

Änderungen in den Allgemeinen Versicherungs- bedingungen und allgemeine Hinweise

Barmenia
Krankenversicherung a. G.

Hauptverwaltung
Kronprinzenallee 12-18
42094 Wuppertal

Krankenversicherung

Beitragsrückerstattung

Die Barmenia belohnt kostenbewusstes Verhalten auch weiterhin und garantiert jetzt schon für die Jahre 2009 bis 2010 die Beitragsrückerstattung für den ambulanten und zahnärztlichen Versicherungsschutz bei Leistungsfreiheit in der Krankheitskosten-Vollversicherung.

Sie erhalten im Herbst des Folgejahres Geld zurück, wenn Sie - das ist die wichtigste Voraussetzung - mindestens für ein Kalenderjahr keine Leistungen aus Ihrer Krankheitskosten-Vollversicherung in Anspruch genommen haben.

Es gibt für jede versicherte Person eine eigene Beitragsrückerstattung. Sie ist den leistungsfreien Personen auch dann sicher, wenn eine andere im selben Versicherungsvertrag mit-versicherte Person Leistungen erhalten hat.

Prüfen Sie deshalb bitte, bevor Sie Rechnungen zur Erstattung einreichen, was für Sie günstiger ist:

- Die Erstattung der Rechnungen oder
- die zu erwartende Beitragsrückerstattung.

Übersicht über die wesentlichen Änderungen zum 01.01.2010

Auf Wunsch schicken wir Ihnen die vollständigen Bedingungen gerne zu, oder Sie rufen diese über das Internet ab (www.barmenia.de/bedingungen).

Private Pflegepflichtversicherung

Stichworte	Kurze Erläuterung	Neuer Wortlaut der Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) bzw. des Tarifs PV (Änderungen in <i>kursiver</i> Schrift bzw. durchgestrichen)
Musterbedingungen	Die Bezeichnung wird auf Grund der Änderungen aktualisiert.	MB/PPV 2010 (Stand 2010)
Pflegeberatung	Es wird klargestellt, dass die Pflegeberatung auch telefonisch durchgeführt werden kann.	§ 4 Abs. 18 MB/PPV 2010 - Pflegeberatung Die Pflegeberatung erfolgt <i>in der Regel</i> dort, wo die Pflege durchgeführt wird. <i>Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.</i>
Pflegegeld bei stationärer Behandlung	Versicherten, die eine Assistenzpflegekraft beschäftigen, wird das (anteilige) Pflegegeld unter bestimmten Voraussetzungen bei einem Krankenhausaufenthalt von vier Wochen weitergezahlt.	§ 5 Abs. 2a) MB/PPV 2010 - Einschränkung der Leistungspflicht Der Absatz wird um folgenden Text ergänzt: (...) Pflegegeld nach § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Absatz 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; <i>bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII - siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weitergezahlt;</i>

Für die Tarife VC, VC1Z, VC1Z*Plus*, VCN, VCNW, VC1ZW, VCH, VB, VHV, VZK, KK und G (Kompakttarife) sowie für die Tarife VA, VD, VZ, VZN, VEL, VE, VEN, MA, MZ, VZD, KD, A, B, NGA, NGM, und NGB (Einzeltarife) wird folgende Beitragsrückerstattung gezahlt:

Anzahl leistungs- freie Jahre	Für die Jahre 2009 - 2010	
	Kompakttarife	Einzeltarife
1	1,0	2,0
2	1,5	3,0
3	2,0	4,0
4	2,5	5,0
5 und mehr	3,0	6,0

Hinweis: Sofern die genannten Tarife im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages geführt werden, gelten die Ausführungen zur Beitragsrückerstattung nicht. Stattdessen finden die Regelungen zur Überschussbeteiligung Anwendung.

Stichworte	Kurze Erläuterung	Neuer Wortlaut der Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) bzw. des Tarifs PV (Änderungen in kursiver Schrift bzw. durchgestrichen)
Pflegegeld bei häuslicher Krankenpflege	Versicherten, die eine Assistenzpflegekraft beschäftigen, wird nun das (anteilige) Pflegegeld unter bestimmten Voraussetzungen bei einem Krankenhausaufenthalt von mehr als vier Wochen weitergezahlt.	§ 5 Abs. 2b) MB/PPV 2010 - Einschränkung der Leistungspflicht Der Absatz wird um folgenden Text ergänzt: (...) Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; <i>bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XII) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Absatz 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weitergezahlt.</i>
Jugendfreiwilligendienstgesetz	Der Begriff "Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres" wurde durch "Jugendfreiwilligendienstgesetz" ersetzt.	§ 8 Abs. 3c) MB/PPV 2010 - Beitragszahlung 3. Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern a) (...) bis b) (...) c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des <i>Jugendfreiwilligendienstgesetzes</i> leisten; (...)
Statistik der Pflegepflichtversicherung	Der Begriff "Gemeinschaftsstatistik der privaten Pflegepflichtversicherer" wird durch "Statistik der Pflegepflichtversicherung" ersetzt.	§ 8 b Abs. 1 MB/PPV 2010 - Beitragsänderung 1. (...) Dementsprechend werden anhand einer <i>Statistik der Pflegepflichtversicherung</i> jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. (...)
Leistungen bei Pflegezeit	Die Regelung wird auf Personen ausgedehnt, für die Leistungen bei Pflegezeit erbracht werden.	§ 9 Abs. 1 MB/PPV 2010 - Obliegenheiten 1. (...) Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflege Tätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Absatz 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Absatz 14 erbringt.
Häusliche Pflege	Die Leistungen werden erhöht.	Tarif PV Nr. 1 Häusliche Pflege Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 440,00 EUR, b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.040,00 EUR, c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.510,00 EUR erstattet. (...)
Pflegegeld	Das Pflegegeld wird erhöht.	Tarif PV Nr. 2 Pflegegeld 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 225,00 EUR, b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 430,00 EUR, c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 685,00 EUR.
Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson	Die Leistungen werden erhöht.	Tarif PV Nr. 3 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.510,00 EUR je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.
Teilstationäre Pflege	Die Leistungen werden erhöht.	Tarif PV Nr. 5 Teilstationäre Pflege Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat 5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu 440,00 EUR, 5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.040,00 EUR, 5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.510,00 EUR erstattet.
Kurzzeitpflege	Die Leistungen werden erhöht.	Tarif PV Nr. 6 Kurzzeitpflege Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.510,00 EUR pro Kalenderjahr ersetzt.

Stichworte	Kurze Erläuterung	Neuer Wortlaut der Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV) bzw. des Tarifs PV (Änderungen in <i>kursiver</i> Schrift bzw. durchgestrichen)
Stationäre Pflege	Die Leistungen für Pflegebedürftige der Stufe III und für Härtefälle werden erhöht.	Tarif PV Nr. 7 Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal a) (...) bis b) (...) c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.510,00 EUR je Kalendermonat, d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 3 anerkannt sind, in Höhe von 1.825,00 EUR je Kalendermonat erstattet. (...)
Zusätzliche Betreuungsleistungen	Die Leistungen für niedrigschwellige Betreuungsangebote, die durch die Pflegeberatung vermittelt worden sind, entfallen.	Tarif PV Nr. 11 Zusätzliche Betreuungsleistungen 11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen a) (...) bis c) (...) d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind, oder e) der niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die durch die Pflegeberatung gemäß § 4 Absatz 18 vermittelt worden sind,

Sonstige Hinweise

1. Informationen zur Beitragsanpassung

Der jeweils zuständige unabhängige Treuhänder hat - wie vom Gesetzgeber bestimmt - die Änderungen geprüft und ihnen zugestimmt. Das tarifliche Eintrittsalter haben wir berücksichtigt. Die in den Beiträgen enthaltenen Rückstellungen für das Alter werden an die veränderten Gegebenheiten angeglichen.

2. Beitragsrückerstattung in der privaten Pflegepflichtversicherung

In der privaten Pflegepflichtversicherung werden Nachlässe aus Mitteln der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung finanziert:

- a) Zum 01.01.2003: 2 % des am 01.01.2003 zu zahlenden Monatsbeitrages, für Personen, die am 31.12.2002 bei der Barmenia pflegeversichert waren.
- b) Zum 01.01.2007: 3 % des am 01.01.2007 zu zahlenden Monatsbeitrages, für Personen, die am 31.12.2006 bei der Barmenia pflegeversichert waren.

Hatte der Versicherte am 31.12.2002 bzw. 31.12.2006 bereits das 65. Lebensjahr vollendet, wurde der Nachlass direkt mit dem Beitrag verrechnet.

Für alle Jüngeren werden die Mittel in einer Rückstellung verzinslich angesammelt. Aus dieser Rückstellung wird dann ab dem 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgt, ein monatlicher Nachlass gegeben.

3. Informationspflichten zur privaten Pflegepflichtversicherung

- Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern

Kinder sind unter bestimmten Voraussetzungen in der privaten Pflegepflichtversicherung beitragsfrei versichert: Bis zum vollendeten 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind, darüber hinaus bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden (ggf. verlängert um Pflichtzeiten bei Bundeswehr oder Zivildienst). Außerdem darf im Jahr 2010 ein eventuelles monatliches Gesamteinkommen 365,00 EUR nicht übersteigen. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,00 EUR monatlich.

Damit Ihr Versicherungsschutz dem aktuellen Stand entspricht, informieren Sie uns bitte, wenn diese Voraussetzungen für Ihr Kind nicht mehr vorliegen.

- Beitragsvergünstigungen für Ehepaare und eingetragene Lebenspartner (Ehegattenhöchstbeitrag)

In der privaten Pflegepflichtversicherung ist für Ehepaare und eingetragene Lebenspartner, die seit 01.01.1995 ununterbrochen privat pflegepflichtversichert sind, der gemeinsame Beitrag begrenzt (im Tarif PVN auf 150 % und im Tarif PVB auf 75 % des höchsten Beitrages der sozialen Pflegeversicherung). Voraussetzung ist, dass im Jahr 2010 das eventuell erzielte monatliche Gesamteinkommen eines Ehepartners bzw. Lebenspartners 365,00 EUR nicht übersteigt. Für geringfügig Beschäftigte beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400,00 EUR monatlich.

Bitte informieren Sie uns, wenn Sie und Ihr Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner jeweils ein monatliches Gesamteinkommen beziehen, das über diesem Betrag liegt.

**§ 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
Tarifwechsel**

(1) Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser

1. Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt; soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen; der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungsausschluss vereinbart; bei einem Wechsel aus dem Basistarif in einen anderen Tarif kann der Versicherer auch den bei Vertragsschluss ermittelten Risikozuschlag verlangen; der Wechsel in den Basistarif des Versicherers unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung ist nur möglich, wenn

- a) die bestehende Krankheitskostenversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde oder
 - b) der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder
 - c) die bestehende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif vor dem 1. Juli 2009 beantragt wurde;
- (...)

§ 257 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) - in der ab dem 01.01.2009 geltenden Fassung

Beitragszuschüsse für Beschäftigte
(...)

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. (...) bis 2. (...)

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, (...)

§ 257 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung

Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. (...)

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegeld nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmevorschriften aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,

3. (...) bis 5. (...)

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. 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.

**§ 12 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
Substitutive Krankenversicherung**

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon wird im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrages der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zu Grunde gelegt. Der Höchstbeitrag wird zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den Vom-Hundert-Wert angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrages nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach dem Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrages Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.