

Anlage 2

Unfall- und krankenversicherungsrechtliche Hinweise, Stand 23.04.2020

I. Unfallversicherungsrechtliche Hinweise:

Vom Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem SGB VII können z.B. auch nicht krankenversicherte Kinder und Jugendliche nach Schul- oder Wegeunfällen erfasst sein. Auch können Beschäftigte bei Arbeitsunfällen im Rahmen von Schwarzarbeit unter den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung fallen. Dies gilt auch bei nicht angemeldeten Beschäftigungen in Privathaushalten.

II. Krankenversicherungsrechtliche Hinweise:

Zur Prüfung eines etwaigen Krankenversicherungsschutzes des Hilfebedürftigen soll im Folgenden ein Kurzüberblick über eventuelle Versicherungsmöglichkeiten von Staatsangehörigen der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) im Heimatland sowie über mögliche Versicherungstatbestände für Deutsche und sonstige Ausländer in der gesetzlichen (GKV) bzw. in der privaten Krankenversicherung (PKV) gegeben werden.

A. Absicherung von Staatsangehörigen aus einem EU/EWR-Staat oder der Schweiz oder aus anderen Herkunftsländern im Heimatland

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt von Unionsbürgern in Deutschland kann eine Krankenbehandlung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung) erfolgen, sofern ein bestehender Krankenversicherungsschutz aus dem Heimatland vorliegt. Die hierbei für eine Krankenbehandlung in Deutschland erforderliche Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) bzw. provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) wird von den Krankenkassen im EU-Heimatland auf Antrag ausgestellt. Über die EHIC und die PEB können Behandlungen, die unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind, abgerechnet werden.

Planbare Behandlungen können nicht über die EHIC bzw. PEB abgerechnet werden, für diese ist vielmehr eine Genehmigung der Krankenversicherung im Heimatland erforderlich (vgl. Artikel 18 bis 20 der VO (EG) 883/04 (des Rates vom 29. April 2004)).

Nicht abgedeckt über die EHIC sind alle Leistungen, zu deren Inanspruchnahme der Patient gezielt eingereist ist (z.B. Einreise zur Entbindung, Operation). Ansprechpartner sind die Krankenversicherung im Ausland oder die bei der Behandlung in Deutschland gewählte Krankenkasse oder die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA), die auch beratend tätig ist und auf deren Homepage sich auch weitere Informationen zum Versicherungsschutz von EU-Bürgern und sonstigen Ausländern finden:

<https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/leistungserbringer.html>

Informationen zur EHIC finden sich auch auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg:

<http://www.kvhh.net/kvhh/pages/index/p/113/0/t/Versichertenkarten-EHIC>

Ob ein bilaterales Sozialversicherungsabkommen betreffend Sachleistungsaushilfe zwischen Deutschland und dem Herkunftsland besteht, kann bei der DVKA ermittelt werden:

https://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f_bilaterales_abkommen/bilaterales_abkommen.html. (aktuell Türkei, Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Mazedonien, Serbien, Marokko, Tunesien)

Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII
Erstattung von Aufwendungen eines Nothelfers für medizinische Versorgungsleistungen
Anlage 2
Unfall- und krankenversicherungsrechtliche Hinweise, Stand 23.04.2020

B. Absicherung über Versicherungstatbestände der GKV in Deutschland

In der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V kommen folgende Versicherungsmöglichkeiten in Betracht:

1. Versicherungspflichten nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 bis Nr. 12 SGB V

a) § 5 Absatz 1 Nr. 1 SGB V

Arbeiter und Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, können versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sein. Hierunter fallen auch sog. „Schwarzarbeiter“ und „Scheinselbständige“, wenn es sich um eine versicherungspflichtige Beschäftigung handelt.

b) § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V

Bei Bezug von Arbeitslosengeld II nach dem SGB II kommt eine Versicherungspflicht unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 2a i.V.m. § 5 Abs. 5a SGB V in Betracht.

Anmerkung im Hinblick auf § 25 SGB XII: Allein der Umstand, dass der Hilfebedürftige grundsätzlich leistungsberechtigt nach dem SGB II ist und damit die Möglichkeit einer Krankenversicherung hätte, er aber (noch) keinen Antrag auf Leistungen nach dem SGB II gestellt hat, schließt Ansprüche nach § 25 SGB XII nicht aus. Bei erfolgter Antragstellung nach dem SGB II ist jedoch auch die Vorschrift des § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II zu beachten, wonach der Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes auf den Ersten des Monats zurückwirkt.

c) § 5 Absatz 1 Nr. 11 SGB V

§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V regelt die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR).

d) Sonstige Versicherungstatbestände in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 3 bis 10 und 12 SGB V

Für Personengruppen wie z.B. Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III, Landwirte, Künstler, Publizisten, Studenten und behinderte Menschen können auch die weiteren Pflichtversicherungstatbestände in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 3 bis 10 und 12 SGB V in Betracht kommen.

Studenten aus einem EU/EWR-Staat oder der Schweiz, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unterliegen dann nicht der deutschen Krankenversicherungspflicht, wenn für sie aufgrund über- oder zwischenstaatlichen Rechts Anspruch auf Sachleistungen besteht.

➔ Zu beachten ist jedoch eine eventuelle Versicherungsfreiheit bestimmter Personenkreise (wie z.B. für Beamte) bzw. eine etwaige Befreiung von der Versicherungspflicht nach §§ 6, 7 oder 8 SGB V (z.B. wegen geringfügiger Beschäftigung), eine eventuell bestehende Familienversicherung (§ 10 SGB V) oder die Möglichkeit einer etwaigen freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V.

➔ § 5 SGB V wird ergänzt durch die §§ 186 und 190 SGB V, die Beginn und Ende der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen regeln. Zu beachten sind ggf. auch § 189 SGB V (Formalrentner/formelle Mitgliedschaft) und §§ 192 und 193 SGB V (Fortbestehen der Mitgliedschaft).

Anlage 2

Unfall- und krankenversicherungsrechtliche Hinweise, Stand 23.04.2020

2. Familienversicherung nach § 10 SGB V

Unter den Voraussetzungen des § 10 SGB V können der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder eines Pflicht- oder freiwillig Versicherten in der GKV sowie die Kinder von familienversicherten Kindern (sog. Familienangehörige) – kostenfrei – familienversichert sein. Eine Familienversicherung scheidet danach insbesondere aus, wenn der Familienangehörige hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist, versicherungsfrei nach § 6 SGB V oder von der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V befreit ist.

3. Freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V

Unter den Voraussetzungen nach § 9 SGB V können die dort genannten Personen einer gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten. Eine freiwillige Versicherung könnte danach insbesondere für Personen möglich sein, die aus der Pflicht- oder Familienversicherung ausgeschieden sind, wenn die erforderlichen Vorversicherungszeiten erfüllt sind. Insbesondere können Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren, beitreten. Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden indessen nicht berücksichtigt.

Die einschlägigen Fristen zur Möglichkeit der Weiterversicherung sind jedoch einzuhalten (siehe insoweit auch § 188 Abs. 4 SGB V und Hinweis unter Ziffer 4). Bei Ausländern können sich die in § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorausgesetzten Vorversicherungszeiten z.B. auch durch eine eventuelle Anrechnung von Vorversicherungszeiten im Heimatland ergeben.

Die Rechtsfolge der freiwilligen Versicherung tritt bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 9 SGB V kraft Gesetzes allein durch die schriftliche Beitrittserklärung/Anzeige ein. Einer Annahme der Beitrittserklärung durch die Krankenkasse bedarf es nicht.

4. Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V

Gemäß § 188 Abs. 4 SGB V setzt sich für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Die Fortsetzung als freiwillige Mitgliedschaft findet keine Anwendung bei Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Informationen zur obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) finden sich auf der Homepage des vdek:

https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/abschlussversicherung.html

Arbeitshilfe zu § 25 SGB XII
Erstattung von Aufwendungen eines Nothelfers für medizinische Versorgungsleistungen
Anlage 2
Unfall- und krankenversicherungsrechtliche Hinweise, Stand 23.04.2020

5. Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. „Bürgerversicherung“)

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- a) entweder zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V (hauptberuflich selbständig Erwerbstätige) oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen (Versicherungsfreie) gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten,

gesetzlich krankenversichert.

Hinweise zu dieser Auffangversicherungspflicht finden sich auf der Homepage des vdek: https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/versicherungspflicht.html

Sowohl bei Deutschen („Auslandsrückkehrern“) als auch bei Ausländern kann die letzte gesetzliche Krankenversicherung im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auch eine solche in einem EU/EWR-Staat oder der Schweiz gewesen sein.

Unter § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V können auch geringfügig selbständig Erwerbstätige i.S.d. § 8 SGB IV (insbes. bei Arbeitsentgelt ≤ 450 Euro pro Monat) fallen, sofern keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht (z.B. über das Heimatland oder GKV oder PKV).

Zur anderweitigen Absicherung, die die Auffangversicherungspflicht ausschließt, siehe insbesondere § 5 Abs. 8a SGB V. Danach sind Versicherungspflichtige nach

- § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V,
- freiwillige Mitglieder nach § 9 SGB V oder
- Familienversicherte nach § 10 SGB V sowie
- Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII und
- Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG (auch wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird)

nicht versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Auch ein Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII, eine Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder Beihilfeansprüche stehen als anderweitige Absicherung einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V grundsätzlich entgegen.

Für Ausländer ist überdies die Sonderregelung des § 5 Abs. 11 SGB V zu beachten. Danach lässt auch ein Anspruch nach § 4 AsylbLG die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entfallen.

Ausländer, die **nicht** Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden nur dann von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG) besitzen und für die Erteilung dieser

Anlage 2

Unfall- und krankenversicherungsrechtliche Hinweise, Stand 23.04.2020

Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG besteht.

Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Danach können auch sich in Deutschland auf Arbeitssuche befindliche Unionsbürger im Sinne des § 2 Absatz 2 Nr. 1 FreizügG/EU, sofern keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht (z.B. über das Heimatland), grundsätzlich über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V abgesichert sein. Der Ausschluss des § 5 Absatz 11 SGB V gilt hier nicht.

Nicht erwerbstätige Unionsbürger (dazu zählen auch sog. „Scheingewerbetreibende“) und deren Familienangehörige unterfallen wegen § 5 Abs. 11 SGB V nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V. Besteht keine anderweitige Absicherung oder Absicherungsmöglichkeit im Krankheitsfall über das Heimatland oder in der deutschen GKV, könnte gemäß § 193 VVG jedoch eine Versicherungspflicht in der PKV bestehen.

→ Anmerkung im Hinblick auf § 25 SGB XII: Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V werden gemäß § 174 Abs. 5 SGB V Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V gewählten Krankenkasse. Die Nichtausübung des Wahlrechts steht der Einwendung, es bestehe eine vorrangige Absicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b) SGB V, nicht entgegen. Bei einer bestehenden Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b) SGB V würde die gänzlich unproblematische Ausübung des Wahlrechts vorrangige und ohne weiteres durchsetzbare Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung (als „bereite“ Mittel) zur Verfügung stellen.

6. Sonstige Hinweise zur GKV:

→ Eine Versicherungsmöglichkeit nach dem SGB V setzt außerdem voraus, dass die Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V hat, wobei Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts unberührt bleiben. Nach § 30 Abs. 3 SGB I hat jemand einen Wohnsitz dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. Den gewöhnlichen Aufenthalt hat jemand dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.

Ausländische Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, sind auch dann pflichtkrankenversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

→ Wenn der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland jedoch lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, erfolgt ein Ausschluss aller Leistungen nach dem SGB V.

→ Besonderheiten gelten ggf. bei Saisonarbeit bzw. Beschäftigung in mehreren Staaten.

→ **Die Versicherungspflichten im Sinne des § 5 SGB V haben zur Folge, dass die in § 5 SGB V bestimmten Personenkreise bei Vorliegen aller Voraussetzungen kraft**

Anlage 2

Unfall- und krankenversicherungsrechtliche Hinweise, Stand 23.04.2020

Gesetzes versichert sind. Die Versicherung besteht insbesondere unabhängig von Anmeldung oder Beitragszahlung. Die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V beginnt zum Beispiel mit dem Tag, von dem an kein anderer Krankenversicherungsschutz oder keine andere Absicherung gegen Krankheitskosten besteht (§ 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V). Das kann also auch rückwirkend sein.

Die deutschen gesetzlichen Krankenkassen haben die Aufgabe, im Einzelfall über den Krankenversicherungsschutz zu beraten bzw. verbindliche Entscheidungen zu treffen (z.B. Beratung über die Möglichkeiten der freiwilligen Krankenversicherung bzw. Entscheidung über das Bestehen einer Versicherungspflicht oder Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV). In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, ob ein Versicherungsschutz im Heimatland besteht.

C. Absicherung über eine PKV in Deutschland

Nach § 193 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Diese muss mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfassen. Die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person muss auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt sein.

Diese Verpflichtung besteht nicht für Personen, die

- a) in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
- b) Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
- c) Anspruch auf Leistungen nach dem AsylbLG haben oder
- d) Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind, für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Hiernach sind Selbständige grundsätzlich versicherungspflichtig, sofern keine anderweitige Absicherung oder Absicherungsmöglichkeit im Krankheitsfall (z.B. über die deutsche GKV oder über das Heimatland) besteht. Eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen freiwilligen Krankenversicherung (§ 9 SGB V) oder eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a) SGB V geht einer verpflichtenden privaten Krankenversicherung vor, wenn selbständige ausländische Staatsbürger im anderen Staat (EU/EWR/Schweiz) zuletzt gesetzlich versichert waren. Besonderheiten gelten ggf. bei Saisonarbeit bzw. Beschäftigung in mehreren Staaten.

Der private Versicherer ist nach § 193 Abs. 5 VVG verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe denen einer gesetzlichen Krankenversicherung

Anlage 2

Unfall- und krankenversicherungsrechtliche Hinweise, Stand 23.04.2020

entsprechen sollen. Der private Versicherer darf den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf Versicherung im Basistarif grundsätzlich nicht ablehnen (§ 12 Abs. 1b letzter Satz VAG).

→ Anmerkung im Hinblick auf § 25 SGB XII:

Zu beachten ist, dass in der PKV ein Versicherungsschutz (Leistungspflicht des Versicherers bei Eintritt eines Versicherungsfalls) ab dem Beginn der Versicherungspflicht und somit ggf. auch vor Abschluss eines Versicherungsvertrages besteht. In Zweifelsfällen (z.B. das Versicherungsunternehmen hat möglicherweise den Vertragsabschluss hinausgezögert) sollte das zuständige Rechtsamt zur Klärung hinzugezogen werden

.*

D. Weitere allgemeine Hinweise / Beitragsschulden

Auch wenn in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung Beitrags- bzw. Prämienrückstände bestehen, liegt sowohl in der GKV als auch in der PKV eine Mindestabsicherung vor.

Nach § 16 Absatz 3a SGB V erhalten Versicherte Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind sowie Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Überdies unterliegen in der GKV familienversicherte Personen bei Beitragsrückständen des Mitglieds, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird, keinen Leistungseinschränkungen.

Nach Maßgabe des § 193 Absätze 6 und 7 VVG gelten Versicherungsnehmer mit Prämienrückständen in der PKV als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) versichert.

<https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nlt-2013.pdb.pdf>

Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche auch Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen und für Schutzimpfungen zu erstatten.

Die notfallmäßige Behandlung eines mittellosen Patienten in einem Krankenhaus ist auch dann eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus weder der Patient noch die nach § 174 Abs. 5 SGB V zuständige Krankenkasse davon Kenntnis haben, dass der Patient nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig war.