31. Dezember 2004 entrichtet wurde; § 10 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 bis 6 und Absatz 2 Satz 2 in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung ist in diesen Fällen weiter anzuwenden;

[...]

(4) [1]Vorsorgeaufwendungen im Sinne des Absatzes 1 Nummer 3 und 3a können je Kalenderjahr insgesamt bis 2 800 Euro abgezogen werden. [2]Der Höchstbetrag beträgt 1 900 Euro bei Steuerpflichtigen, die ganz oder teilweise ohne eigene Aufwendungen einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Erstattung oder Übernahme von Krankheitskosten haben oder für deren Krankenversicherung Leistungen im Sinne des § 3 Nummer 9, 14, 57 oder 62 erbracht werden. [3]Bei zusammen veranlagten Ehegatten bestimmt sich der gemeinsame Höchstbetrag aus der Summe der jedem Ehegatten unter den Voraussetzungen von Satz 1 und 2 zustehenden Höchstbeträge. [4]Übersteigen die Vorsorgeaufwendungen im Sinne des Absatzes 1 Nummer 3 die nach den Sätzen 1 bis 3 zu berücksichtigenden Vorsorgeaufwendungen, sind diese abzuziehen und ein Abzug von Vorsorgeaufwendungen im Sinne des Absatzes 1 Nummer 3a scheidet aus. [...]

Wichtige gesetzliche Regelungen

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 VAG Substitutive Krankenversicherung
[alt: § 12 Absatz 1 VAG]

(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 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit sowie unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen sein muss, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, 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 desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. dem Interessenten vor Abschluss des Vertrags ein amtliches Informationsblatt der Bundesanstalt auszuhändigen ist, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt; der Empfang des Informationsblattes ist von dem Interessenten zu bestätigen.

(2) Auf die substitutive Krankenversicherung ist § 138 Absatz 2 entsprechend anzuwenden. 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. Satz 2 gilt nicht für einen Prämienunterschied, der sich daraus ergibt, dass die Prämien für das Neugeschäft geschlechtsunabhängig berechnet wurden.

(3) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie Krankentagegeldversicherungen nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten nach § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

§ 149 VAG Prämienzuschlag
[alt: § 12e VAG]

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 10 Prozent der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben. Dieser ist der Alterungsrückstellung nach § 341f Absatz 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 150 Absatz 3 zu verwenden. Für Versicherungen

VAG

mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Absatz 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze enden, sowie für den Notlagentarif nach § 153 gelten die Sätze 1 und 2 nicht.

§ 150 VAG Alterungsrückstellung; Direktgutschrift
[alt: § 12a VAG]

(1) Das Versicherungsunternehmen hat den Versicherten in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) jährlich Zinserträge gutzuschreiben, die auf die Summe der jeweiligen zum Ende des vorherigen Geschäftsjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallen. Diese Gutschrift beträgt 90 Prozent der durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins).

(2) Den Versicherten, die den Beitragszuschlag nach § 149 geleistet haben, ist bis zum Ende des Geschäftsjahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus diesem Beitragszuschlag entstanden ist, jährlich in voller Höhe direkt gutzuschreiben. Der Alterungsrückstellung aller Versicherten sind von dem verbleibenden Betrag jährlich 50 Prozent direkt gutzuschreiben. Der Prozentsatz nach Satz 2 erhöht sich ab dem Geschäftsjahr des Versicherungsunternehmens, das im Jahr 2001 beginnt, jährlich um 2 Prozent, bis er 100 Prozent erreicht hat.

(3) Die Beträge nach Absatz 2 sind ab der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien aus Prämienerhöhungen oder eines Teils der Mehrprämien zu verwenden, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrprämien nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit der Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind zur sofortigen Prämiensenkung einzusetzen. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, dass anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinserträge, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen oder zur Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann zusätzlich gemäß Absatz 2 gutzuschreiben.

§ 152 VAG Basistarif
[alt: § 12 Absätze 1a bis 1d VAG]

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. Der Basistarif muss jeweils eine Variante vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres keine Alterungsrückstellungen gebildet und
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie für 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 1200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums mit einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Prozentsatzes auf die Werte 300, 600, 900 oder 1200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(2) Der Versicherer ist verpflichtet, folgenden Personen eine Versicherung im Basistarif zu gewähren:

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 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 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,
3. allen Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen, sowie
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 wurde.

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 bei einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht verlangt werden. Der Antrag nach Satz 1 muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Absatz 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.

(3) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. 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 Absatz 3 Satz 1 oder 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. Besteht auch bei einem nach Satz 1 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 1 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(5) Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt.

§ 153 VAG Notlagentarif
[alt: § 12h VAG]

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent dermonatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 6 Absatz 2 VVG-Informationspflichtenverordnung

Informationspflichten während der Laufzeit des Vertrages
[...]
(2) Bei der substitutiven Krankenversicherung nach § 146 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes hat der Versicherer bei jeder Prämie-

nerhöhung unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung auf die Möglichkeit des Tarifwechsels (Umstufung) gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes hinzuweisen. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die einen gleichartigen Versicherungsschutz wie die bisher vereinbarten Tarife bieten und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Der Hinweis muss solche Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen. Zu den in Satz 2 genannten Tarifen zählen jedenfalls diejenigen Tarife mit Ausnahme des Basistarifs, die jeweils im abgelaufenen Geschäftsjahr den höchsten Neuzugang, gemessen an der Zahl der versicherten Personen, zu verzeichnen hatten. Insgesamt dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen im Falle eines Wechsels in den jeweiligen Tarif zu zahlen wären. Darüber hinaus ist auf die Möglichkeit eines Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif hinzuweisen. Dabei sind die Voraussetzungen des Wechsels in den Standardtarif oder Basistarif, die in diesem Falle zu entrichtende Prämie sowie die Möglichkeit einer Prämienminderung im Basistarif gemäß § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes mitzuteilen. Auf Anfrage ist dem Versicherungsnehmer der Übertragungswert gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anzugeben; ab dem 1. Januar 2013 ist der Übertragungswert jährlich mitzuteilen.

§ 192 Vertragstypische Leistungen des Versicherers

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nach Absatz 1 insoweit nicht verpflichtet, als die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

(3) Als Inhalt der Krankheitskostenversicherung können zusätzliche Dienstleistungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen nach Absatz 1 stehen, vereinbart werden, insbesondere

1. die Beratung über Leistungen nach Absatz 1 sowie über die Anbieter solcher Leistungen;
2. die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
3. die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche der Erbringer von Leistungen nach Absatz 1;
4. die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen nach Absatz 1 und der sich hieraus ergebenden Folgen;
5. die unmittelbare Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 mit deren Erbringern.

(4) Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.

(5) Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen. Er ist außerdem verpflichtet, den Verdienstausfall, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen, soweit der versicherten Person kein anderweitiger angemessener Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht.

(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 § 152 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.

(8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2 000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Die Auskunft ist verbindlich, soweit der Versicherer eine Zusage erteilt. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

§ 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

Wichtige gesetzliche Regelungen

VVG

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 Sinne 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 § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes 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 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 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.

VVG

(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. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 153 Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.

(11) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.

Wichtige gesetzliche Regelungen

VVG

§ 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.

VVG

(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, Krankentagegeld nach § 192 Absatz 5 Satz 2, 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.

Wichtige gesetzliche Regelungen

VVG

(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 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. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch 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 §§ 146, 149, 150 in Verbindung mit § 160 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu berechnende Prämie verlangen. Außer bei Verträgen im Basistarif nach § 152 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 § 154 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 Rechnungs grundlage 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 darf 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 § 155 in Verbindung mit einer auf Grund des § 160 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

VVG

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;

ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Prämien geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen;

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) Ist der Versicherungsnehmer auf Grund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war. Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis. Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.

(3) 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.

(4) Absatz 1 gilt nicht für befristete Versicherungsverhältnisse. Handelt es sich um eine Befristung nach § 196, besteht das Tarifwechselrecht nach Absatz 1 Nummer 1.

(5) 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.

VVG

(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 von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

(5) Hat sich der Versicherer vorbehalten, die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife zu beschränken und macht er von dieser Möglichkeit Gebrauch, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, zu dem die Kündigung wirksam wird. Satz 1 gilt entsprechend, wenn der Versicherer die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt. In diesen Fällen kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung zum Ende des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist.

(6) Abweichend von den Absätzen 1 bis 5 kann der Versicherungsnehmer eine Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Abs. 3 S. 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 nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden.

§ 206 Kündigung des Versicherers

(1) Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, die eine Pflicht nach § 193 Abs. 3 S. 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.

Wichtige gesetzliche Regelungen

VVG

(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 § 192 Absatz 5 Satz 2 und 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.

Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente

beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,

11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch

a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben,

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) [1]Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. [2]Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte. Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet. Eine Anrechnung erfolgt nicht für

1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder
2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.

SGB V

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) [1]Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. [2]Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich. [3]Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten 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.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5a) [1]Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt 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. [2]Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

(6) [1]Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. [2]Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) [1]Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. [2]Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) [1]Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. [2]Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. [3]Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Land-

Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

wirte nicht von einer der in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 in der am 10. Mai 2019 geltenden Fassung genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) [1]Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. [2]Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. [3]Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. [4]Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) [1]Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. [2]Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 10 eintritt.

(10) [1]Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. [2]Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. [3]Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. [4]Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. [5]Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. [6]Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.

(11) [1]Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. [2]Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. [3]Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

SGB V

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

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

1a. abweichend von Nummer 1 nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben,

2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,

3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,

5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,

6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,

7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,

8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) [1]Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. [2]Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

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

für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4) [1]Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. [2]Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. [3]Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5) weggefallen

(6) [1]Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. [2]Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. [3]Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. [4]Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) [1]Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. [2]Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) aufgehoben

§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

(1) [1]Wer eine geringfügige Beschäftigung nach §§ 8, 8a des Vierten Buches ausübt, ist in dieser Beschäftigung versicherungsfrei; dies gilt nicht für eine Beschäftigung

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres,
3. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres.

[2]§ 8 Abs. 2 des Vierten Buches ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß eine Zusammenrechnung mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung nur erfolgt, wenn diese Versicherungspflicht begründet.

(2) [1]Personen, die am 31. März 2003 nur in einer Beschäftigung versicherungspflichtig waren, die die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung nach den §§ 8, 8a des Vierten Buches erfüllt, und die nach dem 31. März 2003 nicht die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen, bleiben in dieser Beschäftigung versicherungspflichtig. [2]Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit. [3]§ 8 Abs. 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. April 2003 tritt. [4]Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt.

(3) aufgehoben

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

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

1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7,

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

2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,

2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer einer Freistellung oder die Dauer der Familienpflegezeit,

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

Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.

(2) [1]Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. [2]Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. [3]Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) Personen, die am 31. Dezember 2014 von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 2a befreit waren, bleiben auch für die Dauer der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung befreit. Bei Anwendung des Absatzes 1 Nummer 3 steht der Freistellung nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes die Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung gleich.

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) [1]Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden

Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. aufgehoben
7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
8. Personen, die ab dem 31. Dezember 2018 als Soldatinnen oder Soldaten auf Zeit aus dem Dienst ausgeschieden sind.

[2]Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

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

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 68 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nr. 5 nach Rückkehr in das Inland,
6. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 8 nach dem Ausscheiden aus dem Dienst als Soldatin oder Soldat auf Zeit.

(3) Kann zum Zeitpunkt des Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 1 Nr. 7 eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes nicht vorgelegt werden, reicht als vorläufiger Nachweis der vom Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren nach § 8 Abs. 1 des Bundesvertriebenengesetzes ausgestellte Registrierschein und die Bestätigung der für die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes zuständigen Behörde, dass die Ausstellung dieser Bescheinigung beantragt wurde.

SGB V

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als Menschen mit Behinderungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem

Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält oder in seinem Haushalt aufgenommen hat, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 44 Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden.

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, sofern sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind oder sofern sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben,
2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung),
3. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt haben,
4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.

Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

(3) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit richtet sich nach arbeitsrechtlichen Vorschriften.

§ 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(1) Das Krankengeld beträgt 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 vom Hundert des bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen. Für die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts nach Satz 2 ist der sich aus dem kalendertäglichen Hinzurechnungsbetrag nach Absatz 2 Satz 6 ergebende Anteil am Nettoarbeitsentgelt mit dem Vomhundertsatz anzusetzen, der sich aus dem Verhältnis des kalendertäglichen Regelentgeltbetrages nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 zu dem sich aus diesem Regelentgeltbetrag ergebenden Nettoarbeitsentgelt ergibt. Das nach Satz 1 bis 3 berechnete kalendertägliche Krankengeld darf das sich aus dem Arbeitsentgelt nach Absatz 2 Satz 1 bis 5 ergebende kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2, 4 und 6 berechnet. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit dreißig Tagen anzusetzen. Bei der Berechnung des Regelentgelts nach Satz 1 und des Nettoarbeitsentgelts nach den Sätzen 2 und 4 sind die für die jeweilige Beitragsbemessung und Beitragstragung geltenden Besonderheiten der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches nicht zu berücksichtigen.

(2) Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, gilt der dreißigste Teil des im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Arbeitsentgelts als Regelentgelt. Wenn mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt wird, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrundeliegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht gemäß einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Abs. 2 des Vierten Buches), bleiben außer Betracht. Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht. Für die Berechnung des Regelentgelts ist der dreihundertsechzigste Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach § 23a des Vierten Buches der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, dem nach Satz 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt hinzuzurechnen.

(3) Die Satzung kann bei nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung

des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, daß das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt.

(4) Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs. 1. Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte ist das Regelentgelt aus dem Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegen hat; dabei ist für den Kalendertag der dreihundertsechzigste Teil dieses Betrages anzusetzen. Die Zahl dreihundertsechzig ist um die Zahl der Kalendertage zu vermindern, in denen eine Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz nicht bestand oder für die nach § 234 Abs. 1 Satz 3 Arbeitseinkommen nicht zugrunde zu legen ist. Die Beträge nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 bleiben außer Betracht.

(5) (weggefallen)

(6) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) aufgehoben

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahltarifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahltarifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 55 Leistungsanspruch Zahnersatz

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 70 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte wäh-

Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

rend der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 75 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu

SGB V

den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 61 Zuzahlungen

[1]Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. [2]Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. [3]Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. [4]Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 175 Ausübung des Wahlrechts

(1) [1]Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. [2]Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. [3]Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) [1]Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. [2]Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft; ist der Zeitraum nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 noch nicht abgelaufen, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Datum des Ablaufs des Zeitraums anzugeben.

(2a) [1]Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. [2]Das gilt auch, wenn die bisherige Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel behindert oder die Meldung nach Absatz 2 nicht fristgerecht beantwortet. [3]Die Verpflichtung der Krankenkasse nach den Sätzen 1 und 2 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. [4]Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1, 2 und 4 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die

Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. [5]Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(3) [1]Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. [2]Hat der Versicherungspflichtige der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht Angaben über die gewählte Krankenkasse gemacht, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse in Textform zu unterrichten. [3]Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden. [4]Für die Fälle, in denen der Versicherungspflichtige keine Angaben über die gewählte Krankenkasse macht und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) [1]Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 160 Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. [2]Werden die Angaben nach Satz 1 über die gewählte Krankenkasse nicht oder nicht rechtzeitig gemacht, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. [3]Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. [4]Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. [5]Die gewählten Krankenkassen haben die geschlossene oder insolvente Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren. [6]Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt über die gewählte Krankenkasse zu informieren.

(4) [1]Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. [2]Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. [3]Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. [4]Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 3 die Kündigungserklärung des Mitglieds. [5]Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. [6]Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der

SGB V

Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Satz 4 gilt entsprechend. [7]Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 sowie auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. [8]Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 7 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. [9]Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind oder wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. [10]Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben ; Absatz 2 gilt entsprechend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest sowie für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen nach Absatz 3.

§ 188 Absatz 4 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte. Bei Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, setzt sich die Versicherung nur dann nach Satz 1 fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. Ein Saisonarbeitnehmer nach Satz 5 ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. Der Arbeitgeber hat den Saisonarbeitnehmer nach Satz 5 im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches gesondert zu kennzeichnen. Die Krankenkasse hat den

Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

Saisonarbeitnehmer nach Satz 5, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach Satz 5 hinzuweisen.

§ 227 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherter

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend.

§ 229 Versorgungsbezüge als beitragspflichtige Einnahmen

(1) [1]Als der Rente vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge) gelten, soweit sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden,

1. Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen; außer Betracht bleiben
   a) lediglich übergangsweise gewährte Bezüge,
   b) unfallbedingte Leistungen und Leistungen der Beschädigtenversorgung,
   c) bei einer Unfallversorgung ein Betrag von 20 vom Hundert des Zahlbetrags und
   d) bei einer erhöhten Unfallversorgung der Unterschiedsbetrag zum Zahlbetrag der Normalversorgung, mindestens 20 vom Hundert des Zahlbetrags der erhöhten Unfallversorgung,
2. Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Parlamentarischen Staatssekretäre und Minister,
3. Renten der Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen, die für Angehörige bestimmter Berufe errichtet sind,
4. Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte mit Ausnahme einer Übergangshilfe,
5. Renten der betrieblichen Altersversorgung einschließlich der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst und der hüttenknappschaftlichen Zusatzversorgung sowie Leistungen, die der Versicherte nach dem Ende des Arbeitsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat.

[2]Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden. [3]Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßig wiederkehrende Leistung oder ist eine solche Leistung vor Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart oder zugesagt worden, gilt ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Zahlbetrag der Versorgungsbezüge, längstens jedoch für einhundertzwanzig Monate.

(2) Für Nachzahlungen von Versorgungsbezügen gilt § 228 Abs. 2 entsprechend.

§ 240 Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

(1) [1]Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt; sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkassen nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223). Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 auf Grund nicht vorgelegter Einkommensnachweise unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen. Für Zeiträume, für die der Krankenkasse hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, hat sie die Beiträge des Mitglieds neu festzusetzen. Wird der Beitrag nach den Sätzen 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung

(2) [1]Bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sind mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. [2]Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der Angehörigen, für die eine Versicherung nach § 10 besteht, sind unzulässig. [3]Der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses nach § 94 des Dritten Buches in Höhe von monatlich 300 Euro darf nicht berücksichtigt werden. [4]Ebenfalls nicht zu berücksichtigen ist das an eine Pflegeperson weitergereichte Pflegegeld bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. [5]Die §§ 223 und 228 Abs. 2, § 229 Abs. 2 und die §§ 238a, 247 Satz 1 und 2 und § 248 Satz 1 und 2 dieses Buches sowie § 23a des Vierten Buches gelten entsprechend.

(3) [1]Für freiwillige Mitglieder, die neben dem Arbeitsentgelt eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der Zahlbetrag der Rente getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Soweit dies insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbelastung führen würde, ist statt des entsprechenden Beitrags aus der Rente nur der Zuschuß des Rentenversicherungsträgers einzuzahlen.

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße. Für freiwillige Mitglieder, die Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder als Studenten an einer ausländischen staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen), gilt § 236 in Verbindung mit § 245 Abs. 1 entsprechend. Satz 1 gilt nicht für freiwillige Mitglieder, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren; § 5 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4a) Die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge werden auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen; Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. Die nach den Sätzen 1 und 2 vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheides endgültig festgesetzt. Weist das Mitglied seine tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, gilt für die endgültige Beitragsfestsetzung nach Satz 3 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. Für die Bemessung der Beiträge aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gelten die Sätze 1, 3 und 4 entsprechend. Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn auf Grund des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides oder einer Erklärung des Mitglieds für den Kalendertag beitragspflichtige Einnahmen in Höhe des 30. Teils der monatlichen Beitragsbemessungs-

Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

grenze zugrunde gelegt werden.

(4b) [1]Der Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder sind 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen, wenn der Anspruch auf Leistungen für das Mitglied und seine nach § 10 versicherten Angehörigen während eines Auslandsaufenthaltes, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder eines seiner Elternteile bedingt ist, oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 ruht. Satz 1 gilt entsprechend, wenn nach § 16 Abs. 1 der Anspruch auf Leistungen aus anderem Grund für länger als drei Kalendermonate ruht, sowie für Versicherte während einer Tätigkeit für eine internationale Organisation im Geltungsbereich dieses Gesetzes.

(5) Soweit bei der Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder das Einkommen von Ehegatten oder Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, die nicht einer Krankenkasse nach § 4 Absatz 2 angehören, berücksichtigt wird, ist von diesem Einkommen für jedes gemeinsame unterhaltsberechtigte Kind, für das eine Familienversicherung wegen der Regelung des § 10 Absatz 3 nicht besteht, ein Betrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, für nach § 10 versicherte Kinder ein Betrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße abzusetzen.

§ 242 Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz2 je Mitglied zugrunde zu legen. Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange deren nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse den nach § 260 Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 maßgeblichen Betrag überschreiten.

(2) Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkassen einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitragssatz nach Absatz 1 durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Krankenkasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitragssatz bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 3 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,
2. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6 und Absatz 4a Satz 1,
3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,

SGB V

4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,
5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen sowie
6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

(4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.

(5) Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. Satz 1 gilt für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, deren Mitgliedschaft auf der Versicherungsberechtigung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 beruht, entsprechend. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 zuzüglich der Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für

Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 der Beitragssatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241. Absatz 1 Satz 3 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. einen Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,

2a. sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt,

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(3) [1]Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. [2]Der Zuschuss wird in Höhe des Betrags gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beziehers von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte. [3]Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) [1]Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. [2]Der Zuschuss wird in Höhe des Betrags gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

SGB XI

Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge (SGB XI)

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren, Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen

Soweit im Vertrag über eine gemäß § 127 Absatz 2 förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung eine Wartezeit vereinbart wird, darf diese abweichend von § 197 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes fünf Jahre nicht überschreiten.

§ 130 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres regeln über

1. die zentrale Stelle gemäß § 128 Absatz 2 und ihre Aufgaben,
2. das Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage,
3. den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle nach § 128 Absatz 1 und 2,
4. die Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten.

Wichtige gesetzliche Regelungen

19. Wettbewerbsrichtlinie

Ziffer 68 – Verpflichtung zur Freigabe

Wird eine Krankenversicherung beim ersten Versicherungsunternehmen gekündigt, um eine gleichartige bzw. gleichwertige Versicherung (vgl. Nr. 69 Abs. 1) bei einem zweiten Versicherungsunternehmen abzuschließen, so gilt Folgendes: a. Hat die Versicherung beim ersten Versicherungsunternehmen zum Zeitpunkt des Ausscheidens des Versicherten noch nicht drei Jahre bestanden, so ist das zweite Versicherungsunternehmen zur Freigabe verpflichtet, wenn a. der Versicherungsvertrag bei ihm unter Verletzung der Bestimmungen gegen den unlauteren Wettbewerb zustande gekommen ist und

a. ein schriftlicher Freigabeantrag des Versicherten vorgelegt wird, worin dieser das erste Versicherungsunternehmen mit der Führung von Freigabeverhandlungen beauftragt. Aus dem Freigabeantrag muss der Tatbestand eines Verstoßes gemäß Nr. 68 Abs. 1 a) aa) ersichtlich sein.

b. Hat die Versicherung beim ersten Versicherungsunternehmen zum Zeitpunkt des Ausscheidens des Versicherten mindestens drei Jahre bestanden, so ist das zweite Versicherungsunternehmen zur Freigabe unabhängig von der Sach- und Rechtslage verpflichtet, wenn der Versicherte im Freigabeantrag die schriftliche Erklärung abgibt, dass er seine bisherige Versicherung fortsetzen will.

Auf die Frist ist eine bei dem ersten Versicherungsunternehmen dem Versicherungsvertrag unmittelbar vorangegangene Versicherung im Vertrag eines anderen oder eine Anwartschaftsversicherung anzurechnen.

Diese Regelungen gelten für beim ersten Versicherungsunternehmen mitversicherte Personen auch, soweit eine Teilkündigung erfolgt ist.

Sie finden auf Kollektivrahmenverträge Anwendung, die nicht einem vorübergehenden Zweck dienen, wenn der Versicherte beim ersten Versicherungsunternehmen in einem Einzel- oder Kollektivrahmenvertrag versichert war. Dasselbe gilt für Sammelinkassoverträge.

Ziffer 69 – Umfang der Freigabe

Nach der Freigabeverpflichtung gemäß Nr. 68 sind aufzuheben:

a. Krankheitskosten-Vollversicherungen,

b. Teilversicherungen, soweit beim ersten Versicherungsunternehmen ein gleichartiger bzw. bei der Krankenhaustagegeld- und/oder Krankentagegeldversicherung ein gleichwertiger Versicherungsschutz bestand. Als gleichartig gegenüber einer Krankenhauskostenversicherung gilt auch eine Krankenhaustagegeldversicherung.

Ziffer 70 – Verfahren der Freigabe

Der Freigabeantrag muss innerhalb von vier Monaten nach Eingang der Kündigung beim ersten Versicherungsunternehmen dem zweiten Versicherungsunternehmen zugegangen sein. Um den Versicherten vor der Abgabe gegensätzlicher Erklärungen zu bewahren, ist es dem zweiten Versicherungsunternehmen nicht gestattet, ihn zur Rücknahme des Freigabeantrages zu veranlassen.

Das zweite Versicherungsunternehmen hat binnen eines Monats nach Zugang des Freigabeantrages seine Entscheidung bekannt zu geben. Liegen die Voraussetzungen zur Freigabe vor, so hat es innerhalb derselben Frist die Versicherung rückwirkend ab Beginn aufzuheben. Gezahlte Beiträge und Gebühren sind dem Versicherungsnehmer ohne Abzug – abgesehen von der Verrechnung gewährter Versicherungsleistungen – zurückzugewähren.

Das zweite Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, ein etwa eingeleitetes Mahnverfahren sofort nach Eingang des Freigabeantrages bis zum Abschluss der Freigabeverhandlungen ruhen zu lassen.

Wird die Freigabe mit Recht verweigert, so muss das erste Versicherungsunternehmen eine form- und fristgerechte Kündigung des Versicherungsnehmers gegen sich gelten lassen, die vor Stellung des Freigabeantrages ausgesprochen worden ist.

Wird dem Freigabeantrag erst zu einem Zeitpunkt stattgegeben, nachdem der Vertrag mit dem ersten Versicherungsunternehmen infolge der Kündigung bereits beendet ist, so ist dieses verpflichtet, die bisherige Versicherung wiederherzustellen.

Wichtige Internetadressen rund um das Thema Krankenversicherung

Adresse (URL)	Inhalt
http://www.signal-iduna.de	Homepage der SIGNAL IDUNA Gruppe
https://maklerportal.signal-iduna.de	Maklerportal der SIGNAL IDUNA Gruppe
http://www.ikk.de	Mit Auswahlmöglichkeit der einzelnen Innungskrankenkassen
http://www.bafin.de	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
http://www.bmg.bund.de	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
http://www.bmas.bund.de	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
http://www.g-ba.de	Gemeinsamer Bundesausschuss
http://www.arbeitsmarktreform.de	Hinweise zu den Arbeitsmarktreformen (Hartz I bis IV)
http://www.minijob-zentrale.de	Hinweise zu den Minijobs (450-Euro-Jobs)
http://www.haushaltsscheck.de	Hinweise: Meldeverfahren bei Minijobbern im Privathaushalt
http://www.die-gesundheitsreform.de	Infos zur Gesundheitsreform
http://www.bundessozialgericht.de	Bundessozialgericht (BSG)
http://www.e-bis.de/igel/igelidx.htm	IGeL-Liste (Individuelle Gesundheits-Leistungen)
http://www.rechtliches.de • http://www.gesetze-im-internet.de/	Wichtige Gesetzestexte
http://www.bkk.de	Infos rund um die GKV und die BKK (Beitragssätze aller BKK)
http://www.sozialpolitik-aktuell.de	Sozialpolitik in Deutschland
http://vergleich-der-krankenkassen.de	Überblick aller Krankenkassen und deren Beitragssätze
http://www.pkv.de	PKV-Verband
https://www.bundesamtsozialesicherung.de	Bundesamt für Sozial Sicherung – BAS (vormals: Bundesversicherungsamt)
http://signal-iduna.gesundheitsportal-privat.de	Gesundheitsportal
http://www.pkv-ombudsmann.de	PKV-Ombudsmann
http://www.zahnwissen.de/start.htm	Medizinische Infos rund um den Zahn
http://www.fwdienste.de	Versicherungs-Know-how und Grundlagen, auch zur KV
http://www.rki.de	Robert-Koch-Institut: Erkennung, Verhütung (Impfungen) von Krankheiten
http://arbeitslosengeld2.arbeitsagentur.de/index2.php	Infos rund um das Thema Arbeitslosengeld II (ALG II)
http://g-qb.de	Infos, Entscheidungshilfe für Patienten bei Krankenhaussuche
http://comparis.ch	Infos zur Schweizer Krankenversicherung
http://www.mutterschaftsgeld.de	PKV-versicherte Mütter: online Mutterschaftsgeld beantragen
http://www.familien-wegweiser.de	Infos rund um die Familienförderung (Elterngeld, etc.)
http://derprivatpatient.de	Suchmaschine des PKV Verbandes zu Ärzten, Arzneien, etc.
http://www.pkv-gut-fuer-alle.de	Imagekampagne des PKV Verbandes “Pro PKV”
https://www.gkv-spitzenverband.de	Homepage Spitzenverband Bund (SpiBu)
http://www.dvka.de	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland
http://www.kuenstlersozialkasse.de	Infos rund um die Krankenversicherungspflicht von Künstlern
http://www.bundesversicherungsamt.de	PKV Mutterschaftsgeld, RSA, Kassenaufsicht
http://www.elterngeld.de	Tipps, Infos rund um das Elterngeld
http://www.kbs.de	Knappschaft Bahn See
http://www.compass-pflegeberatung.de	Infos rund um die Compass Pflegeberatung
http://www.zqp.de	Zentrum für Qualität in der Pflege
http://qualitaetskliniken.de	Orientierungshilfe für Suche nach passendem Krankenhaus
http://www.lsv.de	Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp	Präventionskurse der Krankenkassen
http://www.der-pflegekompass.de/ikk	Infos rund um die Pflege, inklusive Auskunft über Pflegeheimkosten
http://www.pflegeberatung.de	Infos zur Pflege (eine Initiative der Privaten Krankenversicherung)
http://www.gewa-comp.de	Online BAP-Guide, mit den Anpassungsterminen der Krankenversicherer
https://arbeitgeberportal.signal-iduna.de	Portal für Arbeitgeber, um SI-bKV-Verträge zu verwalten
http://www.gkv-zusatzbeitraege.de	Liste mit den Zusatzbeitragssätzen sämtlicher Krankenkassen
http://www.pkv-zahlenportal.de	Online Zahlenportal des PKV-Verbandes (analog PKV-Zahlenbericht)
http://www.signal-iduna.de/bkv	Internetseite der SIGNAL IDUNA bKV
http://www.isi-gesund.de	Landingpage für Kooperation SIGNAL IDUNA und IKK classic
http://chefsache-gesundheit.de	Seite des PKV-Verbandes zur betrieblichen Krankenversicherung (bKV)

Kooperationen von GKV und PKV

Übersichten der Kooperationen von PKV-Unternehmen und Krankenkassen im Bereich der Zusatzversicherung

Die Kooperationspartner der SIGNAL IDUNA

Bundesweit arbeitet die SIGNAL IDUNA mit den folgenden IKKen in den jeweils genannten Regionen zusammen.

IKK	Anzahl Versicherte	Höhe Zusatzbeitragssatz	Region
IKK Brandenburg und Berlin	235.007	1,49 %	Brandenburg, Berlin
IKK gesund plus	456.597	0,6 %	Sachsen-Anhalt, Bremen, Bremerhaven
IKK Nord	226.253	1,3 %	Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein
IKK classic	3.113.412	1,3 %	Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen
IKK Südwest	634.454	1,5 %	Rheinland-Pfalz, Saarland
Quelle: www.krankenkasseninfo.de, Stand: 26.11.2020, Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) bzw. dfg-Ranking, Stand: 26.10.2020			

Das besondere Angebot in der Kooperation zwischen IKK classic und SIGNAL IDUNA

ISI-gesund: IKK classic und SIGNAL IDUNA – gemeinsam für Ihre Gesundheit

IKK classic | SIGNAL IDUNA

ISI-gesund ist die perfekte Kombination aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Sie bietet ausgezeichneten Gesundheitsschutz für alle gesetzlich Versicherten und die MEHR-Leistungen einer privaten Zusatzversicherung inklusive Erstattung vieler gesetzlich vorgeschriebener Zuzahlungen.

Nutzen Sie die Vorteile der Kooperation zwischen IKK classic (gesetzliche Krankenversicherung) und SIGNAL IDUNA (private Krankenzusatzversicherung) in einem optimalen Angebot. Und das Beste: Durch das Bonusprogramm der IKK classic kann der Beitrag für die private Krankenzusatzversicherung deutlich reduziert werden.

Alle Informationen rund um ISI-gesund finden Sie unter: www.isi-gesund.de

Beachten Sie hierzu auch unsere aktuellen Informationen.

Übersicht der 20 größten Krankenkassen (nach Anzahl der Versicherten)

Rang	Krankenkasse	Anzahl Versicherte	Höhe Zusatzbeitragssatz	Kooperationspartner PKV
1	Techniker Krankenkasse	10.712.128	0,7 %	Envivas
2	BARMER	8.931.616	1,1 %	HUK-Coburg
3	DAK-Gesundheit	5.595.605	1,5 %	Hanse-Merkur
4	AOK Bayern	4.584.930	1,1 %	Union (UKV)
5	AOK Baden-Württemberg	4.518.878	0,9 %	Allianz
6	AOK PLUS	3.408.120	0,60 %	Münchener Verein
7	IKK classic	3.113.412	1,3 %	SIGNAL IDUNA
8	AOK Rheinland/Hamburg	3.037.393	1,1 %	Vigo
9	AOK NORDWEST	2.893.346	0,9 %	UKV
10	AOK Niedersachsen	2.885.300	0,8 %	Alte Oldenburger
11	AOK Nordost	1.726.885	0,9 %	Union (UKV)
12	AOK Hessen	1.702.857	0,9 %	DKV
13	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	1.650.334	1,5 %	DFV
14	KNAPPSCHAFT	1.521.087	1,1 %	DFV
15	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	1.202.504	0,9 %	DKV
16	SBK Siemens BKK	1.075.192	1,3 %	ARAG/ ERGO
17	BKK Mobil Oil	998.231	1,1 %	DKV
18	AOK Sachsen-Anhalt	798.225	0,0 %	Union (UKV)
19	Audi BKK	723.656	0,7 %	Barmenia
20	Handelskrankenkasse (hkk)	706.806	0,39 %	LVM
Quelle: Krankenkassenliste SpiBu vom 26.12.2020, Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) bzw. dfg-Ranking, Stand: 26.10.2020				

Angebotssoftware der SIGNAL IDUNA

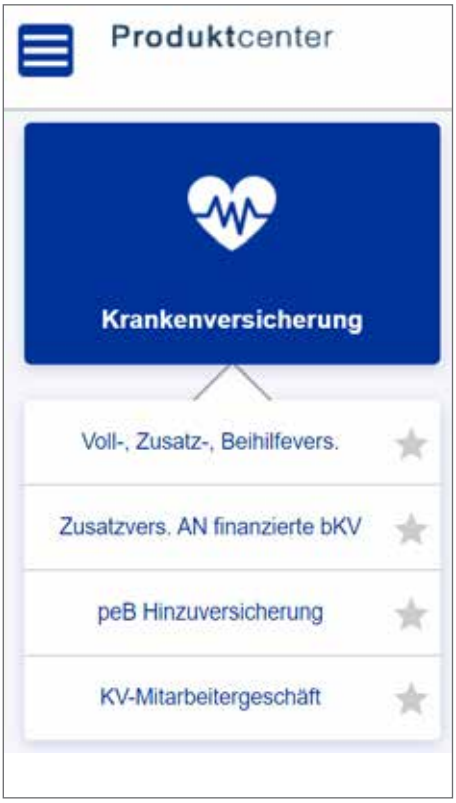
Die technische Verkaufsunterstützung wird immer wichtiger.

SIGNAL IDUNA hat deshalb entschieden, eine neue innovative Software einzuführen: die neue Angebotssoftware für alle Sparten (auch **PDC = Produktcenter** genannt).

Das Highlight für den Verkauf ist die bessere Unterstützung aller Verkaufsprozesse durch eine durchgängige Multiplattformfähigkeit sowie die Onlinefähigkeit.

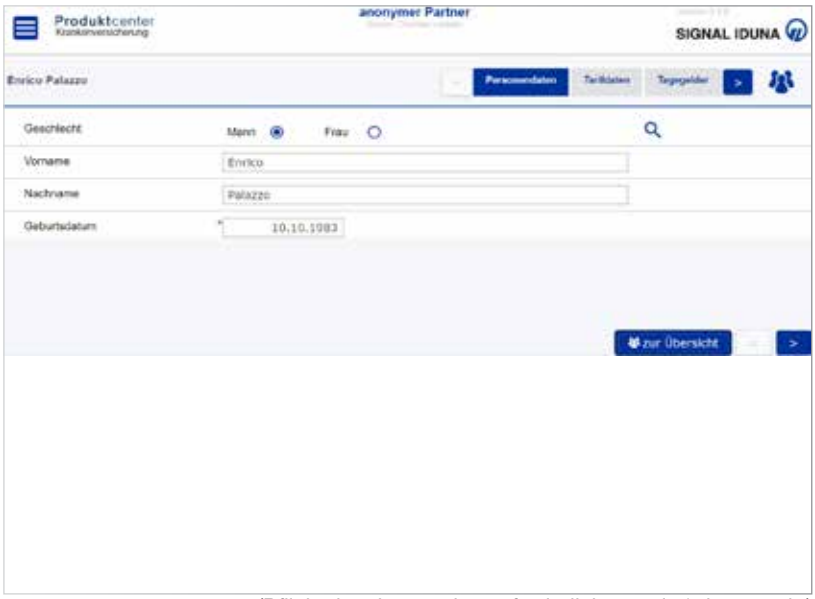
- Gesprächsvorbereitung am PC im Büro
- Aufruf über Laptop beim Kunden vor Ort
- Alternative Nutzungsmöglichkeit eines Tablets ohne Tastatur, die allein über den Touchscreen bedienbar ist

Eine Vorstellung zum Produktcenter für die Krankenversicherung vermitteln Ihnen die folgenden Bilder:



Die Software wird gestartet

Sie benötigen nur wenige Personenangaben!

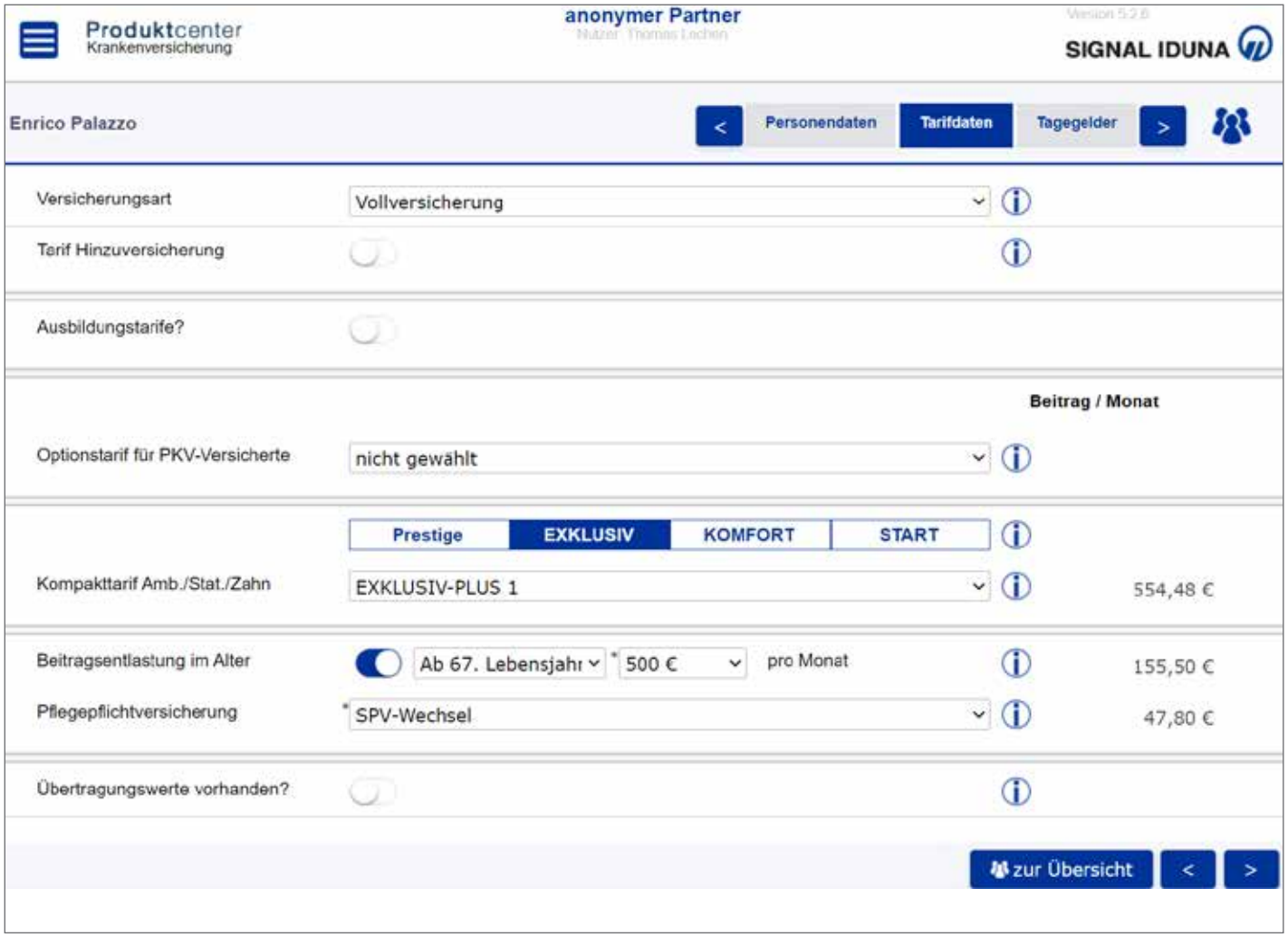


(Pflichteingabe nur dort erforderlich, wo ein * davor steht)

Angebotssoftware der SIGNAL IDUNA

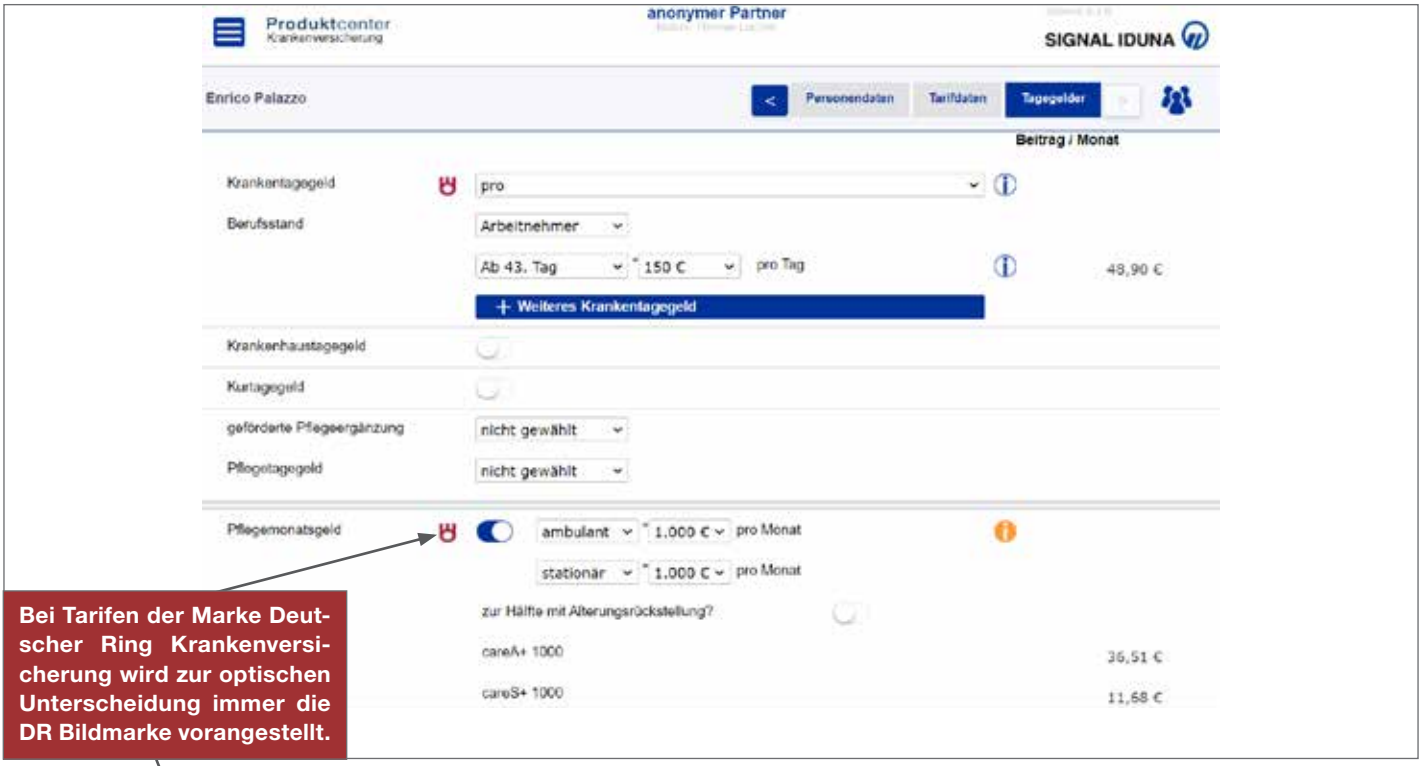
Sie wählen die Versicherungsart, z.B. Vollversicherung aus.

Sie entscheiden sich für Tarife aus der Produktlinie, z. B. privat EXKLUSIV-PLUS 1



Angebotssoftware der SIGNAL IDUNA

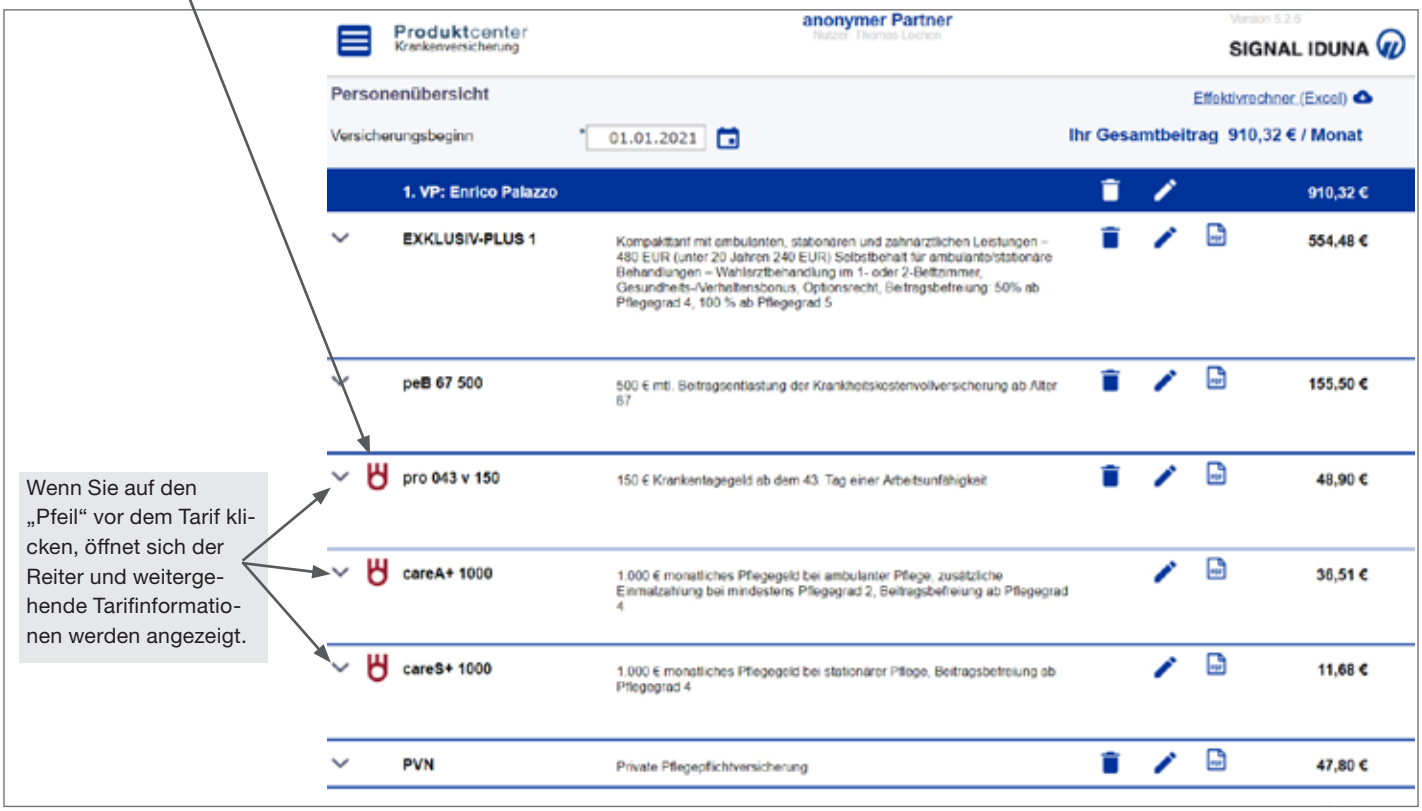
Sie treffen eine Auswahl zusätzlicher Tagegelder inkl. Pflegeabsicherung



Bei Tarifen der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung wird zur optischen Unterscheidung immer die DR Bildmarke vorangestellt.

Die Eingaben sind vollständig. Der Vorschlag kann erstellt werden.

Jetzt sehen Sie sich alle Tarife in einer Übersicht an (nachdem Sie vorher auf „zur Übersicht“ geklickt haben).



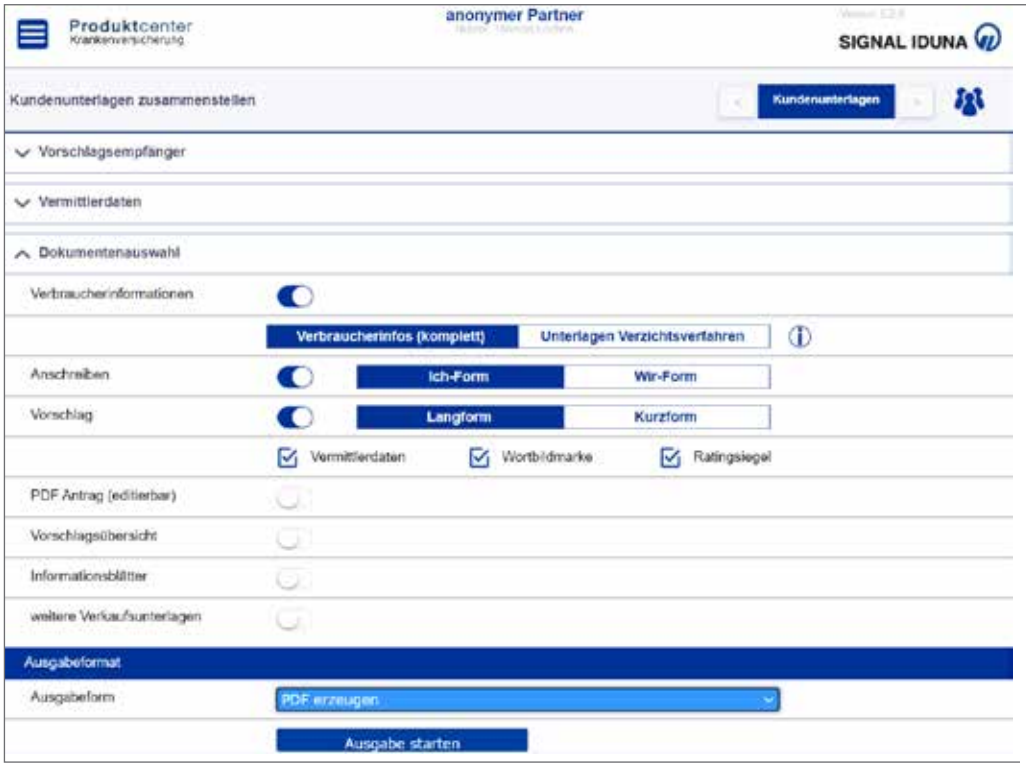
Wenn Sie auf den „Pfeil“ vor dem Tarif klicken, öffnet sich der Reiter und weitergehende Tarifinformationen werden angezeigt.

… mit folgenden Optionen:

- den bisherigen Vorschlag für diese Person modifizieren
- den Versicherungsbeginn ändern
- eine 2. Person in diesem Vorschlag anlegen
- einen Alternativvorschlag erstellen
- die Tarif(leistungs)details ansehen
- zum fertigen Vorschlag eine Kundenmappe erstellen (qualifizierter Vorschlag mit Produktinformationsblatt (IPID), AVBs inkl. vertriebliche Infoblätter und Prospektmaterial)
- einen komplett neuen Vorschlag erstellen
- alle Tarife aus dem Vorschlag in den dynamischen Antrag (inkl. ELAN) übernehmen

Angebotssoftware der SIGNAL IDUNA

Sie stellen Ihre Kundenunterlagen zusammen ...

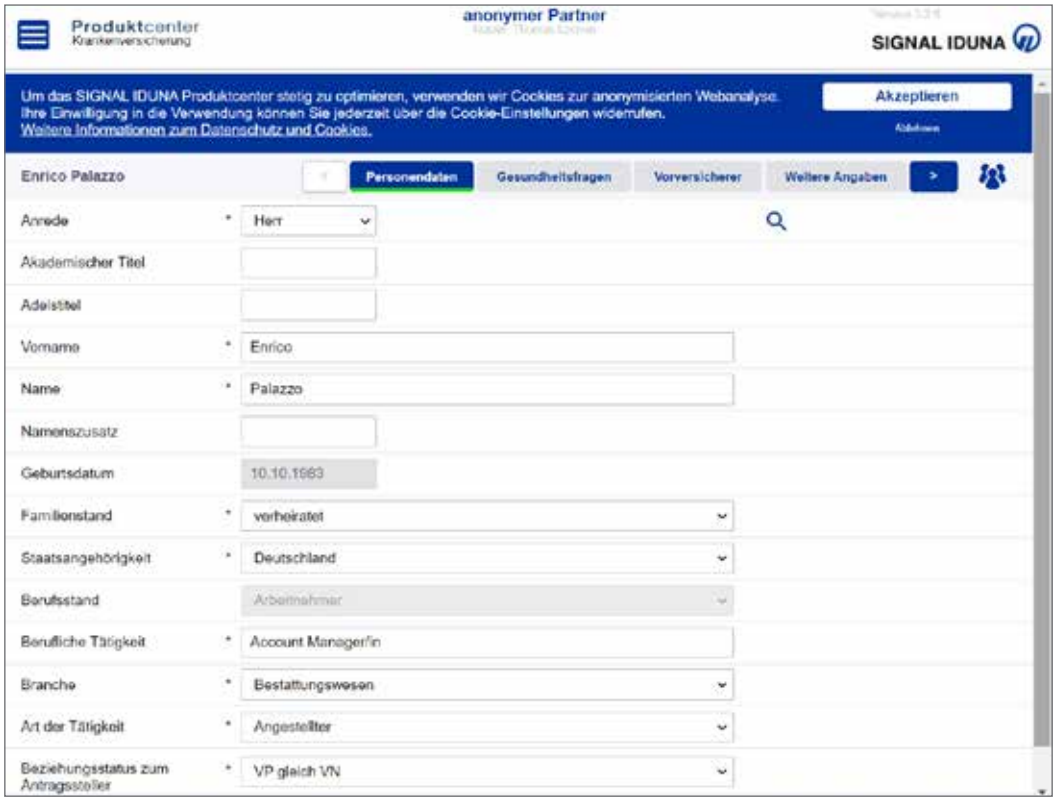


„Ausgabe starten“ mit folgenden Optionen

- ein qualifiziertes Angebot wird durch die automatische Zuordnung der Tarifdokumente erstellt
- zusätzliche Informationsblätter und Verkaufsprospekte können als Ergänzung dem Angebot beigefügt werden (sie sind passgenau auf die Tarife Ihres Vorschlages abgestimmt)
- sofern Sie den dynamischen (ELAN)Antrag nicht nutzen, können Sie auch alle Tarife aus dem Vorschlag in einen editierbaren pdf Antrag übernehmen.

KV-ELAN: der schnelle Weg zur KV-Police

Füllen Sie Ihren Antrag am Bildschirm aus, lassen ihn per Signaturbox vom Kunden unterschrieben und leiten den Antrag online zur Policierung weiter.



Nutzen Sie diese Vorteile des KV-ELAN für Ihren Verkauf!

- Vereinfachung und Beschleunigung der Antragsbearbeitung, unter anderem keine langen Postlaufzeiten
- Wegfall von Rückfragen durch die HV, da Anträge immer policierungsfähig sind
- Wegfall von Rückfragen nach dem Stand der Bearbeitung durch den ADP
- auch elektronische Kurzanträge mit 2 bis 4 Fragen
- Versand der Anträge über die Signaturbox möglich
- schnelle Policierung der Anträge als Wettbewerbsvorteil, dadurch zufriedene Kunden
- Zeitnahe Gutschrift von Provision und Wertung nach der Policierung

Stichwortverzeichnis

A

A 1-Bescheinigung 98
Aktuar 98
Aktuelle Zahlen 5
ALG II 30, 31
Allgemeiner Beitragssatz 98, 103
Allgemeine Versicherungsbedingungen 98
Alte Welt 121
Altersteilzeit 98
Alterungsrückstellung 98, 140
AmbulantBASISpur 84
Ambulante Beihilfeeinschränkungen 51, 52, 53, 54
ambulante Kostenerstattung 85
AmbulantPLUS 84
AmbulantSchutz-Programm 84, 86
AmbulantSTARTpur 84
AmbulantTOP 85
Andersartige Versorgung 15
Angebotssoftware 163, 164, 165, 166
Anschlussheilbehandlung 118
Anschlussrehabilitation 118
Anteilige Beitragsbemessungsgrenze 108
Anwartschaftsdeckungsverfahren 116
Anwartschaftsversicherung 98
Anzeigepflicht 99
Äquivalenzprinzip 98
Arbeitgeberzuschuss 26, 28, 29, 99
Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst 44, 47, 48, 49, 50, 99
Arbeitseinkommen 99
Arbeitsentgelt 99
Arbeitslosengeld (ALG) I 30
Arbeitslosenversicherung (freiwillig) für Selbstständige 99
Arbeitsunfähigkeit 99
Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) 99
Auffangversicherungspflicht 122
Aufsicht 100
Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) 100
Auslandsreise-Krankenversicherung 100

B

BaFin 100
BAföG-Zuschuss 35
BAFzA 97, 110, 125
Basiselterngeld 7, 109
Basistarif 100, 133–172, 140
BasisZUSATZ 101
BE 79
BE+ 79
Beamtenanwärter 43, 101
Beamter 101
Befreiung von der Krankenversicherungspflicht 102
Befreiung von der Zuzahlung bei Zahnersatz 15
Befreiung von Studenten 102
Beherrschender GGF 23
Beihilfe 102
Beihilfeanspruch 43
Beihilfe – BE 79
Beihilfe – BE+ 79
Beihilfebemessungssatz 103
Beihilfeberechtigte 42
Beihilfeberechtigte Personen 103
Beihilfe – BK 78
Beihilfe – BKE 80
Beihilfe – BS 79
Beihilferegelungen: Ehegatten-Einkommensgrenze 57
Beihilferegelungen während der Elternzeit 56
Beitragsbemessung 111
Beitragsbemessungsgrenze 5, 103
Beitragsentlastung 81
Beitragsentlastungsgesetz 103
Beitragsfreie Pflegeversicherung 95
Beitragspflicht von Betriebsrenten 127
Beitragsrückerstattung 65, 103
Beitragssatz 5
Beitragssätze der GKV 103
Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) 103
Beitragsverfahren für Selbstständige 20
Beitragsvergleich GKV und PKV 17, 18
Beitragszuschüsse 157
Beitragszuschuss für privat versicherte Rentner 103
Belastungsgrenze bei gesetzlichen Zuzahlungen 103
Berücksichtigungsfähige Personen 104
Betriebliche Krankenversicherung (bKV) 104
Bezugsgröße 5, 105
BK 78
BKE 80
bKV 104
bKV-Akut 90
bKV-Fit 90
bKV-Klinik 90
bKV-KT 90
bKV-Med 90
bKV-NaturMed 90
bKV-Sehhilfe 90
bKV-Vorsorge 90
bKV-Zahn 90
bKV-ZahnPro 90
bKV-ZahnPro+ 90
Blockmodell 98
BS 79
Bundesamt für Familie, zivilgesellschaftliche Aufgaben 97, 110, 125
Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 121
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) 107
Bundesfreiwilligendienst 107
Bundesknappschaft 107

Stichwortverzeichnis

Bundespflegesatzverordnung 107
Bundeswehr 107
Bürgerentlastungsgesetz 28, 29, 105

C

Card für Privatversicherte 8, 107
care+ 92
careA+ 92
careS+ 92
clinic + 92
Comfort+ 69
Compass Pflegeberatung 93
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH 107

D

Dauernde Öffnungsaktionen 59
Deckungsrückstellung 98
Doktoranden 35
DRV Knappschaft-Bahn-See 107
Duale Studiengänge 35, 108
Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 5, 138

E

edith.care 130
Effektivbeitrag 108
Ehegattenkappung 95
Eigenbeteiligungen in der GKV 14
EinkommensSicherungs-Programm 88, 90
Einkommensteuergesetz 139
Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt 108
Eintrittsalter 108
EKH 81
Elterngeld 7, 33, 108
Elterngeld Plus 7, 109
Elternzeit 33, 34, 109
Entgeltlücke 13
Entgeltumwandlung 32
Ermäßigter Beitragssatz 103
ESP-E 88
Esprit 69
Esprit M 69
Esprit MX 69
Esprit X 69
ESP-VA 88
ESP-VS 88, 89
EXKLUSIV 68
EXKLUSIV-B 76
EXKLUSIV-B-E 77
EXKLUSIV-B-E1 77
EXKLUSIV-B-ES 77
EXKLUSIV-B-W 77
EXKLUSIV-PLUS 68

F

Familienpflegezeit 97
Familienpflegezeitgesetz 110
Familienversicherung 110
Festbetrag 110
Festzuschüsse 13
Firmenfahrzeugs 111
Firmenwagen 110
flexSI 82
flexSI-B 83
flexSIprivat 83
Freiberufler 19
Freibetrag für Versorgungsbezüge 127
Freie Heilfürsorge 42, 111
Freigabeverhandlungen 160
Freiwillige Versicherung 111
Futura 82

G

Gärtner 24
GdP 44
Gebührenordnung für Ärzte/ Zahnärzte (GOÄ/ GOZ) 112
Geringfügige Beschäftigung 112
Geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt 114
Geringfügige (entlohnte) Beschäftigung 112
Geringfügige (kurzfristige) Beschäftigung 113
Gesamteinkommen 114
Gesundheitsfonds 114
GGF 23
GKV-Finanzierungsgesetz 114
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 114
GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) 115
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 115
GKV-Zuzahlungen 37
Gleichartige Versorgung 15
Gleichbehandlungsgesetz 104
Gleichbehandlungsgrundsatz 104
Gleitzone 115
GmbH-Gesellschafter-Geschäftsführer 23
Grenzgänger 36
Grenzwerte 5
Große Anwartschaft 98
Gründungszuschuss 115

H

„Hartz I bis IV“-Reformen 115
Hauptberuflichkeit 21
Haushaltsbegleitgesetz 115
Haushaltsscheckverfahren 114
Häusliche Krankenpflege 115
Häusliche Pflegehilfe 115
Heilfürsorgeberechtigte 42
Heilfürsorgevorschrift 45

Stichwortverzeichnis

Heilmittel 115
Hilfsmittel 116
Höchstarbeitgeberzuschuss 5
Höchstbeitrag 6
Höchstbeitrag für den Basistarif 101
Höchstsätze 112
Höherverdienende Arbeitnehmer 25, 26
Honorarvereinbarung 112, 116

I

Ich-AG (Existenzgründungs-Zuschuss) 116
Individuelle Beihilfe 42
Informationspflichtenverordnung 141
ISI-gesund 162
Ist-Entgelt 120

J

JAEG 25
Jahresarbeitsentgelt 116
Jahresarbeitsentgeltgrenze 5, 25, 116

K

Kalkulationsverordnung 116, 118
Kalkulation von KV-Beiträgen 116
Karenzzeit 116
Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz 5, 6, 138
Kassenwechsel 41
Kennzahlen 9
Kennzahlen des PKV-Verbandes 116
Kinder-Berücksichtigungsgesetz 94, 117
Kindergeld 58
Kleine Anwartschaft 98
KlinikPLUS 87
KlinikSchutz-Programm 87
KlinikSTART 87
KlinikTOP 87
KlinikUNFALLpur 87
KOMFORT 67
KOMFORT-B 74
KOMFORT-B-E 75
KOMFORT-B-E1 75
KOMFORT-B-W 75
KOMFORT-PLUS 67
Kooperationen von GKV und PKV 162
Kooperationspartner 162
Kostenerstattung 38
Krankengeld 117, 152
Krankengeldanspruch für Selbstständige 19
Krankengeldberechnung Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst 50
Krankengeldlücke 37, 50, 117
Krankenhaustagegeld 117
Krankenhaustagegeldtarif 81
Krankenkassen 162
Krankentagegeld 117
Krankentagegeld-Ermittlung 20, 27
Kranken- und Pflegeversicherung bei Arbeitslosigkeit 30, 31
Krankenversicherung der Rentner 11, 126
Krankenversicherung nach der Elternzeit 109
Krankenversicherungsaufsichtsverordnung 118
Krankenversicherungsbeitragsanteilsermittlungsverordnung (KVBEVO) 106
Krankenversicherung während der Elternzeit 109
Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) 62, 63
KSVG 118
Kündigung der GKV-Mitgliedschaft 118
Kündigung der PKV 118
Kündigungsfristen 41
Kündigungsfristen und BAP-Termine einzelner PKV-Unternehmen 64
Künstler 24
Künstlersozialkasse 24
Künstlersozialversicherung 118
Kuren 118
KurPLUS 81
Kurtagegeld 120
Kurzarbeitergeld 119
KVB 63
KVBEVO 106
KVdR 11, 126
KVdR Kinderzeiten 126
KV-ELAN 166
KVLG 24
KV-Voll und die Entgeltumwandlung 32

L

Landwirte 24, 120
Landwirtschaftliche Nebenbetriebe 120
Leistungsausschluss 120
Leistungseinschränkungen der GKV 37

M

März-Klausel 108
MB/BT 2009 120
MB/EPV 2009 120
MB/GEPV 2013 120
MB/KK 2009 120
MB/KT 2009 120
MB/PPV 2009 120
Medicator AG 120
MEDICPROOF 93
Medizinische Assistance 10
Medizinischen Dienst 93
Medizinische Rehabilitation 118
meine SIGNAL IDUNA Kundenapp 130
Meisterschüler 35, 120
Midijob 115
Mindestbeitrag für hauptberuflich Selbstständige 5

Stichwortverzeichnis

Mindestbeitragsbemessungsgrundlage 120
Mindestbindung 117
Mindestbindungsdauer 118
Mindestlohn 113
Minijob 121
Mitgabe (Portabilität) der Alterungsrückstellung 121
Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich 128
Morbi-RSA 128
Mutterschaftsgeld 7
Mutterschutz 33, 34, 121
Mutterschutzfristen 33

N

Nahe Angehörige 97
Nettoeinkommen 122
Nettoverzinsung 117
Neuen Begutachtungsassesment (NBA) 93
Neue Welt 121
Nichtversicherter 122, 134
Nichtzahlertarif 123
NLT 123
Notlagentarif 141, 143

O

Obligatorische Anschlussversicherung 19, 111
Ombudsmann 123
Optionstarife 82, 83
Ostabschlag 123

P

Partnerschaftsmonate 7, 109
Pauschale Beihilfe 42, 102, 123
PBeaKK 61
PDC 163
peB 81
PflegeBAHR 91, 112
PflegeBAHRPLUS 91
Pflege bei Beamten 96
Pflegebeiträge in Sachsen 94
Pflegeergänzung 96
Pflegegrade 93
Pflege-Neuausrichtungsgesetz 112, 124
Pflegepflichtversicherung 93, 94, 95
Pflegereformen 124
PflegeSchutz-Programm 91, 96
PflegeSTART 91
PflegeTOP 91
Pflegeunterstützungsgeld 97, 125
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 124
Pflegezeit 97
Pflegezeitgesetz 125
PIT 82
PKV Verband 133
PKV-Zuschuss bei Kurzarbeit 119
Polizeianwärter der GdP 44
Polizeibeamte 45
Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) 60, 61
Praktikanten 35, 125
Praktikum 125
Prämienzuschlag 134, 140
Präventionskurse 125
Prime 71, 72
Produktlinie „Prestige“ 69, 71
Progressionsvorbehalt 26
Promotionsstudium 35
pro v 89
Provisionen 25
PSKV/ PSKV-Spezial 126
Publizisten 24
„pur“-Variante 40

R

Rating 8
Rechtsgrundlagen der PKV 126
Rechtsreferendare 43
Referendare 43
Regelentgelt 152
Regelhöchstsätze 112
Regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 25, 116
Regelversorgung 15
Rehabilitation 126
Reise-Krankenversicherung 100
Rentner 11, 126
RfB-Quote 65, 116
Risikostrukturausgleich 128
Risikozuschlag 129

S

Sachleistungen 129
Sachlohn 104
Sachsen 94
Satzung der gesetzlichen Krankenkasse 129
Satzung des VVaG 129
Scheinselbstständigkeit 129
Schwankende Bezügen 25
Schwellenwert 112
See-Krankenkasse 129
Seemannskasse 107
Sehbeeinträchtigung 129
Selbstständige 19, 21, 22
Selbstständige Erwerbstätigkeit 21
Selbstständigkeit 130
Sicherheitskreis 39
Sicherstellungsauftrag 101
SIGNAL IDUNA Gesundheitswelt 130
SIGNAL Krankenversicherung 9, 130

Stichwortverzeichnis

Soldaten 45
Soldaten auf Zeit 130
Solidaritätsstärkungsgesetz 130, 131
Soll-Entgelt 120
Sonderausgaben 139
Sonderkündigungsrecht 114
Sonstigen Vorsorgeaufwendungen 105
Sozialen Pflegeversicherung 94
Sozialgesetzbuch V 147
Sozialversicherung 131
Spitzenverband Bund (SpiBu) 131
Standardtarif 131
START 66
START-B 73
START-PLUS 66
Stationäre Beihilfeeinschränkungen 55
Studenten 35, 131
Substitutive Krankenversicherung 140

T

Tarifwechselleitfaden 131
Technische Berechnungsgrundlagen 132
Terminservicestellen 132
Treuhänder 132

U

U1-Verfahren 100
U2-Verfahren 100
Übergangsgebührnisse 130
Übergangsgeld 132
Überschussverordnung 118
Übertragungswert 121
Übertragungswertbescheinigung 132
Umlageverfahren 116
Unisex 132

V

VAG-Novelle 133
Verband der PKV 133
Verbraucherstreitbeilegungsgesetz 123
Verkaufshinweise 133
Verkaufsprozess in der PKV 133
Versicherungsaufsichtsgesetz 133, 140
Versicherungsfreiheit bei Bezug von Kurzarbeitergeld 119
Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern 133
Versicherungsgeschäftliche Ergebnisquote 116
Versicherungsjahr 133
Versicherungspflicht 133
Versicherungsteuer 134
Versicherungsvertragsgesetz 142
Versicherungsvertragsgesetz (VVG) 135
Versorgungsbezüge 11, 127
Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) 135
Vorsorgezuschlag 135
Vorstandsmitglieder einer Aktiengesellschaft 20
Vorversicherungszeiten 136
Vorvertragliche Anzeigepflichten 136

W

Wahltarife 153
Wahltarife in der GKV 136
Waisenrente 128
Wartezeiten 137
Wettbewerbsrichtlinie 160
Wichtige gesetzliche Regelungen 139
Wichtige Internetadressen 161
Wissenschaftlichkeitsklausel 137

Z

Zahlungsverzug in der GKV 137
Zahlungsverzug in der PKV 137
Zahnhöchstsätze 137
Zeitsoldaten 130
Zertifizierte Präventionskurse 125
Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge 158
Zusatzbeitrag 114, 157
Zusatzbeiträge in der GKV 6
Zusatzbeitragssatz 138
Zuzahlungen 154

In 100 Jahren haben wir **viel über Sicherheit** gelernt – von Ihnen.

Schon immer hat sich das Denken und Handeln der SIGNAL IDUNA an den Bedürfnissen der Menschen orientiert.

So können wir Ihnen heute bedarfsgerechte und optimierte Versicherungs- und Finanzdienstleistungen anbieten. Denn auf Basis langjähriger Tradition entwickeln wir unser umfangreiches Produktangebot ständig für Sie weiter. Für erstklassigen Service und partnerschaftliche Beratung – direkt in Ihrer Nähe. Alles zur individuellen und zukunftsorientierten Absicherung unserer Kunden.

Denn eins hat sich in all den Jahren bei der SIGNAL IDUNA nicht geändert: hier arbeiten Menschen für Menschen.

SIGNAL IDUNA Gruppe

Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon 0231 135-0
Fax 0231 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon 040 4124-0
Fax 040 4124-2958

info@signal-iduna.de
www.signal-iduna.de

1760013 Feb20

SIGNAL IDUNA
gut zu wissen