



Irmtraud Schlender

**Kaufmann/Kauffrau für  
Versicherungen und Finanzen**

**Schaden- und Leistungsbearbeitung  
Krankenversicherung**

**1. Auflage 2020**

**Best.-Nr. 2344**

**ISBN 978-3-95532-344-8**

Alle Rechte liegen beim Verlag bzw. sind der Verwertungsgesellschaft Wort, Untere Weidenstraße 5, 81543 München, Telefon 089 514120, zur treuhänderischen Wahrnehmung überlassen. Damit ist jegliche Verbreitung und Vervielfältigung dieses Werkes – durch welches Medium auch immer – untersagt.



© U-Form Verlag · Hermann Ullrich GmbH & Co. KG  
Cronenberger Straße 58 · 42651 Solingen  
Telefon: 0212 22207-0 · Telefax: 0212 22207-63  
Internet: [www.u-form.de](http://www.u-form.de) · E-Mail: [uform@u-form.de](mailto:uform@u-form.de)



## ACHTUNG!

Sollte es für diese Lernkarten Änderungen geben, können Sie diese herunterladen unter

**[www.u-form.de/addons/2344-2020.pdf](http://www.u-form.de/addons/2344-2020.pdf)**

Ist die Seite nicht verfügbar, so sind keine Änderungen eingestellt!

<b>Inhalt</b>	<b>Karten-Nr.</b>
Gesetzliche Krankenversicherung .....	1 – 12
Private Krankenversicherung .....	13 – 129
Pflegepflichtversicherung .....	130 – 167
Staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Pflege-Bahr) .....	168 – 191
Ergänzungsversicherung zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung .....	192 – 197
Standardtarif .....	198 – 202
Basistarif .....	203 – 260
Notlagentarif .....	261 – 290

Was bedeutet die Krankenversicherungspflicht in Deutschland?

Alle Menschen mit Wohnsitz in Deutschland unterliegen dieser Krankenversicherungspflicht.

Je nachdem, welche Voraussetzungen vorliegen, müssen sie sich gesetzlich oder privat krankenversichern.

Welche Personen gehören zum versicherten Personenkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Gemäß SGB V § 5 ff.

**Pflichtversicherte**, dazu gehören

- Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte), deren Bruttoarbeitsentgelt die aktuell geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze, auch Versicherungspflichtgrenze genannt, nicht überschreitet
- Auszubildende, die zu ihrer Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt beschäftigt werden
- Rentnerinnen und Rentner, wenn bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind
- Unter bestimmten Voraussetzungen weitere Personen, die im SGB V benannt sind

**Freiwillig versicherte Personen**, dazu gehören

- Personen, die nicht mehr versicherungspflichtig sind, sie können freiwillig entscheiden, ob sie in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben oder in die private Krankenversicherung wechseln
- Existenzgründer können freiwillig entscheiden, welche Krankenversicherung sie wählen
- Personen, die freiwillig in der GKV versichert sind, können bei Renteneintritt entscheiden, ob sie dort verbleiben oder der PKV beitreten wollen

**Familienversicherte Personen**, dazu gehören

- Ehegatten, Lebenspartner
- Kinder,

wenn die gemäß SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Dann sind die Familienangehörigen des jeweiligen GKV-Mitgliedes beitragsfrei gesetzlich krankenversichert.



Wie kann man eine Anwartschaftsversicherung der Privaten Krankenversicherung kündigen?

In der Regel kann eine Anwartschaftsversicherung zum Ablauf eines Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten in Textform gekündigt werden.

Wie kann der Versicherungsschutz der Privaten Krankenversicherung bei Vorliegen einer Anwartschaftsversicherung wieder aktiviert werden?

Wenn bei der Anwartschaftsversicherung eine zeitliche Begrenzung, z. B. bei einem Auslandsaufenthalt, vereinbart wurde, lebt der Versicherungsschutz in der Privaten Krankenversicherung automatisch nach dieser zeitlichen Befristung wieder auf. Somit ist der volle Versicherungsbeitrag zu bezahlen und es besteht voller Versicherungsschutz. Bei vorzeitigem Aufleben oder zeitlich unbefristeten Vereinbarungen ist dies dem Versicherer in Textform mit Nachweisen anzuzeigen.

Welche Folgen treten ein, wenn ein Arbeitnehmer z. B. durch einen Arbeitsplatzwechsel versicherungspflichtig wird?

In dem Fall wird der Arbeitnehmer mit Aufnahme dieser Tätigkeit sofort versicherungspflichtig. In diesem Fall besteht für ihn die Möglichkeit, innerhalb von 2 Monaten nach Wirksamwerden der Versicherungspflicht die Private Krankenversicherung zu kündigen und den Vertrag somit rückwirkend zu beenden. Die Versicherungspflicht muss er mit einer Bestätigung der GKV nach § 5 SGB V nachweisen. Kündigt der Versicherungsnehmer erst nach diesen zwei Monaten, wird der Vertrag der Privaten Krankenversicherung erst zum Ende des Monats aufgehoben, in dem die Kündigung und der Nachweis der Versicherungspflicht beim Versicherer eingehen.

In welchen Fällen kann sich ein Versicherungsnehmer von der Versicherungspflicht befreien lassen?

In folgenden Fällen ist eine Befreiung von der Versicherungspflicht möglich:

- bei Steigen der Jahresarbeitsentgeltgrenze zum 01.01.
- bei Bezug von Arbeitslosengeld I und II, sofern keine GKV-Mitgliedschaft in den letzten fünf Jahren vor Bezug bestand und der Nachweis einer Krankheitskostenversicherung bei der PKV nachgewiesen wird
- bei Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit während der Elternzeit (Befreiung gilt nur für die Elternzeit)
- wegen Herabsetzen der wöchentlichen Arbeitszeit während einer Pflegezeit
- Rentner, mit Stellung des Rentenanspruches
- Studenten, mit Einschreibung
- Behinderte, die in Behinderteneinrichtungen arbeiten

Die Befreiung von der Versicherungspflicht ist **unwiderruflich!**

Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten ab Eintreten der Versicherungspflicht bei der GKV zu stellen. Sie erfolgt rückwirkend, sofern keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats, der auf die Antragstellung folgt.



Wer erhält die vereinbarte Leistung vom Versicherer?

Der Versicherungsnehmer erhält die vereinbarte Versicherungsleistung. Wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person schriftlich als Berechtigten benannt hat, ist dieser zum Erhalt der Leistung berechtigt.

Wie werden Rechnungen in ausländischer Währung beglichen?

Eingereichte Rechnungen in ausländischer Währung werden zum Tageskurs, an dem die Rechnungen beim Versicherer eingehen, erstattet.

Wie ist der Geltungsbereich in der Ergänzungsversicherung zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung geregelt?

Der Versicherungsschutz in der Ergänzungsversicherung zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pfl egetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Außerdem erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Es werden allerdings nur diese Pflegekosten erstattet, die auch bei Pflege innerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären.

Welche Wartezeiten gibt es in der Ergänzungsversicherung zur privaten und sozialen Pflegepflichtversicherung?

Die Wartezeit beträgt 3 Jahre und rechnet vom Versicherungsbeginn (technischer Beginn) an. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes ab Änderungsdatum.



Welche besonderen Gebührensätze sind für den Basistarif vorgesehen?

- 1,2-facher Satz für die GOÄ für persönliche ärztliche Leistungen
- 1,0-facher Satz für medizinisch-technische Leistungen
- 0,9-facher Satz für Laboratoriumsleistungen
- 2,0-facher Satz bei zahnärztlicher Behandlung nach GOZ

Was ist im Basistarif bei Arzneimitteln zu beachten?

Arzneimittel werden erstattet, sofern diese verschreibungspflichtig sind, von einem Arzt verordnet und aus der Apotheke bezogen wurden. Die Medikamente können auch über eine Internet- oder Versandapotheke bezogen werden. Der Bezug muss spätestens innerhalb eines Monats ab Verordnung erfolgen, da sonst davon ausgegangen wird, dass das Medikament nicht mehr medizinisch notwendig ist. Es werden nur die drei günstigsten Medikamente mit gleichen Wirkstoffen erstattet.

Sondernahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate gelten als Arzneimittel, wenn diese aufgrund einer medizinischen Indikation verabreicht werden müssen.

Nicht als Arzneimittel gelten Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Genussmittel, Mineralwässer, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Mittel zur Potenzsteigerung, zur Rauchentwöhnung, zur Gewichtsreduktion oder Mittel, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht.

Was ist bei stationärem Aufenthalt im Basistarif zu beachten?

Die versicherte Person bekommt nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausbehandlungsrichtlinien erstattet. Die Krankenhäuser müssen nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sein oder im Krankenhausplan der Länder sein (Plankrankenhäuser) oder einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Außerdem ist eine ärztliche Einweisung der versicherten Person notwendig.

Wählt die versicherte Person ein anderes Krankenhaus als vorgegeben, sind die entstehenden Mehrkosten von der versicherten Person selbst zu tragen.

Stationäre Psychotherapie wird erstattet, sofern der Versicherer vorher eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat.

Wann muss die Arbeitsunfähigkeit im Basistarif angezeigt werden?

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, spätestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anzeige ist das Original der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Bezeichnung der Krankheit und der Nachweis über die Höhe des Nettoeinkommens beizufügen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 2 Wochen, muss der Nachweis alle 2 Wochen unaufgefordert erneuert werden.



Was ändert sich am Beitrag für den Basistarif, wenn der Versicherungsnehmer Hilfebedürftigkeit nachweist?

Bei Nachweis von Hilfebedürftigkeit reduziert sich der Beitrag auf die Hälfte und wird direkt durch den zuständigen Träger an den Versicherer überwiesen. Der Versicherungsnehmer muss in angemessenen Abständen, in der Regel alle 6 Monate, die weitere Hilfebedürftigkeit nachweisen.

Wann erfolgt im Basistarif eine Beitragsanpassung?

Eine Beitragsanpassung im Basistarif wird notwendig, wenn durch Weiterentwicklung der Behandlungsmethoden verbunden mit steigenden Kosten, häufigere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und steigender Lebenserwartung die Versicherungsleistungen höher ausfallen als kalkuliert. Bei einer Veränderung von mehr als 5 Prozent hat der Versicherte das Recht, alle Tarifbeiträge zu überprüfen und falls erforderlich, eine Beitragsanpassung vorzunehmen. Die Tarif BTN und BTB werden hierbei getrennt betrachtet. Die Anpassung erfolgt nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. Außerdem wird der Beitrag maximal auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankversicherung angepasst. Die Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Welche Obliegenheiten hat der Versicherungsnehmer/die versicherte Person im Basistarif zu erfüllen?

Der Versicherungsnehmer und die empfangsberechtigte versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers und deren Umfang erforderlich ist. Auf Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt innerhalb von 3 Tagen nach Aufforderung untersuchen zu lassen. Verweigert die versicherte Person diese Nachuntersuchung, kann die Zahlung von Krankentagegeld für die Dauer der Verweigerung eingestellt werden.

Die versicherte Person hat zur Minderung des Schadens und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen. Außerdem muss sie die Weisungen des Arztes gewissenhaft befolgen und alle Handlungen unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Bei einem Neuabschluss einer weiteren Krankentagegeldversicherung muss die Erlaubnis des Erstversicherers eingeholt werden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Leistungserbringern (Ärzte, Zahnärzte etc.) den vom Versicherer ausgehändigten Behandlungsausweis mit den abrechenbaren Sätzen der Gebührenordnung vorzulegen und sie auf den Versicherungsschutz im Basistarif hinzuweisen.

Welche Rechtsfolgen ergeben sich bei Verletzung von Obliegenheiten im Basistarif?

Bei einer Obliegenheitsverletzung kann der Versicherer die Versicherungsleistung ganz oder teilweise ablehnen.

Setzt der Versicherungsnehmer/die versicherte Person den Arzt nicht über den Versicherungsschutz im Basistarif in Kenntnis und reicht Rechnungen zur Erstattung der Höchstsätze ein, kann der Versicherer vom Erstattungsbetrag eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 5,00 € einbehalten, maximal 50,00 € im Kalenderjahr.



Wie werden Arznei- und Verbandmittel erstattet?

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Verbandmittel und verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von einem Vertragsarzt verordnet und innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung aus der Apotheke bezogen wurden. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind erstattungsfähig, wenn diese ausnahmsweise durch den behandelnden Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können. Stehen für verordnete, verschreibungspflichtige Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel zur Verfügung, sind nur die Aufwendungen der 3 preisgünstigsten erstattungsfähig, es sei denn, diese sind nicht rechtzeitig lieferbar.

Aufwendungen für Harn- und Blutzuckerteststreifen für an Diabetes erkrankte versicherte Personen, die mit Insulin behandelt werden müssen und vom Arzt verordnet sowie innerhalb eines Monats ab Verordnung in der Apotheke bezogen wurden, werden bis zur Höhe des Apothekeneinkaufspreises zuzüglich des durchschnittlichen in der gesetzlichen Krankenversicherung üblichen Preisaufschlages erstattungsfähig.

Wie werden Heilmittel für Kinder- und Jugendliche im Notlagentarif erstattet?

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Heilmittel zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, wenn die Behandlung bereits vor Umstellung in den Notlagentarif begonnen hat und ein maßgeblicher Teil der Behandlung bereits erfolgt ist, sowie ein Behandlungsabbruch nach medizinischem Befund ihre körperliche und geistige Entwicklung gefährden würde.

Der Anspruch und die Höhe der Erstattung sind begrenzt auf den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Erstattung von verordnungsfähigen Heilmitteln. Der Aufwendungsersatz beträgt 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Welche Leistungen werden bei spezialisierter ambulanter Palliativversorgung im Notlagentarif erbracht?

Anspruch auf eine ambulante Palliativversorgung hat eine versicherte Person, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung mit zugleich begrenzter Lebenserwartung leidet und in der vertrauten häuslichen Umgebung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Ärzte nach den angegebenen Höchstsätzen des Notlagentarifs und die Kosten für spezialisierte Fachkräfte der ambulanten Palliativversorgung.

Welche Leistungseinschränkung gibt es im Notlagentarif?

Es besteht keine Leistungspflicht:

- für Krankheiten oder Unfälle und deren Folgen aufgrund von Kriegsereignissen oder Wehrdienstbeschädigung
- für vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten oder Unfälle und deren Folgen, sowie Krankheiten, die sich die versicherte Person durch ein von ihr begangenes Verbrechen oder einer nicht indizierten medizinischen Maßnahme zugezogen hat
- für die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, sofern der Versicherer die versicherte Person darüber in Kenntnis gesetzt hat
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder, Sachkosten werden erstattet
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung
- für ambulante Psychotherapie
- für Heilmittel, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht
- für Kosten des Rücktransports aus dem Ausland