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


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

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 Beihilfe einschränkungen ........................................................................................................ 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 – Leistungssicht ....................................................................................................... 82
Futura, PIT, PIT-B ................................................................................................................................ 82
Optionstarife flexSIprivat und flexSI-B – Leistungssicht .................................................................... 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)

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

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

2) Jahresarbeitsentgeltgrenzen (auch Versicherungspflichtgrenzen):


Monatsbeiträge in der GKV/SPV 2021

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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grundbeitrag</th>
<th>Mindestbeitrag hauptberuflich Selbstständige (mit Krankengeld)</th>
<th>Mindestbeitrag hauptberuflich Selbstständige (ohne Krankengeld)</th>
<th>Mindestbeitrag für sonstige freiwillige Mitglieder (z. B. Kinder)</th>
<th>Pflichtversicherte Studenten</th>
<th>Beitrag je 1.000 € beitragspflichtige Einnahmen (allgemeiner Beitragssatz 14,6 %)</th>
<th>Beitrag je 1.000 € beitragspflichtige Einnahmen (ermäßigter Beitragssatz 14,0 %)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Höchstbeitrag</td>
<td>706,28 €</td>
<td>160,11 €</td>
<td>153,53 €</td>
<td>76,85 €</td>
<td>146,00 €</td>
<td>140,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindestbeitrag</td>
<td>153,53 €</td>
<td>153,53 €</td>
<td>153,53 €</td>
<td>76,85 €</td>
<td>146,00 €</td>
<td>140,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 2. Zusatzbeiträge in der GKV

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zusatzbeitragssatz</th>
<th>Mindestbeitrag Selbständige</th>
<th>Mindestbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte</th>
<th>Pflichtversicherte Studenten</th>
<th>Pflegebeitrag je 1.000 €</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0,3 %</td>
<td>14,51 €</td>
<td>3,29 €</td>
<td>2,26 €</td>
<td>3,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>0,4 %</td>
<td>19,35 €</td>
<td>4,39 €</td>
<td>3,01 €</td>
<td>4,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>0,5 %</td>
<td>24,19 €</td>
<td>5,48 €</td>
<td>3,76 €</td>
<td>5,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>0,6 %</td>
<td>29,03 €</td>
<td>6,58 €</td>
<td>4,51 €</td>
<td>6,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>0,7 %</td>
<td>33,86 €</td>
<td>7,68 €</td>
<td>5,26 €</td>
<td>7,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>0,8 %</td>
<td>38,70 €</td>
<td>8,77 €</td>
<td>6,02 €</td>
<td>8,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>0,9 %</td>
<td>43,54 €</td>
<td>9,87 €</td>
<td>6,77 €</td>
<td>9,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,0 %</td>
<td>48,38 €</td>
<td>10,97 €</td>
<td>7,52 €</td>
<td>10,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,1 %</td>
<td>53,21 €</td>
<td>12,06 €</td>
<td>8,27 €</td>
<td>11,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,2 %</td>
<td>58,05 €</td>
<td>13,16 €</td>
<td>9,02 €</td>
<td>12,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,3 %</td>
<td>62,89 €</td>
<td>14,26 €</td>
<td>9,78 €</td>
<td>13,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,4 %</td>
<td>67,73 €</td>
<td>15,35 €</td>
<td>10,53 €</td>
<td>14,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,5 %</td>
<td>72,56 €</td>
<td>16,45 €</td>
<td>11,28 €</td>
<td>15,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1,7 %</td>
<td>82,24 €</td>
<td>18,64 €</td>
<td>12,78 €</td>
<td>7,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 3. Soziale Pflegeversicherung (SPV)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kinderverluste ab 23 Jahre</th>
<th>Alle Übrigen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Höchstbeitrag</td>
<td>159,64 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindestbeitrag hauptberuflich Selbstständige</td>
<td>36,19 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindestbeitrag für sonstige freiwillig Versicherte (z. B. Kinder)</td>
<td>36,19 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflichtversicherte Studenten</td>
<td>24,82 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegebeitrag je 1.000 €</td>
<td>33,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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. **Höherverdienter 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 €**
## Weitere wichtige Grenzwerte für die Krankenversicherung 2021

### Gültig ab 01.01.2021

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grenzwerte</th>
<th>Betrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beitragsbemessungsgrenze KV und PPV jährlich</td>
<td>58.050 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsbemessungsgrenze KV und PPV monatlich</td>
<td>4.837,50 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Jahresarbeitsentgeltgrenze KV und PPV jährlich</td>
<td>64.350 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Jahresarbeitsentgeltgrenze KV und PPV monatlich</td>
<td>5.362,50 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Bezugsgröße KV monatlich</td>
<td>3.290 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Geringfügig Beschäftigte 1), geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten monatlich</td>
<td>450 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Einkommensgrenze für Familienversicherung (generell) monatlich</td>
<td>470 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Einkommensgrenze in der Familienversicherung für geringfügig Beschäftigte monatlich</td>
<td>450 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Einkommensgrenze für Azubis (Grenze bis zu der der Arbeitgeber Beiträge alleine trägt) monatlich</td>
<td>325 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosengeld II monatlich</td>
<td>709 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Tägliches Höchstkrankengeld – netto – nach Abzug Sozialversicherungsbeiträge während Krankengeldbezug  
– über 23-jährige kinderlose Versicherte*: 12,275 % Abzug  
– alle anderen*: 12,025 % Abzug | |
| Mutterschaftsgeld täglich | 13 € |
| Einmaliges Mutterschaftsgeld für PKV versicherte Mütter | 210 € |
| Elterngeld bei Nettoeinkommen bis 1.200 € | 67 % |
| 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 € | 65 % |
| Mindest-Elterngeld monatlich | 300 € |
| Höchst-Elterngeld monatlich | 1.800 € |
| Erhöhung des Elterngeldes bei Mehrlingsgeburten (für das 2. und jedes weitere Kind) monatlich | 10 % (mind. 75 €) |
| Bezugsdauer des Elterngeldes als Basiselterngeld | 12 Monate |
| 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) | 24 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 Verdopplung der Bezugsdauer, während gleichzeitig die Höhe des Elterngeldes halbiert wird; kommt infrage für Eltern, die in der Elternzeit in Teilzeit arbeiten | |
| Partnerschaftsmonate | |

### Steuern

<table>
<thead>
<tr>
<th>Steuern</th>
<th>Betrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Werbungskosten Arbeitnehmer-Pauschbetrag jährlich</td>
<td>1.000 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Beihilfen und Unterstützungen in Notfällen jährlich steuerfrei bis</td>
<td>600 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Freibetrag für betriebliche Gesundheitsförderung jährlich</td>
<td>600 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 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 beihilfeähnlichen Aufwendungen) | 14,50 € |

---

1) Pauschalabgabe für geringfügig Beschäftigte: 30 %; der Arbeitgeber trägt Beiträge alleine: GKV 13 %, GRV 15 % und Pauschalsteuer 2 %; bei haushaltsnahen Beschäftigten 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


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.


8 SIGNAL IDUNA
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 Kostenersatzversicherung
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 mitUpgradeoption 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 Krankheitskosten- und Beihilfeversicherte

✓ Betriebliche Krankenversicherung (bKV)
Spezielle Angebote sowohl für die Arbeitgeberfinanzierte als auch für die Arbeitnehmerfinanzierte bKV

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

Krankenversicherung a. G.


Kennzahlen (gerundet)

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

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

Anzahl versicherte Personen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1,981,967</td>
<td>1,973,685</td>
<td>1,940,699</td>
<td>1,923,984</td>
<td>1,917,649</td>
<td>1,916,041</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>610,020</td>
<td>607,732</td>
<td>611,550</td>
<td>615,753</td>
<td>621,411</td>
<td>622,985</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zusatzversicherungen

Vollversicherungen

*) 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.

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).

Nutzen Sie die „meine SIGNAL IDUNA App“, um
✓ papierlos Rechnungen einzureichen
✓ vergangene Arztbesuche einzusehen
✓ Vorsorgeuntersuchungen zu planen

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
Krankenversicherung im Alter
Bezahlbare PKV-Beiträge

Die Leistungen einer SIGNAL IDUNA Krankenversicherung sind ein Leben lang garantiert. SIGNAL IDUNA umformt 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 Alterungs-rückstellungen gebildet. Darüber hinaus hilft der gesetzliche Vorsorgegezuschauf von 10% die Beiträge im Alter stabil zu halten.


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

- Vorsorgegezuschlag endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird.
- Ab Alter 65 stabilisieren die Mittel aus dem Vorsorgegezuschlag 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 = KvrD), wenn sie die Vorversicherungszeit erfüllen.

Erstmalige Erwerbstätigkeit → Tag der Rentenantragstellung → Lebensarbeitszeit → 2. Hälfte der Lebensarbeitszeit

Pflichtversicherter 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.

Beitragpflichtige Einnahmen GKV-versicherter Rentner

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflichtversicherter Rentner</th>
<th>Freiwillig versicherter Rentner</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Zahlbetrag der gesetzlichen Rente</td>
<td>1. Zahlbetrag der gesetzlichen Rente</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit</td>
<td>3. Arbeitseinkommen</td>
</tr>
<tr>
<td>Zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören auch die entsprechenden Hinterbliebenenrenten bzw. Versorgungen</td>
<td>4. Einkünfte aus Kapitalvermögen</td>
</tr>
<tr>
<td>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 €.</td>
<td>5. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Beispiel: Beitragshöhe für GKV-versicherte Rentner

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stand: 01.01.2021</th>
<th>Pflichtversicherter Rentner</th>
<th>Freiwillig versicherter Rentner</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesetzliche Rente 2.000 €</td>
<td>318,00 €</td>
<td>318,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>PV (3,05 %)</td>
<td>61,00 €</td>
<td>61,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Betriebsrente 800 € (635,50 €)</td>
<td>101,04 €</td>
<td>127,20 €</td>
</tr>
<tr>
<td>PV (3,05 % von 800 €)</td>
<td>24,40 €</td>
<td>24,40 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Zinsen 300 €</td>
<td>-</td>
<td>45,90 €</td>
</tr>
<tr>
<td>PV (3,05 %)</td>
<td>-</td>
<td>9,15 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Mieteinnahmen 725 €</td>
<td>-</td>
<td>110,93 €</td>
</tr>
<tr>
<td>PV (3,05 %)</td>
<td>-</td>
<td>22,11 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Bruttobetrag</td>
<td>419,04 €</td>
<td>602,03 €</td>
</tr>
<tr>
<td>PV</td>
<td>85,40 €</td>
<td>116,66 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamter Betrag</td>
<td>504,44 €</td>
<td>718,69 €</td>
</tr>
<tr>
<td>abzüglich KV-Zuschuss</td>
<td>159,00 €</td>
<td>159,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>7,95 % von 2.000 €</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsanteil Rentner</td>
<td>345,44 €</td>
<td>559,69 €</td>
</tr>
<tr>
<td>14,6 % = allgemeiner Beitragssatz</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7,95 % = Zuschuss Rentenversicherungsträger</td>
<td>318,00 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haltung von (14,6 % + individueller Zusatzbeitrag von 1,3 %)</td>
<td>159,00 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14,0 % = ermäßigter Beitragssatz</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1,3 % = unterstellter individueller Zusatzbeitragssatz nach § 242 SGB V</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1,3 % von 725 €</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1,3 % von 800 €</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urteil Bundessozialgericht (BSG) für freiwillig Versicherte</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Neuregelung für Versor-gungsbezüge: Seite 127
Vergleich von GKV und PKV


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, Fangos, 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.

Privatpatient (Marke SIGNAL IDUNA)

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


Krankenversicherung in Deutschland

GKV
73,3 Mio.
davon:
57,3 Mio. Mitglieder
16,0 Mio. Mitversicherte

PKV
26,8 Mio.
Zusatzversicherte

PKV
8,73 Mio.
Vollversicherte

Quelle: BMG und PKV-Verband (Stand: 2020)
Vergleich von **GKV** und **PKV**

**Kassenpatient (GKV)**

**Im Krankenhaus**


**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 Versorge 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**


Keine Selbstbeteiligung oder Vorauszahlungen (Ausnahmen: Tarife START, START-PLUS, KOMFORT 1, 2, 3; KOMFORT-PLUS 1, 2, 3; EXCLUSIV 1, 2 und EXCLUSIV-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**

**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.

---

**Überblick der gesetzlichen Eigenbeteiligungen**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Servicebereich</th>
<th>Eigenbeteiligung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Arzneimittel, Verbandmittel</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 %, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro (höchstens den Preis des Medikaments, des Verbandmittels)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zusätzlich:</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– 100 % der über den Festbetrag hinausgehenden Kosten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– 100 % für Arzneimittel gegen geringfügige Gesundheitsstörungen z. B. Erkältungskrankheiten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– 100 % von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fahrkosten</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 % (mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro) (nicht den Preis des Medikaments, des Verbandmittels)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Heilmittel</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 % abhängig von der Anzahl der Anwendungen</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Haushaltshilfe</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 % der Leistung pro Tag, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro, nie mehr als die Leistungshöhe</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hilfsmittel</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 % je Hilfsmittel (mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro)</td>
</tr>
<tr>
<td>– sämtliche Hilfsmittel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– sämtliche Hilfsmittel</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– Brillengläser und Kontaktlinsen für ...</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Kinder unter 18, schwer sehschädigter Erwachsener, Erwachsene mit Kurz- oder Weitsichtigkeit &gt; 6 Dioptrien oder Erwachsene mit Hornhautverkrümmung &gt; 4 Dioptrien</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• alle anderen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Krankenhausbehandlung</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>– Pro Kalendertag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– Behandlung im 1- und 2-Bettzimmer sowie durch Privatärzte</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anschlussrehabilitation</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>Pro Kalendertag für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Zahnarzt</strong></td>
<td>Zuzahlung: 25 % bis 40 % je nach Vorsorgebonus</td>
</tr>
<tr>
<td>– einfache kassenärztliche Versorgung als Festzuschuss</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– darüber hinausgehende Leistungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– Inlays</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kieferorthopädie</strong></td>
<td>Zuzahlung: 10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>– kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG) 1 - 2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG) 3 - 5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Heilpraktiker</strong></td>
<td>Eigenbeteiligung pro Behandlung 100 %</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verdienstausfall</strong></td>
<td>Eigenbeteiligung bei Arbeitsunfähigkeit rund 22 % des Nettoeinkommens – bei Einkünften über Beitragsbemessungsgrenze deutlich höher</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweis: Die Praxisgebühr von 10 Euro/Quartal ist seit dem 01.01.2013 nicht mehr zu zahlen!
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 komfortable Versorgungsform (gleichartige bzw. andersartige Versorgung) wie Implantate, höherwertige Kronen und Brücken, wird die Belastung noch deutlich höher; für Inlays übernimmt die gesetzliche Krankenkasse ohnehin durchschnittlich nur ca. 10 %.


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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regelversorgung</th>
<th>Lücke für gesetzlich Krankenversicherte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gleichartige Versorgung</td>
<td>Für eine gleichartige bzw. andersartige Versorgung müssen mindestens 25 % selbst gezahlt werden</td>
</tr>
<tr>
<td>andersartige Versorgung</td>
<td>Leistungen der Krankenkasse: maximal 75 % der Regelversorgung als Festzuschuss in der gesetzlichen Krankenversicherung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Leistungen der Krankenkasse:
maximal 75 % der Regelversorgung
als Festzuschuss in der gesetzlichen Krankenversicherung

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).

- 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.

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

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

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 €.
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.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ihre Zahn(kosten)lücken in der GKV.</th>
<th>Metalbrücke ohne Verblendung (Regelversorgung)</th>
<th>2 Füllungen</th>
<th>2 Keramik-Inlays</th>
<th>3 Implantate mit 3 Kronen</th>
<th>Professionelle Zahnreinigung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rechnungsbetrag</td>
<td>819,83 €</td>
<td>252,00 €</td>
<td>1.280,00 €</td>
<td>10.059,45 €</td>
<td>101,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV-Anteil¹</td>
<td>556,81 €</td>
<td>94,00 €</td>
<td>94,00 €</td>
<td>1.670,43 €</td>
<td>0,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Ihr Eigenanteil ohne SIGNAL IDUNA</td>
<td>263,02 €</td>
<td>158,00 €</td>
<td>1.186,00 €</td>
<td>8.389,02 €</td>
<td>101,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Tarif ZahnTOP/ZahnTOPpur – beste Absicherung: generell 90 % (inklusive GKV-Leistung)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungen aus ZahnTOP/ZahnTOPpur ¹</th>
<th>263,02 €</th>
<th>132,80 €</th>
<th>1.058,00 €</th>
<th>7.383,08 €</th>
<th>90,90 €</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ihr Eigenanteil mit SIGNAL IDUNA</td>
<td>0,00 €</td>
<td>25,20 €</td>
<td>128,00 €</td>
<td>1.005,94 €</td>
<td>10,10 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tarif ZahnPLUS/ZahnPLUSpur – sehr gute Absicherung: generell 70 % (inklusive GKV-Leistung)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungen aus ZahnPLUS/ZahnPLUSpur ¹</th>
<th>263,02 €</th>
<th>82,40 €</th>
<th>802,00 €</th>
<th>4.000,00 €²</th>
<th>70,70 €</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ihr Eigenanteil mit SIGNAL IDUNA</td>
<td>0,00 €</td>
<td>75,60 €</td>
<td>384,00 €</td>
<td>4.389,02 €</td>
<td>30,30 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tarif ZahnSTARTpur – gute Absicherung: generell 50 % (inklusive GKV-Leistung)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungen aus ZahnSTARTpur ¹</th>
<th>263,02 €</th>
<th>32,00 €</th>
<th>546,00 €</th>
<th>2.000,00 €²</th>
<th>50,50 €</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ihr Eigenanteil mit SIGNAL IDUNA</td>
<td>0,00 €</td>
<td>126,00 €</td>
<td>640,00 €</td>
<td>6.389,02 €</td>
<td>50,50 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

In den Beispielen wurde ein Festzuschuss (gültig ab dem 01.10.2020) der GKV nach zehn Jahren regelmäßiger Zahnvorsorge zugrunde gelegt.
Beitragsvergleich GKV und PKV 2021

Selbstständige

Höherverdienende Arbeitnehmer

Vergleich der Arbeitnehmeranteile

* 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 allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % und einem unterstellten Zusatzbeitragsatz von 1,3 % sowie einem Pflegebeitragsatz von 3,3 % berechnet.

Beitragsentwicklung von privat SIGNAL IDUNA Krankenversicherten

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.
Selbständige und Freiberufler

Kasse oder SIGNAL IDUNA?

Selbständige 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.


Welchen Beitrag zahlen Selbstständige in der GKV?


Die Beitragsbemessung hat die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds zu berücksichtigen. Als beitragspflichtige Einnahmen sind das Arbeitseinkommen, das Arbeitseinkommen (= Gewinn), der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der Zahlbetrag der Versorgungszuschüsse 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 Verdiensausfall-Problem. Denn wir zahlen ohne zeitliche Begrenzung ein notwendiges Ersatzeinkommen (maximale Höhe siehe Verkaufsunterlagen); und dies, solange krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit besteht.


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

Beispiel: Selbstständiger, 34 Jahre alt

... möglichst nicht so:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarif</th>
<th>tägliche Leistung</th>
<th>monatlicher Beitrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ESP-VS 8</td>
<td>50,00 €</td>
<td>87,70 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtbeitrag 87,70 €</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

... sondern so:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarif</th>
<th>tägliche Leistung</th>
<th>monatlicher Beitrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ESP-VS 8</td>
<td>25,00 €</td>
<td>52,78 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtbeitrag 52,78 €</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

(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 Selbständige 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 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 Karenzzeit und/ oder höheres Tagegeld):

- entweder gesetzlich über einen Krankengeld-Wahltarif;
- Achtung Bindungsfälle: In diesem Fall gilt die 3-jährige Bindungsfrist;
- oder über ein PKV Krankentagegeld

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.


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

Beispiel: Selbstständiger ist seit 01.01.2018 freiwillig GKV-versichert

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Steuerbescheid für 2018 (Gewinn: 27.800 €)</th>
<th>Steuerbescheid für 2019 (Gewinn: 45.800 €)</th>
<th>Steuerbescheid für 2020 (Gewinn: 49.300 €)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2019</td>
<td>Steuerbescheid für 2018</td>
<td>Steuerbescheid für 2019</td>
<td>Steuerbescheid für 2020</td>
</tr>
<tr>
<td>2020</td>
<td>GKV-Beiträge: vorläufig 345 €*</td>
<td>GKV-Beiträge: vorläufig 569 €*</td>
<td>GKV-Beiträge: vorläufig 629 €*</td>
</tr>
<tr>
<td>2021</td>
<td>Nachzahlung für 2019: (629 € / 12 = 52.417 €)</td>
<td>Nachzahlung für 2019: (629 € / 12 = 52.417 €)</td>
<td>Nachzahlung für 2019: (629 € / 12 = 52.417 €)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diese Beispiel zeigt, wie die Beiträge berechnet werden und nach welchem Verfahren sie gezahlt werden.


Beispiel zur Krankentagegeld-Ermittlung (Marke SI)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Selbstständiger versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 500 €)</th>
<th>Berechnung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Jährlicher Gewinn (Umsatz abzüglich Betriebsausgaben) 1</td>
<td>48.000,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Einkommensteuer 2</td>
<td>- 6.628,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Solidaritätszuschlag 2</td>
<td>- 0,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Kirchensteuer 2</td>
<td>- 0,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Berechnung erfolgt über die Einkommensteuerbescheiden und ergibt die endgültige Beitragsfestsetzung. Die Nachzahlung berechnet sich auf die Differenz der Beiträge.

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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Selbstständiger versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 500 €)</th>
<th>Berechnung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bruttoeinkommen (Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG)</td>
<td>48.000,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>80 % 1 davon ergibt das absicherbare Einkommen</td>
<td>38.400,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>= monatliches absicherbares Einkommen</td>
<td>3.200,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>= 1/30 davon ergibt das tägliche absicherbare Einkommen</td>
<td>107,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Mögliches Krankentagegeld (pro) = 110,00 € 2

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

Sonderfall: Vorstand einer AG

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


Hinweis: Die Beitragsbemessung nach Mindesteinkommen bleibt nach wie vor bestehen.
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 Familienversion gemäß § 10 SGB V ausgeschlossen. Der GKV Splitzenverband 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. Rechtsanwärter) und 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


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 Gesellschaftsverhältnisses tätig ist und in abhängiger Beschäftigung zum Unternehmen steht.

3.4 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung


3.5 Beendigung der selbstständigen Erwerbstätigkeit

Die selbstständige Erwerbstätigkeit endet, wenn die Erwerbstätigkeit nachweislich eingestellt wird, werden gesetzliche Bedeutung und zeitlicher Umfang zu prüfen, ob die Erwerbstätigkeit wiederum selbstständige Tätigkeit bleibt.

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 Mittel¬punkte der Erwerbstätigkeit darstellt.

4.1 Personen, die mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen


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 Einzelfall im Hinblick auf die wirtschaftliche Bedeutung und den zeitlichen Umfang zu prüfen, ob die selbständige 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 lediglich 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 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.


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 Feststellung der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit

ZIELGRUPPEN/FACHTHEMEN

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.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ist der GmbH-GGF sozialversicherungsrechtlich Selbstständiger oder Arbeitnehmer?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Kapitalanteil GGF</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Oder mitarbeitender Gesellschafter mit mehr als 50 %?</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Selbstkontrolle</th>
<th>Ist es dem GGF erlaubt, mit sich selbst im Namen der GmbH Verträge zu schließen (§ 181 BGB)?</th>
<th>NEIN</th>
<th>JA</th>
</tr>
</thead>
</table>

Verfügt der GGF als einziger Gesellschafter über die für die Führung des Betriebes notwendigen Branchenkenntnisse?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Branchenkenntnis</th>
<th>NEIN</th>
<th>JA</th>
</tr>
</thead>
</table>

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

Mit Heinrich Drei Zuschuss, ist dieser wie Arbeitslohn voll zu versteuern.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Weisungsgebundenheit</th>
<th>Ist der GmbH-GGF in Zeit, Dauer und Ort der Arbeitsleistung an Weisungen der Gesellschaft gebunden?</th>
<th>JA</th>
<th>NEIN</th>
</tr>
</thead>
</table>

Verfügt ein Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH nicht über die rechtliche Möglichkeit, ihm nicht genehmigte Weisungen jederzeit abzuwenden, so unterliegt er der Sozialversicherungspflicht.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Familien-GmbH</th>
<th>Sprechen die vertraglichen Vereinbarungen für eine selbstständige Tätigkeit?</th>
<th>NEIN</th>
<th>JA</th>
</tr>
</thead>
</table>

Maßgebend für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung ist jetzt immer die abstrakte Rechtsmacht (ist es also vertraglich festgelegt).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Firmenumwandlung</th>
<th>War der GGF vorher Alleininhaber der Firma?</th>
<th>NEIN</th>
<th>JA</th>
</tr>
</thead>
</table>

Beinhaltet der Anstellungsvertrag typische Arbeitnehmerrechte und -pflichten, ist von einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis auszugehen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erhebliches Unternehmerrisiko?</th>
<th>NEIN</th>
<th>JA</th>
</tr>
</thead>
</table>

Sind lediglich Indizien für die Selbstständigkeit

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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Selbstständigkeit</th>
<th>Nein</th>
<th>Ja</th>
</tr>
</thead>
</table>

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

ZIELGRUPPEN/FACHTHEMEN

Empfehlung für die in der Gründungsphase praktische Vorgehensweise


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 rechtliche Möglichkeit, ihm nicht genehmigte Weisungen jederzeit abzuwenden, so unterliegt er der Sozialversicherungspflicht).

**Beherrender 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. Zählt die GmbH trotzdem einen Zuschuss, ist dieser als Arbeitlohn 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-VA).

b) **GGF gilt sozialversicherungsrechtlich als Arbeitnehmer.** In dem Fall wären spezielle KTG-Angebote für Arbeitnehmer zu berücksichtigen (z. B. ESP-VS).
Künstler und Publizisten


Betreffen 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.


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


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.


2. in laufender künstlerischer Tätigkeit


Beispiel

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahresarbeitsentgeltgrenze in den Jahren:</th>
<th>tatsächliches Jahresarbeitsentgelt:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2019 = 60.750 €</td>
<td>2019 = 61.500 €</td>
</tr>
<tr>
<td>2020 = 62.550 €</td>
<td>2020 = 63.080 €</td>
</tr>
<tr>
<td>2021 = 64.350 €</td>
<td>2021 = 55.950 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Antrag am 25.01.2022 (Bescheid wirkt ab 01.02.2022)

Summe Jahresarbeitsentgeltgrenze 2019 bis 2021 = 187.650 €

Summe tatsächlicher 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 einen 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).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zu dem Personenkreis gehören:</th>
<th>Aus folgenden Bereichen:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>landwirtschaftliche Unternehmer,</td>
<td>Land- und Forstwirtschaft einschließlich Wein- und Gartenbau, Teichwirtschaft und Fischzucht.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| mitarbeitende Familienangehörige, | Gleichgestellt sind Unternehmer der Binnenfischerei, Imkerei und Wänderschäferei, Binnenfischerei, Imkerei und Wan-
| Bezieher von Altersgeld | dergewachsen, Imkerei und Wan-


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 Haupterwernequelle 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.


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


2. Antragsfrist


   „55er“-Regelung

   Seit dem 01.07.2020 werden mindestens 55-jährige Gärtner, Landwirte, Künstler und Publizisten, die in den letzten 5 Jahren vorher PKV-versichert waren, nicht mehr versicherungspflichtig.
Höherverdienende Arbeitnehmer


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

b) zu Beginn einer Beschäftigung


Variables Entgelt (z. B. Provisionen)


Berechnungsformel zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Monatsbezüge x 12</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>+ Einmalzahlungen (Urlaubs-, Weihnachtsgeld)</td>
</tr>
<tr>
<td>+ vermögenswirksame Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>+ Überstundenvergütungen sowie sonstige Zulagen, soweit sie regelmäßig anfallen (Bescheinigungen bzw. Schätzung des Arbeitgebers erforderlich) und pauschal vergütet werden</td>
</tr>
<tr>
<td>/. Einnahmen, die kein Arbeitsentgelt sind (z. B. steuerfreie Zuschläge oder ggf. Beiträge zu einer betrieblichen Altersversorgung)</td>
</tr>
<tr>
<td>/. unregelmäßiges Arbeitsentgelt (z. B. nicht pauschal vergütete Mehrarbeit)</td>
</tr>
<tr>
<td>/. Familienzuschläge (z. B. Ortszuschlag ab Stufe 2 bei Arbeitnehmern im öffentlichen Dienst)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

= regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt (JAE)

Hinweise zur Berechnung

Wie das JAE berechnet wird, steht nicht unmittelbar im Gesetz. Aus schlaggebend 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


Zuordnung Arbeitsentgelt zum regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Entgeltarten</th>
<th>anzu-rechnen</th>
<th>nicht anzu-rechnen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bereitschaftsdienstvergütung</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erschwerenzulagen*</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tatsächliche Fahrtkostenerstattung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Familienzuschläge</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gewinnbeteiligung*</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jubiläumszuwendung</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schicht-, Schmutzzulage, etc. (bei ständiger Zahlung)</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tatsächliche Überstundenzahlung</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pauschale Überstundenzahlung</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld*</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Belegschaftsrabatt</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vermögenswirksame Leistungen</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verbesserungsvorschläge</td>
<td>✔</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) 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 Annameerklärung.

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).


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


Wir zahlen ein Krankentagegeld in vertraglich vereinbarter Höhe bis zu 450 Euro bei Lohnmenge bis 450 Euro (gesetzlich festgelegte Mindest 6 Wochen Entgeltfortzahlung (gesetzlich festgelegte Mindestdauer, ggf. direkt an den bekannten Vorversicherer).

Franzose: Arbeitgeberzuschuss – Arbeitgeber zahlt bis zu Hälfte

26. ZIELGRUPPEN/FACHTHEMEN
**Krankentagegeld für höherverdienende Arbeitnehmer**

**Besonders wichtig: die richtige Krankentagegeld-Höhe**


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 anhaltende 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 Krankentagegeldtarifen der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung ein pauschaler 80 %-iger Ansatz anzuwenden ist.

**Beispiel zur Krankentagegeld-Ermittlung (Marke SIGNAL IDUNA)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitnehmer versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 600 €)</th>
<th>Berechnung</th>
<th>Individuelle Berechnung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ihr monatliches Brutto-Arbeitsentgelt</td>
<td>6.500,00 €</td>
<td>€</td>
</tr>
<tr>
<td>./. Lohnsteuer</td>
<td>- 1.652,50 €</td>
<td>- €</td>
</tr>
<tr>
<td>./. Solidaritätszuschlag</td>
<td>- 28,50 €</td>
<td>- €</td>
</tr>
<tr>
<td>./. Kirchensteuer</td>
<td>- 0,00 €</td>
<td>- €</td>
</tr>
<tr>
<td>./. Arbeitnehmeranteil zur Arbeitslosenversicherung</td>
<td>- 78,00 €</td>
<td>- €</td>
</tr>
<tr>
<td>./. Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung</td>
<td>- 604,50 €</td>
<td>- €</td>
</tr>
<tr>
<td>+ Arbeitgeberanteil PKV und PPV</td>
<td>+ 300,00 €</td>
<td>+ €</td>
</tr>
<tr>
<td>+ Beitrag zur Rentenversicherung (Basis: 80 % des Arbeitsentgelts)</td>
<td>+ 967,20 €</td>
<td>+ €</td>
</tr>
<tr>
<td>= Absicherbares Einkommen</td>
<td>= 5.403,70 €</td>
<td>= €</td>
</tr>
<tr>
<td>= 1/30 davon ergibt das tägliche absicherbare Einkommen</td>
<td>= 180,12 €</td>
<td>= €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Mögliches Krankentagegeld (ESP-VA)*

= 185,00 €

1 Steuerklasse I, kinderlos, keine Kirchensteuer
2 Das tägliche absicherbare Einkommen wird auf die nächsten 5 Euro aufgerundet.

**Sonderfall Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH**


**Beispiel zur Krankentagegeld-Ermittlung (Marke Deutscher Ring Krankenversicherung)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitnehmer versichert bei SIGNAL IDUNA (PKV + PPV-Beitrag: 600 €)</th>
<th>Berechnung</th>
<th>Individuelle Berechnung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ihr monatliches Brutto-Arbeitsentgelt</td>
<td>6.500,00 €</td>
<td>€</td>
</tr>
<tr>
<td>80 % davon ergibt das absicherbare Einkommen</td>
<td>5.200,00 €</td>
<td>€</td>
</tr>
<tr>
<td>= 1/30 davon ergibt das tägliche absicherbare Einkommen</td>
<td>= 173,33 €</td>
<td>= €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Mögliches Krankentagegeld (pro v)*

= 175,00 €

1 pauschaler Ansatz
2 Das tägliche absicherbare Einkommen wird auf die nächsten 5 Euro aufgerundet.
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 trägt dem Gedanken Rechnung, dass sich der Arbeitgeber auch an den Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegepflichtversicherung beteiligen muss. Deshalb ist der Betrag auf die Hälfte des zu zahlenden Beitrages begrenzt, maximal auf die gesetzlichen Höchstgrenzen.

Im Jahr 2021 sind dies:

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


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

2. Bürgerentlastungsgesetz

2.1 Allgemeines


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.


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 €
= Gesambeitrag 440 €
KV-Arbeitgeberzuschuss 220 €
Pflegepflichtversicherung 40 €
PPV-Arbeitgeberzuschuss 20 €

3.2 Bürgerentlastungsgesetz
Krankenversicherung 400 €
+ Krankentagegeld 40 €
= Gesambeitrag 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 €
= Gesambeitrag 780 €
KV-Arbeitgeberzuschuss 384,58 €
Pflegepflichtversicherung 60 €
PPV-Arbeitgeberzuschuss 30 €

3.4 Bürgerentlastungsgesetz
Krankenversicherung 700 €
+ Krankentagegeld 80 €
= Gesambeitrag 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitgeberzuschuss</th>
<th>Steuerliche Berücksichtigung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rechtsgrundlagen</td>
<td>§ 10 EStG in Verbindung mit der KVBEVO</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenversicherung: § 257 SGB V</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegepflichtversicherung: § 61 SGB XI</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Welche Beitragsanteile werden berücksichtigt?

In der Krankenversicherung alle Beitragsanteile, deren Leistungen der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen. Dazu zählen unter anderem:

- Krankenleistungsbeteiligung
- Krankenpflegeleistungsbeteiligung
- Tarife für stationären Versorgung
- Tarife für ambulante Versorgung
- 10 %ige Vorsorgezuschuss
- Tarife zu integrierten Beitragsentlastungskomponenten

Im Pflegeversicherungsbereich beträgt die berechnete Beitragssumme den für den Beschäftigten steuerlich berücksichtigbaren Anteil.

Steuerlich abzugsfähig sind:

- In der Krankenversicherung alle Beitragsanteile, deren Leistungen der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen, inklusive integrierter Beitragsentlastungskomponenten. Dieser Anteil wird gemäß KVBEVO ermittelt.
- Pflegepflichtbeiträge
- Krankenversicherungsbeiträge, die nicht GKV-Niveau entsprechen
- Tarife, die ausschließlich Wahlleistungen vorsehen
- Krankenhaus- bzw. Krankenleistungsbeteiligung
- Beitragsrückerstattungen in Höhe des „KVBEVO-Faktors"
- voller Arbeitgeberzuschuss

Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzliche Grundlage für die Ermittlung des Arbeitgeberzuschusses ergibt sich aus § 257 SGB V (siehe Seite 157), dem nachfolgend abgedruckten Rundschreibens des Bundesministeriums 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


Privat Krankenversicherte Beschäftigte erhalten einen Arbeitgeberzuschuss für sich und ihre Angehörigen, wenn diese bei (unterstellter) Versicherungspflicht des Beschäftigten familienversichert sind, 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 Beitragsschuss 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 Einkünfte ergibt. Der Zuschuss darf die Hälfte des tatsächlich zu leistenden Betrags nicht überschreiten (vgl. BMI-Bezugsrundschreiben).

BMI-Bezugsrundschreiben

GMBl 2010, S. 1218
Kranken- und Pflegeversicherung bei Arbeitslosigkeit (Merkblatt)

1. Bezug von Arbeitslosengeld (ALG) I oder Unterhalts geld
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 Arbeitnehmner 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?

1.1 Was passiert mit Ihrer SIGNAL IDUNA Kranken- und Pflegeversicherung?
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:

Der Vorteil einer Anwartschaft ist, dass nach Beendigung der Versicherungspflicht Ihr SIGNAL IDUNA Krankenversicherungsschutz 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 Älterungsrückstellungen erhalten!


Zu Möglichkeit 2:

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

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 ½:

Krankenversicherung 615,33 Euro monatlich
Pflegeversicherung 118,04 Euro monatlich
Arbeitnehmer, die in den letzten 52 Wochen vor der Arbeitslosigkeit ein monatliches Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze (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


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)

Durchführungsweg | Ausgestaltung | sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt?
--- | --- | ---
Direktzusage | – Entgeltumwandlung bis 4 % der Renten-BBG | nein
| – zusätzliche Arbeitgeberleistungen ohne diese Begrenzung |  |
Unterstützungskasse |  |
Direktversicherung* | zusätzliche Arbeitgeberleistungen oder Entgeltumwandlung bis 4 % der Renten-BBG im Rahmen von § 3 Nr. 63 EStG | Entgeltumwandlung (Sonderzahlung) bis 1.752 €, im Rahmen von § 40b EStG** pauschal besteuert
Pensionskasse* |  |
Pensionsfonds* | – | |

* 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 § 40b 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.


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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>GKV-Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied</th>
<th>SIGNAL IDUNA Krankenversicherung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9 Monate bis 6 Wochen vor der Entbindung (= 7,5 Monate) „normale“ Beschäftigung</td>
<td>18.750 €</td>
</tr>
<tr>
<td>6 Wochen vor bis zur Entbindung (= 1,5 Monate) Mutterschaftsfrist</td>
<td>546 €</td>
</tr>
<tr>
<td>24 Monate Elterngeld Plus (ggf. zusätzlich 4 Partnerschaftsmonate)</td>
<td>3.204 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Ab der Entbindung bis 8 Wochen danach (= 2 Monate) Mutterschaftsfrist</td>
<td>728 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Von der Entbindung bis 8 Wochen danach (= 10 Monate) Bezugsdauer Elterngeld</td>
<td>4.272 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Von der Entbindung bis 8 Wochen danach (= 12 Monate) Bezugsdauer Elterngeld</td>
<td>728 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ab dem 8. Woche nach der Entbindung bis zum Ende des 12. Monats (= 10 Monate) Bezugsdauer Elterngeld

<table>
<thead>
<tr>
<th>GKV-Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied</th>
<th>SIGNAL IDUNA Krankenversicherung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anspruch auf Elterngeld</td>
<td>16.250 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Höhe Elterngeld: 2.500 x 65 % = 1.625 €</td>
<td>4.272 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zusammengefasst für 21 Monate</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>43.750 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbeitnehmerin</th>
<th>PKV versichert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbeitslosen</td>
<td>Selbstständige Familienversicherte</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit Anspruch auf Krankengeld:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Krankenkasse zahlt bis zu 13 € pro Arbeitstag</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Arbeitgeber stockt das Entgelt auf, bis zu einer Höhe des Nettdurchschnittsverdienstes der letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mit Anspruch auf Krankengeld:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Krankenkasse zahlt Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ keine Leistung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ohne Anspruch auf Krankengeld:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ keine Leistung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ohne geringfügige Beschäftigung:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ keine Leistung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mit geringfügiger Beschäftigung:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ 210 € vom Bundesamt für Soziale Sicherung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ ggf. Aufstockung vom Arbeitgeber: Nettogehalt minus 13 € pro Arbeitstag</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Arbeitgeber stockt das Entgelt auf, bis zu einer Höhe des Nettodurchschnittsverdienstes der letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist minus 13 € pro Arbeitstag</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Beantragung von einmalig 210 € beim Bundesamt für Soziale Sicherung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ PKV zahlt Mutterschaftsgeld maximal in Höhe des versicherten Krankentagegeldes* (Anrechnung von Entgeltersatzleistungen wie z. B. Elterngeld oder Mutterschaftsgeld)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Beamtein erhält für Dauer der Mutterschaftsfristen ihre Bezüge weiter</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) SIGNAL IDUNA: Leistung erfolgt erst nach Ablauf der Karrenz- und Wartezeit
Privat versicherte Mütter in **Mutterschutz und Elternzeit**

**Beitragsvergleich**


<table>
<thead>
<tr>
<th>Zeitraum</th>
<th>GKV-Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied</th>
<th>SIGNAL IDUNA Krankenversicherung (KV-Vol inklusive Krankentagegeld und PVN 500 € / Monat)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>9 Monate bis 6 Wochen vor der Entbindung (= 7,5 Monate) „normale“ Beschäftigung</td>
<td>Arbeitnehmeranteil angenommener Beitrag 2021 4.837,50 € x (14,6 % + 1,3 % *) = 769,16 € Pflegeversicherung (3,05%) + Gesamt Arbeitnehmeranteil (458,35 € x 7,5 = 3.437,63 €)</td>
<td>Arbeitnehmeranteil KV-Beitrag = 500 € Arbeitnehmeranteil = 250 € (250 € x 7,5 = 1.875,00 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>6 Wochen vor bis zur Entbindung (= 1,5 Monate) Mutterschutzfrist</td>
<td>Beitrag 0,00 €</td>
<td>Beitrag ohne Arbeitgeberzuschuss 500 € x 1,5 = 750,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Von der Entbindung bis 8 Wochen danach (= 2 Monate) Mutterschutzfrist</td>
<td>Beitrag 0,00 €</td>
<td>Beitrag ohne Arbeitgeberzuschuss 500 € x 2 = 1.000,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>KV-Zusatzversicherung (Monatsbeitrag 60 € x 21)</td>
<td>1.260,00 €</td>
<td>0,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamte Beiträge für 21 Monate</td>
<td>9.136,04 €</td>
<td>8.625,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>GKV</th>
<th>PKV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einkommen /. Beiträge</td>
<td>43.750,00 €</td>
<td>43.414,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamteinkommen</td>
<td>34.613,96 €</td>
<td>34.789,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Achtung**


Ein PKV-versicherter Arbeitnehmer kann im Rahmen der Höchstbeiträge auch für die privat versicherte Ehefrau in der Elternzeit den Arbeitgeberzuschuss erhalten (Rundschreiben des Bundesinnenministeriums).
Studenten sind zumeist GKV-versichert


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


Doktoranden

Doktoranden, die ihr Promotionsstudium nach Abschluss eines Hochschulstudiums 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 gezo- gen. 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beitragszuschuss für GKV- und PKV-Versicherte</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 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

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

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

... im Aushilfsjob (über 20 Stunden wöchentlich)

<table>
<thead>
<tr>
<th>zeitlich be- grenzt*</th>
<th>berufsmäßig ausgeübt?</th>
<th>KV/ PV/ AV</th>
<th>RV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bis 3 Monate oder 70 Arbeitsstage</td>
<td>insgesamt nicht mehr als 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Kalenderjahr</td>
<td>versicherungsfrei, keine Beiträge</td>
<td>versicherungs- frei, keine Bei- träge</td>
</tr>
<tr>
<td>bis 3 Monate oder 70 Arbeitsstage</td>
<td>insgesamt nicht mehr als 3 Monate oder 70 Arbeitstage, aber nicht mehr als 26 Wochen im Kalenderjahr</td>
<td>versicherungsfrei, keine Beiträge</td>
<td>versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge</td>
</tr>
<tr>
<td>bis 3 Monate oder 70 Arbeitsstage</td>
<td>insgesamt mehr als 26 Wochen im Kalenderjahr</td>
<td>versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge</td>
<td>versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge</td>
</tr>
<tr>
<td>über 3 Monate, aber ausschließ- lich in den Semesterferien</td>
<td>insgesamt nicht mehr als 26 Wochen im Kalenderjahr</td>
<td>versicherungsfrei, keine Beiträge</td>
<td>versicherungspflichtig, allgemeine Beiträge</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweise zu den Praktikanten finden Sie auf Seite 125.

Studenten sind zumeist GKV-versichert


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


Doktoranden

Doktoranden, die ihr Promotionsstudium nach Abschluss eines Hochschulstudiums 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 Klamern Pflegebeiträge für kinderlose Studenten ab 23 Jahre.
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 „Zusatzklärung 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. Postleitzahlenbereichs 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)


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

1.1 Versicherung in der gesetzlichen Schweizer Krankenversicherung (KVG)


1.2 Krankenvollversicherung bei der SIGNAL IDUNA


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 Sondervorleistungen 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 Sondervorleistungen 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 den keitungen 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.


Beim Zahnarzt

Gesetzliche Krankenversicherte erhalten für Zahnarsatz lediglich eine Grundversorgung. Seit dem 01.01.2005 werden so genannte Festzuschüsse gewährt. Diese bilden die Regelversorgung eines Kassenpatienten ab. Die Krankenkassen zahlen 70 % des Bruttoarbeitsentgeltes bis zur Beitragsbemessungsgrenze, maximal 90 % des letzten Netto. Im Jahr 2021 beträgt das Krankengeldlücke für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer 1.000 €.

Sehhilfen, Auslandsreisen, Heilpraktiker

Auch hier sind Leistungslücken an der Tagesordnung.


Krankengeldlücken für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer

Die Kasse zahlt 70 % des Bruttolohnes bis zur Beitragsbemessungsgrenze, maximal 90 % des letzten Netto. Im Jahr 2021 beträgt das monatliche Höchstkrankeingeld 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).

GKV-Leistungen auf einen Blick:

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

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

Für Selbstständige


Wichtig

Bei einer Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch sollte aber für weitere 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.
Kostenerstattung für gesetzlich Krankenversicherte

Was bedeutet Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?


Beispiel: Eine vierköpfige Familie mit zwei beitragsfreien 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 eingeschränkt werden. Dafür kommen vier Bereiche infrage:

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


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.
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.


Gesetzlich Krankenversicherte

Die gesetzliche Grundabsicherung sinnvoll ergänzen


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

- 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 KlinikTOP1 pur 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 1 pur 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).


<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahresbruttoeinkommen</th>
<th>Empfehlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 10.000 €</td>
<td>ESP-E 43</td>
</tr>
<tr>
<td>10.000 bis 24.999 €</td>
<td>ESP-E 43</td>
</tr>
<tr>
<td>25.000 bis 39.999 €</td>
<td>ESP-E 43</td>
</tr>
<tr>
<td>40.000 bis 59.400 €</td>
<td>ESP-E 43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Beitragsersparnis in den „pur“-Varianten


Wartezeiten

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

Vorteile der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.


Eine starke Versichertengemeinschaft.


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 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.


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**


Beihilfeberechtigte, Heilförsorgeberechtigte

Krankenversicherungspflicht seit 01. Januar 2009


Individuelle 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 Beihilfeschriften 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 „Beihilfteabelle“ (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 Beihilferafäre der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung, korrigierte 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 Beihilferaten:

- Marke SIGNAL IDUNA: 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 Ergänzungssäcke 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.

„Beihilfeluken“

Zusätzliche Lücken bei den Krankheitskosten entstehen für den Beamten dadurch, dass der Dienstherr nicht sättliche 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:


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 zu den notwendigen 100% Krankenversicherung in der GKV oder PKV (100% Stufen der Tarifserien BeihilfeSTART, BeihilfeKOMFORT und BeihilfeEXKLUSIV) gezahlt.


Freie Heilförsorge

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

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

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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>ambulanter Beihilfeanspruch</th>
<th>stationärer Beihilfeanspruch</th>
<th>Tarifangebot</th>
</tr>
</thead>
</table>
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:
  - 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

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

1) Erstattung von der freien Heilführsorge  
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 Heilführsorge erhalten nur Beamte des mittleren Dienstes. In der Praxis erfolgen die meisten Verbeamtungen im gehobenen Dienst.  
5) Freie Heilführsorge wird auch während des Einsatzes/der Verwendung in der „Einsatzstufe“ gewährt.  
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


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 höherverdiende Arbeitnehmer einen Beitragszuschuss bis zur Hälfte seines privaten Krankenversicherungsbeitrages. Weist er keine Krankenversicherung nach, erhält er auch keinen Beitragszuschuss, sondern Beihilfe.


Das heißt: Der Dienstherr beteiligt sich also auch an den Selbstbeteiligungen!
Für diesen Personenkreis rechnen sich unsere Selbstbeteiligungsstarife, 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

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.

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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>GKV-pflichtversichert</th>
<th>GKV-freiwillig versichert</th>
<th>PKV-versichert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ambulant</td>
<td>stationär</td>
<td>ambulant</td>
</tr>
<tr>
<td>Bund, Eintritt vor Januar 1999</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Bund, Eintritt nach Dezember 1998</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Bund (Ost), Neue BL</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg, Eintritt vor Oktober 1997</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg, Eintritt nach September 1997**</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern, Eintritt vor Januar 2001</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern, Eintritt nach Dezember 2000</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen, Hamburg</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen, Eintritt vor Mai 2001</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen, Eintritt nach April 2001</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>GKV-pflichtversichert</th>
<th>GKV-freiwillig versichert</th>
<th>PKV-versichert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ambulant</td>
<td>stationär</td>
<td>ambulant</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen, Eintritt vor Januar 1999</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen, Eintritt nach Dezember 1998</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen, Eintritt vor Januar 1999</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen, Eintritt nach Dezember 1998</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein, Eintritt vor September 1970</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, nur im Ausnahmefall</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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

Folgende Konstellationen sind dabei zu unterscheiden:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Eintritt in den öffentlichen Dienst</th>
<th>Krankenversichert in</th>
<th>Entgeltfortzahlung</th>
<th>Krankengeldzuschuss</th>
<th>Anmerkungen/Lücke</th>
</tr>
</thead>
</table>

*) 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 –

Berechnungshilfe

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.1 Bruttoeinkommen</td>
<td>bis 6. KW (1. bis 42. Tag)</td>
<td>volle Entgeltfortzahlung</td>
<td>0 €</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7. KW bis 39. KW (43. bis 273. Tag)</td>
<td>2.1 Krankengeldzuschuss**</td>
<td>GKV Höchstbrutto-krankengeld *, zzgl. GRV-Beitrag plus AG-Anteil zur KV, PV</td>
<td>ESP-VA 43</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>= 1.2 ./ GKV-Höchst-bruttkrankengeld</td>
<td>(GRV-Beitrag = 80 % Bruttoeinkommen 1.1 x 18,6 %)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>1.2 Nettoeinkommen</td>
<td>ab 40. KW (ab 274. Tag)</td>
<td>0 €</td>
<td>Übernahme aus 2.1</td>
<td>ESP-VA 274</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Höchst-Bruttokrankengeld der GKV  = 2.388,60 € (90 % von 2.654 €)</td>
<td>Nettoeinkommen ./ Höchst-Bruttokrankengeld der GKV: 2.654 € ./ 2.388,60 € = 265,40 €</td>
</tr>
<tr>
<td>+ 1/2 PKV/PPV-Beitrag = 270,00 €</td>
<td>Ab der 40. Krankheitswoche (274. Tag) muss dieser Krankengeldzuschuss ebenfalls abgesichert werden: 265,40 € : 30 = 8,85 €</td>
</tr>
<tr>
<td>+ GRV-Beitrag (80 % vom Bruttoeinkommen x 18,6 %) = 669,60 €</td>
<td>Krankentagegeldabsicherung ab 43. Tag: 111 €</td>
</tr>
<tr>
<td>= Krankentagegeld-Bedarf = 3.328,20 €</td>
<td>zusätzliche erforderliche Absicherung 9 €/ Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorschrift</td>
<td>Zahnversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Bund</td>
<td>60 % beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Baden-Württemberg  | 70 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Bayern             | 40 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Berlin             | 40 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Brandenburg        | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Bremen             | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Hamburg            | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Hessen             | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Mecklenburg-Vorpommern | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Niedersachsen      | 40 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Nordrhein-Westfalen | 70 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Rheinland-Pfalz     | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Saarland           | 50 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Sachsen            | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 55 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Sachsen-Anhalt     | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Schleswig-Holstein | 60 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |
| Thüringen          | 40 % beihilfefähig | nein/ Schulsport bis 52 €   | ja, feste Höchstbeträge, je nach Indikation | bis zu fest vereinbarten Höchstbeträgen |
| Tarifergänzung     | (KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)  
1) oder (BE bzw. BKE)  
2) | maximal 20,50 €    | 3,5 GOÄ |

1) Marken 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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorschrift</th>
<th>Heilbehandlung bei privaten Auslandsreisen</th>
<th>Auslandsrücktransport</th>
<th>Schutzimpfungen bei privaten Auslandsreisen</th>
<th>Abzug je Arznei-/Verbandmittel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bund</td>
<td>außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>10 % (mind. 5 €, max. 10 €)¹ ²</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>nur Inlandssätze beihilfefähig, keine stationären Wahlleistungen außerhalb EU/EWR und Schweiz</td>
<td>nein</td>
<td>nur öffentlich empfohlene</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>nur innerhalb Europas Inlandssätze beihilfefähig, sonst nein</td>
<td>nein</td>
<td>nur in EU bei amtlichen Impfempfehlungen durch STIKO</td>
<td>3 €³</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nein, nur in Ausnahmefällen</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>10 % (mind. 5 €, max. 10 €)¹ ²</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>nur Inlandssätze beihilfefähig</td>
<td>nein</td>
<td>nur in EU-Länder, nur nach STIKO</td>
<td>6 €¹</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>nur Inlandssätze beihilfefähig</td>
<td>nein</td>
<td>nur nach STIKO und nur bei Reisen in EU-Länder</td>
<td>10 % (mind. 5 €, max. 10 €)³</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>nur Inlandssätze beihilfefähig</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>4,50 €¹</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>10 % (mind. 5 €, max. 10 €)¹ ²</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nein, nur in Ausnahmefällen</td>
<td>10 % (mind. 5 €, max. 10 €)³</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>je nach Fallkonstellation individuelle Prüfung</td>
<td>nein</td>
<td>ja</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>innerhalb EU voll, sonst Inlandssätze beihilfefähig</td>
<td>nein</td>
<td>nur innerhalb der EU, wenn von STIKO empfohlen</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nein innerhalb EU, sonst nein</td>
<td>nein⁴</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>außerhalb EU nur Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nur nach STIKO</td>
<td>4/4,50/5 € bei Preis bis 16/26/26 €¹</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>außerhalb EU nur Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>10 % (mind. 5 €, max. 10 €)³</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>außerhalb EU nur Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>nur öffentlich empfohlene</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E1 bzw. EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>außerhalb EU Inlandssätze beihilfefähig, sonst voll</td>
<td>nein</td>
<td>durch STIKO empfohlen</td>
<td>4 €³</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(KOMFORT-B-E bzw. EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorschrift</th>
<th>Hilfsmittel</th>
<th>Zahnbehandlung/Implantate</th>
<th>Infos: QR-Code scannen/anklicken</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bund</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, z. B. Hörgerät max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig</td>
<td>Max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifergänzung</th>
<th>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog - nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Rollstuhl bis 1.300 €, Perücke bis 18 Jahre 1.250 €, sonst bis 1.000 € beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifergänzung</th>
<th>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur in angemessener Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifergänzung</th>
<th>(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Berlin ***</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog - nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifergänzung</th>
<th>(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Brandenburg ***</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücken bis 512 € beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifergänzung</th>
<th>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bremen ***</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifergänzung</th>
<th>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hamburg ***</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.050 €/Ohr, Perücke bis 700 € beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifergänzung</th>
<th>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgeräte bis max. 1.500 €/Ohr, Perücke bis 512 € beihilfefähig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorschrift</th>
<th>Hilfsmittel</th>
<th>Zahnbehandlung/Implantate</th>
<th>Infos: QR-Code scannen/anklicken</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis max. 1.500 €/Ohr, Perücken bis 512 € beihilfefähig</td>
<td>max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, z. B. Hörgerät max. 1.500 €/Ohr, Perücken bis 700 € beihilfefähig</td>
<td>Max. 4 Implantate je Kiefer, bei 4 besonderen Indikationen auch darüber hinaus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.200 € beihilfefähig (bis 14. Lj. 800 €)</td>
<td>Max. 10 Implantate bis max. 1.000 €/Implantat beihilfefähig, bei 5 besonderen Indikationen entfallen diese Begrenzungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücken bis 512 € beihilfefähig</td>
<td>Max. 2 Implantate je Kiefer beihilfefähig, bei 7 besonderen Indikationen auch darüber hinaus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücken bis 512 € beihilfefähig</td>
<td>Max. 2 Implantate je Kiefer beihilfefähig, bei 3 Indikationen max. 4 Implantate je Kiefer</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €/Ohr, Perücken bis 520 €</td>
<td>Max. 2 Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig, bei 4 besonderen Indikationen auch darüber hinaus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät max. 1.500 €/Ohr, Perücken bis 512 € beihilfefähig</td>
<td>Max. 2 Implantate je Kiefer, bei 5 besonderen Indikationen auch darüber hinaus</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E1)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät max. 1.100 €/Ohr, Perücken bis 1.000 € beihilfefähig</td>
<td>Implantate beihilfefähig, ohne Anzahlbegrenzung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen***</td>
<td>Geschlossener Hilfsmittelkatalog, nur bis zur angemessenen Höhe, z. B. Hörgerät bis 1.500 €, Perücken bis 512 € beihilfefähig</td>
<td>Max. 2 Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig, bei 4 besonderen Indikationen auch darüber hinaus (dann 100 % für Material- und Laborkosten)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>(EXKLUSIV-B-E)* oder (BE bzw. BKE)**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vorschrift</td>
<td>genereller Abzug im Krankenhaus</td>
<td>Anspruch auf Wahlleistungen</td>
<td>Abzug Zweibettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Bund</td>
<td>10 € ¹ / 28 Tage</td>
<td>ja</td>
<td>14,50 € ¹ / Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>EKH10  ⁴)</td>
<td>EKH15</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>nein</td>
<td>nur wenn 22 € ge-</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>–</td>
<td>⁴)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>nein</td>
<td>ja</td>
<td>7,50 € ² / 30 Tage</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁴)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>10 € ¹ / 28 Tage</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>EKH10  ⁵)</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg  ⁶)</td>
<td>10 € ¹ / 28 Tage</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>EKH10  ⁵)</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen  ⁸)</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁵)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg  ⁸)</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁵)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>nein</td>
<td>nur wenn 18,90 € ge-</td>
<td>16 € ⁵ / Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁴)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>10 € ¹ / 28 Tage</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>EKH10  ⁵)</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>10 € ¹ / 28 Tage</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>EKH10  ⁵)</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>nein</td>
<td>ja</td>
<td>15 € ¹ / Tag für max. 20 Tage / Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁴)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>nein</td>
<td>nur wenn 26 € ge-</td>
<td>12 € ⁵ / Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁴)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁵)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>nein</td>
<td>ja</td>
<td>14,50 € ⁵ / Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁴)</td>
<td>EKH15</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>10 € ¹ / Tag für max. 28 Tage im Kalenderjahr</td>
<td>ja</td>
<td>14,50 € ⁵ / Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>EKH10  ⁴)</td>
<td>EKH15</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>nein</td>
<td>nein</td>
<td>entfällt</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁵)</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen  ⁶)</td>
<td>nein</td>
<td>ja</td>
<td>7,50 € ² / Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarifergänzung</td>
<td>–</td>
<td>⁴)</td>
<td>EKH10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹) Abzug von der Summe der beihilfesfähigen 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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorschrift</th>
<th>Eigener Beihilfeanspruch während der Elternzeit</th>
<th>Beihilfeanspruch bei anschließender Beurlaubung aus familiären Gründen</th>
<th>KV-/PV-Zuschuss während der Elternzeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bund</td>
<td>Ja, generell 70 % GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>nein</td>
<td>Bis 42 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, bis 120 € bei Anwärter und Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>Ja, generell 70 %, GKV-Familienversicherung nicht möglich.</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis 30 €, wenn Einkünfte unter Versicherungspflichtgrenze, ≤ A11 80 € ≤ A8 volle Erstattung</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg*</td>
<td>Ja, generell 70 % GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen*</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>nein</td>
<td>Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg*</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis 42 €, wenn Besoldung ≤ Versicherungspflichtgrenze; während der Eltern zeit bis 120 €, wenn Besoldung ≤ A8 bzw. Anwärter</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>nein</td>
<td>Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung bis einschließlich Besoldungsgruppe A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>Ja, generell 70 % GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter oder Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>nein</td>
<td>Bis 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter bzw. Besoldung ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch besteht. GKV-Familienversicherung nicht möglich.</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Ja, bis 31 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung bis Besoldungsgruppe A8 während Eltern geld bezug</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis 30,68 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung wenn Besoldung ≤ A8 und für Beamte auf Widerruf</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>nein</td>
<td>Bis max. 30,70 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, während Eltern geld bezug volle Erstattung bis Besoldungsgruppe A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, wenn nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis max. 31 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung bis einschl. Besoldungsgruppe A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>Ja, generell 70 % GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>Bis max. 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter und Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>nur bei Alleinerziehenden</td>
<td>Bis max. 31 €, wenn Einkommen unter Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung während Eltern geld bezug für Anwärter und Bezüge ≤ A8</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen*</td>
<td>Ja, GKV-Familienversicherung nicht möglich</td>
<td>Ja, sofern nicht über beihilfeberechtigten Ehegatten Beihilfeanspruch bzw. wenn kein Anspruch auf GKV-Familienversicherung besteht</td>
<td>bis max. 30,50 €, wenn Einkommen unter KV-Versicherungspflichtgrenze, volle Erstattung wenn Bruttoeinkommen ≤ Endstufe A6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bund*</td>
<td>20.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung when Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 20.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern*</td>
<td>20.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung when Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 20.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin**</td>
<td>17.000 € im zweiten Jahr vor Beihilfeantragstellung when Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 17.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg**</td>
<td>17.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 17.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen**</td>
<td>12.000 € im Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung when Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 12.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg**</td>
<td>18.000 € im Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung when Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 18.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht möglich</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern*</td>
<td>20.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 20.000 € sinken</td>
<td>-20 %, wenn Arbeitgeberzuschuss zum KV-Beitrag gewährt wird ja, allerdings nur einmalig, wenn Anspruch entsteht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen*</td>
<td>≤ 18.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt unter 18.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen*</td>
<td>18.000 € im Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte entfallen und bislang erzieltes Einkommen im lfd. Jahr unter 18.000 €</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz*</td>
<td>a) Beamter am 31.12.2011 vorhanden • bei Eheschließung vor 01.01.2012 ≤ 20.450 €, • ansonsten ≤ 17.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Kalenderjahr unter 20.450 € bzw. 17.000 € sinken</td>
<td>-20 %, wenn Arbeitgeberzuschuss zum KV-Beitrag gewährt wird ja, allerdings nur einmalig, wenn Anspruch entsteht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland*</td>
<td>≤ 16.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Jahr auf ≤ 16.000 € sinken</td>
<td>-20 %, wenn PKV-Zuschuss mindestens 40,90 € bei Verzicht auf PKV-Zuschuss über 40,89 €, keine Reduzierung um 20 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen*</td>
<td>≤ 18.000 € im Durchschnitt der letzten 3 Jahren vor Leistungsüberbringung</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt*</td>
<td>≤ 20.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt auf ≤ 17.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein*</td>
<td>≤ 20.000 € im Vorvorjahresjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Jahr insgesamt auf ≤ 20.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen**</td>
<td>≤ 18.000 € im zweiten Kalenderjahr vor Beihilfeantragstellung</td>
<td>wenn Einkünfte im lfd. Kalenderjahr auf ≤ 18.000 € sinken</td>
<td>nein</td>
<td>nicht notwendig</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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.


Besteht Anspruch auf Kindergeld?

Die häufigsten Kindergeldfälle sind farblich gekennzeichnet.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ist Kind jünger als 18 Jahre?</th>
<th>nein</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ist Kind jünger als 21 Jahre?</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Ist Kind jünger als 25 Jahre?</td>
<td>ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Es besteht Anspruch auf Kindergeld.

- kann mangels Ausbildungslplatz nicht beginnen/fortsetzen?
- leistet freiwilliges soziales/ökologisches Jahr/ Bundesfreiwilligendienst?

Befindet sich das Kind im Erststudium oder in einer 1. Berufsausbildung?

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. die „Normal“-Beihilfetarife</th>
<th>2. für den Beihilfe-Basistarif (BTB)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Krankenversicherung: garantierte Aufnahme, max. 30 % Risikozuschlag, kein Aufnahmehöchstalter</td>
<td>Krankenversicherung: garantierte Aufnahme, kein Risikozuschlag, ohne Vorversicherungszeit und Altersgrenze.</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Saarland, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen</td>
<td>Marke SIGNAL IDUNA: Tarif KOMFORT-B + 1, 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg 3), Bayern, Bund, Hessen 1), Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz 1), Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen</td>
<td>Marke SIGNAL IDUNA: Tarif KOMFORT-B + 1, 2, KOMFORT-B-W 3), EKH 15</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegeversicherung: Es gelten „Altbestandsrechte“, d. h.: kein Risikozuschlag, max. 50 % des SPV-Höchstbeitrages, allerdings kein Anspruch auf Ehegattenkappung</td>
<td>Pflegeversicherung: Annahmezwang, Risikozuschlag möglich, max. 50 % des SPV-Höchstbeitrages, allerdings kein Anspruch auf Ehegattenkappung</td>
</tr>
<tr>
<td>Personenkreis und Zugangsfristen (Antragstellung)</td>
<td>Personenkreis und Zugangsfristen (Antragstellung)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gilt für Personen, die derzeit nicht PKV-vollversichert sind:</td>
<td>a) Für Beamte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige möglich, die bisher noch keine der Versicherungspflicht erfüllenden Krankenversicherungsschutzverträge abgeschlossen haben, können jederzeit in den Basistarif des eigenen Versicherers wechseln.</td>
</tr>
<tr>
<td>Teilnahmeverpflichtete Personen:</td>
<td>b) Für Beamte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige möglich, die bereits einen der Versicherungspflicht erfüllenden Krankenversicherungsschutz verfügen, wenn ...</td>
</tr>
<tr>
<td>• Heilfürsorgeberechtigte Zeit- und Bundeswehrintegrierte, Polizei- und Feuerwehr bamte innerhalb von 6 Monaten ab Beginn des Heilfürsorgeanspruchs (bzw. truppenärztliche Versorgung)</td>
<td>• Personen, die ab dem 01.01.2009 diesen Versicherungsschutz abgeschlossen haben, können jederzeit in den Basistarif des eigenen Versicherers wechseln.</td>
</tr>
<tr>
<td>• 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</td>
<td>• Beamte, die freiwillig in der GKV versichert sind, innerhalb von 6 Monaten ab Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft</td>
</tr>
<tr>
<td>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, dass die erleichterten Bedingungen nicht anwendet, der Beamte selbst aber ansonsten die Bedingungen erfüllen würde!</td>
<td>Anfragen zum Basistarif sind schriftlich an die Hauptverwaltung zu richten!</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonderöffnungsaktion für freiwillig GKV-versicherte Beamte vom 01.10.2020 bis 31.03.2021</td>
<td>Gilt für Personen, die derzeit freiwillig GKV-versichert sind und am 31.12.2004 freiwillig GKV-versichert waren und Anspruch auf Beihilfe haben:</td>
</tr>
<tr>
<td>Innerhalb dieses Zeitraums wird auf die Voraussetzung der Verbeamtung vor dem 01.01.2005 verzichtet.</td>
<td>• 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</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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. Anderenfalls kann nur KOMFORT-B + 3) bzw. BK angeboten werden. 
2) Das tarifliche Optionsrecht wird ausgeschlossen. 
3) Gilt nicht für Bremen und Hessen. Angebot nur über Marke SIGNAL IDUNA möglich.
Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)


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.


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruppe A:</th>
<th>Beamteneinheit und Ruhestandsbeamt des einfachen Dienstes und deren Hinterbliebene (können auf Wunsch in B1 wechseln)</th>
<th>PBeaKK gewährt Leistungen auf Kassenniveau im Rahmen der Leistungsordnung A</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gruppe B1:</td>
<td>Beamteneinheit und Ruhestandsbeamt des mittleren, gehobenen und höheren Dienstes und deren Hinterbliebene</td>
<td>PBeaKK ergänzt Beihilfeanspruch auf 100 % im Rahmen der Leistungsordnung B</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppe B2:</td>
<td>Mitglieder ohne Beihilfeanspruch</td>
<td>PBeaKK erstattet im Rahmen der Leistungsordnung B 100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Datenüberblick der PBeaKK

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistung der PBeaKK</th>
<th>Versorgungslücke</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leistungsordnung A: Gruppe A</td>
<td>Leistungsordnung B: Gruppe B1, B2, B3 und C</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante ärztliche Behandlung</td>
<td>Leistungsordnung A: mind. 5 € max. 10 €, zusätzlich 100 % der über die Kassensätze hinausgehenden Kosten</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel- und Verbandmittel</td>
<td>Beil. Liquidation bis 2,3-fach GOA, 0,4-fach GOA in Höhe der von Beihilfebemessungssatz nicht gedeckten Quote</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die wichtigsten Leistungen der PBeaKK im Überblick

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistung der PBeaKK</th>
<th>Versorgungslücke</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulante ärztliche Behandlung</td>
<td>mind. 5 € max. 10 €, zusätzlich 100 % der über die Kassensätze hinausgehenden Kosten</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel- und Verbandmittel</td>
<td>Bei Liquidation bis 2,3-fach GOA, 0,4-fach GOA in Höhe der von Beihilfebemessungssatz nicht gedeckten Quote</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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

Pflegepflichtversicherung

### Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK)

Die wichtigsten Leistungen der PBeaKK im Überblick

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistung der PBeaKK</th>
<th>Versorgungslücke</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Leistungsordnung A:</strong></td>
<td><strong>Leistungsordnung B:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gruppe A</strong></td>
<td><strong>Gruppe B1, B2, B3 und C</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker, inkl. Verordnungen</td>
<td>keine Leistung der PBeaKK</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100 % der Rechnungsbeetrags</td>
</tr>
<tr>
<td>ambulante Psychotherapie</td>
<td>100 % der Vertragssätze ab- züglich 10 % Eigenbeteiligung; mind. 5 € und max. 10 €</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen</td>
<td>keine Leistung der PBeaKK</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>100 % der entstehenden Kosten</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel (Anschaffung, Reparatur, Ersatz)</td>
<td>100 % der Vertrags- oder Kassensätze</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>abzüglich 10 % Eigenbeteiligung; mind. 5 € und max. 10 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilmittel</td>
<td>100 % der Vertrags- oder Kassensätze</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre Behandlung (Regelleistungen)</td>
<td>100 % abzgl. 10 €/Tag für die ersten 28 Tage/Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlärtzliche Behandlung</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zweibettzimmer</td>
<td>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)</td>
</tr>
<tr>
<td>Einbettzimmer</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung, Zahnpempylaxe</td>
<td>100 % der Vertragssätze, max. bis zu den Höchst- sätzen nach Leistungsordnung B</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenen Zahnersatz)</td>
<td>100 % der Vertragssätze, max. bis zu den Höchst- sätzen nach Leistungsordnung B</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kieferorthopädie</td>
<td>bis 2,3-fach GOZ, mit Begründung bis 3,5-fach GOZ</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Mitgliedern der PBeaKK können folgende SIGNAL IDUNA Ergänzungstarife angeboten werden**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsordnung A</th>
<th>Leistungsordnung B</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ambulante Ergänzung</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre Ergänzung (Marke SIGNAL IDUNA)</td>
<td>KOMFORT-B-W bzw. EXKLUSIV-B-W + EXKLUSIV-B-ES, passend zum persönlichen Beihilfebemessungssatz</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Postbeamte, die nicht in der PBeaKK versichert sind, haben Beihilfeansprüche nach der Bundesbeihilfenvorschrift. 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.


Pflegepflichtversicherung


Die wichtigsten Leistungen der KVB im Überblick

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

**Die wichtigsten Leistungen der KVB im Überblick**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistung für KVB Mitglieder</th>
<th>Eigenanteile für KVB-Mitglieder</th>
<th>Leistung für Nicht-KVB-Mitglieder / **</th>
<th>Leistung für Angehörige mit eigenem Beihilfearrangpung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Unterkunft im Zweibettzimmer erstattungsfähig sind die Unterbringungskosten abzgl. 2,50 €/Tag</td>
<td>80 %</td>
<td>2,50 €/Tag und 20 % der erstattungsfähigen Unterbringungskosten</td>
<td>60,58 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Unterkunft im Einbettzimmer erstattungsfähig sind die Unterbringungskosten abzgl. 2,50 €/Tag</td>
<td>75 %</td>
<td>2,50 €/Tag und 25 % der erstattungsfähigen Unterbringungskosten</td>
<td>56,79 %</td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre privatärztliche Behandlung erstattungsfähig sind Behandlungskosten bis zu den GOÄ-Höchsätzen</td>
<td>100 %</td>
<td>0 %, zusätzlich 100 % der über die GOÄ hinausgehenden Kostenanteile</td>
<td>75,73 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe erstattungsfähig sind Behandlungskosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ</td>
<td>bis zu 85 %</td>
<td>15 %, zusätzlich 100 % der über die GOÄ/GOZ hinausgehenden Kostenanteile</td>
<td>64,37 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähnersatz erstattungsfähig sind Zähnersatzkosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ</td>
<td>85 %, bei Material- und Laborkosten 70 %</td>
<td>15 % + 30 % der Material- und Laborkosten, zusätzlich 100 % der über die GOÄ/GOZ hinausgehenden Kostenanteile</td>
<td>64,37 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Kieferorthopädie nur für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres</td>
<td>85 %</td>
<td>15 %, bei Erwachsenen 100 %</td>
<td>64,37 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>KVB-Mitglieder</th>
<th>Ambulante Ergänzung **</th>
<th>Stationäre Ergänzung</th>
<th>Pflegeergänzung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GE, GE-PLUS, GE-TOP</td>
<td>KOMFORT-B-W20 bzw. EXKLUSIV-B-W25 **</td>
<td>PflegeSchutz-Programm</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


** 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

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


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

* In der Krankentagegeldversicherung beträgt die Vertragsdauer grundsätzlich 1 Jahr
Beitragsrückerstattung (BRE) heißt, dass Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen Geld von ihrer Krankenversicherung zurück erhalten. 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)**

**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.


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**

**Empfehlung**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>privat START-PLUS</th>
<th>privat START</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ärztliche Leistungen</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Art der Leistung, einschließlich der ärztlichen Leistungen</td>
<td>bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist, Notarzt und besondere Fachärzte (Kinderarzt, Augenzahnarzt und Gynäkologe) bei (Wieder-)Behandlung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt bei Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat 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 auch hier die Erstattung 100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (Generika)</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (Original-präparate)</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker</td>
<td>nein</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychotherapie</td>
<td>75 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Brüllen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen</td>
<td>bis 150 €, ab 8 Dioptrien 300 €; immer bei Veränderung der Sehsschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)</td>
<td>für Hilfsmittel gleicher Art bis 500 € ein pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage: für Hilfsmittel über 500 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Höchstbeträge BBlV)</td>
<td>75 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulanter Betrieb</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Regelleistungen</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Wendeleistungen</td>
<td>100 % bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt: 2-Bettzimmer/Chefarzt bis Höchstbetrag GOÄ</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Transporte</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe</td>
<td>100 % 1)</td>
<td>100 % 1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnversicherung</td>
<td>bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ; zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung</td>
<td>75 % 1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnversicherung</td>
<td>90 % 1)2)</td>
<td>75 % 1)2)</td>
</tr>
<tr>
<td>1) bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ; Zweimal/Kalenderjahr</td>
<td>bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ</td>
<td>75 % 1)2)</td>
</tr>
<tr>
<td>2) bei erfolgreicher Abschluss, bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ</td>
<td>75 % 1)</td>
<td>75 % 1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Entzugsmaßnahmen</td>
<td>80 %</td>
<td>80 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Absoluter Selbstbehalt nur für ambulante und stationäre Leistungen</td>
<td>480 € (unter 20-Jährige 240 €)</td>
<td>480 € (unter 20-Jährige 240 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsrückerstattung, Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus</td>
<td>2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung plus bis zu 600 € Gesundheitsbonus 2) (Kinder jeweils die Hälfte)</td>
<td>2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Kinder die Hälfte)</td>
</tr>
<tr>
<td>Versicherte Aufwendungen</td>
<td>privat KOMFORT-PLUS</td>
<td>privat KOMFORT</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)</td>
<td>100 % bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), Notarzt und besonders für Fachärzte (Kinderarzt, Augenarzt und Gynäkologe) bei (Weiter-)Begutachtung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt</td>
<td>100 % bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), Notarzt und besonders für Fachärzte (Kinderarzt, Augenarzt und Gynäkologe) bei (Weiter-)Begutachtung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbandmittel</td>
<td>100 % bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal pro Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung</td>
<td>100 % bei Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat</td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen</td>
<td>100 % bei Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat</td>
<td>100 % wenn Behandlung durch Hebamme oder Entbindungs- pfleger erfolgt</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td>100 % für sämtliche Vorsorgeuntersuchungen (Ausnahme: Diagnosezentren nur nach vorheriger Zustimmung)</td>
<td>75 % bei direkter Inanspruchnahme eines oben nicht genannten Facharztes/Behandlers. Diese 25 %ige Selbstbe teiligung ist für alle nebenstehenden Leistungsarten auf insgesamt 1.000 €/Kalenderjahr begrenzt (unter 20-Jährigen 500 €); danach beträgt die Erstattung 100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (Generika)</td>
<td>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 %</td>
<td>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 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker inkl. Verordnungen</td>
<td>80 % bis 2.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</td>
<td>75 % bis 1.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychotherapie</td>
<td>80 % max. 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)</td>
<td>75 % maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)</td>
</tr>
<tr>
<td>Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen</td>
<td>100 % bis 300 €, ab 8 Dioptrien 600 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre</td>
<td>100 % bis 150 €, ab 8 Dioptrien 300 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Transportkosten</td>
<td>100 % bei Not- oder Unfalltransports sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie, ebenfalls bei Gehfähigkeits zurück und vom nächsten geeigneten Arzt</td>
<td>100 % bei Not- oder Unfalltransports sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Operationen</td>
<td>100 % und 200 € zusätzlich zu den erstattungsfähigen ambulanten Leistungen</td>
<td>100 % bei Not- oder Unfalltransports sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Regelleistungen</td>
<td>100 % für allgemeine Krankenhausleistungen</td>
<td>100 % für allgemeine Krankenhausleistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Wahlleistungen</td>
<td>100 % für 2-Bettzimmer/Wahlarzt ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstleistungen der GOÄ/GOZ, 100 % für 1-Bettzimmer gegen 40 € Zuzahlung/Tage, diese entfällt bei unfall- oder berufsgleichen Aufenthalt, Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 80 %</td>
<td>100 % 2-Bettzimmer/Wahlarzt bis Höchstbetrag der GOÄ/KOMFORT</td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld</td>
<td>30 € bei Verzicht auf wärmere Leistungen, 20 € bei Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer (für unter 20-Jährigen halbieren sich die Beiträge)</td>
<td>30 € bei Verzicht auf wärmere Leistungen, 20 € bei Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer (für unter 20-Jährigen halbieren sich die Beiträge)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zuschuss zu Familien- und Haushaltspflegekraft</td>
<td>10 € = je Stunde (maximal 80 €/Tag für höchstens 4 Wochen/Kalenderjahr)</td>
<td>nicht erlaubt</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Transporte</td>
<td>100 % zum und vom nächsten gezeigten Krankenhaus, inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandtransportes, bei Tod im Ausland maximal 11.000 € für Überführungskosten oder Bestattung am Sterbeort</td>
<td>100 % zum und vom nächsten gezeigten Krankenhaus, inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandtransportes, bei Tod im Ausland maximal 11.000 € für Überführungskosten oder Bestattung am Sterbeort</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe</td>
<td>100 % bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal pro Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung</td>
<td>100 % bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal pro Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz (inkl. Implantatgebräuch Zahnersatz)</td>
<td>90 % bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ</td>
<td>90 % bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ</td>
</tr>
<tr>
<td>Kieferorthopädie</td>
<td>80 % + 20 % bis 380 € bei erfolgreichem Abschluss, bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lj.)</td>
<td>80 % + 20 % bis 380 € bei erfolgreichem Abschluss, bis Höchstbetrag der GOÄ/GOZ (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lj.)</td>
</tr>
<tr>
<td>Entziehungsmaßnahmen</td>
<td>80 % für ersteres Entziehungsmaßnahme, soweit Kosten nicht anderweitig geltend gemacht wurden</td>
<td>80 % für ersteres Entziehungsmaßnahme, soweit Kosten nicht anderweitig geltend gemacht wurden</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2) Voraussetzung ist, dass die haushaltführende Person sich aus medizinisch notwendigen Gründen einer stationären Behandlung unterziehen muss und Versicherungsschutz nach dem Tarif KOMFORT bzw. KOMFORT-PLUS versichert ist. Die Versorgung und Behandlung muss der Haushalt verbleibender Person nicht durch die andere Person im Haushalt lebensbedrohlich ist. Dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat den Tatbestand zu einer Behandlung unter Ausnahmegesetz zu entscheiden, und die Haushaltsleistungspflicht ist von demjenigen Aufgabenbereich der hausüblichen Haushaltsleistungspflichten zu erfüllen. Nebenstehende Leistungsarten sind für alle nebenstehenden Leistungsarten auf insgesamt 1.000 €/Kalenderjahr begrenzt (unter 20-Jährigen 500 €); danach beträgt die Erstattung 100 %
3) 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 Ausbildungshilfe der Familie. Anrechnung leistungsfreier Versicherungszeiten aus privater oder gesetzlicher Krankenversicherung.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>privat EXKLUSIV-PLUS</th>
<th>privat EXKLUSIV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ärzte bis Höchstzahlen für ärztliche Leistungen (GOÄ)</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbandsmitglieder für Schutzleistungen</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (Generika)</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (Originalpräparate)</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker inkl. Verordnungen</td>
<td>100 % bis 2.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</td>
<td>80 % bis 2.000 €/Kalenderjahr des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychotherapie</td>
<td>100 % maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung) bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ</td>
<td>80 %, max. 50 Sitzungen/Kalenderjahr (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)</td>
</tr>
<tr>
<td>Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen</td>
<td>100 % bis 300 €, ab 8 Dioptrien 600 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sehschärfenkorrektur</td>
<td>100 % nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Tarifbeginn bis 1.500 € für beide Augen für Augengläserkorrekturen (LASIK/LASEK)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)</td>
<td>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)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Höchstbeträge BBV)</td>
<td>100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 80 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Transportkosten</td>
<td>100 % bei Not- oder Unfalltransports sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie, ebenfalls bei Gehunfähigkeit zuzüglich vom nächstgelegenen geeigneten Arzt</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Operationen</td>
<td>100 % und 200 € zusätzlich zu den erstattungsfähigen ambulanten Leistungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Regelleistungen</td>
<td>100 % für allgemeine Krankenhausleistungen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Wahlleistungen</td>
<td>100 % für 1- oder 2-Bettzimmer; Wahlarzt ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld</td>
<td>30 € bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen, 20 € bei Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer (für unter 20-Jährige halbieren sich die Beträge)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Unterbringung/Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus (Rooming-in)</td>
<td>100 % bis maximal 25 €/Tag für maximal 14 Tage/Kalenderjahr</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zuschuss zu Familien- und Haushaltspflegemaßnahmen</td>
<td>10 € je Stunde (maximal 80 €/Tag) für höchstens 4 Wochen/Kalenderjahr</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Transporte</td>
<td>100 % zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports, bei Tod im Ausland maximal 11.000 € für Überführungskosten oder Bestattung am Sterbeort</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe</td>
<td>100 % bis Höchstzahlen der GOÄ/GOZ; zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnarztsatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)</td>
<td>90 % bis Höchstzahlen der GOÄ/GOZ</td>
<td>90 % bis Höchstzahlen der GOÄ/GOZ</td>
</tr>
<tr>
<td>Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)</td>
<td>80 % + 20 % bei erfolgreichem Abschluss; ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Entziehungsmaßnahmen</td>
<td>80 % für erste Entziehungsmaßnahme, soweit Kosten nicht anderweitig geltend gemacht wurden (vorherige Zusage erforderlich); gilt nicht für Nikotinentzug</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Absoluter Selbstbehalt nur für ambulante und stationäre Leistungen</td>
<td>EXKLUSIV-PLUS 0 0 €</td>
<td>EXKLUSIV 0 0 €</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EXKLUSIV-PLUS 1 480 € (unter 20-Jährige 240 €)</td>
<td>EXKLUSIV 1 480 € (unter 20-Jährige 240 €)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EXKLUSIV-PLUS 2 960 € (unter 20-Jährige 480 €)</td>
<td>EXKLUSIV 2 960 € (unter 20-Jährige 480 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsrückerstattung, Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus</td>
<td>2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung plus bis zu 900 € Gesundheitsbonus 8 bis zu 300 € Verhaltensbonus 90 – (Kinder jeweils die Hälfte)</td>
<td>2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Kinder jeweils die Hälfte)</td>
</tr>
<tr>
<td>Optionsrecht</td>
<td>ohne erneute Gesundheitsprüfung nach 36 oder 72 Monaten nach erstmaligem Versicherungsbeginn im jeweiligen Tarif</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


2) Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Höchstbeträge BBV) | 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 80 % | |
| Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe | 100 % bis Höchstzahlen der GOÄ/GOZ; zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung | |
| Zahnarztsatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz) | 90 % bis Höchstzahlen der GOÄ/GOZ | 90 % bis Höchstzahlen der GOÄ/GOZ | |
| Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr) | 80 % + 20 % bei erfolgreichem Abschluss; ohne tarifliche Begrenzung auf die Höchstsätze 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 0 0 € |
| | EXKLUSIV-PLUS 1 480 € (unter 20-Jährige 240 €) | EXKLUSIV 1 480 € (unter 20-Jährige 240 €) |
| | EXKLUSIV-PLUS 2 960 € (unter 20-Jährige 480 €) | EXKLUSIV 2 960 € (unter 20-Jährige 480 €) |
| Beitragsrückerstattung, Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus | 2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung plus bis zu 900 € Gesundheitsbonus bis zu 300 € Verhaltensbonus – (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 | |


4) Immer 90 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahnratsen 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, Schutzleistungen) beträgt 600 €, 750 € oder 900 € nach 1, 2 oder 3 und mehr aufeinander folgenden Kalenderjahren; unter 20-Jährige und Ausbildungstarife die Hälfte. Anrechnung leistungs- freier Vorversicherungszeiten aus privater oder gesetzlicher Krankenversicherung.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Service / Leistung</th>
<th>Comfort+</th>
<th>Esprit</th>
<th>Esprit X</th>
<th>Esprit M</th>
<th>Esprit MX</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulante ärztliche Behandlung</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante ärztliche Behandlung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare</td>
<td>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)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td>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</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen</td>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie (bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr)</td>
<td>Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. erforderlich</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Höchstsätze des Gebüh</td>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arznei- und Verbandmittel</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Heilmittel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sehhilfen</td>
<td>100 % Brillengläser, Fassungen bis 125 € Rechnungsbetrag, Kontaktlinsen med. notwendig oder ab 6 Dioptrien alle 2 Jahre oder Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel-Erstattung</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Kurleistung</td>
<td>Ja, Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulanter Krankentransport</td>
<td>Medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich be- scheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes) und Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Palliativversorgung</td>
<td>Erstattungsfähig</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tarife der Vollversicherung – Produktlinie „Prestige“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fortsetzung</th>
<th>Comfort+</th>
<th>Esprit</th>
<th>Esprit X</th>
<th>Esprit M</th>
<th>Esprit MX</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stationäre Unterbringung</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1- oder 2-Bettzimmer</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Privatärztliche Behandlung (Wahlartzt)</td>
<td></td>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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. (Sonderreglung im Ausland)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verzicht AllgPS 100 €/Tag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verzicht 1/2-BZ 40 €/Tag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verzicht Arzt 30 €/Tag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn Kostenübernahme durch anderen Versicherungs träger bei Unfall 80 €/Tag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verzicht 2-BZ 21 €/Tag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Verzicht Arzt 30 €/Tag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlarzt auch während vor-/nachstationärer Behandlung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankentransporte</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Medizinisch notwendige Krankentransporte</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitperson (Rooming-in)</td>
<td>14 Tage je 30 €, vor Vollendung 10. Lj.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnärztliche prophylaktische Leistungen</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Professionelle Zahnreinigung</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bis zu zweimal im Kalenderjahr</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz und Kieferorthopädie (Kfo)</td>
<td>80 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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. (Sonderreglung im Ausland)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kfo auch nach 18. Lj. begonnen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Summenbegrenzungen (Erstattungsbetrag; entfällt bei unfallbedingten Kosten)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Vj. 3.500 € Leistungsbetrag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Vj. 4.900 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Vj. 6.300 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ab 4. Vj. unbegrenzt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstbehaltpro Jahr Erwachsene Kinder/Jugendliche</td>
<td>20 % bis 2.700 € Rechnungsbe trag, max. 540 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Esprit</td>
<td>450 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>225 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Esprit X</td>
<td>900 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>450 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Esprit M</td>
<td>900 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>225 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Esprit MX</td>
<td>900 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>450 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstbehaltpro Jahr Erwachsene Kinder/Jugendliche</td>
<td>Nur ambulant</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nur ambulant</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsrückerstattung</td>
<td>Erfolgsabhängig¹, 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</td>
<td>Höhe der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung¹ (BRE): Leistungsfreiheit 1 Jahr 1,0 Monatsbeiträge (MB)</td>
<td>1,0 MB</td>
<td>1,0 MB</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 2 Jahre</td>
<td>1,0 MB</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 3 Jahre</td>
<td>1,0 MB</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 4 Jahre</td>
<td>2,0 MB</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 5 Jahre und mehr</td>
<td>2,5 MB</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Kinder jeweils die Hälfte)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Upgrade-Option in einen leistungsstärkeren Tarif</td>
<td>Ja</td>
<td>Ja, sofern Tarif Futura² vereinbart wurde</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarif</th>
<th>Prime</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulante ärztliche Behandlung</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare</td>
<td>Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ; keine Geltung der GOÄ bei Heilbehandlung im Ausland; Erstattung im Ausland nach ortsüblichen Sätzen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen</td>
<td>100 % für Impfungen nach STIKO-Empfehlung sowie Reise- und indikationsbedingte Impfungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie</td>
<td>100 % im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit ohne Beschränkung der Sitzungszahl pro Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Sozialpädiatrie und Frühförderung</td>
<td>100 % nach Kinderarzt-Verordnung bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen, sofern kein Leistungsanspruch gegen anderen Kostenträger besteht</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Höchstsätze des Gebührr</td>
<td>100 % für alle dort aufgeführten Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzt für Naturheilkunde</td>
<td>100 % auch für Leistungen nach Hufelandverzeichnis</td>
</tr>
<tr>
<td>Arznei- und Verbandmittel</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehhilfen</td>
<td>1.200 € innerhalb von zwei Kalenderjahren; Anspruch vorher, wenn Dioptrien-Änderung um 0,5 für ein Auge. Erstattung kann aufgeteilt werden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Operation zur Sehschärfenkorrektur</td>
<td>100 % im Rahmen der medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne tarifliche Summenbegrenzung</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel-Erstattung</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Kurleistung</td>
<td>Ja, Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Krankentransporte</td>
<td>100 % Medizinisch notwendige Krankentransporte</td>
</tr>
<tr>
<td>Behandlungspflege</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Krankenpflege und Haushalts hilfe</td>
<td>100 % Leistung für Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung bis zu vier Wochen je Versicherungsfall unter den Voraussetzungen des § 37 SGB V bzw. Haushaltslehrgänge nach § 38 SGB V</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Palliativversorgung (SAPV)</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Operationen</td>
<td>100 % zusätzlich 200 € Barleistung neben der Kostenersatzleistung der ärztlichen Heilbehandlung</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Unterbringung</td>
<td>100 % 1- oder 2-Bettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt oder Belegarzt)</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare</td>
<td>Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ; keine Geltung der Gebührenordnung bei Heilbehandlung im Ausland</td>
</tr>
<tr>
<td>Privatkliniken</td>
<td>100 % bis 200 % der Kosten eines Krankenhauses mit Versorgungsauftrag</td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld</td>
<td>100 % Verzicht auf 1- oder 2-Bettzimmer 32 € / Tag Verzicht Wahlarzt 30 € / Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Krankentransporte</td>
<td>100 % Medizinisch notwendige Krankentransporte</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitperson bei Kindern (Rooming-in)</td>
<td>28 Tage je 40 € bis 10. Lj.</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitperson bei Erwachsenen</td>
<td>100 % Unterbringung der Begleitperson oder Haushaltspflegekraft 10 € pro Stunde, max. 80 € am Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Kurzzeitpflege</td>
<td>100 % für stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit unter den Voraussetzungen des § 39 c SGB V</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Rehabilitation</td>
<td>100 % soweit kein Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers besteht</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarife der Vollversicherung – Produktlinie „Prestige“</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fortsetzung</th>
<th>Prime</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zahnbehandlung</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Professionelle Zahnreinigung</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz</td>
<td>90 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Kieferorthopädische Behandlung</td>
<td>90 % + 10 % bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung; keine Altersgrenze (also KFO auch für Erwachsene)</td>
</tr>
<tr>
<td>Erstattungsfähigkeit ärztlicher Honorare</td>
<td>Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ; keine Geltung der Gebührenordnung bei Heilbehandlung im Ausland</td>
</tr>
<tr>
<td>Jahresthöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren</td>
<td>10.000 € im 1. bis 3. Versicherungsjahr für Zahnersatz und Kieferorthopädie; Keine Begrenzung ab dem 4. Versicherungsjahr und bei Unfall</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan</td>
<td>Erforderlich bei Zahnersatz und KFO &gt; 4.000 €; bei Nicht-Vorlage, Erstattung der Kosten &gt; 4.000 € zu 50 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Entwicklungsmaßnahmen</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit</td>
<td>100 % ab Pflegegrad 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld</td>
<td>100 % für maximal sechs Monate (Nachweis per Bescheinigung über Bezug von Elterngeld); Voraussetzungen: u. a. bei Beginn Elterngeldbezug mindestens 8 Monate im Prime versichert</td>
</tr>
<tr>
<td>Präventionskurse</td>
<td>100 % maximal 600 € innerhalb von 2 Kalenderjahren</td>
</tr>
<tr>
<td>Weltgeltung</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstbehalt</td>
<td>Nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Beitragsrückerstattung**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Höhe der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung* (BRE):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 1 Jahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 2 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 3 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 4 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungsfreiheit 5 Jahre und mehr</td>
</tr>
<tr>
<td>(Kinder jeweils die Hälfte)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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

## Versicherte Aufwendungen

### Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz)

**Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz**

| Aufwendungsart                                      | Davon erstattungsfähig
|----------------------------------------------------|------------------------
| Arzt bis Höchstsatz Gebühren-ordnung für Ärzte (GOÄ) | 100 % bei Behandlung durch Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), Notarzt und besondere Fachärzte (Kinderarzt, Augenarzt und Gynäkologe)  
  (Weiter-)Behandlung durch einen Facharzt, wenn die Erstbehandlung durch einen der vorgenannten Ärzte erfolgt ist und eine entsprechende Überweisung vorliegt  
  Notfallbehandlung durch einen Facharzt, wenn dieser Not- oder Bereitschaftsdienst hat  
| Verbandmittel                                      | 75 % bis 500 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (bis Höchstsatz Gebühr) | max. 375 € je Kalenderjahr erstattungsfähig |
| Schutzimpfungen                                    | 75 % bis 500 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (bis Höchstsatz Gebühr) | max. 375 € je Kalenderjahr erstattungsfähig |
| Vorsorgeuntersuchungen                             | 75 % bis 500 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (bis Höchstsatz Gebühr) | max. 375 € je Kalenderjahr erstattungsfähig |
| Arzneimittel (Generika)                            | 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 % |
| 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 Gebühr) | 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 Kontaktlinser | 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;  
  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 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (maximal 375 € je Kalenderjahr erstattungsfähig)  
über 500 € für Heilmittel, die 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 % bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ, zweimal/Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung |
| Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz) | 90 % bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ |
| Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr) | 80 % + 20 % 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 |

2) Immer 90 %, wenn jährlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wird. Ansonsten reduziert sich ab dem 3. Kalenderjahr der Erstattungssatz für Zahn-ersatz um jährlich 10 % auf höchstens 70 %; entsprechende Erhöhungen durch Kontrolluntersuchungen ohne Befund sind möglich.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>KOMFORT-B+</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz)</td>
<td>Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzt bis Höchstsatz Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Verbandmittel</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen – auch über gesetzlichen Rahmen hinaus</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (Generika)</td>
<td>100 % auch für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (Originalpräparate)</td>
<td>100 % auch für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker inkl. Verordnungen</td>
<td>100 % bis 1.000 €/Kalenderjahr erstattungsfähiger Rechnungsbetrag (bis Höchstsatz Gebüh)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychotherapie</td>
<td>maximal 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattungsfähig (ab 31. Sitzung/Kalenderjahr Zusage erforderlich)</td>
</tr>
<tr>
<td>Brillen (inkl. Gläser) und alternativ Kontaktlinsen</td>
<td>100 % bis 150 €, ab 8 Dioptrien 300 €; immer bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien auf einem Auge, spätestens alle 2 Kalenderjahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)</td>
<td>100 % für Hilfsmittel gleicher Art bis 1.000 € pro Kalenderjahr ohne schriftliche Zusage, häufiger als einmal pro Kalenderjahr nur mit vorheriger Zusage; für Hilfsmittel über 1.000 € Rechnungsbetrag mit vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage ist Kürzung möglich)</td>
</tr>
<tr>
<td>Im Tarif genannte Heilmittel (Logopädie, Ergotherapie bis Regelhöchstsatz GOÄ, Podologie auch darüber hinaus)</td>
<td>100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Heilmittel, die bei im Tarif genannten besonders schweren Erkrankungen verordnet wurden, ansonsten 75 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Transportkosten</td>
<td>100 % bei medizinisch notwendigen Transporten, bei Gehunfähigkeit, bei Not- oder Unfalltransporten sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Operationen</td>
<td>200 € zusätzlich zu den erstattungsfähigen ambulanten Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Behandlung</td>
<td>100 % für allgemeine Krankenhausleistungen (Empfehlung: stationäre Wahlenleistungen über KOMFORT-B-W)</td>
</tr>
<tr>
<td>Unterbringung/Verpflegung eines Erntetums im Krankenhaus (Rooming-in)</td>
<td>bis maximal 25 €/Tag für maximal 14 Tage/Kalenderjahr 1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zuschuss zu Familien- und Haushaltspflegekraft</td>
<td>10 € je Stunde (maximal 80 €/Tag) für höchstens 4 Wochen/Kalenderjahr 2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Transporte</td>
<td>100 % zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus; kein Auslandsrücktransport (Auslandsreise-Krankenversicherung über KOMFORT-B-E[1] oder separat abschließen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung, Zahnpflege</td>
<td>100 % 3) bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ; zweimal je Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenen Zahnersatz)</td>
<td>bis 100 % 4) bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ</td>
</tr>
<tr>
<td>Kieferorthopädie (Behandlungsbeginn vor Vollendung 21. Lebensjahr)</td>
<td>80 % + 20 % 5) bei erfolgreichem Abschluss, bis Höchstsatz der GOÄ/GOZ</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsrückerstattung</td>
<td>2 Monatsbeiträge erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bereits nach 1 Kalenderjahr Leistungsfreiheit (Kinder die Hälfte); 6 Monatsbeiträge im Tarif R-KOMFORT-B + für Anwärter und Referendare</td>
</tr>
<tr>
<td>Optionsrecht</td>
<td>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</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.
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

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

### BeihilfeKOMFORT – ambulante Beihilfeergänzung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>KOMFORT-B-E / KOMFORT-B-E1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Die Erstattung beträgt: versicherte Aufwendungen x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker inklusive Verordnungen</td>
<td>100 % von maximal 500 € des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (bis Höchstsatz Gebühr), abzüglich Beihilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Brillen inklusive Gläser und alternativ Kontaktlinsen</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz inklusive Inlays und implantatgetragenen Zahnersatzes</td>
<td>100 % für gesondert berechenbare Material- und Laborkosten, abzüglich Beihilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen</td>
<td>100 % bei Auslandsreisen inklusive Impfstoff, abzüglich Beihilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Auslandsreise-Krankenversicherung</td>
<td>100 % für Auslandsreisen bis zu 8 Wochen; inklusive eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransportes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>EXKLUSIV-B-W</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz)</td>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Wahlleistungen</td>
<td>100 % 1- oder 2-Bettzimmer/privatärztliche Behandlung auch über die GOÄ-Höchstsätze hinaus</td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld</td>
<td>100 % vom vollen Tagessatz 20 € bei Verzicht auf die gesonderte Unterkunft</td>
</tr>
<tr>
<td>Optionsrecht</td>
<td>Erweiterung ohne erneute Gesundheitsprüfung bei Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder Ende der Heilfürsorge:</td>
</tr>
<tr>
<td>- wenn Beihilfespruch besteht um die Tarife EXKLUSIV-B, EXKLUSIV-B-E, EXKLUSIV-B-E1, EXKLUSIV-B-ES</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- ohne Beihilfespruch um die Tarife EXKLUSIV oder EXKLUSIV-PLUS</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### BeihilfeEXKLUSIV – stationäre Beihilfeergänzung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>EXKLUSIV-B-ES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz)</td>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Wahlleistungen</td>
<td>100 % für 1+2-Bettzimmer, auch für Selbstbeteiligungen, die die jeweilige Beihilfevorschrift vorsieht</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaustagegeld</td>
<td>100 % vom vollen Tagessatz 20 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### BeihilfeEXKLUSIV – ambulante Beihilfeergänzung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>EXKLUSIV-B-E/EXKLUSIV-B-E1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz)</td>
<td>Davon erstattungsfähig (Leistungsprozentsatz) x Leistungsprozentsatz x Erstattungsprozentsatz</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker inklusive Verordnungen</td>
<td>100 % von maximal 2.000 € des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages (bis Höchstzah NebH), abzüglich Beihilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Brillen (inklusive Gläser) und alternativ Kontaktlinsen</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)</td>
<td>100 % für Hilfsmittel bis 1.000 €; Erstattung 1x je Kalender Jahr für Hilfsmittel gleicher Art; mehrfache Erstattung nach vorheriger Zusage, abzüglich Beihilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe</td>
<td>100 % für Hilfsmittel über 1.000 € nach vorheriger Zusage (ohne vorherige Zusage Kürzungen möglich), abzüglich Bezilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz (inkl. Inlays und implantatgetragenem Zahnersatz)</td>
<td>100 % bis zum Höchstzah der GOA/GOZ, abzüglich Beihilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen</td>
<td>100 % bei Auslandsreisen inklusive Impfstoff, abzüglich Beihilfeleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Kurtagegeld</td>
<td>100 % vom vollen Tagessatz 20 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Auslandsreise-Krankenversicherung</td>
<td>100 % für Auslandsreisen bis zu 8 Wochen; inklusive eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransportes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1) Tarif EXKLUSIV-B-E1 gilt nur in den Bundesländern, in denen die Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähig 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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>BK</th>
<th>Grundlegender Gesundheitsschutz – %ualer Ersatz, erstattungsfähig sind die jeweiligen beihil-</th>
<th>%ualer Ersatz, erstattungsfähig sind die jeweiligen beihil-</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ambulante ärztliche Behandlung</td>
<td>Ja</td>
<td>Grundlegender Gesundheitsschutz – %ualer Ersatz, erstattungsfähig sind die jeweiligen beihil-</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ</td>
<td>Nein</td>
<td>fähigen Aufwendungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td>Ja</td>
<td>Ambulante ärztliche Behandlung</td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen (bis 15. Lebensjahr und allgemeine Schutzimpfungen)</td>
<td>Ja</td>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie (bis zu 60 Sitzungen je Kalenderjahr)</td>
<td>Nein</td>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Höchstsätze des Gebührenplanes</td>
<td>Ja</td>
<td>Schutzimpfungen (bis 15. Lebensjahr und allgemeine Schutzimpfungen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative Heilmethoden (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin)</td>
<td>Nein</td>
<td>Psychotherapie (bis zu 60 Sitzungen je Kalenderjahr)</td>
</tr>
<tr>
<td>Arznei- und Verbandmittel</td>
<td>Ja</td>
<td>Heilpraktiker-Leistungen im Rahmen der Höchstsätze des Gebührenplanes</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehhilfen</td>
<td>Brillen alle 2 Jahre oder Veränderung der Sehschärfe um 0,5 Dioptrien, Kontaktlinsen nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien</td>
<td>Heilmittel</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Kurleistung</td>
<td>Ja, Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel</td>
<td>Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulanter Krankentransport</td>
<td>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</td>
<td>Ambulante Kurleistung</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Unterbringung</td>
<td>Allgemeine Krankenhausleistungen</td>
<td>Ambulanter Krankentransport</td>
</tr>
<tr>
<td>Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)</td>
<td>Nein</td>
<td>Stationäre Unterbringung</td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhausbudget je nach versicherter Tarifstufe bei Verzicht auf...</td>
<td>... allgemeine Krankenhausleistungen – % von 110 €/Tag</td>
<td>Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankentransporte</td>
<td>Medizinisch notwendige</td>
<td>Ersatz-Krankenhausbudget je nach versicherter Tarifstufe bei Verzicht auf...</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitperson</td>
<td>Nein</td>
<td>Krankentransporte</td>
</tr>
<tr>
<td>Hospizleistungen</td>
<td>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.</td>
<td>Hospizleistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung und Prophylaxe</td>
<td>Ja, zahnärztliche prophylaktische Leistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz und Kieferorthopädie</td>
<td>Ja</td>
<td>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,</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOZ</td>
<td>Nein</td>
<td>und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann</td>
</tr>
<tr>
<td>Kieferorthopädie auch, wenn nach dem 18. Lebensjahr begonnen</td>
<td>Ja</td>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOZ</td>
</tr>
<tr>
<td>Jahreshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren</td>
<td>Nein</td>
<td>Kieferorthopädie auch, wenn nach dem 18. Lebensjahr begonnen</td>
</tr>
<tr>
<td>Dauernder Jahreshöchstsatz</td>
<td>Nein</td>
<td>Jahreshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan</td>
<td>Ja</td>
<td>Dauernder Jahreshöchstsatz</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Beihilfe – BS – Stationäre Wahleleistungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Tarif BS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Stationäre Unterbringung</td>
<td>2-Bettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach versicherter Tarifstufe bei Verzicht auf</td>
<td>... 2-Bettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>... Wahlarzt</td>
<td>... Wahlarzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlarzt auch während vor-/nachstationärer Behandlung</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitperson</td>
<td>Ja, 14 Tage % von 30 € je versicherter Tarifstufe, vor Vollendung 10. Lebensjahr</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Beihilfe – BE – Beihilfeergänzung Ambulant und Zahn

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Tarif BE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehhilfen</td>
<td>Brillengläser, Fassungen bis 125 €/Rechnungsbetrag, Brillen alle 2 Jahre oder Veränderung der Sichtschärfe um 0,5 Dioptrien Kontaktlinsen med. notwendig oder ab 6 Dioptrien</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Unterbringung</td>
<td>1-Bettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach versicherter Tarifstufe bei Verzicht auf</td>
<td>2-Bettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>1-Bettzimmer</td>
<td>1-Bettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlarzt</td>
<td>Wahlarzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlarzt auch während vor-/nachstationärer Behandlung</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitperson</td>
<td>Ja, 14 Tage höchstens 30 € täglich, vor Vollendung 10. Lebensjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung und Prophylaxe</td>
<td>100 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz und Kieferorthopädie</td>
<td>60 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOZ</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Jahreshöchstwerte in den ersten Versicherungsjahren</td>
<td>1. Vj. 3.300 €, 2. Vj. 4.950 €, 3. Vj. 6.600 € Leistungsbetrag</td>
</tr>
<tr>
<td>Dauernder Jahreshöchstzusatz</td>
<td>Ab 4. Vj. und bei unfallbedingten Kosten in den ersten drei Vj. 8.250 € Leistungsbetrag</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan</td>
<td>Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Beihilfe – BE+ – Beihilfeergänzung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>Tarif BE+</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leistungsbereich</td>
<td>Top-Ergänzung zum BKE oder BE – übernimmt bestimmte Selbstbeteiligungen, die für Beihilfeberechtigte gelten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

100 % der erstattungsfähigen Kosten für die in den Beihilfevorschriften vorgesehenen Selbstbeteiligungen und Abzugsbeträge (z. B. für Arzneimittel, Hilfsmittel, amb. häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten, Krankenhausbetreuung) sowie verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von stationären Wahleleistungen bei einer Krankenhausbetreuung sind nicht erstattungsfähig.
<table>
<thead>
<tr>
<th>BKE</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ergänzung für Spitzen-Versorgung und Spezialistenbehandlung – keine Begrenzung auf Höchstsätze der GOÄ/GOZ (nach Verrechnung der Beihilfe und der Versicherungsleistungen des Tarifs BK)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante ärztl. Behandlung</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOÄ</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK</td>
</tr>
<tr>
<td>Schutzimpfungen</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK (bis 15. Lebensjahr und allgemeine Schutzimpfungen)</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie (bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr)</td>
<td>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</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker-Leistungen</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK (im Rahmen der Höchstsätze des Gebüh)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alternative Heilmethoden (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin)</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Arznei- und Verbandmittel</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilmittel</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für die in Tarif BK genannten physikalisch-medizinischen Leistungen (Heilmittel).</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehhilfen</td>
<td>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; Kontaktilsien nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog)</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für im Tarif BK genannte Hilfsmittel</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Kurleistung</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für Arzt-, Arznei-, Verband- und Heilmittel</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulanter Krankentransport</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für im Tarif BK beschriebene, medizinisch notwendige Krankentransporte.</td>
</tr>
<tr>
<td>Stationäre Unterbringung</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für Allgemeine Krankenhausleistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Privatärztliche Behandlung (Wahlarzt)</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld je nach versicherter Tarifstufe</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK bei Verzicht auf allgemeine Krankenhausleistungen - % von 100 €/Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankentransporte</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für medizinisch notwendige Krankentransporte</td>
</tr>
<tr>
<td>Begleitperson</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Hospizleistungen</td>
<td>100 % – nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK für im Tarif BK genannte Leistungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnbehandlung und Prophylaxe</td>
<td>100 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK. Zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR))</td>
</tr>
<tr>
<td>Zahnersatz, Kieferorthopädie</td>
<td>60 % nach Vorleistung Beihilfe und aus Tarif BK</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungen über dem Höchstsatz der GOZ</td>
<td>Ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Jahreshöchstsätze in den ersten Versicherungsjahren</td>
<td>1. Vj. 3.300 €, 2. Vj. 4.950 €, 3. Vj. 6.600 € Leistungsbetrag</td>
</tr>
<tr>
<td>Dauernder Jahreshöchstsatz</td>
<td>Ab 4. Vj. und bei unfallbedingten Kosten in den ersten drei Vj. 8.250 € Leistungsbetrag</td>
</tr>
<tr>
<td>Leistungskürzung bei fehlendem Heil- und Kostenplan</td>
<td>Ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>
private Beitragsentlastung – peB

<table>
<thead>
<tr>
<th>peB</th>
</tr>
</thead>
</table>

Art der Entlastung

Höhe der Entlastung
Mindestens 20 €, im Vielfachen von 5 € bis maximal:
- die Summe der Beiträge der Grundtarife und des Beitragsanteils für die Beitragsentlastung und
- 150 % des zu zahlenden Gesamtbeitrags für die Grundtarife nicht übersteigen.

Entlastung nicht möglich für
- 10 %iger Vorsorgezuschlag, Tagegeldtarife, Ausbildungstarife, Basis-, Standard- und Notagentarif, 20V-Stufen, Zusatztarife (z. B. Z50-1) 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


Tagegeldtarife – EKH und KurPLUS

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

Kurtagegeldtarif: KurPLUS
## Optionstarif flexSI – Leistungsübersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>flexSI</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Versicherungsfähigkeit</strong></td>
<td>Versicherungspflichtige, freiwillig Versicherte oder Familienversicherte der deutschen GKV</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Höchstversicherungsdauer</strong></td>
<td>9 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Eintrittsalter</strong></td>
<td>0 bis 50 Jahre</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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 Waltungstarkif)
- 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


**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 Options tariff?**
- 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

**Besonderheiten**
- flexSI-Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert, sind aber für mindes tenn an 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 eingetretenen Krankheiten sind ohne weitere Gesundheitsprüfung mitversichert
- die Zeit des flexSI wird nicht auf die Dauer der Zahnhochstzähne 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Futura (Optionstarif)</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>** Zielgruppe**</td>
<td>Tarif Futura kann nur bei Neuabschluss folgender Vollkostentarife hinzugesichert werden:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Esprit, Esprit X, Esprit M, Esprit MX</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Ausbildungsvariante Esprit M</td>
</tr>
<tr>
<td>** Dauer**</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>** Option**</td>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### PIT, PIT-B – Gesetzliche Portabilität

## Optionstarife flexSIprivat und flexSI-B – Leistungsübersicht

<table>
<thead>
<tr>
<th>flexSIprivat</th>
<th>flexSI-B</th>
</tr>
</thead>
</table>

### Wer kann sich versichern?
- flexSIprivat: Personen, die bereits eine KV-Vollversicherung bei einem PKV-Unternehmen haben
- flexSI-B: 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
- flexSIprivat: 24 Monate
- flexSI-B: 9 Jahre

### Eintrittsalter
- flexSIprivat: ohne Begrenzung
- flexSI-B: keine Einschränkung

### Der Beitrag
- Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre: 4,75 €
- Erwachsene ab 20 Jahre: 11,15 €


### Wann kann die Option ausgeübt werden?
- flexSIprivat:
  - jederzeit innerhalb von 24 Monaten
  - Werden die gewünschten Tarife spätestens einen Monat nach Beendigung der bisher bestehenden KV-Vollbeantragt, beginnen diese unmittelbar im Anschluss daran. Ansonsten zum nächsten Monatsersten.

- flexSI-B:
  - 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?
- **flexSIprivat**:
  - 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.

- **flexSI-B**:
  - 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 flexSIprivat?
- mit Inanspruchnahme der Option
- macht der Versicherungsnehmer von seiner Option keinen Gebrauch, nach Ablauf von 24 Monaten

### Wann endet der Tarif flexSI-B?
- mit Inanspruchnahme der Option
- mit Beendigung des Lehramt-Studiums ohne Abschluss
- mit Beendigung der GKV oder PKV

### Besonderheiten


* * Das Krankentagegeld ist begrenzt auf 130 % des Höchstkrankengelds in der GKV zum Optionszeitpunkt bzw. auf die Höhe eines bereits bestehenden, höheren Krankentagegeldes.

### Besonderheiten
- flexSI-B-Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert. Der Beitrag bleibt mindestens für jeweils 3 Kalenderjahre konstant.

* * Das Krankentagegeld ist begrenzt auf 130 % des Höchstkrankengelds in der GKV zum Optionszeitpunkt bzw. auf die Höhe eines bereits bestehenden, höheren Krankentagegeldes.
### Tarife der Zusatzversicherung – AmbulantSchutz-Programm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>AmbulantBASISpur</th>
<th>AmbulantSTARTpur</th>
<th>AmbulantPLUS / AmbulantPLUSpur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Auslandsreise-Krankenversicherung (8 Wochen je Reise), inkl. eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandsrücktransports</td>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorge inklusive iGeL (^4)</td>
<td>100 % bis 125 € in 2 Kalenderjahren</td>
<td>100 % bis 250 € in 2 Kalenderjahren</td>
<td>100 % bis 750 € in 2 Kalenderjahren</td>
</tr>
<tr>
<td>Reiseschutzimpfungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesetzliche Zuzahlungen (^1)</td>
<td>100 % bis 125 € je Kalenderjahr</td>
<td>100 % bis 250 € je Kalenderjahr</td>
<td>100 % bis 375 € je Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehhilfe (^4)</td>
<td>nein</td>
<td>100 % bis 250 € in 2 Kalenderjahren</td>
<td>100 % bis 750 € je Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>LASIK / LASEK (^4)</td>
<td>nein</td>
<td>alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 500 € für ambulante Kosten (^3)</td>
<td>alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 1.000 € für ambulante Kosten (^2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittelrestkosten (^6) offenes Hilfsmittelverzeichnis</td>
<td>nein</td>
<td>100 % bis 250 € je Kalenderjahr</td>
<td>100 % bis 750 € je Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker im Rahmen des GebäH</td>
<td></td>
<td>80 % bis 250 € je Kalenderjahr</td>
<td>80 % bis 750 € je Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Naturheilkunde von Ärzten bis zum Höchstssatz der GOÄ</td>
<td>nein</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Therapieformen gemäß Hufeland-Leistungsverzeichnis</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arzneimittel (^5)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezzeitverzicht</td>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoprüfung</td>
<td>nein</td>
<td>vereinfachte Fragen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Optionsrecht</td>
<td>nein</td>
<td>ab 20. Lebensjahr in Tarif Ambulant-PLUS; 60 oder 120 Monate nach Versicherungsbeginn, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat</td>
<td>nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^1\) 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

#### Versicherte Aufwendungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Leistungsbereich</th>
<th>AmbulantTOP (mit) AmbulantPLUS</th>
<th>AmbulantTOP</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arzt bis Höchstbetrag der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – ohne Vorsorge und Naturheilverfahren</td>
<td>100 % / 80 %</td>
<td>100 % / 80 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzt bis Höchstbetrag der GOÄ für Vorsorge (inklusive IGeL = individuelle Gesundheitsleistungen)</td>
<td>100 % bis 750 € in 2 Kalenderjahren</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenordnung für Ärzte bis zum Höchstbetrag der GOÄ</td>
<td>80 % bis 750 € je Kalenderjahr</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>OTC-Präparate und naturheilkundliche Arzneimittel</td>
<td>100 % / 80 %</td>
<td>100 % / 80 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Arznei- und Verbandmittel (ohne OTC-Präparate und naturreilkundliche Arzneimittel)</td>
<td>100 % / 80 % für verschreibungspfl. Arzneimittel</td>
<td>100 % / 80 % für verschreibungspfl. Arzneimittel</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Psychotherapie</td>
<td>100 % / 80 % maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr</td>
<td>100 % / 80 % maximal 50 Sitzungen/Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulante Transportkosten</td>
<td>100 % / 80 % bei Gehunfähigkeit und/oder Behandlung in hausärztlicher Praxis</td>
<td>100 % / 80 % bei Gehunfähigkeit und/oder Behandlung in hausärztlicher Praxis</td>
</tr>
<tr>
<td>Häusliche Behandlungspflege</td>
<td>100 % / 80 %</td>
<td>100 % / 80 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Heilmittel gemäß tariflichem Verzeichnis</td>
<td>100 % / 80 %</td>
<td>100 % / 80 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfsmittel (offenes Hilfsmittelverzeichnis)</td>
<td>100 % / 80 % inklusive Reparaturen</td>
<td>100 % / 80 % inklusive Reparaturen, absoluter Selbstbehalt von 750 € pro Kalenderjahr</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehhilfe</td>
<td>100 % bis 375 € in 2 Kalenderjahren</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>LASIK / LASEK Augenkorrekturen mit Laserverfahren</td>
<td>Alternativ zur Sehhilfe; 2 x je 1.000 € für ambulante Kosten</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Auslandsreise-Krankenversicherung (8 Wochen je Reise), inklusive eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Auslandrücktransports</td>
<td>Ja</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezeiten</td>
<td>Keine</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitsprüfung</td>
<td>Normale Prüfung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Optionsrecht</td>
<td>Nein</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Besonderheit</td>
<td>Erstattungen aus Tarif AmbulantTOP setzen voraus, dass die versicherte Person Kostenerstattung gemäß § 13 Absatz 2 SGB V mit ihrer Krankenkasse vereinbart hat.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

* Inklusive Vorleistung GKV und anderer Versorgungsträger; zahnärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz GOÄ/GOZ
<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>KlinikUNFALLpur 1)</th>
<th>KlinikSTART KlinikSTARTpur 1)</th>
<th>KlinikPLUS KlinikPLUSpur 1)</th>
<th>KlinikTOP1 / EKH 45 3) KlinikTOP1pur 1) / EKH 45 3)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Leistungsvoraussetzungen</td>
<td>Stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls</td>
<td>Stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder bei bestimmten schweren Erkrankungen</td>
<td>Stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder bei bestimmten schweren Erkrankungen und ab Alter 60 generell.</td>
<td>Immer Privatpatient, auch unabhängig von Unfall oder schweren Erkrankungen</td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer</td>
<td>100 % Zweibettzimmer</td>
<td>100 % Zweibettzimmer</td>
<td>100 % Zweibettzimmer</td>
<td>100 % Einbettzimmer</td>
</tr>
<tr>
<td>stationäre wahlärztliche Behandlung</td>
<td>100 % bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)</td>
<td>100 % Leistungen auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mehrkosten, wenn ein anderes Krankenhaus gewählt wird, als in der ärztlichen Einweisung genannt wurde (= Einweisungsklausel)</td>
<td>100 % + Transportkosten bis 250 €</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die oben genannten Kosten</td>
<td>40 €</td>
<td></td>
<td>40 € (25 € ohne Wahlarzt und freie Krankenhauswahl; 15 € ohne Zweibettzimmer)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gesetzliche Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr)</td>
<td>100 %</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenhaus-Assistance 2)</td>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ambulante Operationen</td>
<td>nein</td>
<td>ja, Erstattung für ambulante Operationen, die eine stationäre OP ersetzen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezeitenverzicht</td>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Risikoprüfung</td>
<td>nein</td>
<td>vereinfacht</td>
<td>ja, normale Fragen</td>
<td>ja, normale Fragen</td>
</tr>
<tr>
<td>Optionsrecht</td>
<td>nein</td>
<td>ja, Wechsel nach 60 oder 120 Monaten in höherwertigeren stationären Tarif der aktuellen Verkaufspalette, wenn der Tarif vor dem Eintrittsalter 40 Jahre begonnen hat, z. B. von KlinikSTART nach KlinikPLUS / KlinikTOP1.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1) „pur“-Varianten = ohne Alterungsrückstellungen, mit altersbedingten Beitragssprüngen
3) – mit Hinzuzuwirtschaftung EKH 45: genereller Anspruch auf Einbettzimmer
– ohne Hinzuzuwirtschaftung EKH 45: 100 % Zweibettzimmer; 100 % Einbettzimmer mit 45 € Eigenbeteiligung/Tag (entfällt bei Unfall)
### Krankentagegeldtarife – EinkommensSicherungs-Programm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zielgruppe</th>
<th>ESP-VS</th>
<th>ESP-VA</th>
<th>ESP-E</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Selbstständige (inklusive Freiberufler) mit KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA Krankenversicherung</td>
<td>Arbeitnehmer mit KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA Krankenversicherung</td>
<td>Arbeitnehmer und Selbstständige (inklusive Freiberufler) ohne KV-Vollversicherung bei SIGNAL IDUNA Krankenversicherung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Leistungsbeginn ab</strong></td>
<td>8, 15, 22, 29, 43, 92, 183, 274 oder 365 Tagen Arbeitsunfähigkei</td>
<td>43, 92, 183, 274 oder 365 Tagen Arbeitsunfähigkei</td>
<td>8, 15, 22, 29, 43, 92, 183, 274 oder 365 Tagen Arbeitsunfähigkei</td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezeiten</td>
<td>Nein</td>
<td>Ja</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td>Höhe des Tagegeldes</td>
<td>Je nach Beruf/Karenzzeit bis 310 € pro Tag</td>
<td>Je nach Beruf/Karenzzeit bis 210 € pro Tag</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dynamik</strong></td>
<td>Anspruch auf dynamische Anpassung ohne erneute Risikoprüfung:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a) entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung alle 3 Jahre,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) entsprechend der individuellen Einkommensentwicklung (Karrieresprung)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>innerhalb von 2 Monaten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AU in der Schwangerschaft</strong></td>
<td>Außerhalb der Mutterschutzfristen wird für Schwangerschaftserkrankungen geleistet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mutterschutzfrist</td>
<td>Innerhalb der Mutterschutzfristen wird unter Anrechnung anderweitiger Ansprüche (z.B. Elterngeld) und unter Berücksichtigung von 8 Monaten Wartezeit und unter Anrechnung der Karenzzeit geleistet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Entbindungspauschale</strong></td>
<td>Nein</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Arbeitslosigkeit</strong></td>
<td>Weiterversicherung ist möglich; besondere Vereinbarungen sind zu treffen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Erweiterung des Geltungsbereiches</strong></td>
<td>Im europäischen Ausland Erweiterung auf Transportunfähigkeit; im außereuropäischen Ausland im Krankenhaus</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Krankentagegeld bei Erkrankung eines Kindes</strong></td>
<td>Nein</td>
<td>Ja, 10 Tage p.a. pro Kind, (maximal 25 Tage p.a. bei mehreren Kindern)</td>
<td>Nein</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Wiedereingliederung für Arbeitnehmer</strong></td>
<td>Nein</td>
<td>Ja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbetreihungen</strong></td>
<td>Ja – wenn vor und nach der Maßnahme Arbeitsunfähigkei besteht</td>
<td>Nein – wenn nur für die Dauer der Maßnahme Arbeitsunfähigkei gegeben ist</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Teil-Arbeitsunfähigkei – Leistungen für Selbstständige</strong></td>
<td>Nach mindestens 6 Wochen AU:</td>
<td>Entfällt, da Wiedereingliederung</td>
<td>Nach mindestens 6 Wochen AU:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>50 % Leistung für längstens 28 Tage</td>
<td></td>
<td>50 % Leistung für längstens 28 Tage</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Leistungskürzung bei Einkommenssenkung</strong></td>
<td>Ja, auch bei laufendem Versicherungsfall</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Endalter</strong></td>
<td>67 Jahre, danach Verlängerungsmöglichkeit bis 70 Jahre zum bisherigen Beitrag, sofern kein Altersruhegeld bezogen wird.</td>
<td>Von 70 Jahre bis 75 Jahre erneute Verlängerung möglich (jedoch zum Neugeschäftsbeitrag) sofern kein Altersruhegeld bezogen wird.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ende der Leistungsdauer bei Berufsunfähigkei (BU)</strong></td>
<td>– BU liegt auch vor, wenn andere Träger BU oder Erwerbsminderung feststellen bzw. VP Rente deshalb bezieht</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Nachleistungspflicht verlängert sich um 3 weitere Monate (aber 50% Krankentagegeld), wenn Rententräger noch nicht über Antrag entschieden hat (Nachleistung insgesamt max. 6 Monate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Rückforderungsanspruch bei rückwirkenden Zahlungen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anschluss an hauseigene BU-Absicherung</strong></td>
<td>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.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anrechnung anderweitiger Leistungen</strong></td>
<td>Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung sowie Verletztengeld werden auf das Krankentagegeld angerechnet.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verzicht auf ordentliches Kündigungsrecht in den ersten drei Versicherungsjahren durch Versicherer</strong></td>
<td>Ja</td>
<td>– Arbeitnehmer mit KV-Voll: kein Kündigungsrecht durch VU</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Arbeitnehmer ohne KV-Voll: nein</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>– Selbstständige: ja, bei GKV oder PKV-Übertritt (bis zur Höhe des früheren Kranken- bzw. Krankentagegeldan- spruchs)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pro</td>
<td>pro v</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>------</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| **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, 46, 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 |  |
| **Krankenzeitankündigung 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 Neugeschäftbeitrag) sofern kein Altersruhegeld bezogen wird |  |
| **Ende der Leistungsduer 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

### Arbeitgeberfinanzierte Tarifvarianten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorsorge</th>
<th>Unfall</th>
<th>Krankenhaus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bKV-Vorsorge</td>
<td>bKV-Akut</td>
<td>bKV-Klinik</td>
</tr>
<tr>
<td>bKV-Fit</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
- 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) | 
- im Krankenhaus: Wahlarzt/ Spezialist bis Höchstsatz GOÄ, 2-Bettzimmer – alternativ 40 € Ersatz-Krankenhaustagegeld, gesetzliche Zuzahlung  
- stationäre Wahlleistungen ohne Begrenzung GOÄ*  
(Ärztlicher, 1 oder 2-Bettzimmer, 1-Bettzimmer mit 45 € Selbstbehalt/Tag – entfällt bei Unfall, gesetzliche Zuzahlungen, max. 40 € Ersatz-Krankenhaustagegeld, freie Krankenhauswahl, ambulante OP)  
* GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte |

### Zahnarzt

<table>
<thead>
<tr>
<th>bKV-Zahn</th>
<th>bKV-ZahnPro</th>
<th>bKV-ZahnPro+</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>bKV-Sehhilfe</th>
<th>bKV-NaturMed</th>
<th>bKV-Med</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)  
- Erstattung 100 % bis 250 € in 2 Versicherungsjahren | Naturheilkunde durch Arzt oder Heilpraktiker  
- nicht verschreibungs-pflichtige 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>bKV-KT</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>
| Krankentagegeld ab dem 43. Tag  
- bis maximal 20 €/Tag  
(bei 20 € Tagessatz bis maximal 620 €/Monat) | |


### Arbeitnehmerfinanzierte 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:**

### Tarife der Zusatzversicherung – PflegeSchutz-Programm

<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>PflegeSTART</th>
<th>PflegeTOP²</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pflegetagegeld in Pflegegrad 1¹</td>
<td>10 % (bei Unfall)</td>
<td>10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegetagegeld in Pflegegrad 2¹</td>
<td>35 % (bei Unfall)</td>
<td>35 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegetagegeld in Pflegegrad 3¹</td>
<td>55 % (bei Unfall)</td>
<td>55 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegetagegeld in Pflegegrad 4¹</td>
<td>75 %</td>
<td>75 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegetagegeld in Pflegegrad 5¹</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Assistance-Leistungen</th>
<th>ab 35 € Tagessatz</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beitragsbefreiung</td>
<td>50 % in Pflegegrad 4 100 % in Pflegegrad 5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einmalleistung</th>
<th>90 Tagessätze ab Pflegegrad 4</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dynamik</th>
<th>10 % – alle 3 Jahre (bis 69 Jahre, auch im laufenden Pflegefall)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Optionsrecht</td>
<td>in PflegePLUS oder PflegeTOP bei gesetzlichen Änderungen</td>
</tr>
<tr>
<td>Wartezeiten</td>
<td>nein</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Versicherte Aufwendungen</th>
<th>PflegeBAHR</th>
<th>PflegeBAHRPLUS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 1*</td>
<td>10 %</td>
<td>10 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 2*</td>
<td>35 %</td>
<td>35 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 3*</td>
<td>55 %</td>
<td>55 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 4*</td>
<td>75 %</td>
<td>75 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Monatliches Pflegegeld in Pflegegrad 5*</td>
<td>100 %</td>
<td>100 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Assistance-Leistungen</td>
<td>nein</td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Beitragsbefreiung</td>
<td>nein</td>
<td>50 % in Pflegegrad 4 100 % in Pflegegrad 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Einmalleistung</td>
<td>nein</td>
<td>3 Pflegemonatsgelder ab Pflegegrad 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Dynamik</td>
<td>5 % – alle 3 Jahre (maximal in Höhe der durchschnittlichen Inflationsrate)</td>
<td>nein (zusätzlich wird eine eventuelle Wartezeitlücke aus PflegeBAHR übernommen)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### PflegeSchutz-Programm – Pflegemonatsgeld care +

#### Versicherte Aufwendungen

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

* 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

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


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 Kappe 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 Einnahmen eine Rolle.
2. Beitragsermäßigung (Ehegattenkappenung) für Ehegatten, d.h. Kappen 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 Ehegattenkappenung!

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.

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

Die Leistungsvoraussetzungen

§ 14 und § 15 SGB XI

Die 6 relevanten Lebensbereiche für die Begutachtung

D ie Gewichtung je Lebensbereich (in % der Gesamtpunktzahl)
1. Mobilität (z. B. Treppensteigen) 10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z. B. Erinnerungsvermögen) oder
die Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z. B. Weglauffendenzen, Verhaltensauffälligkeiten)
15 % *
3. Selbstversorgung (z. B. An- und Auskleiden) 40 %
20 %
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
15 %
6. Ernährung und Pflege der Hohlenraumversorgung (PPV)
15 %

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
**Compass Pflegeberatung**


**Der Berater kommt zu den PKV Versicherten**

Anspruch auf Pflegeberatung haben privat Pflegepflichtversicherte:


**Die Leistungen ab 01.01.2017**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflegegrad</th>
<th>Pflegegeld</th>
<th>Pflegesachleistung (z.B. Pflegedienst)</th>
<th>vollstationäre Pflege</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>125 €</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>316 €</td>
<td>689 €</td>
<td>770 €</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>545 €</td>
<td>1.298 €</td>
<td>1.262 €</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>728 €</td>
<td>1.612 €</td>
<td>1.775 €</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>901 €</td>
<td>1.995 €</td>
<td>2.005 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Pflegefall erhalten Vertragsleistungen, die zusammen mit der Beihilfe (Beihilfeschrift 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Höchstbeitrag</th>
<th>Normalversicherte</th>
<th>Beihilfeberechtigte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>147,54 €</td>
<td>59,02 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>


... 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 Öffnungsaaktion Begrenzung auf den höchsten Beitrag (nur für diejenigen, die im Rahmen der Öffnungsaaktion 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 Beitrag, 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) gestritten 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
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

**D Beiträge**

<table>
<thead>
<tr>
<th>„Normal-“ Versicherte</th>
<th>Beihilfeberechtigte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Höchstbeitrag</td>
<td>147,54 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Ehegattenkappung</td>
<td>pro Person 110,65 €, gesamt 221,31 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Kleine Anwartschaft*</td>
<td>9,09 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Studenten</td>
<td>16,46 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

**E Beitragsfreie Pflegeversicherung von Kindern?**

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


Beispiel aus dem täglichen Leben

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.


Pflegegeschütz staatlicher Förderung

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beispiel Pflegegrad 4</th>
<th>Pflege im Pflegeheim (kostenintensiv*)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Monatliche Pflegekosten</td>
<td>4.303,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesetzliche Leistung</td>
<td>1.775,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Nichte bedeckte Pflegekosten</td>
<td>2.528,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Zusätzlich zu gewährte Beihilfe nach § 39 BBhV</td>
<td>2.324,15 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbst zu tragender Anteil nach § 39 BBhV</td>
<td>203,85 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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.

Beispiel

Beim Beziehen verlängert 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?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Baustein 1: Der Pflegebedürftige</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Auslaufender Einnahmen, Vermögen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Baustein 2: Der Ehegatte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Auslaufender Einnahmen, Vermögen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Baustein 3: Die Kinder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bei mehr als 100.000 € Gesamteinkommen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Baustein 4: Das Sozialamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

Beispiel

Stationäre Pflege im Pflegeheim (Pflegegrad 4)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Monatliche Pflegekosten 1)</th>
<th>3.396,09 €</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>/ Monatliche Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung</td>
<td>- 1.775,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>= Monatlicher Eigenanteil 2)</td>
<td>- 1.621,09 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.
Pflegezeit, Familienpflegezeit und kurzzeitige Arbeitsverhinderung


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kurzzeitige Arbeitsverhinderung</th>
<th>Pflegezeit</th>
<th>Familienpflegezeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rechtsgrundlage</td>
<td>§ 2 Pflegezeitgesetz</td>
<td>§ 3 Pflegezeitgesetz</td>
</tr>
<tr>
<td>Zweck</td>
<td>Kurzfristige Überbrückung einer akuten Pflegesituation eines nahen Angehörigen*</td>
<td>Längerfristige Pflege eines nahen Angehörigen*</td>
</tr>
<tr>
<td>Maximale Dauer</td>
<td>10 Tage</td>
<td>6 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>Anspruchsberechtigt</td>
<td>Jeder Beschäftige (nicht Selbstständige, Beamte)</td>
<td>Jeder Beschäftige in Betrieben mit mehr als 15 Arbeitnehmern (nicht Selbstständige, Beamte)</td>
</tr>
<tr>
<td>Rechtsanspruch</td>
<td>ja</td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Art der Leistung</td>
<td>Kurzfristige, vollständige Freistellung von der Arbeit und Zahlung eines Pflegeunterstützungsgeld (für Inanspruchnahme ist das Vorliegen eines Pflegegrades nicht erforderlich – ärztliche Bescheinigung reicht)</td>
<td>Vollständige oder teilweise Arbeitsfreistellung und Möglichkeit eines zinslosen Darlehens sowie bis zu dreimonatige vollständige oder teilweise Freistellung für die Sterbebegleitung</td>
</tr>
<tr>
<td>Träger der Leistung</td>
<td>Gesetzliche (SPV) oder private Pflegeversicherung (PPV)</td>
<td>Darlehen über Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| 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 | 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) | GKV Vollständige Freistellung: Familienversicherung prüfen oder Freiwillige Mitgliedschaft; bei freiwilliger Mitgliedschaft maximal in Höhe des GKV-Mindestbeitrages (§ 44a Absatz 1 SGB XI) | GKV „normaler“ Arbeitgeberzuschuss vom Arbeitsentgelt
PKV 50 %iger Zuschuss, nicht mehr als GKV-Zuschuss (§ 44a Absatz 4 SGB XI i. V. m. § 249c Absatz 1 Nr. 2 SGB V) | PKV „normaler“ Arbeitgeberzuschuss; nicht mehr als GKV-Zuschuss gemäß § 257 SGB V |

A1-Bescheinigung
Grundsätzlich gelten für Erwerbstätige die jeweiligen Rechtsvor- schriften des Mitgliedstaates, in dem sie beschäftigt sind. Sind Arbeitnehmer nur vorübergehend in einem anderen EU-Mitglieds-
land tätig (sogenannte Entsendung), gilt jedoch ausnahmsweise wei-
terhin das Recht des Entsendestaates. Mit einer sogenannten A1-Bescheinigung können Arbeitnehmer und andere Erwerbstätige dokumentieren, ob für sie das Recht des Wohnstaates (Entsende-
staates) oder die Vorschriften eines ausländischen Staates maße-

Wichtig: Für die Ausstellung der Bescheinigung bei PKV-Versicher-
ten ist nicht das jeweilige PKV-Unternehmen zuständig. Privatver-
sicherte, die nicht berufsständisch versorgt sind, beantragen die A1-Bescheinigung bei ihrem Rentenversicherungsträger. Personen mit einer berufsständischen Versorgung erhalten die Bescheinigung bei der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrich-
tungen (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 finan-
zieren hat.

Aktuar, Verantwortlicher
Der Verantwortliche Aktuar hat die Finanzlage des Unternehmens insbesondere darauf zu überprüfen, ob die darnuernde Erfüllbarkeit der Verträge jederzeit gewährleistet ist, und vor allem sicherzustel-
len, 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 einheit-
licher Beitragssatz, der für sämliche Krankenkassen in Deutschland gilt. Der allgemeine Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeits-
unfähigkeit für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Entgeltfort-
zahlung 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 ein-
kommensabhängigen 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 unternehmensindivi-
duelle AVB haben.

Altersteilzeit
Altersteilzeit liegt vor, wenn Arbeitnehmer das 55. Lebensjahr voll-
endt 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 Tarifver-
tragsparteien. Eine entsprechende Regelung ist mittlerweile in den meisten Branchen erfolgt. Die Reduzierung der Arbeitszeit auf die Hälfte kann auf unterschiedliche Weise realisiert werden. Beispiels-
weise kann die Reduzierung auch wie folgt innerhalb der Rahmen-
frist von 10 Jahren aussehen: Mit 55 Jahren volle Stundenzahl bis 60, danach gar keine Tätigkeit bis 65 Jahre (= Blockmodell). Ergeb-
nis: Bezogen auf 10 Jahre wurde die Arbeitszeit auf die Hälfte redu-
ziert. 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 unterschrit-
ten 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 berech-
nete Beitrag ist demgegenüber prinzipiell konstant und heißt Net-
tobeitrag. Dieser Nettobeitrag ist in der Anfangszeit der Versiche-
rungsdauer 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 Über-
schüsse wiederum den Rückstellungen zugeführt werden. Ab dem Zeitpunkt, an dem der Beitrag nicht mehr ausreicht, um die Leistun-
gen zu finanzieren, wird die Alterungsrückstellung abgebaut.

Anwartschaftsversicherung
Eine Anwartschaftsversicherung dient dazu, erworben Rechte aus einem PKV-Vertrag zu erhalten. Der Abschluss empfiehlt sich z. B. für Vollversicherte, die vorübergehend in der GKV versicherungs-
pflichtig werden (z. B. wegen Arbeitslosigkeit ohne Befreiung). Mit einer kleinen Anwartschaftsversicherung erreicht der Kunde den Ver-
zicht auf erneute Risikoprüfung bei Aktivierung; durch die große Anwartschaftsversicherung werden zusätzlich die Alterungsrückstel-
lungen weiter aufgebaut. Bei Anspruch auf freie Heilfürsorge (Poli-
zeibeamte, 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 Aus-
landsaufenthalte möglich.

Seit dem 01.01.2009 ist eine Anwartschaftsversicherung wegen wirt-
schaftlicher Notlage dann nicht mehr möglich, wenn es sich um eine Krankheitstiefensicherung handelt, die der Pflicht zur Versi-
cherung gemäß § 193 Absatz 3 VVG genügt.

Auch in der PPV besteht die Möglichkeit eine Anwartschaftsversi-
cherung abzuschließen.

Eine kleine PPV-Anwartschaft kann für die Dauer einer Versiche-
rungspflicht oder einer Familienversicherung in der SPV abgeschlos-
sen werden.

Die PPV kann im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der PPV als große Anwartschaft geführt werden, wenn keine Versiche-
rungspflicht 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 Deutsch-
land in Krankenfürsorgesysteme der EU einbezogen sind, wie beispielsweise Mitarbeiter des Europäischen Parlaments
**KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)**

**Anzeigepflicht**

**Arbeitgeberzuschuss**

*a)* zur PKV:
Bei SIGNAL IDUNA versicherte Arbeitnehmer, die nur wegen Über- schreitens 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Berechnung Höchstbeitrag</th>
<th>Maximal-Zuschuss</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4.837,50 (\times (14,6% + 1,3%) \div 2)</td>
<td>384,58 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 familiensicher sind, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den GKV-Leistungen entsprechen. Trotzdem wird der Zuschuss auch für eine Vollversicherung ohne Krankentagegeld gezahlt.


**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).


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**

**Arbeitsentgelt**

**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 1. West | Ost
---|---
78,96 € | 74,76 €


**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)**

Weit über 10.000 Medikamente stehen mittlerweile in der Liste der zuzahlungsfreien Arzneimittel. Diese Liste wird alle 14 Tage fortlaufend aktualisiert anhand der Preise, die die Arzneimittelhersteller neu festlegen können.
**Aufsicht**

Die Versicherungsaufsicht wird von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) durchgeführt. Sie erstreckt sich auf die Tätigkeiten des Versicherers: den Betrieb von Versicherungs geschäften, 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.

**Aufwendungausgleichsgesetz (AAG)**

Am 01.01.2006 ist das so genannte Aufwendungausgleichsgesetz 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 Bruttolöhne 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 Betriebsgröße. Sie zahlen für den Ausgleich an die GKV einen bestimmten Umlagebeitrag (= Umlagesatz x rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt).

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 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reisetag</th>
<th>Ohne Aufenthalt in ...</th>
<th>Mit Aufenthalt in ...</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>bis 64 Jahre</td>
<td>ab 66 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>bis 64 Jahre</td>
<td>ab 65 Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>von 1. - 60. Tag</td>
<td>1,00 €/Tag</td>
<td>3,50 €/Tag</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3,00 €/Tag</td>
<td>11,90 €/Tag</td>
</tr>
<tr>
<td>von 61. - 365. Tag</td>
<td>2,50 €/Tag</td>
<td>7,50 €/Tag</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5,00 €/Tag</td>
<td>14,90 €/Tag</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Risikoträger ist die SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG

b) **Reise-Krankenversicherung (Jahresabschluss)**


<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Single</th>
<th>Familie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bis 64 Jahre</td>
<td>14,90 €</td>
<td>29,90 €</td>
</tr>
<tr>
<td>ab 65 Jahre</td>
<td>81 €</td>
<td>154 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Risikoträger ist die SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG

Onlineabschlüsse und weitere Infos unter www.signal-iduna.de/reise

Unternehmen, die Auslandsaufenthalte von Mitarbeitern vornehmen, haben für anfallende Krankheitskosten ihrer Mitarbeiter im Ausland aufzukommen. Näheres ergibt sich aus § 17 Sozialgesetzbuch (SGB) V.

**Basistarif**


**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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Freiwillig GKV-Versicherte</th>
<th>innerhalb von 6 Monaten nach Ende der Versicherungspflicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neukunden der PKV mit Vertragsbeginn ab 01.01.2009</td>
<td>jederzeit</td>
</tr>
<tr>
<td>Nichtversicherte, die in der PKV versicherungspflichtig sind</td>
<td>jederzeit</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Tarifart und Selbstbehalt**

Den Basistarif gibt es für Beihilfeberechtigte (Tarif BTB) sowie für alle übrigen Personengruppen (Tarif BTN).

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 arbeiten lassen. Denn meistens sind andere Möglichkeiten zu einer angemesseneren Versorgung, die durch die Beamten und der Versicherungsnehmer gegenüber den Leistungserbringern gemeinsam.

KV-LEXIKON
(wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Zugang zum Basistarif beim eigenen PKV-Unternehmen, wenn Person bereits vor 01.01.2009 versichert war

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abmessungen:</th>
<th>595.3x841.9</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Die 3-jährige Bindefrist ist auch bei einem Versicherer-Wechsel zu erfüllen!</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zugangsberechtigter Personenkreis</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Für den folgenden Personenkreis besteht Zugang zum Basistarif bei allen PKV-Unternehmen:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- freiwillig gesetzlich Krankenversicherte innerhalb von 6 Monaten nach dem Beginn ihrer freiwilligen Mitgliedschaft</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- alle Personen, die ab dem 01.01.2009 einen PKV-Vertrag neu abschließen – zeitlich unbegrenzt.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Weiterhin besteht jederzeit ein Zugangsrecht in den Basistarif für bereits PKV-Versicherte, wenn diese das 55. Lebensjahr vollendet haben.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vor dem 55. Lebensjahr, wenn</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- ein Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften besteht und auch beantragt wurde</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- 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</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- oder Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) bzw. SGB XII besteht.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zusätzlich gibt es noch ein besonderes Zugangsrecht zum Basistarif im Rahmen der Beamtenöffnungsaktion (siehe Seite 59).</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hinweis:
Grundsätzlich sollten sich unsere Bestandskunden vor einem Wechsel in den Basistarif von ihrem zuständigen Außendienstpartner ausführlich beraten lassen. Denn meistens sind andere Möglichkeiten zu einer angemesseneren Versorgung, die durch die Beamten und der Versicherungsnehmer gegenüber den Leistungserbringern gemeinsam.

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, vermindert sich die Leistungen im Basistarif, sobald sich die GKV-Leistungen verschlechtern.


Zusatzversicherung nach Tarif BasisZUSATZ

Hinweise zur Beantragung

Beamtenanwärter

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 Ausbildungs- 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 in 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)


**Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25. Mai 2011**


**Beihilfe**


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 Vor sorge notwendig.


**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 nach dem Tag der Rentenantragstellung bei der zuständigen Krankenkasse ab dem Tag der Rentenantragstellung bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen, bei der der Rentenbezieher zuletzt versichert war (z. B. AOK, IKK, BKK, BEK, DAK, usw.).

**Rentner oder Rentenversicherungspflicht**

Durch die GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) ist seit dem 01.01.2000 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.

**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)
KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

bei Verbeamtung auf Probe). Details zur Pauschalen Beihilfe finden Sie auf Seite 121.

Beihilfebemessungssatz

Die jeweiligen Beihilfebemessungssätze können Sie der Beihilfe-übersicht 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.

Beitragsentlastungsgesetzes
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 Zahnnersatz mehr für Personen, die nach dem 31.12.1978 geboren sind (ab 01.01.1999 wieder aufgehoben durch Solidaritätssstärkungsgesetz)
– 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 von 4, 6 oder 8 DM je nach Packungsgröße

Beitragsrückerstattung (BRE)
Näheres zur Beitragsrückerstattung entnehmen Sie bitte der Seite 65 dieses Handbuches.

Beitragssatsicherungsgesetzes (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 Beitragseneinnahmen 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-Versicherten.

Belastungsgrenze bei gesetzlichen Zuzahlungen
Versicherte haben in jedem Kalenderjahr Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) zu leisten. Hierbei handelt es sich aus schließlich um die gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V. Die Belastungsgrenze gilt nicht für Eigenbeteiligungen beim Zahnzusatz, 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 Zuzahlungsschlüsseln und Einkommensbescheinigungen nachweisen.


Beispiel

<table>
<thead>
<tr>
<th>verheirateter GKV-Versicherer, 2 Kinder</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>jährliche Bruttoeinnahmen Mitglied</td>
</tr>
<tr>
<td>+ jährliche Bruttoeinnahmen Ehegatte</td>
</tr>
<tr>
<td>= Gesamt-Bruttoeinnahmen</td>
</tr>
<tr>
<td>./ Freibetrag Ehegatte</td>
</tr>
<tr>
<td>./ Freibetrag Kinder (2 x 8.388 €)</td>
</tr>
<tr>
<td>= anzurechnende Bruttoeinnahmen</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 eignes Einkommen eine bestimmte Grenze nicht überschreitet. Die Grenze ist abhängig von der jeweils geltenden Beihilfeversicherungsschutz (siehe Übersicht Seite 57).

Beispiel


Maßgebend ist der Gesamtbetrag der Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 EStG. Vereinfacht wird dieser Betrag wie folgt ermittelt:

Selbstständige: Betriebeinnahmen/. 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 Familienzuschlags erkennen. Daher hat das Kindergeldrecht Auswirkungen auf die Berücksichtigungsfähigkeit und evtl. auch auf den Beihilfebeitrag des Arbeitgebers. Soll der Arbeitgeber eine bKV für seine Arbeitnehmer einrichten, können die Beiträge entweder nach § 37 b EStG oder nach § 40 Abs. 1 EStG pauschal zu versteuern.

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 Gleichbehandlungsrecht (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


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 die 44-Euro-Grenze auch nur um einen Cent überschritten, wird der gesamte Betrag steuerpflichtig – und damit auch sozialabgabenpflichtig. Hiro: Der Gesetzgeber plant, ab dem 01.01.2022 diese Freigrenze auf 50 € im Monat zu erhöhen!


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.

Betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Schließt der Arbeitgeber für seine Mitarbeiter im Rahmen des Arbeitsverhältnisses eine Krankenversicherung ab, handelt es sich um eine betriebliche Krankenversicherung (bKV).
KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

außerdem dann in Betracht, wenn weniger als 20 Arbeitnehmer eine bKV erhalten.

Pauschalierung nach § 40 EStG

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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lohnsteuer</th>
<th>Sozialabgaben*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Steuerfreiheit gemäß § 8 Abs. 2 Satz 11 EStG</td>
<td>Es fallen keine Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung an.</td>
</tr>
<tr>
<td>Pauschalversteuerung gemäß § 37b EStG</td>
<td>Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile auf die bKV-Beiträge Anteile zur Sozialversicherung zählen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Pauschalversteuerung gemäß § 40 Abs. 1 Nr. 1 EStG</td>
<td>Es fallen keine Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung an.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) 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)
- Mindestbeitragsbemessungsgrenze für freiwillig Versicherte
  (1/3 der monatlichen Bezugsgröße, 2021 = 1.096,67 Euro)


Bürgerentlastungsgesetz

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 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 Kapitalwahlerecht,
- Rentenversicherungen mit Kapitalwahlecht gegen laufende Beitragsleistung, wenn das Kapitalwahlecht 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:

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.

KV-LEXIKON 105
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).

Ja. Es ist auch ein gegebenenfalls von der gesetzlichen Krankenversicherung erhobener Zusatzbeitrag abzugsfähig.

b) Für PKV-Versicherte
Welche Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge sind abzugsfähig?

Ja. Es ist auch ein gegebenenfalls von der gesetzlichen Krankenversicherung erhobener Zusatzbeitrag abzugsfähig.

Gesamter Krankenversicherungsbeitrag ohne Tagegeld (es erfolgt eine prozentuale Aufteilung)

Mehreinnahmen steuerlich nicht abzugsfähig
Grundleistungen 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 „Krankenversicherungsbeitragsanteilse mittlungsverordnung“ (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 Punktswerte ermittelt:

Grundleistungen

Mehrleistungen

Die Punktwerte sind vom Gesetzgeber festgelegt. Sie werden je Tarif benötigt, um den steuerlich nicht abzugsfähigen Beitragsanteil nach folgender Formel zu berechnen:

Der so ermittelte Wert ist von 100 abzuziehen.
Steuerlich abzugsfähige Beitragsanteile der Verkaufstarife

<table>
<thead>
<tr>
<th>SIGNAL IDUNA Tarife</th>
<th>steuerlich abzugsfähig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PIT, PIT-B</td>
<td>100,00 %</td>
</tr>
<tr>
<td>START</td>
<td>93,16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Esprit M, BKE</td>
<td>91,36 %</td>
</tr>
<tr>
<td>START-PLUS</td>
<td>84,07 %</td>
</tr>
<tr>
<td>KOMFORT, Esprit</td>
<td>82,60 %</td>
</tr>
<tr>
<td>KOMFORT-PLUS, EXKLUSIV, EXKLUSIV-Plus, Prime, Comfort+, BE</td>
<td>79,59 %</td>
</tr>
<tr>
<td>START-B, KOMFORT-B+, EXKLUSIV-B, BK</td>
<td>91,36 %</td>
</tr>
<tr>
<td>KOMFORT-B-E(I), EXKLUSIV-B-E(I)</td>
<td>57,61 %</td>
</tr>
<tr>
<td>KOMFORT-B-W, EXKLUSIV-B-W, EXKLUSIV-ES, BS, BE+</td>
<td>0 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Vorauszahlung bis 3 Jahre möglich


Beispiel: Lediger Selbstständiger
PPV-Beitrag: 500 € im Jahr
KV-Beitrag (Basisabsicherung): 4.000 € im Jahr

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>ohne Vorauszahlung</th>
<th>mit Vorauszahlung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2021</td>
<td>4.500 €</td>
<td>18.000 €</td>
</tr>
<tr>
<td>2022</td>
<td>4.500 €</td>
<td>2.800 € *</td>
</tr>
<tr>
<td>2023</td>
<td>4.500 €</td>
<td>2.800 € *</td>
</tr>
<tr>
<td>2024</td>
<td>4.500 €</td>
<td>2.800 € *</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>18.000 €</td>
<td>26.400 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*) Es wurde unterstellt, dass „sonstige Vorsorgeaufwendungen“ (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 und den vollen Arbeitgeberzuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie den Krankenhaustagegeldzuschuss vermindert. Abzuziehen sind ebenfalls Beitragsrückerstattungen; allerdings nur mit den Beträgen, die sich nach Anwendung des tariflichen Faktors ergeben.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)


Bundesfreiwilligendienst (BFD)


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 Sozialversicherungs träger, zu dessen Verbund die Kranken- und Pflegeversicherung, das medizinische Netz, die Rentenversicherung, die Renten-Zusatzversicherung, die Seemannskasse sowie die Minijob-Zentrale gehören.

Bundespflegesetzverordnung

Die Bundespflegesetzverordnung und jetzt auch „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


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 KlinikUNFAILLp, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur)) alle unsere nach Krankheitskostentarifen versicherten Kunden.

COMPASS Private Pflegeberatung GmbH


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


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.


Beispiel

Arbeitnehmer in Westdeutschland hat monatliches Arbeitsentgelt von 4.200 €; im Mai wird zusätzlich Urlaubsgeld in Höhe von ebenfalls 4.200 € gezahlt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kranken- und Pflegeversicherung</th>
<th>Renten- und Arbeitslosenversicherung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>monatliche BBG 2021</td>
<td>4.837,50 €</td>
</tr>
<tr>
<td>anteilige BBG Januar bis Mai</td>
<td>24.187,50 €</td>
</tr>
<tr>
<td>anteiliges Arbeitsentgelt Januar bis Mai</td>
<td>21.000 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Differenz zur anteiligen BBG</td>
<td>3.187,50 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kranken- und Pflegeversicherung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>monatliche BBG 2021</td>
</tr>
<tr>
<td>anteilige BBG Januar bis Februar</td>
</tr>
<tr>
<td>anteiliges Arbeitsentgelt Januar bis Februar plus Tantieme</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Eintrittsalter


Elterngeld


- 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 Netztoeinkommens. 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.


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

#### Bezugsdauer des Elterngeldes als Elterngeld Plus

#### Elternzeit

### Beispiel:
Frau, seit 01.01.2008 wegen Überschreitens der JAEG PKV-versichert, daher Befreiungsmöglichkeit bis Ende September!

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Elterngeld bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres eines Kindes.

- Bei unveränderter Dauer der Elternzeit von bis zu 3 Jahren können beide Eltern gemeinsam Elterngeld nehmen.
- Die zulässige Teilzeitarbeit während der Elternzeit beträgt 30 Wochenstunden.

### Arbeitslosengeld
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

Höher verdienende Arbeitnehmer und Selbstständige mit Ehepartner und Kindern 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 Zusammenhang 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 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 470 € überschreitet.


Firmenwagen

Immer mehr Arbeitgeber gehen dazu über, mit ihren Arbeitnehmern statt einer Vergütungs erhöhung – die Zuwendung von Sachbezügen zu vereinbaren oder – einen Teil des Gehalts in Sachbezüge umzuwandeln. Ein Dienst- / Firmenwagen als Überlassung zur privaten Nutzung ist geldwerten Vorteil und stellt mithin steuer- und sozialversicherungspflichtiges Entgelt dar [§ 8 Abs. ESStG, 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 ESStG eine am Bruttolistenpreis orientierte pauschale Ermittlung vor. Das 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesamtkosten x gefahrene Privat-km</th>
<th>gefahrene Gesamt-km</th>
</tr>
</thead>
</table>
**KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)**

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 Vor- aussetzungen beitragsfrei sein.

Wird im Zuge der Überlassung eines Firmenfahrzeugs statt der bisherigen Vergütung die Zahlung eines reduzierten Barlohn vereinbart, ist diese Art von Barlohnsumwandlung 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**

_Barlohnsumwandlung zugunsten eines Firmenfahrzeugs_

Ein Mitarbeiter verzichtet für die Überlassung eines Firmenfahrzeugs 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 €
_Behaltsverzicht_ 450 €
_Bruttolohn nach Gehaltsverzicht_ 5.350 €
_Geldwerten Vorteil_ 1 % von 37.000 € 370 €
0,03 % x 15 x 37.000 € 166,50 €
_neuer Bruttolohn_ (5.350 € + 370 € + 166,50 €) 5.886,50 €

**Bewertung für die PKV:** Wenn ein höher verdienender Arbeitnehmer in die PKV wechseln möchte, dann muss im obigen Beispiel der „neue Bruttolohn“ über der Jahresarbeitsentgelsgrenze liegen.

**Freie Heilfürsorge**


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 Restkostenabdeckung über aktive Beihilfstarife infrage).


**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.


**Freiwillige Versicherung – Beitragsbemessung**

Die Grundsätze zur Beitragsbemessung von freiwillig Versicherten (§ 240 SGB V) legt jetzt einheitlich für alle Krankenkassen der Spitzenverbund Bund fest. Bei der Beitragsbemessung freiwillig Versicheter ist grundsätzlich die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit heranzuziehen.

**Beitrag freiwillig Versicherter, falls Ehepartner PKV-versichert**


**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


---

**KV-LEXIKON**

**Bruttolohn nach Gehaltsverzicht**

5.350 €

1 % von 37.000 €
370 €

0.03 % x 15 x 37.000 €
166,50 €

_neuer Bruttolohn_

(5.350 € + 370 € + 166,50 €) 5.886,50 €

**KV-LEXIKON**

111

Regelhöchstsätze

Die Überschreitung der Höchstsätze und die Höhe der SIGNAL werden soll, die vorherige Abstimmung mit unserer Leist – den Abschnittes M 1,3-fach

PVZ versicherte Ehefrau: 0 € mtl. Einnahmen
– keine Gesundheitsprüfung (Kontrahierungszwang)
– Zusatzleistungen (z. B. Assistance) sind nicht erlaubt
– Wartezeit beträgt 5 Jahre

Fördervoraussetzungen und Förderhöhe:
– 5 Euro monatliche staatliche Förderung (60 Euro im Jahr)
– 600 Euro monatliche Mindestleistung in Pflegegrad 5 und
– 15 Euro monatlicher Mindestbeizug
– kein Leistungsbeizug aus SPV oder PPV
– Wartezeit beträgt 5 Jahre
– Zusatzleistungen (z. B. Assistance) sind nicht erlaubt


Geringfügige (entlohnte) Beschäftigung

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)

Geförderte ergänzende Pflegeversicherung (PflegeBAHR)

Förderung durch die GKV
– GKV Beitrag für die Ehefrau: 1.596 € x 14,0 % = 223,44 €
– GKV Beitrag für das Kind: 1.596 € x 14,0 % = 223,44 €
– GKV-Beitrag Ehefrau: 2.201,67 € x 14,0 % = 308,23 €
– GKV Beitrag für das Kind: 0 €
– GKV Beitrag für das Kind: 0 €
– PKV versicherter Ehemann (Beamter): 3.850 € monatliche Einnahmen

Förderung durch die GKV
– Hilfeleistungen (z. B. Assistance) sind nicht erlaubt
– Wartezeit beträgt 5 Jahre
– kein Leistungsbeizug aus SPV oder PPV
– Wartezeit beträgt 5 Jahre
– Zusatzleistungen (z. B. Assistance) sind nicht erlaubt
– kein Leistungsbeizug aus SPV oder PPV
– Wartezeit beträgt 5 Jahre
– Zusatzleistungen (z. B. Assistance) sind nicht erlaubt

Mindestlohn und geringfügige Beschäftigung


Eine geringfügige Beschäftigung ohne versicherungspflichtige Hauptbeschäftigung


Besonderheiten in der GRV


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


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


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


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 Arbeitsstage nach ihrer Eigentart 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 bei den geringfügigen Beschäftigungsentgelten unterscheiden sich grundsätzlich dadurch, dass eine geringfügig entlohnte Beschäftigung regelmäßig und eine kurzfristige Beschäftigung nicht regelmäßig, sondern nur gelegentlich ausgeübt wird.
Geringfüßige 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


Internet: www.haushaltsscheck.de

Steuerermäßigung

Darüber hinaus stehen dem Arbeitgeber Steuererstattungen (§ 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)
- 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 Familienvorsorge zu prüfen. Unter Gesamteinkommen ist gemäß § 16 SGB IV die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuergesetzes 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. Sparerfordertab
- 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, Hausanspruch nimmt. Die Steuerermäßigung (Vermin- derung der tariflichen Einkommensteuer) beträgt 20 % der Aufwendungen ...
- bei haushaltsnahen Beschäftigungen, Dienst- sowie Pflege- und Betreuungsleistungen (höchstens 4.000 Euro im Jahr)
- für Handwerkerleistungen ohne Materialkosten im Rahmen von Renovierungs-, Erhaltungs- und Modernisierungsmaßnahmen (max. 1.200 Euro im Jahr)

Gesundheitsfonds


Zusatzbeitrag


Sonderkündigungsrecht bei Erhebung Zusatzbeitrag


GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)


GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Gleitzone


Gründungszuschuss

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.


„Hartz I bis IV“-Reformen
Um den Arbeitsmarkt in Deutschland zu reformieren, sind seit 2003 insgesamt vier Gesetzespakete in Kraft getreten. Der Namensgeber und geistige Vater relevanter Inhalte dieser Gesetze war Dr. Peter Hartz (früherer Personalvorstand bei VW).


✓ 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 vertreten.

✓ 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 („Urlaupflege“)

Haushaltsbegleitgesetz

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**

**Ich-AG (Existenzgründungs-Zuschuss)**
Mit Inkrafttreten von „Hartz II“ am 01.01.2003 wurde ein neues Instrument zur Förderung der Anfahrt 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 Gehaltsänderung 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**

Die Jahresarbeitsentgeltgrenzen der letzten fünf Jahre im Überblick: Seit 2001 einheitliche Grenze für Ost und West

| Jahr | Einheitliche Grenze
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2017</td>
<td>57.600 € (52.200 €*)</td>
</tr>
<tr>
<td>2018</td>
<td>58.400 € (53.100 €*)</td>
</tr>
<tr>
<td>2019</td>
<td>60.750 € (54.450 €*)</td>
</tr>
<tr>
<td>2020</td>
<td>62.550 € (56.250 €*)</td>
</tr>
<tr>
<td>2021</td>
<td>64.350 € (58.050 €*)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**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 Beitragssätze beim 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.

Um das Alter des Versicherten zu errechnen, ist der Arzt dazu verpflichtet, wenn der Patient dies wünscht. Viele SIGNAL IDUNA Krankenversicherungs tarife leisten jedoch als ganze Jahresbelastung eine entsprechende Gegenleistung, die sich aus den vorherigen Einnahmen der gesamten Versicherungsträger für einen bestimmten Zeitraum ergibt.
KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

3. Nettoverzinsung

Nettokapitalanlageergebnis

mittlerer Kapitalanlagebestand

x 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


Krankengeld


Neu seit 01.01.2009: Krankengeldanspruch für Selbstständige

Seit dem 01.01.2009 ist der gesetzliche Krankengeldanspruch für Selbstständige grundsätzlich weggefallen. Um ihren Verdienstausfall abzuschirmen, haben sie folgende Möglichkeiten:

a) Absicherung über einen GKV-Wahltarif

Nachteile sind beispielsweise die 3-jährige Mindestbindung, keine auf Zukunft ausgelegte Vertragssicherung, verzichtet auf die sonst üblichen Sonderkündigungsrechte und das gesetzliche Krankengeld unterliegt dem Progressionsvorbehalt.

b) Wahl des allgemeinen Beitragssatzes


c) Absicherung über ein PKV Krankentagegeld

Vorteile sind die lebenslange Vertragssicherung, 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 begleitete.

Krankentagegeld


Absicherung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

Darum 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 Arbeitseinkommens; maximal der Renten-Beitragsbemessungsgrenze: (2021 = West 7.100 Euro / Ost 6.700 Euro)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifierungsbeispiel:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>monatliches Bruttoeinkommen = 5.000 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rentenbeitragssatz = 18,6 %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rechnung:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.000 € x 18,6 % = 744 €</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 Verkaufsbedingungen, 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Berechnungsbeispiel</th>
<th>Beträge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beitragsbemessungsgrenze 2021 = 4.837,50 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Monatliches Brutto-Arbeitsentgelt = 3.000,00 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Monatliches Netto-Arbeitsentgelt = 2.000,00 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>So rechnet die Krankenkasse</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>70 °/ von der Beitragsbemessungsgrenze = 3.386,25 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>70 °/ vom Brutto-Arbeitsentgelt = 2.100,00 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>90 °/ vom Netto-Arbeitsentgelt = 1.800,00 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Der niedrigste der drei zuletzt ermittelten Beträge gilt als Berechnungsgrundlage</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>/, 12.275 % (für Sozialversicherungsbeiträge) = 220,95 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>= Ausgezahltes Netto-Krankengeld = 1.579,05 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Das ist die Krankengeldlücke</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Netto-Arbeitsentgelt = 2.000,00 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>/, Ausgezahltes Krankengeld = 1.579,05 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>= Ergibt monatliche Lücke = 420,95 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1/30 davon ergibt die tägliche Lücke = 14,03 €</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Empfohlenes SIGNAL IDUNA Krankentagegeld = 15,00 €</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Generelle Empfehlungen zur bedarfsgerechten Krankentagegeldhöhe für GKV-Pflichtversicherte finden Sie auf Seite 40.
Kündigung der GKV-Mitgliedschaft

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. aus treten.

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. Zwei Klarstellungen sollten der Austritt schriftlich erklären werden.


Kündigung der PKV

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 dem Vertrag zurücktreten (Nichtzahlung Erstbeitrag) bzw. den Vertrag kündigen (Nichtzahlung Folgebeitrag).

Kündigung unwirksam und das Versicherungsverhältnis bleibt unverändert bestehen.

Kündigungsfrist
Innerhalb der PKV gibt es den Leistungsausschluss gemäß § 5 Absatz 1 Buchst. d MB/ÜV:
„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 Rehabilitationen.

**Leistungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung**


Tarife der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung leisten zusätzlich für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen, 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 Rehabilitationen oder für Unterkunftskosten empfiehlt sich die Hinzusicherung des KurPLUS bzw. EXKLUSIV-B-E.


**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.


Die relevanten Passagen aus dem SpiBu-Rundschreiben vom 22.03.17, Seite 15 nachfolgend im Wortlaut:


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 reguläre Arbeitsentgelt durch eine Entgeltersatzleistung (Kurzarbeitergeld bzw. Krankengeld) ersetzt wird und der eigentliche Entgeltanspruch dem Grunde nach unverändert 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 versicherungsrechtlichen Status bleiben, zählen insbesondere:

- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung (unabhängig davon, ob Krankengeld oder Krankentagegeld gezahlt wird),
- Zeiten des Bezugs von Verletzengeld, 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 Eignungsübungen.“

**PKV-Zuschuss bei Kurzarbeit: gesetzliche Regelung**


**Bewertung vorweg**


**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 Beitragsatz 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.
**KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)**

**Dazu folgendes Beispiel:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beträge</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Soll-Entgelt</td>
<td>6.000,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Ist-Entgelt</td>
<td>2.400,00 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Berechnung Fiktiventgelt</td>
<td>(80 % der Differenz zwischen Soll-Entgelt und Ist-Entgelt)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bemessungsgrundlage aus Fiktiv-entgelt:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a) (Ist-Entglt. + Fiktiv-Entglt.) ≤ KV-BBG: dann (Soll-Entglt ./ Ist-Entglt.) x 60%</td>
<td>(6.000 € - 2.400 €) x 60%</td>
</tr>
<tr>
<td>Der niedrigste Wert aus a) und b):</td>
<td>2.437,50 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Monatlicher PKV-Beitrag</td>
<td>600,00 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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 Pflegeversicherung (richtig 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).


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 sind, 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 verwerten 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 durchführt oder die Meisterschule im Abendstudium absolviert. Wird die Meisterschulzeit 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 und die Meisterschule in Vollzeit zu absolvieren. In diesem Fall wird der Meisterschüler freizügiges 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.

---

**Wichtiger Hinweis:**

Das vereinfachte und exemplarische Beispiel soll verdeutlichen, dass 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.

**Wichtigste Begriffe:**

- **KV-LEXIKON** (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)
- **MB/EPV 2017**: Abkürzung der Musterbedingungen für die ergänzende Pflegekrankeversicherung (richtig 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/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 sind, 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 verwerten sowie ganz oder teilweise auf in Deutschland zum substitutiven Krankenversicherungsgeschäft zugelassene Unternehmen weiter zu übertragen.
- **Meisterschüler**: Für die versicherungsrechtliche Beurteilung ist es wichtig zu wissen, ob der Meisterschüler ein Vollzeitstudium durchführt oder die Meisterschule im Abendstudium absolviert. Wird die Meisterschulzeit im Abendstudium absolviert, bleibt der Meisterschüler grundsätzlich weiterhin als abhängig Beschäftiger versicherungspflichtig in der GKV.
- **Mindestbeitragsbemessungsgrundlage**: Fachbegriff zur Beitragsberechnung in der GKV für freiwillige Mitglieder. Diese Grenze gibt an, welcher Ausgangswert mindestens für die Beitragsberechnung zugrunde gelegt wird.

---

**Landwirte, landwirtschaftliche Nebenbetriebe**

Die Kassen greifen hierauf nur zurück, wenn eindeutige Grundlagen zur Beitragsbemessung fehlen (z. B. bei einkommenslosen Familienangehörigen).

Der monatliche Wert errechnet sich aus der Bezugsgöße. 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 Bezugsgöße.

Die besondere Beitragseinstufung für Selbstständige, die einen Grundsatz des § 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 Bezugsgöße.

b) für übrige Mitglieder

(z. B. Kinder, die wegen fehlender Familieversicherung selbst freiwillig versichert werden).

Beitragspflichtige Einnahmen = 1/3 der monatlichen Bezugsgöße

Natürlich müssen freiwillige Mitglieder ihr Einkommen gegenüber der Krankenkasse nachweisen. Hierzu die Empfehlung des AOK-Bundesverbandes:


In Betracht kommen hierfür unter anderem eine vom Finanzamt bestätigte Erklärung oder eine Bescheinigung des Steuerberaters/Steuerbevollmächtigten oder der Steuerbescheid.

Der monatliche Wert errechnet sich aus der Bezugsgöße. Bedeutung hat die Grenze u. a. für Kinder, die selbst – wegen fehlender Familienversicherung – freiwillig versichert werden müssen, sowie für hauptberuflich Selbstständige.

Mitgabefähigkeit der Alterungsrückstellungen

Für die Mitgabefähigkeit der Alterungsrückstellungen sind folgende Konstellationen entscheidend.

a) Bestand die Krankheitskostenvollversicherung vor dem 01.01.2009?


b) Ist die Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31.12.2008 abgeschlossen worden?


c) Wurde die Krankheitskostenvollversicherung nach dem 20.12.2012 abgeschlossen?


Mutterschutz

Der gesetzliche Mutterschutz, das Mutterschutzgesetz, hat die Aufgabe, die im Arbeitsverhältnis stehende Frau und das werdende Kind vor Gefahren, Überforderung und Gesundheits schäden 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

Der monatliche Wert errechnet sich aus der Bezugsgöße. Bedeutung hat die Grenze u. a. für Kinder, die selbst – wegen fehlender Familienversicherung – freiwillig versichert werden müssen, sowie für hauptberuflich Selbstständige.

Minijob

Siehe „Geringfügig Beschäftigte“ (Seite 112)
Seit 11.04.2017 Krankentagegeld auch für selbstständige Frauen während der Mutterschaftsfristen


PKV-Verband erweitert die Neuregelung auch für PKV versicherte Arbeitnehmerinnen (sowie für Zusatzversicherte)


Hinweis: Auf das Krankentagegeld werden Entgeltersatzleistungen angerechnet, wie beispielsweise das Elterngeld.

Nettoeinkommen

Die Frage nach der Absicherung des „richtigen“ Krankentagegeldeins 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 Deutscher Ring Krankenversicherung sowie „Alt-Nova“)

a) absicherbares Einkommen bei Arbeitnehmern:
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“)

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 SIGNAL IDUNA)

a) absicherbares Einkommen bei Arbeitnehmern:
Bruttoeinkommen bzw. Bruttogehalt
- Lohnsteuer
- Solidaritätszuschlag
- Kirchensteuer
- Arbeitnehmeranteil zur Arbeitslosenversicherung
- Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung
+ Arbeitgeberanteil zur privaten KV und PPV (wenn Kunde PKV-versichert ist)
+ 80% des Gesamtbetrages zur Rentenversicherung (AN und AG-Anteil)
= absicherbares Einkommen

Nettoeinkommen (Marke SIGNAL IDUNA)

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 SIGNAL IDUNA)

Tipps für Existenzgründer:

Nach den o. g. Definitionen wäre zum Teil kein Krankentagegeld ver- sicherung. Für diesen Personenkreis ist aber ebenfalls eine Absiche- rung 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 Versiche- rungszeit 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. Auf- fangversicherungspflicht in der GKV) und § 193 Abs. 3 VVG (PKV).

Nichtversicherter war bereits in Deutschland krankenversichert

Nichtversicherter war noch nie in Deutschland krankenversichert

Zuletzt GKV versichert

Zuletzt PKV versichert

Versicherungsfreier Arbeitnehmer

Selbstständige Beamte

alle anderen

Seit 1.4.2007 versicherungspflichtig in GKV (bei letzter Krankenkasse)

Seit 1.1.2009 Pflicht zur Versicherung in PKV (Kontrahierungszwang im Basistarif)

Bitte beachten Sie hierzu auch die Beispiele auf den Seiten 19 und 27.

KV-LEXIKON

KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)
KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

Notlagentarif (NLT)

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 Durchlaufen 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 Notlagentarif ist in Unisex kalkuliert und kostet für jeden Kunden – egal ob jung oder alt – den gleichen Beitrag (Uniage-Kalkulation).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarif</th>
<th>Beitrag</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NLTN</td>
<td>Normalversicherte und Beihilfeberechtigte ohne Beihilfeanspruch 79,14 €</td>
</tr>
<tr>
<td>NLTB 20</td>
<td>Beihilfeberechtigte mit 80 % Beihilfeanspruch 15,83 €</td>
</tr>
<tr>
<td>NLTB 30</td>
<td>Beihilfeberechtigte mit 70 % Beihilfeanspruch 23,74 €</td>
</tr>
<tr>
<td>NLTB 50</td>
<td>Beihilfeberechtigte mit 50 % Beihilfeanspruch 39,57 €</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Gesetzgeber hat geregelt, dass während der Versicherung im NLT alle eventuell vereinbarten Nachlässe und Zuschläge (z. B. Risikozuschläge) der Ursprungskauf 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 Ursprungskauf „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 Verbraucherenschlichtungsstelle nach dem Verbraucherstreitbeilegungsgesetz.


Ostabschlag
siehe Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), Seite 135

Pauschale Beihilfe (gilt nur in den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Thüringen)

Die Neuerungen im Überblick:
✓ Pauschale Beihilfe bedeutet: Der Beamte erhält einen „Beitragszuschuss“ zu seiner Krankenversicherung – egal ob er privat oder gesetzlich versichert ist.
✓ 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 beihilfegfähig (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 rückwirkend 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.


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 Pensio näre bleiben auch im Ruhestand weiterhin freiwilliges Mitglied der GKV und zahlen damit auch im Ruhestand Beiträge 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 Bruttovermögensentwicklung angepasst.
- Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (in erster Linie Dementzkrankene) 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 Demenzkrankene
  - Verbesserung der ambulanten Versorgung
  - Zusätzliche Betreuungsleistung in der tiefstationären Pflege
  - Höhere Leistungen in den Pflegestufen für Demenzkrankene
  - Demenzkrankene erhalten in „Pflegestufe 0“ zusätzlich zum Be treuungsbetrag von 100 Euro bzw. 200 Euro erstmals Pflege geld 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)
  - Kontraindikationsschutz
  - keine Risikozuschläge und keine Leistungsausschlüsse
  - Wartezeit maximal 5 Jahre
  - kein Leistungsbetrag 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 (PST I)

Unter anderem mit folgenden Änderungen:

- Leistungsausweitung 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 Teil stationärer-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege
  - Mehr Leistungen für Dementzkrankene
  - 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
KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

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


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 Abrechnungsunterschieden durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
• 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.

Praktiken

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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sachverhalt</th>
<th>GKV und SPV</th>
<th>ALV und RV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum ohne Entgelt</td>
<td>pflichtig</td>
<td>pflichtig</td>
</tr>
<tr>
<td>vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum mit Entgelt</td>
<td>pflichtig</td>
<td>pflichtig</td>
</tr>
<tr>
<td>vorgeschriebenes Zwischenpraktikum mit oder ohne Entgelt (mit Immatrikulation)</td>
<td>frei</td>
<td>frei</td>
</tr>
<tr>
<td>nicht vorgeschriebenes Zwischenpraktikum mit oder ohne Entgelt</td>
<td>frei</td>
<td>frei</td>
</tr>
<tr>
<td>nicht vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum ohne Entgelt</td>
<td>vrij</td>
<td>vrij</td>
</tr>
<tr>
<td>nicht vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum mit Entgelt</td>
<td>préferéntiel</td>
<td>préferéntiel</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 Bewegungsangel 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 (Nahrungsersetzungsmittel) sowie extrem kalorienreduzierter Kost propagieren

Nähere Hinweise finden Sie auch auf der Seite des Spitzenverbands.

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

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).

Erstmale 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.

Seit 01.08.2017 je Kind 3 Jahre für die 9/10-tel Regelung


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 des Zeits (= mindestens 30 Monate) versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig tätig waren.
Es gibt drei Fälle, die hierbei unterschieden werden müssen:


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.


Pflichtversicherte in der KvDR zahlen Beiträge an die GKV aus:

1. der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung
2. sonstigen Versorgungsbezügen (z. B. Betriebsrenten, Kapitalleistungen aus Versorgungsbezügen (z. B. Direktversicherung)
3. Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit


Rechtsprechung zur Beitragspflicht von Betriebsrenten


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 Betriebrente Sozialversicherungsbeiträge erhoben. Teile der Betriebrente, die auf privaten Einzahlungen beruhen, bleiben beitragsfrei.

Ab 01.01.2020: Freibetrag für Versorgungsbezüge in der KvDR


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 Beitragsatz (§ 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 Beitragsatz (§ 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!

Für die in 1. bis 2. genannten Einkommen bzw. Einkünfte zahlt der Rentner den "gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit" aus:

– Bereits zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung liegt eine Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung vor (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses). Die Mitgliedschaft wird auch als Rentner freiwillig weitergeführt.

    o d e r

– Unmittelbar vor Rentenbeginn liegt eine GKV-Pflichtmitgliedschaft vor (z. B. aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses). Die Mitgliedschaft endet mit der Aufgabe der Beschäftigung. Danach setzt sich automatisch die Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied fort. Bitte hierzu die Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V beachten.

Freiwillig GKV-versicherte Rentner zahlen Beiträge zu ihrer 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


Unser Tipp:

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 Auschluss 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 Versicherungspflichtstatbestand 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 erfüllt, können in folgenden Fällen GKV-Mitglied bleiben:

– Bereits zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung liegt eine freiwillig 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 fort. Bitte hierzu die Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V beachten.

Freiwillig GKV-versicherte Rentner 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 Arbeitsanteil, einkommen aus selbständiger 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 Rentenbeginn nichts. Allerdings kann jetzt das Krankentagegeld entfallen und anstelle des Arbeitgeberzuschusses erhält der PKV-vollversicherte Rentner anstelle des Arbeitgeberzuschusses erhält den PKV-zuschuss für PKV-versicherte Rentner maximal 7,95 % der Rente. Der Zuschuss wird wie folgt berechnet: vom Zahlbetrag der Rente multipliziert mit der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (1,3 %) – maximal die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (1,3 %) – maximal die Hälfte des durchschnittlichen Beitragssatzes (1,3 %) – maximal die Hälfte der tatsächlichen Beiträge (§ 106 SGB VI). Damit beträgt der Zuschuss für PKV-vollversicherte Rentner maximal 7,95 % der Rente.

Risikostrukturausgleich, morbiditätsorientiert (Morbi-RSA)


**Risikozuschlag**

**Sachleistungen**
Sachleistungen in der GKV sind Leistungen, die nicht Dienst- oder Geldleistungen sind. Wichtigste Sachleistung in der GKV ist die ärzt liche Behandlung.

**Satzung der gesetzlichen Krankenkasse**
Jede gesetzliche Krankenkasse gibt sich im Rahmen der Selbst verwaltung eine Satzung. Sie bedarf der Genehmigung der zustän digen 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**

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 bean tragen. 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

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird erst zu dem Zeitpunkt fällig, zu dem die Entscheidung, dass eine (abhängige) Beschäfti gung 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 Feststel lung des sozialversicherungsrechtlichen Status) auszufüllen. Das Anfrageverfahren ist nicht mehr möglich, wenn die zuständige Ein zugsstelle oder ein anderer Versicherungsträger im Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Verfahren zur Feststellung einer Beschäfti gung 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 Ent scheidung 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 Tätig keit regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen und

b) auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig sind; bei Gesellschaftern gelten als Auftraggeber die Auftrag geber der Gesellschaft,

werden in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflich tig (§ 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 Verseich rungspflicht 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.


**See-Krankenkasse**

**Sehbeeinträchtigung, schwere**
Für GKV-Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht unter anderem ein Anspruch auf Brillen oder Kontaktlinsen,
KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)

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 Sehstörung von mindestens 30 % 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


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.


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.

Die heutige Marktposition in Deutschland: Rang 5 in der privaten Krankenversicherung (gemessen an den Beitragseinnahmen).

Soldaten auf Zeit (Übergangsgebühren)


Der Bezugszeitraum von Übergangsgebühren ist abhängig von der Dauer der Dienstzeit:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dienstzeit:</th>
<th>Übergangsgebühren für:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4 bis unter 5 Jahre</td>
<td>12 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>5 bis unter 6 Jahre</td>
<td>18 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>6 bis unter 7 Jahre</td>
<td>24 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>7 bis unter 8 Jahre</td>
<td>30 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>8 bis unter 9 Jahre</td>
<td>36 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>9 bis unter 10 Jahre</td>
<td>42 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>10 bis unter 11 Jahre</td>
<td>48 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>11 bis unter 12 Jahre</td>
<td>54 Monate</td>
</tr>
<tr>
<td>12 und mehr Jahre</td>
<td>60 Monate</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Neue Regelung für alle Soldaten auf Zeit, die ab 01.01.2019 erstmalig Übergangsgebühren beziehen:

Standorttarif für ältere Versicherte (STN)


Der Standorttarif 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 Standorttarif führt.


Studenten

Informationen zu den versicherungsrechtlichen Fragestellungen bei Studenten finden Sie auf Seite 35.

Tarifwechsellieftarden

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 des Unternehmens 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.


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.

Termenservicestellen
Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sollen gesetzlich Krankenversicherte schneller einen Termin beim Vertragsarzt bzw. Psychotherapeuten erhalten. Dafür wurden sogenannte Termenservicestellen geschaffen. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 75 Absatz 1a SGB V.

Die Termenservicestellen vermitteln nur in dringenden Fällen einen Arzttermin. Sie wird nicht tätig bei aufschiebbaren Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen. Darüber hinaus berücksichtigt die Terminvermittlung Krankenversicherte schneller einen Termin beim Vertragsarzt bzw. Psychotherapeuten erhalten. Dafür wurden sogenannte Termenservicestellen geschaffen. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 75 Absatz 1a SGB V.

Die Termenservicestellen 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 Termenservicestellen:

- Termenservicestelle 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 Termenservicestelle bekannt sind. Deshalb ist jeder Vertragsarzt verpflichtet, der Termenservicestelle freie Termine zu melden
- wird ein Termin vermittelt, muss Vertragsarzt in zumutbarer Entfernung liegen
- Termenservicestelle muss Arzttermin innerhalb von 1 Woche vermitteln; der Termin muss dann innerhalb eines Zeitfensters von 4 Wochen liegen
- kann die Termenservicestelle 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 Termenservicestellen 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 der Medizinischen Rehabilitation statt, wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt. Bei gesetzlich Krankenversicherten entfällt bei Zahlung eines Übergangsgeldes der Anspruch auf Krankengeld.


Je nach versichertem SIGNAL IDUNA Krankentagegeldtarif erfolgt unter Umständen eine Anrechnung des Übergangsgeldes.

Übertragungswertbescheinigung


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-


**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.


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 bestehst im Hinblick auf Außenleistungen der Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern

**Verkaufsprozess in der PKV**

Durch die gesetzlichen Änderungen des GKV-WSG haben sich die Verkaufsprozesse in der privaten Krankheitskostenversicherung ab dem 01.01.2009 deutlich verändert. Von der Antragsaufnahme bis zur Polizeierung sind deshalb einige wichtige Dinge zu beachten:

2. Die Kündigung beim Vorversicherer (egal, ob GKV oder PKV) muss fristgerecht ausgesprochen werden.
5. Die Kündigung wird zum ordentlichen Termin wirksam.
7. Falls ein Wechsel in den Basis tarif 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.


**Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern**


Weitere Voraussetzung: Auch die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze muss überschritten werden


**Versicherungsjahr**

Bei SIGNAL IDUNA gilt nicht das Kalenderjahr, sondern es wird ab Versicherungsbeginn 12 Monate weitergerechnet (= Versicherungsjahr). In der Pflegepflichtversicherung gilt das Kalenderjahr.

**Versicherungspflicht**


**Versicherungspflicht für bestimmte Personen**

**a) Arbeitnehmer**

Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt über 450 Euro im Monat sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) generell versicherungspflichtig. Höher verdienende Arbeitnehmer können bei Über schreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) von 64.350 Euro prüfen, ob sie in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln...


**KV-Lexikon (wichtige Fachbegriffe von A bis Z)**

können. Der Wechsel ist immer dann möglich, wenn der Arbeitnehmer mit seinem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt die JAEG überschreitet.

b) Beamte


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 gefährdet 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 ein Anwartschaftsversicherung zu empfehlen, da im Ruhestand unter Umständen nur der Weg in den Basistarif offen steht.

d) Selbstständige


Wie sind Selbstständige einzustufen, die sich (noch) nicht versichert haben? Auch für diese gilt der Grundsatz: Sie sind dem System zuzurechnen, in dem sie zuletzt (also vor Beginn der Nichtversicherung) versichert waren.

Beispiel für Zuordnung zur GKV


Lösung: Der Selbstständige ist der GKV zuzuordnen und seit 01.04.2007 in der GKV pflichtversichert.

Beispiel für Zuordnung zur PKV

Selbständiger 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).


Versicherungsteuer

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?**


**Für welchen Zeitraum ist die Versicherungsteuer zu zahlen?**

Die Versicherungsteuer wird grundsätzlich ab dem Beginn des Aufenthaltes in Frankreich erhoben, Beginn 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)**


**Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÂndG)**


**Vorsorgezuschlag**

**Verwendung des Vorsorgezuschlages**


**Altersgrenzen für den Vorsorgezuschlag**


Kein Zuschlag wird erhoben für Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld- und Kurztagegeldversicherungen, Anwartschaftsversicherungen, die 20 V-Stufen der Beihilfe tarife, Ausbildungstarife, Pflegegeldtarife 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 erhal ten 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**


**Ausbildungsvorsicherungen**

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 Teilin Vollversicherungen
- nach dem 01.01.2000 abgeschlossene Anwartschaften mit Aktivierung vor dem 60. Lebensjahr

**Vorversicherungszeiten**


Außerdem wird bei Übertritt aus der GKV zu SIGNAL IDUNA die 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 Vertragsanzeige die ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu bestätigen 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.


**Wahltarife in der GKV**


Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können Krankenkassen jetzt bestimmte Wahltarife anbieten. Die gesetzliche Grundlage findet sich in § 53 SGB V. Zu unterscheiden ist dabei zwischen Wahl- tarifen, die eine Krankenkasse anbieten muss (Pflichtangebote) und solchen, die eine Kasse anbieten kann (Kann-Angebote).

**Überblick der gesetzlichen Wahltarife:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pflichttarife für ...</th>
<th>Kann-Tarifangebote ...</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>integrierte Versorgung</td>
<td>mit Selbstbehalt</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausarzt</td>
<td>mit Beitragsrückzahlung</td>
</tr>
<tr>
<td>strukturierte Behandlungsprogramme</td>
<td>mit Kostenerstattung für eine Behandlung als Privatpatient beim Arzt</td>
</tr>
<tr>
<td>besondere ambulante ärztliche Versorgung</td>
<td>mit Kostenerstattung für Leistungen wie Zahnersatz, Sehhilfen, etc.</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankengeld für Selbstständige</td>
<td>für alternative Medizin</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**Vorteil:** Das private Krankentagegeld kann individuell und bedarfs- gerecht abgesichert werden und unterliegt nicht dem Progressions- vorbehalt.

**Vorsicht vor 3-jähriger 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:


**Fazit**

Krankenkassen selbst sprechen bei einigen Wahlarten 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 Zusatzversicherung sichen nicht unren. 

Wartezeiten
Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an. Die allge-
meine 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
einzelartige Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Ehe-
schließen beantragt wird. Die besonderen Wartezeiten betragen für
Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kie-
ferorthopädie 8 Monate (in den Tarifen ZahnBASIS, ZahnSTART,
ZahnPLUS und ZahnTOP entfallen die Wartezeiten).

Wissenschaftlichkeitsklausel, § 4 Absatz 6 MB/KK
Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs-
oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulme-
dizin 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 ste-
hen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag
herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizini-
scher Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Zahlungsverzug in der GKV
Auch in der GKV kann ein Mitglied in Zahlungsverzug geraten. Wer-
den Beiträge nicht rechtzeitig gezahlt, erhebt die gesetzliche Kran-
kasse Säumniszuschläge und ggf. Mahngebühren.

Ist das Mitglied mit der Beitragszahlung 2 Monate und mehr im Rück-
stand 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 Mutter-
schaft.

Zahlungsverzug in der PKV
Seit dem 01.01.2009 ist jede Kündigung einer Krankheitskostenvoll-
versicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, durch den Ver-
sicherer ausgeschlossen. Bei Versicherungen, die nicht die Versi-
erungspflicht erfüllen, können wir wie bisher auch vom Vertrag
verkürztreten (Nichtzahlung Erstbeitrag) bzw. den Vertrag kündigen
(Nichtzahlung Folgebeitrag). Gesetzliche Grundlage ist § 206 Abs. 1
VVG. Mit der Einführung des Notlagentarifes 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. 8 Monate und beinhaltet zwei Mahnungen. Da der Bei-
trag des Notlagentarifes in der Regel deutlich unter dem Beitrag des
ursprünglichen Tarifes liegt, werden insgesamt weniger Rückstände
aufgebaut. Kunden können also leichter als bisher die angefallenen
Rückstände (z.B. in Form einer Ratenzahlung) ausgleichen und so
gesogenenfalls kurzfristige wirtschaftlich schwierige Zeiten über-
brücken. Zudem existieren in der Praxis unterschiedliche Mahnver-
fahren, die für einen Vertrag parallel laufen.

Zahnhöchstsätze
In allen Vollversicherungs- und Beihilfetarifen mit Zahnkostenerstat-
tung, Tarifen mit Optionsrecht sowie in den Tarifen ZahnBASIS,
ZahnSTART, ZahnPLUS und ZahnTOP erhöht sich die Zahnprüfung ab Beginn zu
lören. Der § 8 MB/KK, Teil 2 wurde dahingehend angepasst, dass
wieder Rücktritte nach § 37 VVG möglich sind. Dies gilt auch für Ver-
träge, die der Erfüllung der Versicherungspflicht dienen.

Zahnpflicht zuzuordnenden Tarife gilt das zuvor beschriebene Ver-
fahren.
Zusatzbeiträge in der GKV

a) kassenindividueller Zusatzbeitragssatz (§ 242 SGB V)


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)


Einkommensteuergesetz (ESTG)

§ 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. 2Für Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind dies die nach dem Dritten Titel des Ersten Abschnitts des Achten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach dem Sechsten Abschnitt des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte festgesetzten Beiträge. 3Für 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. 4Wenn 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).

3Als 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 Kinder geld 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. 4Hat 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. 5Beiträge, 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) Vorsorgeaufwendungen im Sinne des Absatzes 1 Nummer 3 und 3a können je Kalenderjahr insgesamt bis 2800 Euro abgezogen werden. 2Der Höchstbetrag beträgt 1900 Euro bei Steuerpflichtigen, die ganz oder teilweise ohne eigene Aufwendungen einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Erstattung oder Übernahme von Kranken kosten haben oder für deren Krankenversicherung Leistungen im Sinne des § 3 Nummer 9, 14, 57 oder 62 erbracht werden. 3Bei zusammen veranlagten Ehegatten bestimmt sich der gemeinsame Höchstbetrag aus der Summe der jedem Ehegatten unter den Voraussetzungen von Satz 1 und 2 zustehenden Höchstbeträge. 4Übersteigen 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 Wahrscheinlichkeitsstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten zu berechnen sind, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahme der Invaliditäts- und Krankheitsgefähr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Sterblichkeits- und Krankheitsgefähr 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 die ordentliche Kündigungsrechts des Versicherungsunternehmens ausgeschlossen werden muss, in der Krankentgeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr, sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
4. dem Versicherungnehmer 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 Basis tarif 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 den Interessenten zu bestätigen.


§ 149 VAG Prämienzuschlag
[alt: § 12e VAG]

§ 150 VAG Alterungsrückstellung; Direktgutschrift
[alt: § 12a VAG]


(4) Der Teil der nach Absatz 1 ermittelten Zinsentwicklungen, der nach Abzug der nach Absatz 2 verwendeten Beträge verbleibt, ist für die Versicherung, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet hat, für eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen und innerhalb von drei Jahren der Vermeidung der Prämienhöhungen oder der Prämienermäßigung zu verwenden. Die Prämienermäßigung nach Satz 1 kann so weit beschränkt werden, dass die Prämie des Versicherten nicht unter die der ursprünglichen Eintrittshöhe 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 sowie für deren
berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.


(2) Der Versicherer ist verpflichtet, folgenden Personen eine Versicherung im Basis tarif zu gewähren:

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetz buch 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 Geschäfts betrieb zugelassenen Versicherung unternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,
3. allen Personen, die beihilfe berechtigt 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 Geschäfts betrieb 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 Basis tarif 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 ange nommen 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 Täu schung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Ver letzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.


(4) Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 3 Satz 1 oder 3 Hilfe bedürftigkeit in dem Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozial gesetz buch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfe bedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfe bedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetz buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bestimmen. Besteht auch bei einem nach Satz 1 verminderten Beitrag Hilfe bedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetz buch 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 Sozialgesetz buch, 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 Basis tar if ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt.

§ 153 VAG Notlagentarif [alt: § 12h VAG]


§ 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-

§ 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 Früh erkennung 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 zusätzlich 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 Anbietung 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 denen 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 Mutter schutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen, soweit der versicherten Person kein anderweitiger angemessener Ersatz für den während dieser Zeit verur sachten Verdienstausfall zusteht.

(6) Bei der Pflegekran kenversicherung 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 die Kosten der Heilbehandlung beantragen. Geht der Versicherer auf die Bitte ein, hat er die Kosten durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht geregelt Vom Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Der Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder

VVG

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungs pflichtig 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

§ 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 kalenderjähnlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechterhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

Wichtige gesetzliche Regelungen

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

142 GESETZE
Wichtige gesetzliche Regelungen


(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes, 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 versicherpflichtig 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 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.

2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.


(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 Versicherer auf die Halbierung des Beitrags nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.
§ 194 Anzuwendende Vorschriften
(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadenversicherung 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 Versicherung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsschutz benannt hat; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsschutz 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 von 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 nicht 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

(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.

§ 197 Wartezeiten

(2) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden oder die aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung ausscheiden, sind 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 Heilförsorge ausscheiden.

§ 198 Kindernachversicherung

(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 verbannt 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.

(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
(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 vorüber gehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheits wesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die

§ 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 vorher erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer wechselt will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer dem den 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 durch den Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem vorher 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 hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
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 Krankenversicherungs schutz 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 gekündigten 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 gekündigten Krankheitskostenversicherung vor dem
Wichtige gesetzliche Regelungen

VVG


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.


(3) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrages 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

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers


(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 Prämienänderung 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

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.


§ 207 Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses


(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 dauerhafte Gewährung von der Beamtenkasse oder der Bundesarbeitsagentur erhalten wird, oder für die Anspruch auf Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch unter denselben Voraussetzungen besteht.

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 der Versicherung der Landwirte, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

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 sie auf Grund oder wegen des Zweiten Bildungswegs Studienabgeltung (§ 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.

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, längstens bis zur Vollendung des dreißigen Lebensjahres, sowie im Zweiten Bildungsweg die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen,

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.


11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

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, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 1 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. Bei Personen, die ihren Rentenantrag 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 für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) wird eine Zeit von drei Jahren angerechnet. Eine Anrechnung erfolgt nicht für

1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Wirksamwerden 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.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Kundhestands geld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestands geld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttolohns im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.


(4a) 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. Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die nicht den gesetzlichen Mindestanspruch auf einen nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus.

(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) 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 2 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfsbedürftigkeit.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 2a versicherungspflichtig ist. 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) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 5 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. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. 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 derzeit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung rechnete, haben und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Land-
wire die 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.


(9) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 10 eintritt.


(12) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie nach beamtenrechtlichen oder anderen gemeinnützigen Vorschriften bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben.
Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.


(5) wegfallen


(8) aufgehoben

§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

(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.


(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 Unterhalts geld (§ 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 Krankenversicherungsunterneh- men 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 Bundes eltern geld- 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 vergleichbaren 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 Eltern geld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder einer Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder § 2 des Familienpflegezeit gesetzes 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.


(3) Personen, die am 31. Dezember 2014 von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 2a befreit waren, bleiben auch für die Dauer der Nachpflegephase in einer Kran kenkasse oder eines Mutterpflegeheims oder einer Einrichtung für Behinderte berechtigt, sofern dem bestehenden Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausge schieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden
Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V

mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Aus- scheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosen- geld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswe- gen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorlie- gen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Fami- lienversicherung abgelaufen 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; Beschäfti- gungen 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 Vorausset- zung nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,

5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Aus- land 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 Aufenthaltsweise im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertragsvertragsgesetzes leistungsberechtigte Ehe- gatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Ver- sicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,


Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gel- ten 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 anzu- zeigen

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 Beschäfti- gung,

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 Krankenversiche- rung nach Absatz 1 Nr. 7 eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertragsvertragsgesetzes nicht vorgelegt werden, reicht als vor- läufiger Nachweis der vom Bundesverwaltungsamt im Verteilungsver- fahren nach § 8 Abs. 1 des Bundesvertragsvertragsgesetzes ausgestellte Registrierschein und die Bestätigung der für die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertragsvertragsgesetzes 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 frei- willig versichert sind,

3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,

4. nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Sieb- tel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendi- gung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkeh- render Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monat- liche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungs- entschädigung 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 Kinder- erziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbstständige 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 dreißigsten 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 Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz gesetz; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienst- pflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versi- cherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den freiwilli- gen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugend- freiwilligendienstgesetz oder einem 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) erster Audiovisuellen sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem
§ 44 Krankengeld

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär zu behandeln sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(1) Das Krankengeld beträgt 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung zugrunde gelegt hat, dem nach Satz 1 bis 5 berechneten Arbeitsentgelt entspricht. Für Versicherte, bei denen das Arbeitsentgelt über das Gesamteinkommen des Mitglieds ist, ist der Anspruch auf Zahlung eines Krankengeldzuschlags zum Arbeitsentgelt nicht zulässig.

(2) Für die Berechnung des Krankengeldes ist die Höhe und Berechnung des Krankengeldes

(3) Die Satzung kann bei nicht kontinuierlichen Arbeitsverhältnissen abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Krankengeldes festlegen.
Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB V
des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, daß das Krankengeld seine Entgeltsatzfunktion erfüllt.

(4) Für Seelenteile 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 Arbeitseinkommen 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 Arbeitseinkommen zugrunde gelegen hat; dabei ist für den Kalendertag der dreihundertachtzigste Tag dieses Betrages anzusetzen. Die Zahl dreihundertachtzig 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


(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränken, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.


§ 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 Suprakkronen (zahnärztliche und zahnmedizinische Leistungen) in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 Kalenderjahr 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 § 233 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.
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.


(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


(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 3 und 4 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 ja 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 gegen über dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 175 Ausübung des Wahlrechts


(2) 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. 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) Liegen auf 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 Beherbergung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Das gilt auch, wenn die bisherige Krankenkasse einen Krankenkassenwechsel behindert oder die Meldung nach Absatz 2 nicht fristgerecht beantwortet. 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. 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. 1Die 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) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich Angaben über die gewährte Krankenkasse zu machen. 2Hat der Versicherungspflichtige der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht Angaben über die gewährte 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 gewährte Krankenkasse in Textform zu unterrichten. 2Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden. 3Für die Fälle, in denen der Versicherungspflichtige keine Angaben über die gewährte Krankenkasse macht und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheides oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 160 Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. 3Werden die Angaben nach Satz 1 über die gewährte 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 zum Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. 3Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zum Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. 4Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. 2Die gewährten Krankenkassen haben die geschlossene oder insolvente Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlscheidung des Mitglieds zu informieren. 4Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle bestellt, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt über die gewährte Krankenkasse zu informieren.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. 1Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. 2Zum 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. 3Bei 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. 2Erfolgt 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. 2Erhebt 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 Zusatzbeitragssatz erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Satz 4 gilt entsprechend. 3Die 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. 4Kommt 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 zum in Satz 6 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. 5Satz 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. 6Die 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


SGB V

GESETZE

155
Saisonarbeiternehmer 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) 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 beantragenrechtlichen 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 Zahlbetrages 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 Landesgästebenenenten 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.

Satz 1 gilt auch, wenn Leistungen dieser Art aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

1. Tritt an die Stelle der Versorgungsbezüge eine nicht regelmäßige 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


(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.

Wichtige gesetzliche Regelungen

§ 242 Zusatzbeitrag


(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 Höhe der Rücklage erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde das Gremium 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.

§ 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


(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 Beitragszuschusses 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**


(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 nach § 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 Betrages 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 Betrages 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


§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen


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 vor- sieht,

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 hilfsbedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfsbedürftig 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.
Wichtige gesetzliche Regelungen

SGB XI

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 Befugnisse, 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 Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähigen personliche Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Versicherungsdaten,
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
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.


(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.


§ 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen

Soweit im Vertrag über eine für Zulagezahlung 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 Daten austausch 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.
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 Wettkampf zustande gekommen ist und

- 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) a) 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:

- Krankheitskosten-Vollversicherungen,


Ziffer 70 – Verfahren der Freigabe


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.


Das zweite Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, ein etwa eingelegtes 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Adresse (URL)</th>
<th>Inhalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><a href="http://www.signal-iduna.de">http://www.signal-iduna.de</a></td>
<td>Homepage der SIGNAL IDUNA Gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="https://maklerportal.signal-iduna.de">https://maklerportal.signal-iduna.de</a></td>
<td>Maklerportal der SIGNAL IDUNA Gruppe</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.ikk.de">http://www.ikk.de</a></td>
<td>Mit Auswahlmöglichkeit der einzelnen Innungskrankenkassen</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.bafin.de">http://www.bafin.de</a></td>
<td>Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.bmg.bund.de">http://www.bmg.bund.de</a></td>
<td>Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.bmas.bund.de">http://www.bmas.bund.de</a></td>
<td>Bundesministerium für Arbeit und Soziales</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.g-ba.de">http://www.g-ba.de</a></td>
<td>Gemeinsamer Bundesausschuss</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.arbeitsmarktreform.de">http://www.arbeitsmarktreform.de</a></td>
<td>Hinweise zu den Arbeitsmarktreformen (Hartz I bis IV)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.minijob-zentrale.de">http://www.minijob-zentrale.de</a></td>
<td>Hinweise zu den Minijobs (450-Euro-Jobs)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.haushaltsscheck.de">http://www.haushaltsscheck.de</a></td>
<td>Hinweise: Meldeverfahren bei Minijobbem im Privathaushalt</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.die-gesundheitsreform.de">http://www.die-gesundheitsreform.de</a></td>
<td>Infos zur Gesundheitsreform</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.bundessozialgericht.de">http://www.bundessozialgericht.de</a></td>
<td>Bundessozialgericht (BSG)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.e-bis.de/igel/igelidx.htm">http://www.e-bis.de/igel/igelidx.htm</a></td>
<td>IGel-Liste (Individuelle Gesundheits-Leistungen)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.bkk.de">http://www.bkk.de</a></td>
<td>Infos rund um die GKV und die BKK (Beitragssätze aller BKK)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.sozialpolitik-aktuell.de">http://www.sozialpolitik-aktuell.de</a></td>
<td>Sozialpolitik in Deutschland</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://vergleich-der-krankenkassen.de">http://vergleich-der-krankenkassen.de</a></td>
<td>Überblick aller Krankenkassen und deren Beitragssätze</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.pkv.de">http://www.pkv.de</a></td>
<td>PKV-Verband</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="https://www.bundesamtsozialesicherung.de">https://www.bundesamtsozialesicherung.de</a></td>
<td>Bundesamt für Sozial Sicherung – BAS (vormals: Bundesversicherungsamt)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://signal-iduna.gesundheitsportal-privat.de">http://signal-iduna.gesundheitsportal-privat.de</a></td>
<td>Gesundheitsportal</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.pkv-ombudsmann.de">http://www.pkv-ombudsmann.de</a></td>
<td>PKV-Ombudsmann</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.zahnwissen.de/start.htm">http://www.zahnwissen.de/start.htm</a></td>
<td>Medizinische Infos rund um den Zahn</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.fwdienste.de">http://www.fwdienste.de</a></td>
<td>Versicherungs-Know-how und Grundlagen, auch zur KV</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://arbeitslosengeld2.arbeitsagentur.de/index2.php">http://arbeitslosengeld2.arbeitsagentur.de/index2.php</a></td>
<td>Infos rund um das Thema Arbeitslosengeld II (ALG II)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://g-q-b.de">http://g-q-b.de</a></td>
<td>Infos, Entschuldigungshilfe für Patienten bei Krankenhaussuche</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://comparis.ch">http://comparis.ch</a></td>
<td>Infos zur Schweizer Krankenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.mutterschaftsgeld.de">http://www.mutterschaftsgeld.de</a></td>
<td>PKV-versicherte Mütter: online Mutterschaftsgeld beantragen</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.familien-wegweiser.de">http://www.familien-wegweiser.de</a></td>
<td>Infos rund um die Familienförderung (Elterngeld, etc.)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://derprivatpatient.de">http://derprivatpatient.de</a></td>
<td>Suchmaschine des PKV Verbandes zu Ärzten, Arzneien, etc.</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.pkv-gut-fuer-alle.de">http://www.pkv-gut-fuer-alle.de</a></td>
<td>Imagekampagne des PKV Verbandes “Pro PKV”</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="https://www.gkv-spitzenverband.de">https://www.gkv-spitzenverband.de</a></td>
<td>Homepage Spitzenverband Bund (SpBl)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.dvka.de">http://www.dvka.de</a></td>
<td>Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.kuenstlersozialkasse.de">http://www.kuenstlersozialkasse.de</a></td>
<td>Infos rund um die Krankenversicherungspflicht von Künstlern</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.bundesversicherungsamt.de">http://www.bundesversicherungsamt.de</a></td>
<td>PKV Mutterschaftsgeld, RSA, Kassenaufsicht</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.elternfeld.de">http://www.elternfeld.de</a></td>
<td>Tipps, Infos rund um das Elternfeld</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.kbs.de">http://www.kbs.de</a></td>
<td>Knappschaft Bahn See</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.compass-pflegeberatung.de">http://www.compass-pflegeberatung.de</a></td>
<td>Infos rund um die Compass Pflegeberatung</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.zqp.de">http://www.zqp.de</a></td>
<td>Zentrum für Qualität in der Pflege</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://qualitaetskliniken.de">http://qualitaetskliniken.de</a></td>
<td>Orientierungshilfe für Suche nach passendem Krankenhaus</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.lsv.de">http://www.lsv.de</a></td>
<td>Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaepraeventionskurse.jsp">https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/praeventionskurse/primaepraeventionskurse.jsp</a></td>
<td>Präventionskurse der Krankenkassen</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.der-pflegekompass.de/ikk">http://www.der-pflegekompass.de/ikk</a></td>
<td>Infos rund um die Pflege, inklusive Auskunft über Pflegeheimkosten</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.pflegeberatung.de">http://www.pflegeberatung.de</a></td>
<td>Infos zur Pflege (eine Initiative der Privaten Krankenversicherung)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="https://arbeitgeberportal.signal-iduna.de">https://arbeitgeberportal.signal-iduna.de</a></td>
<td>Portal für Arbeitgeber, um SI-bKV-Verträge zu verwalten</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.gkv-zusatzeintraege.de">http://www.gkv-zusatzeintraege.de</a></td>
<td>Liste mit den Zusatzbeitragssätzen sämtlicher Krankenkassen</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.pkv-zahlenportal.de">http://www.pkv-zahlenportal.de</a></td>
<td>Online Zahlenportal des PKV-Verbandes (analog PKV-Zahlenbericht)</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.signal-iduna.de/bkv">http://www.signal-iduna.de/bkv</a></td>
<td>Internetseite der SIGNAL IDUNA bKV</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://www.isi-gesund.de">http://www.isi-gesund.de</a></td>
<td>Landingpage für Kooperation SIGNAL IDUNA und IKK classic</td>
</tr>
<tr>
<td><a href="http://chefsache-gesundheit.de">http://chefsache-gesundheit.de</a></td>
<td>Seite des PKV-Verbandes zur betrieblichen Krankenversicherung (bKV)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Übersicht 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>IKK</th>
<th>Anzahl Versicherte</th>
<th>Höhe Zusatzbeitragssatz</th>
<th>Region</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IKK Brandenburg und Berlin</td>
<td>235.007</td>
<td>1,49 %</td>
<td>Brandenburg, Berlin</td>
</tr>
<tr>
<td>IKK gesund plus</td>
<td>456.597</td>
<td>0,6 %</td>
<td>Sachsen-Anhalt, Bremen, Bremerhaven</td>
</tr>
<tr>
<td>IKK Nord</td>
<td>226.253</td>
<td>1,3 %</td>
<td>Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein</td>
</tr>
<tr>
<td>IKK classic</td>
<td>3.113.412</td>
<td>1,3 %</td>
<td>Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen</td>
</tr>
<tr>
<td>IKK Südwest</td>
<td>634.454</td>
<td>1,5 %</td>
<td>Rheinland-Pfalz, Saarland</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Das besondere Angebot in der Kooperation zwischen IKK classic und SIGNAL IDUNA

ISI-gesund: IKK classic und SIGNAL IDUNA – gemeinsam für Ihre Gesundheit

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.

Nutzten 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.

Übersicht der 20 größten Krankenkassen (nach Anzahl der Versicherten)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rang</th>
<th>Krankenkasse</th>
<th>Anzahl Versicherte</th>
<th>Höhe Zusatzbeitragssatz</th>
<th>Kooperationspartner PKV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Techniker Krankenkasse</td>
<td>10.712.128</td>
<td>0,7 %</td>
<td>Envisas</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>BARMER</td>
<td>8.931.616</td>
<td>1,1 %</td>
<td>HUK-Coburg</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>DAK-Gesundheit</td>
<td>5.595.605</td>
<td>1,5 %</td>
<td>Hanse-Merkur</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>AOK Bayern</td>
<td>4.584.930</td>
<td>1,1 %</td>
<td>Union (UKV)</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>AOK Baden-Württemberg</td>
<td>4.518.878</td>
<td>0,9 %</td>
<td>Allianz</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>AOK PLUS</td>
<td>3.408.120</td>
<td>0,60 %</td>
<td>Münnchner Verein</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>IKK classic</td>
<td>3.113.412</td>
<td>1,3 %</td>
<td>SIGNAL IDUNA</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>AOK Rheinland/Hamburg</td>
<td>3.037.393</td>
<td>1,1 %</td>
<td>Vigo</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>AOK NORDWEST</td>
<td>2.893.346</td>
<td>0,9 %</td>
<td>UKV</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>AOK Niedersachsen</td>
<td>2.885.300</td>
<td>0,8 %</td>
<td>Alte Oldenburger</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>AOK Nordost</td>
<td>1.726.885</td>
<td>0,9 %</td>
<td>Union (UKV)</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>AOK Hessen</td>
<td>1.702.857</td>
<td>0,9 %</td>
<td>DKV</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Kaufmännische Krankenkasse – KKH</td>
<td>1.650.334</td>
<td>1,5 %</td>
<td>DFV</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>KNAPPSCHAFT</td>
<td>1.521.087</td>
<td>1,1 %</td>
<td>DFV</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>AOK Rheinland-Pfalz/Saarland</td>
<td>1.202.504</td>
<td>0,9 %</td>
<td>DKV</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>SBK Siemens BKK</td>
<td>1.075.192</td>
<td>1,3 %</td>
<td>ARAG/ERGO</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>BKK Mobil Oil</td>
<td>998.231</td>
<td>1,1 %</td>
<td>DKV</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>AOK Sachsen-Anhalt</td>
<td>798.225</td>
<td>0,0 %</td>
<td>Union (UKV)</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Audi BKK</td>
<td>723.656</td>
<td>0,7 %</td>
<td>Barmenia</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Handelssparkrankasse (hkk)</td>
<td>706.806</td>
<td>0,39 %</td>
<td>LVM</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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**

![Produktcenter](image1)

**Sie benötigen nur wenige Personenangaben!**

![Personendaten](image2)

(Pflichteingabe nur dort erforderlich, wo ein * davor steht)
Angebotssoftware der SIGNAL IDUNA

Sie wählen die Versicherungsart, z.B. Vollversicherung aus.

![Versicherungsart Auswahl](image1.png)

Sie entscheiden sich für Tarife aus der Produktlinie, z.B. privat EXKLUSIV-PLUS 1

![Tarifauswahl](image2.png)
Angebotssoftware der SIGNAL IDUNA

Sie treffen eine Auswahl zusätzlicher Tagegelder inkl. Pflegeabsicherung

... 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 Vorschlags abgestimmt)

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.

Nuten 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
Altersrückstellung 98, 140
AmbulantBASISpur 84
Ambulante Beihilfe einschränkungen 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 Beitragssbezugsverfahren 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
Arbeitslosengrenze 102
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
Beihilfekostenersatz 43
Beihilfe – BE 79
Beihilfe – BE+ 79
Beihilfebemessungssatz 103
Beihilfeberechtigte 42
Beihilfeberechtigte Personen 103
Beihilfe – BK 78
Beihilfe – BKE 80
Beihilfe – BS 79
Beihilferegulierungen: Ehegatten-Einkommensgrenze 57
Beihilferegulierungen während der Elternzeit 56
Beitragsbemessung 111
Beitragsbemessungsgrenze 5, 103
Beitragsentlastung 81
Beitragsentlastungsgesetz 103
Beitragsfreie Pflegeversicherung 95
Beitragspflicht von Betriebsrenten 127
Beitragsrückerstattung 65, 103
Beitragszuschuss 5
Beitragszuschüsse der GKV 103
Beitragszuschussregulierungsgesetz (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
Bundesanzeiger 97, 110, 125
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
Gärtnern 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
Gleichtarige 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
INDEX

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
Kindernebenzahl 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
Krankengelderücke 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 Elterzeit 109
Krankenversicherungsaufsichtsverordnung 118
Krankenversicherungsbeitragsanteilsermittlungsverordnung (KVBEVO) 106
Krankenversicherung während der Elterzeit 109
Krankenversorgung der Bundesbahnbemten (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
KVD 11, 126
KVD Kinderzeiten 126
KV-ELAN 166
KVUG 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/EPV 2013 120
MB/KK 2009 120
MB/ST 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
Mutargeschäftsgeld 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
Nichtzahlerntarif 123
NLT 123
Notagentarif 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
PflegeBAHRRPLUS 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
Pflegeunterschutzungsgeld 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
Tarifwechselleitfaden 131
Technische Berechnungsgrundlagen 132
Termingeschäfte 132
Treuhänder 132
T
U
U1-Verfahren 100
U2-Verfahren 100
Übergangsgebühren 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
Versicherungssteuer 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.


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