

W

Deutscher Bundestag ■ Wissenschaftliche Dienste

**Die Berücksichtigung von Ehegatten, eingetragenen
Lebenspartnern und Partnern sonstiger nichtehelicher
Lebensgemeinschaften in der gesetzlichen Kranken- und
Pflegeversicherung**

- Ausarbeitung -



Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages

Die Berücksichtigung von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern und Partnern sonstiger nichtehelicher Lebensgemeinschaften in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Ausarbeitung WD 9 - 205/06

Abschluss der Arbeit: 05.12.2006

Fachbereich WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausarbeitungen und andere Informationsangebote der Wissenschaftlichen Dienste geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Die Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste sind dazu bestimmt, Mitglieder des Deutschen Bundestages bei der Wahrnehmung des Mandats zu unterstützen. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Diese bedürfen der Zustimmung des Direktors beim Deutschen Bundestag.

Inhalt

1.	Einführung	6
2.	Begriffliche Abgrenzung besonderer Lebensgemeinschaften im Sozialrecht	7
2.1.	Der Begriff des „Ehegatten“ und des „Familienangehörigen“	7
2.2.	Der Begriff der „nichtehelichen Lebensgemeinschaft“ und der „eheähnlichen Gemeinschaft“	7
2.3.	Der Begriff der „Lebenspartnerschaft“ bzw. des „Lebenspartners“	9
3.	Gesetzliche Krankenversicherung	10
3.1.	Versicherungsschutz	10
3.1.1.	Allgemeines	10
3.1.2.	Familienversicherung (§ 10 SGB V)	10
3.1.2.1.	Versicherungsschutz der Ehegatten von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung	10
3.1.2.2.	Einbeziehung des Lebenspartners in die Familienversicherung	11
3.1.2.3.	Nichteinbeziehung der Partner sonstiger nichtehelicher Lebensgemeinschaften in die Familienversicherung	11
3.1.3.	Weitere Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Versicherungsschutz bei Ehegatten, Lebenspartnern im Sinne des LPartG und Partnern sonstiger nichtehelicher Lebensgemeinschaften	12
3.1.3.1.	Vorrang der Versicherungspflicht als Student oder Praktikant gegenüber der Familienversicherung (§ 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V)	12
3.1.3.2.	Ausschluss der Rückkehr in die GKV für über 55-jährige privat Krankenversicherte (§ 6 Abs. 3a SGB V)	13
3.1.3.3.	Möglichkeit der Freiwilligenversicherung als Schwerbehinderter (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)	14

3.2.	Leistungsrecht	14
3.2.1.	Allgemeines	14
3.2.2.	Anspruch von Vertriebenen und Spätaussiedlern auf Versorgung mit Zahnersatz (§ 27 Abs. 2 Nr. 2 SGB V)	15
3.2.3.	Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in Form der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V)	16
3.2.4.	Anspruch auf häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	17
3.2.4.1.	Allgemeines	17
3.2.4.2.	Aufenthalt der Versicherten in „ihrem Haushalt“ oder „ihrer Familie“ als Anspruchsvoraussetzung	18
3.2.5.	Anspruch auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)	19
3.2.6.	Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V)	19
3.2.7.	Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (§ 55 SGB V)	20
3.2.7.1.	Anspruchsvoraussetzungen nach § 55 Abs. 1 SGB V	20
3.2.7.2.	Anspruch auf einen weiteren Betrag bei unzumutbarer Belastung (§ 55 Abs. 2 SGB V)	21
3.2.7.3.	Unzumutbare Belastung bei Versicherten mit geringen Einnahmen zum Lebensunterhalt (§ 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)	21
3.2.7.4.	Anrechenbarkeit der Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners (§ 55 Abs. 2 Satz 3 i. V. m. § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)	22
3.2.8.	Belastungsgrenze für Zuzahlungen der Versicherten (§§ 61, 62 SGB V)	23
3.2.8.1.	Allgemeines	23

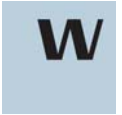
3.2.8.2.	Berücksichtigung des Ehegatten- und Partnereinkommens bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 Abs. 1 SGB V	23
3.3.	Beitragsrecht	24
3.3.1.	Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (§ 240 SGB V)	24
3.3.1.1.	Allgemeines	24
3.3.1.2.	Anrechenbarkeit des Ehegatten- und Partnereinkommens bei der Beitragsbemessung (§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V)	25
3.3.1.3.	Beitragsbegünstigte Anwartschaftsversicherung bei Ruhen von Leistungen	27
3.3.2.	Anspruch eines privat krankenversicherten Beschäftigten auf Zahlung eines Zuschusses zu dem Versicherungsbeitrag (§ 257 Abs. 2, 2a Nr. 2 SGB V)	28
3.4.	Sonstiges	28
3.4.1.	Bevorzugte Berücksichtigung des Ehegatten bei der Entscheidung über die Fortführung einer Vertragsarztpraxis (§ 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V)	28
3.4.2.	Recht Versicherungspflichtiger und Versicherungsberechtigter, die Krankenkasse des Ehegatten zu wählen (§ 173 Abs. 2 Nr. 6 SGB V)	29
4.	Gesetzliche Pflegeversicherung	30
4.1.	Versicherungsschutz	30
4.1.1.	Allgemeines	30
4.1.2.	Familienversicherung (§ 25 SGB XI)	30
4.1.3.	Weitere Regelungen zum Versicherungsschutz	31
4.1.3.1.	Versicherungspflicht bei Beschäftigung oder Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung (§ 20 Abs. 4 SGB XI)	31
4.1.3.2.	Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 22 SGB XI)	32

4.1.3.3.	Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen (§ 23 SGB XI)	33
4.1.3.4.	Weiterversicherung bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts des Mitglieds ins Ausland (§ 26 Abs. 2 SGB XI)	34
4.1.3.5.	Kündigung eines privaten Versicherungsvertrages (§ 27 SGB XI)	34
4.2.	Leistungsrecht	35
4.3.	Beitragsrecht	35
4.3.1.	Anspruch eines privat pflegeversicherten Beschäftigten auf Zahlung eines Beitragszuschusses durch den Arbeitgeber (§ 61 Abs. 2 SGB XI)	35
4.3.2.	Prämienbegünstigung für Geringverdienende in der privaten Pflegeversicherung (§ 110 Abs. 1 Nr. 2 g SGB XI)	35
4.4.	Unterrichtungs- und Beratungspflicht der Pflegekassen über Fragen der Pflegebedürftigkeit	36
5.	Abkürzungs- und Literaturverzeichnis	37
5.1.	Abkürzungsverzeichnis	37
5.2.	Literaturverzeichnis	38

1. Einführung

Sozialrechtliche Normen begründen grundsätzlich für einzelne Personen ohne Rücksicht auf die jeweilige Lebensform Rechte und Pflichten. Teilweise erfahren jedoch Eheleute, Familienangehörige und Partner nichtehelicher Lebensgemeinschaften sowie seit dem 1. August 2001 speziell Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)¹ eine Sonderbehandlung, um einerseits die besondere Schutzbedürftigkeit von Familien zu berücksichtigen und andererseits der Tatsache Rechnung zu tragen, dass bei den innerhalb eines Familienverbundes lebenden Personen eine andere Bedarfslage besteht als bei alleinlebenden. Diese Sonderbehandlung kann im Sozialversicherungsrecht darin bestehen, dass der Versicherungsschutz wie etwa im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auf Eheleute, (eingetragene) Lebenspartner und Kinder ausgedehnt² und spezielle bzw. höhere Leistungen gewährt werden³. Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft sind von diesen Vergünstigungen, wie den nachfolgenden Ausführungen zum Recht der gesetzlichen Krankenversicherung⁴ und der sozialen Pflegeversicherung⁵ im Einzelnen zu entnehmen ist, im Regelfall ausgeschlossen. Bei einkommensabhängigen Sozialleistungen wird die Ehe als Wirtschaftsgemeinschaft angesehen und auf das Gesamteinkommen beider Ehegatten abgestellt. Angesichts des aus Art. 6 Grundgesetz (GG) folgenden Verbots ehebenachteiligender Regelungen ist der Gesetzgeber bemüht, in diesen Fällen eine Privilegierung der nichtehelichen Lebensgemeinschaft zu vermeiden⁶. Nach der insoweit nicht einheitlichen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts⁷ darf der Gesetzgeber an die erhöhte Leistungskraft der ehelichen Haushaltsgemeinschaft wegen der durch die gemeinsame Haushaltsführung vermeintlich erzielbaren Einsparungen nur dann anknüpfen, wenn er auch andere Haushaltsgemeinschaften mehrerer Personen mit Einkünften einer vergleichbaren Behandlung unterwirft. Verheiratete dürfen nicht allein deshalb,

-
- 1 Art. 1 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft [Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG], BGBl. I S. 266), zuletzt geändert durch Art. 3 i. V. m. Art. 4 Abs. 2 des Gesetzes vom 6. Februar 2005 (BGBl. I S. 203).
 - 2 Vgl. hierzu näher die Ausführungen zu Gliederungspunkt 3.1.2. und 4.1.2.
 - 3 Z. B. höhere Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung – (SGB III) gemäß §§ 129 Nr. 1, 195 Nr. 1 SGB III.
 - 4 Vgl. hierzu die Darlegungen zu Gliederungspunkt 3.
 - 5 Vgl. hierzu die Darlegungen zu Gliederungspunkt 4.
 - 6 Vgl. z. B. die Regelung in § 20 Satz 1 SGB XII – Sozialhilfe – derzufolge Personen, die in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftlichähnlicher Gemeinschaft leben, hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden dürfen als Ehegatten.
 - 7 Vgl. einerseits BVerfGE 6, 55 (71 ff) und 67, 186 ff, wo sich das Bundesverfassungsgericht für ein generelles Benachteiligungsverbot der Ehe ausspricht; andererseits BVerfGE 17, 210 ff und 75, 382 (393), wo eine Benachteiligung in einzelnen Leistungsbereichen zugelassen wird. Vgl. hierzu auch die Entscheidung des Bundessozialgerichts in BSGE 72, 125 ff = NJW 1993, 3346, wo der seinerzeitigen Benachteiligung von Ehegatten bei der Einkommensanrechnung nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz Vergünstigungen im Steuerrecht gegenübergestellt wurden.



weil sie verheiratet sind, geringere Sozialleistungen erhalten als Ledige⁸. Andererseits müssen Verheiratete jedoch auch nicht in allen Sozialleistungsbereichen mindestens genauso hohe Leistungen erhalten wie Ledige, auch wenn bei letztern die Leistungen wegen des Bestehens nichtehelicher Lebensgemeinschaften kumulieren können.

2. Begriffliche Abgrenzung besonderer Lebensgemeinschaften im Sozialrecht

2.1. Der Begriff des „Ehegatten“ und des „Familienangehörigen“

Sozialrechtliche Sonderregelungen für Ehegatten und Familienangehörige (vor allem Kinder) knüpfen an den familienrechtlichen Status an. Dieser beurteilt sich grundsätzlich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Rechts. Soweit in Sozialgesetzen von der „Ehe“ und von „Familienangehörigen“ die Rede ist, sind für die inhaltliche Auslegung dieser Begriffe demnach grundsätzlich die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) maßgeblich. Als Ehegatte ist deshalb nur anzusehen, wer mit dem Betroffenen eine nach deutschem Recht gültige Ehe geschlossen hat. Familienangehörige sind danach der Ehegatte sowie Verwandte und Verschwägerter i. S. v. §§ 1589, 1590 BGB⁹. Zu beachten ist aber, dass nach § 11 Abs. 1 des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft ein Lebenspartner als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners gilt, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Das Sozialversicherungsrecht kennt mithin keine eigenständige Ausgestaltung des Ehebegriffs oder des Begriffs des Familienangehörigen¹⁰.

2.2. Der Begriff der „nichtehelichen Lebensgemeinschaft“ und der „eheähnlichen Gemeinschaft“

Sozialgesetzliche Vorschriften verwenden den Begriff der „Nichtehelichen Lebensgemeinschaft“ nicht. Soweit sozialrechtliche Regelungen an eine bestehende oder frühere Ehe anknüpfen, ist eine Ausweitung des personellen Anwendungsbereichs der gesetzlichen Sozialversicherungen auf Partner nichtehelicher Lebensgemeinschaften im Wege der Analogie grundsätzlich ausgeschlossen, weil es an einer Regelungslücke als Voraussetzung für einen Analogieschluss fehlt¹¹. Sonderregelungen des Sozial- bzw. Sozialversicherungsrechts für Ehegatten finden auf Partner von nichtehelichen Lebensgemeinschaften danach grundsätzlich keine Anwendung. Das gleiche gilt für den Begriff

8 Vgl. BVerfGE 17, 210.

9 Vgl. hierzu BSG SozR Nr. 49 zu § 182 Reichsversicherungsordnung (RVO).

10 Vgl. z. B. BSGE 53, 137; 67, 46 (49 f); BSG NJW 1995, 3270.

11 Vgl. BSG NJW 1995, 3270 (3271), BSGE 53,137; Nothacker, Beratungspraxis Sozialleistungen, RdNr. 196; Hohnerlein, Sozialversicherungsrechtliche und versicherungsvertragliche Probleme der nichtehelichen Lebensgemeinschaft, in: Familie/Partnerschaft/Recht, Zeitschrift, 2001, S. 49 (50).

der „Familienangehörigen“. In Betracht dafür kommen – wie zuvor bereits erwähnt – nach herrschender Auffassung neben den Ehegatten nur Verwandte und Verschwägerter im Sinne des §§ 1589, 1590 BGB, nicht jedoch Partner von nichtehelichen Lebensgemeinschaften und deren Kinder¹². Eine gewisse Durchbrechung dieses Grundsatzes zeigt sich dann, wenn das Gesetz Sonderregelungen für „Angehörige“ getroffen hat. Eine solche Einbeziehung der nichtehelichen Partnerschaften ist jedoch bis heute die Ausnahme. Soweit sozialrechtliche Vorschriften sich auf Kinder beziehen, werden zwar auch Stiefkinder und Pflegekinder unter bestimmten Voraussetzungen den leiblichen Kindern gleichgestellt (vgl. § 56 Abs. 2 SGB I¹³). Eine solche Gleichstellung scheidet aber bei den in eine nichteheliche Gemeinschaft „eingebrachten“ Kindern regelmäßig aus. Die Kinder des Partners einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft sind keine Stief- oder Pflegekinder des anderen Partners im Sinne des § 56 Abs. 2 Nr. 1 SGB I und kommen damit nicht in den Genuss der für diesen Personenkreis vorgesehenen Vergünstigungen. Die Annahme eines Pflegekindschaftsverhältnisses scheidet aus, solange noch zwischen einem leiblichen Elternteil und dem Kind ein Obhuts- und Pflegeverhältnis besteht.

In einigen Bereichen des Sozialrechts, vor allem bei einkommensabhängigen Sozialleistungen, werden von den nichtehelichen Lebensgemeinschaften die „eheähnlichen“ einer Sonderbehandlung unterworfen, um Ungleichbehandlungen gegenüber Ehegatten zu vermeiden¹⁴. Eine gesetzliche Definition der „eheähnlichen Gemeinschaft“ existiert allerdings nicht. Das Bundesverwaltungsgericht¹⁵ definiert sie im Anschluss an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts¹⁶ zum Begriff der eheähnlichen Gemeinschaft in § 137 Abs. 2a Arbeitsförderungsgesetz (AFG) alter Fassung als eine Lebensgemeinschaft zwischen einem Mann und einer Frau, die auf Dauer angelegt ist, daneben keine weitere Lebensgemeinschaft gleicher Art zulässt und sich durch innere Bindungen auszeichnet, die ein gegenseitiges Entstehen der Partner füreinander begründen, also über die Beziehungen in einer reinen Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft hinausgehen. Entscheidend ist danach, dass die Bindungen der Partner so eng sind, dass von ihnen ein gegenseitiges Entstehen in den Not- und Wechselfällen des Lebens erwartet werden kann, zwischen ihnen also eine Verantwortungs- und Einstehensgemeinschaft besteht. Kennzeichnend hierfür soll sein, dass aufgrund des wechselseitigen

12 Vgl. BSGE 67, 49 ff.

13 Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil – (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Art. 3 Abs. 7 des Gesetzes vom 14. September 2006 (BGBl. I S. 1897).

14 Vgl. z. B. die oben bereits erwähnte Regelung in § 20 Satz 1 SGB XII, wonach Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden dürfen als Ehegatten.

15 BVerwGE 98, 195 (198).

16 BVerfGE 87,234 (264).

Verantwortungsgefühls zunächst der gemeinsame Lebensunterhalt sichergestellt wird, bevor das persönliche Einkommen zur Befriedigung eigener Bedürfnisse verwendet wird. Anders als z. B. in § 20 SGB XII (Sozialhilfe) und § 193 Abs. 2 SGB III (Arbeitsförderung) wird der Begriff der „eheähnlichen Gemeinschaft“ im Recht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung vom Gesetzgeber allerdings nicht verwendet.

2.3. Der Begriff der „Lebenspartnerschaft“ bzw. des „Lebenspartners“

Für nichteheliche Lebensgemeinschaften gleichgeschlechtlicher Partner, die nach Art. 1 § 1 des zum 1. August 2001 in Kraft getretenen „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ vom 16. Februar 2001¹⁷ eine Lebenspartnerschaft wirksam begründen, ist in nahezu allen Sozialleistungsbereichen eine Annäherung an die Stellung von Ehegatten eingetreten. Wo dies unterblieben ist, liegt der Verdacht eines Redaktionsversehens bisweilen näher als die Einschätzung, insoweit seien die wesensmäßigen Unterschiede zwischen Ehe und Lebenspartnerschaft von ausschlaggebender Bedeutung gewesen¹⁸. Inwieweit der Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) durch Art. 3 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ in das Recht der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen und dem Ehegatten gleichgestellt worden ist, wird nachfolgend im Einzelnen unter Gliederungspunkt 3. und 4. dargelegt. Allgemein ist im vorliegenden Zusammenhang noch darauf hinzuweisen, dass in § 33b des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) nunmehr für alle Bücher des Sozialgesetzbuches gesetzlich definiert ist, dass Lebenspartnerschaften im Sinne des Sozialgesetzbuches solche nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sind. Nach § 11 Abs. 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes gilt – wie bereits erwähnt – ein Lebenspartner zudem als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist.

17 BGBl. I S. 266, zuletzt geändert durch Art. 3 i. V. m. Art. 4 Abs. 2 des Gesetzes vom 6. Februar 2005 (BGBl. I S. 203); Art. 1 dieses Gesetzes enthält das eigentliche Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG), Art. 2 die zentralen Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch und Art. 3 Änderungen des sonstigen Bundesrechts. In diesem Art. 3 finden sich die im Zuge der Einführung des Rechtsinstituts der Eingetragenen Lebenspartnerschaft erforderlichen Änderungen aller Bücher des Sozialgesetzbuchs und der versorgungsrechtlichen Bestimmungen.

18 Vgl. Wenner, Soziale und rechtliche Lage der Lebenspartnerschaft, in: Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Arbeit und Soziales, 2002, S. 268 (270).

3. Gesetzliche Krankenversicherung

3.1. Versicherungsschutz

3.1.1. Allgemeines

In den Genuss des Versicherungsschutzes der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V¹⁹ kommen gleichzeitig Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte während der Dauer ihrer Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Versicherungspflicht tritt kraft Gesetzes ein, wenn einer der in § 5 SGB V aufgeführten die Versicherungspflicht begründenden Tatbestände erfüllt ist und kein Ausnahmetatbestand (vor allem Versicherungsfreiheit nach §§ 6 und 7 SGB V) vorliegt oder ein an sich Versicherungspflichtiger nicht von einer für ihn möglichen Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 SGB V) Gebrauch gemacht hat. Wichtigster die Versicherungspflicht begründender Tatbestand ist die Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Besteht keine Versicherungspflicht, so kann unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V eine freiwillige Mitgliedschaft begründet werden. Dies kommt vor allem bei einem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht, etwa wegen Aufgabe einer versicherungspflichtigen Tätigkeit, oder bei erstmaliger Aufnahme einer (nicht versicherungspflichtigen) Beschäftigung in Betracht.

3.1.2. Familienversicherung (§ 10 SGB V)

3.1.2.1. Versicherungsschutz der Ehegatten von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch nicht auf die Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten begrenzt. Nach § 10 Abs. 1 SGB V erstreckt sich der Versicherungsschutz vielmehr auch auf den Ehegatten des Mitglieds, soweit der Ehegatte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V), nicht bereits selbst, insbesondere aufgrund einer Erwerbstätigkeit, versicherungspflichtig ist oder aber freiwillig versichert bzw. versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit ist und über kein oder ein nur geringes Einkommen verfügt (vgl. hierzu im Einzelnen § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V). Liegen die Voraussetzungen dieser sog. Familienversicherung gemäß § 10 Abs. 1 SGB V vor, ist der Ehegatte selbst Versicherter der gesetzlichen Krankenkasse. Seine Versicherung ist gemäß § 3 Satz 3 SGB V beitragsfrei. Allerdings wird der Ehegatte nicht selbst Mitglied der Krankenkasse. Seine Versicherung knüpft hinsichtlich Beginn und Ende vielmehr an die Mitgliedschaft des Versicherten an. Während des Bestehens der sog. Stammversicherung ist sie jedoch rechtlich selbständig, so dass Leistungsansprüche

19 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel I des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 [BGBl. I S. 2477]), zuletzt geändert durch Art. 256 der Neunten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407).

durch den Ehegatten selbst geltend gemacht werden können. Beitragsfrei familienversichert sind darüber hinaus die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen die in § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 sowie die in § 10 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGB V geregelten Voraussetzungen erfüllen. Kinder sind allerdings nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und er ein höheres Einkommen hat als der Versicherte. Bei einem Ehepaar führt dieser Umstand nach § 10 Abs. 3 SGB V zum Ausschluss der Familienversicherung der Kinder²⁰.

3.1.2.2. Einbeziehung des Lebenspartners in die Familienversicherung

Aufgrund der Ergänzung des § 10 Abs. 1 SGB V durch Art. 3 § 52 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ ist der Lebenspartner eines GKV-Mitglieds nunmehr dem Ehegatten gleichgestellt und damit unter denselben Voraussetzungen beitragsfrei familienversichert wie Ehegatten und Kinder. Dieser Rechtsstatus wird mit dem gleichen Zeitpunkt geschaffen, von dem an die Lebenspartnerschaft im Sinne des § 1 Abs. 1 LPartG begründet wird. Nach § 10 Abs. 4 Satz 3 i. V. m. § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird die Familienversicherung auch auf Kinder des über § 10 SGB V versicherten Lebenspartners erstreckt, wenn der Hauptversicherte diese Kinder überwiegend unterhält. Nach dem Ende der Lebenspartnerschaft kann der familienversicherte Partner nach § 9 SGB V der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten und sich so den Versicherungsschutz erhalten.

3.1.2.3. Nichteinbeziehung der Partner sonstiger nichtehelicher Lebensgemeinschaften in die Familienversicherung

Partner sonstiger nichtehelicher bzw. nicht eingetragener (gleichgeschlechtlicher) Lebensgemeinschaften werden dagegen bis heute von der Rechtsprechung auch dann nicht wie Ehegatten behandelt, wenn sie mit dem Mitglied in eheähnlicher Gemeinschaft leben²¹. Sie zählen mithin auch dann nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis, wenn der Versicherte ihnen Unterhalt gewährt. Selbst wenn die Satzung der Krankenkasse eine Bestimmung enthält, wonach Krankenversicherungsschutz für sonstige Angehörige besteht, die den Haushalt führen, wird eine Einbeziehung des Lebensgefährten verneint²². Eine analoge Anwendung der Vorschriften über Familienversicherte auf Partner einer nichtehelichen bzw. nicht eingetragenen Lebensgemeinschaft

20 Typischer Fall: Der Vater ist als Beamter, als Selbständiger oder wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, wohl aber die Mutter.

21 Vgl. BSGE 67,46 = NJW 1991, S. 447.

22 Vgl. BSGE 67,46 = NJW 1991, S. 447; vgl. auch OVG Münster NVwZ-RR 1992, S. 486 (487).

wird allgemein abgelehnt²³. Soweit sie selbst keinen die Versicherungspflicht begründenden Tatbestand erfüllen, vor allem selbst nicht versicherungspflichtig beschäftigt sind, kommt für sie deshalb nur ein freiwilliger Beitritt in Betracht, wofür sie jedoch Beiträge zahlen müssen²⁴. Auch für die Kinder des Partners einer sonstigen nichtehelichen Lebensgemeinschaft scheidet eine beitragsfreie Familienversicherung aus. Sie können insbesondere nicht als Pflegekinder des anderen Partners angesehen werden²⁵. Die Annahme eines Pflegekindschaftsverhältnisses scheidet aus, solange noch zwischen einem leiblichen Elternteil und dem Kind ein Obhuts- und Pflegeverhältnis besteht.

Zu einer Besserstellung der nichtehelichen Lebensgemeinschaft kommt es dagegen, wenn der Partner des Versicherten nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und er ein höheres Einkommen hat als der Versicherte. Bei einem Ehepaar führt dieser Umstand – wie bereits dargelegt – nach § 10 Abs. 3 SGB V zum Ausschluss der Familienversicherung der Kinder, so dass diese privat versichert werden müssen. Bei einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft kommt es auf den krankenversicherungsrechtlichen Status des Partners und seiner Einkommensverhältnisse hingegen nicht an²⁶.

3.1.3. Weitere Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Versicherungsschutz bei Ehegatten, Lebenspartnern im Sinne des LPartG und Partnern sonstiger nichtehelicher Lebensgemeinschaften

3.1.3.1. Vorrang der Versicherungspflicht als Student oder Praktikant gegenüber der Familienversicherung (§ 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V)

Nach § 5 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V hat die in § 10 SGB V geregelte Familienversicherung grundsätzlich Vorrang gegenüber der Versicherungspflicht als Student oder Praktikant gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V. Dies gilt gemäß § 5 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V jedoch dann nicht, wenn der Ehegatte des Studenten oder Praktikanten nicht versichert ist. In diesem Fall ist ein Student oder Praktikant ausnahmsweise doch selbst gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V krankenversicherungspflichtig, um dem Ehegatten die Möglichkeit der Familienversicherung in § 10 SGB V zu eröffnen. Aufgrund einer Ergänzung des § 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V durch Art. 3 § 52 Nr. 1 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften:

23 BSG a. a. O.; ebenso z. B. Grziwotz, *Nichteheliche Lebensgemeinschaft*, 4. Auflage 2006, § 26 RdNr. 85 mit weiteren Nachweisen.

24 Eine Möglichkeit, den Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft in den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, besteht, wenn zwischen den Partnern ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt. Dieses muss jedoch die üblichen Merkmale eines entgeltlichen Arbeitsvertrages aufweisen; vgl. Landessozialgericht Niedersachsen, Urteil vom 21. September 1994, in: NZS 1995 S. 221.

25 § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V, wonach auch Pflegekinder in die Familienversicherung einbezogen sind, verweist auf § 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I.

26 Vgl. Hohnerlein, *Sozialversicherungsrechtliche und versicherungsvertragliche Probleme der nichtehelichen Lebensgemeinschaft*, a. a. O. 2001, S. 49 (50); Udsching, *Sozialrecht*, in: *Das Recht der nichtehelichen Lebensgemeinschaft*, Handbuch, S. 639 (647).

Lebenspartnerschaften“ gilt dieser Vorrang der Versicherungspflicht als Student oder Praktikant vor der Familienversicherung auch dann, wenn andernfalls der Lebenspartner des Studenten oder Praktikanten nicht versichert wäre, so dass auch der Lebenspartner des Studenten oder Praktikanten in die von diesem abgeleitete Familienversicherung einbezogen werden kann. Eine entsprechende Regelung für die Partner einer sonstigen nichtehelichen bzw. nicht eingetragenen Lebensgemeinschaft sieht das Gesetz hingegen nicht vor.

3.1.3.2. Ausschluss der Rückkehr in die GKV für über 55-jährige privat Krankenversicherte (§ 6 Abs. 3a SGB V)

Nach § 6 Abs. 3a SGB V sind Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, also insbesondere eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, gleichwohl versicherungsfrei, wenn sie keinen ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung nachweisen können. Auch wenn die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht dem Grunde nach vorliegen, bleibt über 55-jährigen, zuvor langjährig privat versicherten Personen der Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung verwehrt, wenn sie in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren und mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig waren. Die Regelung dient einer klaren Abgrenzung zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und dem Schutz der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten. Sie folgt dem Grundsatz, dass sich Versicherungsfreie Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden haben, diesem System auch im Alter angehören sollen. Durch die in § 6 Abs. 3a SGB V getroffene Regelung wird verhindert, dass privat Versicherte durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung kurz vor Ende ihres Berufslebens Zugang zu der im Alter im Vergleich zur privaten Krankenversicherung (PKV) günstigeren GKV bekommen, ohne sich zuvor selbst in ausreichender Weise an der solidarischen Finanzierung der GKV beteiligt zu haben.

Nach § 6 Abs. 3a Satz 3 SGB V sind auch die Zeiten der Ehe anzurechnen, wenn die zuvor genannten Voraussetzungen des Abs. 3a Satz 2 in der Person des Ehegatten vorgelegen haben. Aus der zugrunde liegenden Intention der Regelung ergibt sich, dass die Zeiten des Ehegatten allerdings nur dann herangezogen werden können, wenn die Zeiträume nicht bereits durch Zeiten der Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit der betroffenen Personen belegt sind. Eine vorrangige Anrechnung der Zeiten des Ehegatten würde ebenfalls zu nicht beabsichtigten Auswirkungen führen und der eigentlichen Regelungsabsicht zuwiderlaufen²⁷. Aufgrund entsprechender Ergänzung des

27 Vgl. Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 6 SGB V RdNr. 122.

§ 6 Abs. 3a Satz 3 SGB V durch Art. 3 § 52 Nr. 2 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ gilt dies auch in Bezug auf (eingetragene) Lebenspartner gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaften. Hierdurch wird eine Schlechterstellung von Ehegatten gegenüber den Lebenspartnern im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes vermieden²⁸. Eine entsprechende Regelung für die Partner sonstiger nichtehelicher bzw. nicht eingetragener Lebensgemeinschaften sieht das Gesetz nicht vor.

3.1.3.3. Möglichkeit der Freiwilligenversicherung als Schwerbehinderter (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)

Für schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX²⁹ besteht nach Maßgabe der in § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V geregelten Voraussetzungen ein erleichtertes Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung. Nach dieser Bestimmung können Schwerbehinderte in die GKV aufgenommen werden, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen. Die Erfüllung dieser Vorversicherungszeit muss entweder in der Person des schwerbehinderten Menschen selbst oder in der eines Elternteils oder in der des Ehegatten vorliegen. Nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 zweiter Halbsatz kann die Satzung der Krankenkasse das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen.

Aufgrund entsprechender Ergänzung des § 9 Abs. 1 Nr. 4 durch Art. 3 § 52 Nr. 3 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ werden für das erleichterte Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung für Schwerbehinderte neben den Vorversicherungszeiten des Ehegatten jetzt auch die des Lebenspartners angerechnet, da nach § 5 Satz 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes auch zwischen Lebenspartnern Unterhalts- und Fürsorgepflichten gelten. Eine entsprechende Regelung für die Partner einer nichtehelichen bzw. nicht eingetragenen Lebensgemeinschaft existiert nicht.

3.2. Leistungsrecht

3.2.1. Allgemeines

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden den Versicherten nach § 2 Abs. 2 SGB V grundsätzlich als Sachleistung zur Verfügung gestellt, d. h. die Krankenkassen verschaffen ihren Versicherten Gesundheitsleistungen³⁰ durch Einschaltung

28 Vgl. BT-Drs. 14/3751 S. 69.

29 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046), zuletzt geändert durch Art. 261 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407).

30 Vgl. den Katalog der Leistungsarten in § 11 SGB V.

von Leistungserbringern³¹, die zur Leistungserbringung zugelassen sind und mit denen Art und Weise der Leistungserbringung sowie die Vergütung vertraglich geregelt werden. Alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind – vom Krankengeld (§ 47 SGB V) abgesehen – grundsätzlich unabhängig von der Beitragshöhe und dem Versicherungsstatus³².

Eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und sonstige nichteheliche Partner werden im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung im Regelfall nicht explizit ausgegrenzt. Dieser Grundsatz gilt allerdings nicht ausnahmslos, wie z. B. die in § 27a SGB V geregelten Leistungsvoraussetzungen für die künstliche Befruchtung zeigen, da Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach dieser Bestimmung nur von Personen beansprucht werden können, die miteinander verheiratet sind. Auch soweit das Leistungsrecht – wie z. B. bei dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V – an das Vorhandensein von „Familienangehörigen“ anknüpft, ergeben sich einige Besonderheiten, da von den nichtehelichen Lebensgemeinschaften insoweit nur die (eingetragene) Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes erfasst wird. Beim Anspruch auf Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V, der voraussetzt, dass dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen eines Krankenhausaufenthalts oder ähnlicher Umstände nicht möglich ist, stellt das Gesetz dagegen auf den Bestand einer dauerhaften Wohn- und Lebensgemeinschaft ab. Eheliche, verwandtschaftliche oder sonstige rechtlich statuierte Beziehung zum Partner sind in diesem Fall also nicht erforderlich. Im Einzelnen gilt folgendes:

3.2.2. Anspruch von Vertriebenen und Spätaussiedlern auf Versorgung mit Zahnersatz (§ 27 Abs. 2 Nr. 2 SGB V)

§ 27 Abs. 2 Nr. 2 SGB V regelt den Anspruch von Vertriebenen und Spätaussiedlern auf Versorgung mit Zahnersatz. Nach dieser Bestimmung haben Vertriebene im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes sowie Spätaussiedler im Sinne des § 4 des Bundesvertriebenengesetzes, ihre Ehegatten und Abkömmlinge im Sinne des § 7 Abs. 2 des Bundesvertriebenengesetzes nur dann Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz, wenn sie unmittelbar vor Inanspruchnahme mindestens ein Jahr lang Mitglied einer Krankenkasse oder in der Familienversicherung nach § 10 SGB V versichert waren oder wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist. Der Normzweck dieser Regelung besteht darin, bei Versicherten, die sich erst seit kurzem im Inland aufhalten, die Gewährung der aufwändigen Zahnersatzleistungen grundsätzlich von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig zu machen; nur

31 Vgl. etwa Ärzte (§§ 95 ff SGB V), Krankenhäuser (§§ 107 ff SGB V) sowie Heil- und Hilfsmittel-erbringer (vgl. §§ 124 ff SGB V).

32 Pflicht- und freiwillige Mitglieder werden grundsätzlich gleichbehandelt.

unaufschiebbare Fälle sind davon ausgenommen. Der Gesetzgeber wollte damit eine gleichmäßigere Belastung der Beitragszahler erreichen³³. Die Neufassung des § 27 Abs. 2 Nr. 2 SGB V durch Art. 3 § 52 Nr. 5 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ erstreckt diese Regelung auf den eingetragenen Lebenspartner eines Vertriebenen oder Spätaussiedlers, so dass nunmehr auch für diesen grundsätzlich eine Wartezeit von mindestens einem Jahr gilt. Dadurch wird eine Besserstellung der eingetragenen Lebenspartner eines Vertriebenen oder Spätaussiedlers gegenüber Ehegatten vermieden.

3.2.3. Anspruch auf medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in Form der künstlichen Befruchtung (§ 27a SGB V)

Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen nach § 27a SGB V auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Die Übernahme der Kosten einer künstlichen Befruchtung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist jedoch in mehrfacher Hinsicht beschränkt³⁴. Nach § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V sind Leistungen der GKV zur künstlichen Befruchtung nur für Personen vorgesehen, die miteinander verheiratet sind. Darüber hinaus besteht im Rahmen der GKV gemäß § 27a Abs. 1 Nr. 4 SGB V ein Anspruch nur auf solche Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, bei denen ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden (sog. homologe Insemination). In den Leistungsbereich der GKV sind daher nur Fälle einbezogen, in denen an sich Keimzellen der Eheleute zur Verfügung stehen, die Befruchtung aber aus anderen Gründen nicht auf natürliche Weise erfolgen kann. Heterologische Inseminationen, bei denen auch Ei- und Samenzellen anderer Personen verwendet werden, scheiden damit vom Anwendungsbereich des § 27a SGB V aus³⁵. Die Beschränkung auf Ehepaare nach § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V wird verfassungsrechtlich mit der staatlichen Pflicht zur Förderung von Ehe und Familie gemäß Art. 6 GG gerechtfertigt³⁶. Nichteheleiche Lebensgemeinschaften fallen daher nach allgemeiner Auffassung ebenso wenig wie die Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft unter die Regelung des § 27a SGB V; sie können auch nicht im Wege der Analogie den Ehepaaren gleichgestellt werden³⁷.

33 Vgl. Fraktionsentwurf zum Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) 1993, in: BT-Drs. 12/3608, S. 78 Begründung zu § 27.

34 Vgl. im Einzelnen die in § 27a Abs. 1 Nr.1 bis 5 und Abs. 3 bis 4 geregelten Voraussetzungen.

35 Vgl. Hauck, in: Hauck/Noftz, § 27a SGB V RdNr. 16.

36 Vgl. BT-Drs. 11/6760 S. 16.

37 Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 27a SGB V RdNr. 16, Nothacker, Beratungspraxis Sozialleistungen, RdNr. 200; Hohnerlein, Sozialversicherungsrechtliche und versicherungsvertragliche Probleme der nichtehelichen Lebensgemeinschaft, a. a. O. 2001, S. 49 (51); Hauck in: Hauck/Noftz, § 27a SGB V RdNr. 15.

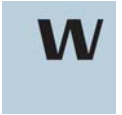
Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang noch darauf, dass im Jahre 2006 ein Sozialgericht im Rahmen eines sog. konkreten Normenkontrollverfahrens nach Art. 100 Abs. 1 Grundgesetz (GG) dem Bundesverfassungsgericht die Frage vorgelegt hat, ob § 27 a Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB V insoweit verfassungswidrig ist, als die Finanzierung medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich auf Personen beschränkt ist, die miteinander verheiratet sind und ausschließlich von Ehegatten Ei- und Samenzellen verwendet werden dürfen. Nach Auffassung des Sozialgerichts verletzt diese Regelung unter anderem den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG), das Gebot aus Art. 6 Abs. 5 GG, nichtehelichen Kindern die gleichen Bedingungen für ihre Entwicklung und ihre gesellschaftliche Stellung zu schaffen wie ehelichen Kindern, sowie das Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)³⁸. Nachdem der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts am 21. November 2006 über diese Richtervorlage verhandelt hat, wird ein Urteil frühestens im Februar 2007 erwartet.

3.2.4. Anspruch auf häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

3.2.4.1. Allgemeines

Nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege). Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung (§ 37 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Darüber hinaus erhalten Versicherte gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege). Im Unterschied zur Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Abs. 1 SGB V setzt die Sicherungspflege des § 37 Abs. 2 SGB V nicht voraus, dass Krankenhausbehandlung geboten ist. Die häusliche Krankenpflege muss vielmehr notwendig sein, um das Ziel der ärztlichen Behandlung – d. h. die Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung der Krankheit – zu sichern. Demnach muss die Sicherungspflege zweckmäßig sein, um eine medizinische Versorgung im Haushalt flankierend zu begleiten. Als Regelleistung ist im Rahmen der Sicherungspflege lediglich Behandlungspflege zu beanspruchen.

38 Pressemitteilung des Bundesverfassungsgerichts Nr. 76/2006 vom 29. August 2006 zu dem Verfahren 1 BvL 5/03, abrufbar im Internet unter <http://www.bundesverfassungsgericht.de/pressemitteilungen/bvg06-076.html>



3.2.4.2. Aufenthalt der Versicherten in „ihrem Haushalt“ oder „ihrer Familie“ als Anspruchsvoraussetzung

Häusliche Krankenpflege in Form der Krankenhausvermeidungspflege oder der Sicherungspflege wird – wie bereits erwähnt – nur an Versicherte erbracht, die sich „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“ aufhalten (§ 37 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB V). Das Gesetz formuliert damit eine – gemeinsame – Anspruchsvoraussetzung und bestimmt grundsätzlich den Leistungsort.

Unter „Haushalt“ ist dabei nach allgemeinem Sprachgebrauch die häusliche, wohnungsmäßige, familienhafte Wirtschaftsführung zu verstehen³⁹. Diese Merkmale lassen sich im Wesentlichen aus der Rechtsprechung zur Haushaltsaufnahme ableiten, die ein ortsgebundenes Zusammenleben sowie die Gewährung von Unterhalt und Fürsorge verlangt⁴⁰. Stets verlangt die Begründung eines Haushalts eine gewisse Dauer und Beständigkeit. Nur vorübergehendes Zusammenleben von Personen mit eigenen Haushalten, z. B. für einen Monat zur Pflege eines Kranken, begründet keinen gemeinsamen Haushalt, auch wenn es sich um Ehegatten handelt⁴¹. Darüber hinaus muss es sich um den „eigenen Haushalt“ des Versicherten handeln, den er allein oder gemeinsam mit anderen Personen führt. Haben Versicherte keinen eigenen Haushalt, so kann häusliche Krankenpflege nur gewährt werden, wenn sie sich in ihrer Familie aufhalten. Bei der Prüfung der Frage, ob ein eigener Haushalt vorliegt, kommt es darauf an, wem Eigentum und Besitz an Wohnung und Hausrat zustehen und wer die Kosten des Haushalts, d. h. der Lebens- und Wirtschaftsführung trägt⁴². Für den Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft bedeutet dies, dass er dann einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege hat, wenn die Partner – wie in der Regel – gemeinsam in ihrem Haushalt leben und diesen zusammen führen⁴³. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege hängt daher in solchen Fällen nicht vom Aufenthalt in einer Familie ab.

Für die Gewährung häuslicher Krankenpflege genügt es – wie bereits erwähnt – auch, wenn sich die Versicherten „in ihrer Familie“ aufhalten, selbst wenn sich dort ihr Haushalt nicht befindet oder ein eigener Haushalt nicht besteht. Entsprechend der Zielsetzung des § 37 SGB V ist unter einer „Familie“ im Sinne dieser Bestimmung nicht nur die sog. Kleinfamilie zu verstehen, die von Art. 6 Abs. 1 GG geschützt wird. Vielmehr gehören zur Familie im Sinne des § 37 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 SGB V neben Ehe-

39 Vgl. BSG SozR 2200 § 199 Nr. 3; Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 37 SGB V RdNr. 27 und Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 37 SGB V RdNr. 12a jeweils mit weiteren Nachweisen.

40 Vgl. BSGE 63, 79 (82) mit weiteren Nachweisen.

41 Vgl. BSG SozR 3-2200 § 185b RVO Nr. 1.

42 Vgl. BSGE 30, 28; Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 37 SGB V RdNr. 13.

43 Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 37 SGB V RdNr. 16.

gatten auch sonstige Verwandte und Verschwägerte nach den §§ 1589 und 1590 BGB. Eine Einschränkung nach dem Grad der Verwandtschaft oder Schwägerschaft nimmt das Gesetz nicht vor; sie ist auch nach dem Zweck der Leistungsart häusliche Krankenpflege nicht erforderlich. Da nach der Fiktion des § 11 Abs. 1 Satz 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes der (eingetragene) Lebenspartner als „Familienangehöriger“ des anderen Lebenspartners gilt, sind auch eingetragene Lebenspartner ebenso wie Ehegatten als Familie im Sinne des § 37 SGB V anzusehen. Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft gilt nach ganz überwiegend vertretener Auffassung dagegen nicht als Familie im Sinne dieser Bestimmung⁴⁴. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege hängt deshalb hier – wie soeben dargelegt – davon ab, ob die nichtehelichen Partner zusammen in einem Haushalt leben.

3.2.5. Anspruch auf Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Der in § 38 SGB V geregelte Anspruch auf Haushaltshilfe setzt voraus, dass dem oder der Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen einer Krankenhausbehandlung, einer ambulanten oder stationären Kur einschließlich einer Mütterkur nicht möglich ist (§ 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Voraussetzung ist gemäß § 38 Abs. 1 Satz 2 SGB V ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert oder auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann (§ 38 Abs. 3 SGB V).

Der Begriff „Haushalt“ im Sinne des § 38 SGB V ist weitgehend identisch mit dem § 37 SGB V⁴⁵, allerdings erfordert § 38 SGB V grundsätzlich die häusliche Gemeinschaft mindestens zweier Personen, wobei eine Person ein Kind bis zu zwölf Jahren oder ein behindertes und auf Hilfe angewiesenes Kind sein muss⁴⁶. Für den Anspruch auf Haushaltshilfe kommt es danach nur auf den rein tatsächlichen Bestand einer dauerhaften Wohn- und Lebensgemeinschaft an, nicht jedoch auf bestimmte statusrechtliche Beziehungen. Eheliche oder sonstige rechtlich statuierte Beziehungen zum Partner sowie ein Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnis zum Kind sind hier also nicht erforderlich⁴⁷.

3.2.6. Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V)

Nach § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder

44 Vgl. Höfler, a. a. O., § 37 SGB V RdNr. 16.

45 Vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.2.4.

46 Vgl. Gerlach, in: Hauck/Noftz, § 38 SGB V RdNr. 7.

47 Vgl. Udsching, a. a. O., S. 639 (649); Hohnerlein, a. a. O., S. 49 (51), Nothacker, a. a. O., RdNr. 200; BSGE 63, 79 (82).

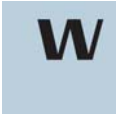
Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Leistung kann danach beispielsweise dann nicht erbracht werden, wenn der Ehepartner des Versicherten nicht berufstätig ist und im gemeinsamen Haushalt lebt, weil unter diesen Voraussetzungen für die Betreuung des kranken Kindes gesorgt ist. Gleiches gilt, wenn etwa die Großeltern oder auch andere – nicht verwandte oder verschwägerte – Personen im Haushalt leben. Da die Bestimmung des § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB V allein darauf abstellt, dass keine andere „im Haushalt lebende Person“ das erkrankte Kind betreuen und pflegen kann, kommt es somit auch hier – ebenso wie bei dem zuvor erörterten Anspruch auf Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V – nicht auf bestimmte statusrechtliche Beziehungen an.

Einschränkungen können sich jedoch beim Kreis der Kinder ergeben, für die der Anspruch auf Pflege-Krankengeld gewährt wird. Dazu gehören zwar neben den eigenen Kindern grundsätzlich auch Stief-, Enkel- und Pflegekinder einschließlich der Kinder in Adoptivpflege (§ 45 Abs. 1 Satz 2 SGB V i. V. m. § 10 Abs. 4 SGB V). Doch ist der Anspruch auf Pflege-Krankengeld für Kinder des Partners einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft nach dem Wortlaut ausgeschlossen, da solche Kinder – wie bereits erwähnt – nicht unter den Begriff der Stief- oder Pflegekinder fallen.

3.2.7. Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz (§ 55 SGB V)

3.2.7.1. Anspruchsvoraussetzungen nach § 55 Abs. 1 SGB V

Nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte nach den Vorgaben gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 bis 7 SGB V Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt ist. Befundbezogene Festzuschüsse im Sinne dieser Regelung stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Prothetische Regelversorgungen sind dabei die Versorgungen, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund zur Behandlung geeignet sind. Die Festzuschüsse umfassen grundsätzlich 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V), also der Beträge, die die Vertragsparteien nach § 57 für die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Regelversorgungen vereinbart haben.



3.2.7.2. Anspruch auf einen weiteren Betrag bei unzumutbarer Belastung (§ 55 Abs. 2 SGB V)

Nach § 55 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V haben Versicherte bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen gemäß § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, 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. Eine unzumutbare Belastung liegt nach der gesetzlichen Fiktion des § 55 Abs. 2 Satz 2 SGB V vor, wenn einer der drei dort aufgeführten Tatbestände vorliegt. Diese drei Fallgruppen erfassen einen Personenkreis, bei dem der Gesetzgeber davon ausgeht, dass dieser wegen seiner geringen Mittel nicht in der Lage sein wird, Zuzahlungen zu leisten. Erfasst werden Personen mit geringen Einnahmen zum Lebensunterhalt (Nr. 1), Bezieher von Sozialleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (Nr. 2) und Heimbewohner, deren Unterbringungskosten von der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden (Nr. 3).

3.2.7.3. Unzumutbare Belastung bei Versicherten mit geringen Einnahmen zum Lebensunterhalt (§ 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)

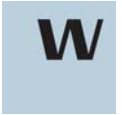
Die im vorliegenden Zusammenhang allein näher zu erläuternde erste Fallgruppe erfasst die Versicherten, deren monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht überschreiten (§ 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V). Auf diesen Wert ist damit die gesamte Belastungsgrenze festgelegt⁴⁸. Zu den „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ im Sinne des § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V gehören alle persönlichen Einnahmen des Versicherten (einschließlich der gesetzlichen Abzüge), die dem tatsächlichen (allgemeinen) Lebensunterhalt dienen, also die Einnahmen, die der typischen Funktion des Arbeitsentgelts bei Pflichtversicherten entsprechen⁴⁹. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Einnahmen tatsächlich zum Lebensunterhalt verwendet werden; ausreichend ist vielmehr, dass sie dem Lebensunterhalt zu dienen geeignet sind⁵⁰. Auch die Einnahmequelle ist nicht maßgebend. In Betracht kommen daher neben dem Arbeitsentgelt und dem Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit insbesondere Einnahmen aus Kapitalvermögen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Renten und Versorgungsbezüge sowie laufende Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII⁵¹.

48 Vgl. Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 55 SGB V RdNr. 33; Engelhard, in: Hauck/Noftz, § 55 SGB V RdNr. 72.

49 Vgl. Engelhard, a. a. O., § 55 SGB V RdNr. 73; Höfler, a. a. O., § 55 SGB V RdNr. 34 jeweils mit weiteren Nachweisen.

50 BSG SozR 3-2500 § 61 Nr. 8 S. 37, 39.

51 Vgl. Engelhard, a. a. O., RdNr. 74; Höfler, a. a. O., RdNr. 34.



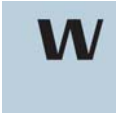
3.2.7.4. Anrechenbarkeit der Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners (§ 55 Abs. 2 Satz 3 i. V. m. § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)

Nach § 55 Abs. 2 Satz 3 SGB V gelten als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten auch die „Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger“. Sie werden also den Einnahmen des Versicherten – im Wege der Fiktion⁵² – hinzugerechnet, gelten also als eigenes Einkommen. Ein Verstoß gegen das Grundgesetz wird in dieser Regelung nicht gesehen⁵³. Durch Art. 3 § 52 Nr. 6 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ vom 16. Februar 2001 ist mit Wirkung vom 1. August 2001 bei der Vorgängerregelung des § 61 SGB V alter Fassung die Pflicht zur Hinzurechnung von Einnahmen auf die Angehörigen der eingetragenen Lebenspartner erweitert worden, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben. In einem gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten leben Angehörige – wie bereits dargelegt – bei gemeinsamer Haushalts- und Wirtschaftsführung. Als „Angehörige“ im Sinne des § 55 Abs. 2 SGB V sind nach allgemeiner Ansicht zumindest die Ehegatten, die nach § 10 SGB V versicherten Kinder sowie die eingetragenen Lebenspartner anzusehen, die nach § 11 Abs. 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes als (Familien) Angehörige des Versicherten gelten⁵⁴. Keine Angehörigen im Sinne des § 55 Abs. 2 Satz 3 SGB V sind dagegen die Partner einer sonstigen nichtehelichen bzw. nicht eingetragenen (gleichgeschlechtlichen) Lebensgemeinschaft. Ihre Einkünfte können deshalb den Einnahmen des Versicherten zum Lebensunterhalt nicht nach § 55 Abs. 2 Satz 3 SGB V hinzugerechnet werden und gelten damit auch dann nicht als eigenes Einkommen des Versicherten, wenn sie mit ihm in einem gemeinsamen Haushalt leben. Hieraus ergibt sich eine Besserstellung des einkommenslosen oder einkommensschwachen nichtehelichen Lebenspartners gegenüber einem Ehegatten und einem eingetragenen Lebenspartner.

52 Vgl. BSG SozR 3-2500 § 61 Nr. 3, S. 13, 16.

53 Vgl. BSG a. a. O., S. 17 ff; Höfler, a. a. O., § 55 SGB V RdNr. 38.

54 Im Übrigen ist der Begriff des Angehörigen im Sinne des § 55 Abs. 2 SGB V umstritten. Während eine Auffassung (so Höfler, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 55 SGB V RdNr. 38) auf den allgemeinen juristischen Sprachgebrauch verweist, wonach hierzu neben Ehegatten auch Verwandte und Verschwägerter im Sinne der §§ 1589 und 1590 BGB gehören, neigen die Spitzenverbände der Krankenkassen zu einer einschränkenden Auslegung und verstehen unter „Angehörigen“ im Sinne des § 55 Abs. 2 Satz 3 SGB V nur die Ehegatten und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie Kinder, wenn sie die Voraussetzungen nach § 10 SGB V erfüllen (Gemeinsames Rundschreiben vom 13. Dezember 2004, Die Leistungen (Zeitschrift) 2005, S. 91, 100; vgl. schon DOK 1989, 390).



3.2.8. Belastungsgrenze für Zuzahlungen der Versicherten (§§ 61, 62 SGB V)

3.2.8.1. Allgemeines

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003⁵⁵ wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2004 eine generelle Zuzahlung bei allen Leistungen der GKV eingeführt. Nach § 61 Satz 1 SGB V betragen die Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Es sind jedoch nie mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten. Ausnahmen hiervon enthalten die Sätze 2 und 3 des § 61 SGB V. Die Bestimmung des § 62 SGB V soll gewährleisten, dass Versicherte durch die gesetzlichen Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden. Dies gilt insbesondere für chronisch Kranke, bei denen auf Dauer möglicherweise hohe Eigenbeteiligungen anfallen. § 62 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V legt daher fest, dass Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten haben. Diese Grenze beträgt gemäß § 62 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert dieser Einnahmen. Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen gibt es seit dem 1. Januar 2004 nicht mehr.

3.2.8.2. Berücksichtigung des Ehegatten- und Partnereinkommens bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 Abs. 1 SGB V

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach § 62 Abs. 1 SGB V werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes jeweils zusammengerechnet (§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Für die Ermittlung der Belastungsgrenze geht der Gesetzgeber also von einem Familienbruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Einkommen leben müssen. Die Zugrundelegung des Familienbruttoeinkommens bei den Belastungsgrenzen spiegelt im Regelfall die wachsende finanzielle Belastbarkeit des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen wider und trägt damit zur finanziellen Entlastung der GKV insbesondere dann bei, wenn die im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen über die Familienversicherung gemäß § 10 SGB V beitragsfrei mitversichert sind. Zu den Familienangehörigen zählen neben den Kindern der Ehegatte und seit dem 1. August 2001 nunmehr auch der eingetragene Lebenspartner des Versicherten, da dieser – wie bereits dargelegt – nach § 11 Abs. 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes als (Familien) Angehöriger des Versicherten gilt.

55 BGBl. I S. 2190.

Keine Angehörigen im Sinne des § 62 Abs.2 SGB V sind dagegen die Partner einer sonstigen nichtehelichen bzw. nicht eingetragenen (gleichgeschlechtlichen) Lebensgemeinschaft. Ihre Einkünfte können deshalb bei der Ermittlung der Einnahmen des anderen Partners und seiner Angehörigen (z. B. Kinder) nicht berücksichtigt werden. Hieraus ergibt sich eine Besserstellung des einkommenslosen oder einkommensschwachen nichtehelichen Lebenspartners gegenüber einem Ehegatten und einem eingetragenen (gleichgeschlechtlichen) Lebenspartner in vergleichbarer Lage. Eine Berücksichtigung des Einkommens (auch) des mit dem Versicherten in einem eheähnlichen Verhältnis lebenden Partners sieht das Gesetz deshalb nicht vor, weil dies zu nicht praktikablen Ergebnissen führen und viele rechtliche Fragen im Hinblick auf den fehlenden Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Lebensgefährten gegen seinen Partner aufwerfen würde⁵⁶. Ehegatten sind einander gemäß § 1360 BGB zur Unterhaltsleistung verpflichtet. Auf den Unterhaltsanspruch kann gemäß § 1614 Abs. 1 BGB für die Zukunft nicht verzichtet werden. Nach § 5 Satz 1 des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG) sind auch Lebenspartner einander zum angemessenen Unterhalt verpflichtet. Daher gilt die Vermutung, dass diese Unterhaltspflicht unter Ehegatten und zwischen Lebenspartnern eingetragener Partnerschaften auch tatsächlich erfüllt wird. Für die Partner einer rechtlich nicht geregelten Lebensgemeinschaft bestehen dagegen keine Unterhaltspflichten. Angesichts dieses Unterschiedes zwischen Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartnern und den Partnern eheähnlicher Lebensgemeinschaften ist es nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts⁵⁷ von Verfassungs wegen nicht geboten, eine generelle Gleichstellung von eheähnlichen Gemeinschaften und Ehen bzw. eingetragenen Lebenspartnerschaften vorzunehmen.

3.3. Beitragsrecht

Auch im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung gelten für Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Partner sonstiger nichtehelicher Lebensgemeinschaften teilweise unterschiedliche Regelungen. Im Einzelnen sind insoweit folgende Besonderheiten hervorzuheben:

3.3.1. Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder (§ 240 SGB V)

3.3.1.1. Allgemeines

Die Mittel der GKV werden nach § 220 Abs. 1 Satz 1 SGB V durch Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht. Die Beitragsbemessung richtet sich dabei nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 223 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Welche Einnahmen beitragspflichtig und damit Grundlage der Beitragsbemessung sind, ist in den

56 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, S. 182.

57 Vgl. oben zu Gliederungspunkt 1.

§§ 226 – 240 SGB V geregelt. Beitragspflichtige Einnahmen der versicherungspflichtigen Mitglieder sind das Arbeitsentgelt⁵⁸, Renten und Versorgungsbezüge sowie Arbeitseinkommen⁵⁹, bei freiwilligen Mitgliedern zusätzlich auch die übrigen Einnahmen. Während die Beitragsbemessung bei Versicherungspflichtigen abschließend durch Gesetz geregelt ist, andere Einnahmen also nicht berücksichtigt werden dürfen, ist bei freiwilligen Mitgliedern nicht gesetzlich vorgegeben, welche Einnahmen bei der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Vielmehr ermächtigt und verpflichtet die Bestimmung des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Krankenkassen, die Beitragsbemessung durch Satzung zu regeln. Die Regelung der Beitragsbemessungsgrundlagen bei freiwilligen Mitgliedern ist deshalb problematisch, weil dieser Personenkreis aus vielen, wenig homogenen Gruppen (z. B. Selbständige, Hausfrauen, Kinder und Sozialhilfeempfänger) zusammengesetzt ist, die zudem ihren Lebensunterhalt aus sehr verschiedenen Einnahmequellen beziehen. Nach wiederholten Rechtsänderungen⁶⁰ hat sich der Gesetzgeber dazu entschlossen, die Regelung der beitragspflichtigen Einnahmen bei allen Kassenarten der Satzung zu überlassen, und sich auf die Festlegung allgemeiner Grundsätze zu beschränken, um „sachgerechte Sonderregelungen insbesondere für Selbständige und einkommenslose freiwillig versicherte Ehegatten“⁶¹ zu ermöglichen.

3.3.1.2. Anrechenbarkeit des Ehegatten- und Partnereinkommens bei der Beitragsbemessung (§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

Der den Krankenkassen durch das Gesetz eingeräumte Gestaltungsspielraum wird insbesondere dadurch begrenzt, dass bei der Beitragsbemessung freiwillig Versicherter gemäß § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V grundsätzlich „die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit“ des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen ist. Der Beitragsbemessung sind daher alle nicht anderweitig zweckgebundenen persönlichen Einnahmen, die das Mitglied zum Lebensunterhalt verwendet – nicht aber das Vermögen –, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung zugrunde zu legen⁶². Trotz abweichender Formulierung entspricht dies weitgehend dem vom alten Recht verwendeten Begriff der „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ (§ 181 Abs. 4 Reichsversicherungsordnung), so dass die zum alten Recht ergangene Rechtsprechung grundsätzlich herangezogen werden kann. Zu den die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bestimmenden Einnahmen zählen in

58 Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung sind nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. §§ 14 und 7 SGB IV alle Einnahmen aus einer abhängigen Beschäftigung.

59 Arbeitseinkommen ist nach § 15 SGB IV das Einkommen aus selbständiger Tätigkeit. Nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V unterliegt Arbeitseinkommen bei versicherungspflichtig Beschäftigten nur dann der Beitragsbemessung, wenn es neben einer Rente oder Versorgungsbezügen erzielt wird, nicht aber neben Arbeitsentgelt.

60 Vgl. hierzu etwa Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 240 SGB V RdNr. 8 bis 10.

61 Gesetzesbegründung zum Gesundheits-Reformgesetz (GRG), BT-Drs. 11/2237, S. 225 zu § 249.

62 Vgl. Engelhard, in: Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band I, Krankenversicherungsrecht, § 54 RdNr. 183.

erster Linie die in § 226 Abs. 1 SGB V aufgeführten Einkunftsarten, also das Arbeitsentgelt im Sinne des § 14 SGB IV, das Arbeitseinkommen im Sinne des § 15 SGB IV, Renten der gesetzlichen Rentenversicherung mit ihrem Zahlbetrag sowie Versorgungsbezüge. Auch Leistungen, die ein Mitglied als Unterhalt von dem geschiedenen Ehegatten erhält, sind nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen.

Das Bundessozialgericht lässt darüber hinaus in ständiger Rechtsprechung⁶³ zu, dass die Kassensatzung bei freiwillig Versicherten ohne eigene Einnahmen oder mit nur geringfügigen eigenen Einkünften, deren Ehegatte nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist, grundsätzlich fiktive Einnahmen in Höhe der Hälfte der Bruttoeinkünfte des anderen Ehegatten bei der Beitragsbemessung zugrunde legt. Anderweitige Belastungen des Familieneinkommens, z. B. durch Unterhaltsberechtigte, sind angemessen zu berücksichtigen⁶⁴. Die Heranziehung von Ehegatten-Einkommen bedarf nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als Ausnahme von dem Grundsatz, dass nur eigene Einnahmen beitragspflichtig sind, allerdings einer klaren satzungsrechtlichen Grundlage⁶⁵. Unter Berücksichtigung dieses Grundsatzes, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nur durch eigenes Einkommen bestimmt wird, ist die vorgenannte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als stark zweckorientiert anzusehen und systematisch nicht unbedenklich⁶⁶.

Bei den Partnern einer rechtlich nicht geregelten nichtehelichen Lebensgemeinschaft kommt eine derartige Beitragsbemessung durch Anrechnung des Partner-Einkommens zu Lasten des nicht oder gering verdienenden Partners dagegen nicht in Betracht. Ausschlaggebend für diese Besserstellung der nichtehelichen Lebensgemeinschaft gegenüber der Ehe, die zu einer stärkeren Beitragsbelastung von verheirateten freiwilligen Mitgliedern der GKV führen kann, ist vor allem die unterschiedliche Unterhaltssituation: Im Gegensatz zu Ehegatten partizipiert der nichteheliche Partner nicht aufgrund eines gesetzlichen Unterhaltsanspruchs am Einkommen des anderen Partners. Nur Unterhaltsleistungen, die – wie bei Ehegatten – auf einer gesetzlichen Pflicht beruhen, lassen einen hinreichend sicheren Schluss auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Unterhaltsempfängers zu, an der sich die Beitragspflicht freiwillig Versicherter gemäß § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu orientieren hat⁶⁷. Beim nicht erwerbstätigen nichtehelichen

63 BSGE 58, 183 ff, 89, 213 ff; BSG NZS 1993 S. 500.

64 BSGE 58, 183 ff.

65 Vgl. BSG SozR 3-2500 § 240 RdNr. 38.

66 Vgl. Engelhard, in: Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1: Krankenversicherungsrecht, § 54 RdNr. 194.

67 So BSG SozR 3-2200 § 181 Nr. 1 = NJW 1991, S. 446.

chen Partner kann deshalb regelmäßig, soweit keine anderen beitragspflichtigen Einnahmen vorhanden sind, nur ein Mindestbeitrag erhoben werden⁶⁸.

Für die Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, die gemäß § 5 Satz 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes einander zum angemessenen Unterhalt verpflichtet sind, kann die Satzung der Krankenkasse dagegen – ebenso wie bei Ehegatten – festlegen, dass bei fehlendem oder nur geringfügigem Einkommen des freiwillig Versicherten, dessen Partner nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, fiktive Einnahmen in Höhe der Hälfte der Bruttoeinkünfte des anderen Partners der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden. Ebenso wie bei Ehegatten bedarf jedoch auch die Heranziehung von Einkommen eines Lebenspartners als Ausnahme von dem Grundsatz, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nur durch eigenes Einkommen bestimmt wird, einer klaren satzungsrechtlichen Grundlage. Eine satzungsrechtliche Bestimmung, die eine Zurechnung nur des Ehegatten-Einkommens vorsieht, kann deshalb nicht analog auf Lebenspartner angewendet werden. Eine derartige analoge Anwendung widerspräche im Übrigen auch der Regelungstechnik des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“, das keine Generalklausel kennt, wonach der Lebenspartner dem Ehegatten gleichsteht, wenn das sachgerecht ist, sondern akribisch in jeder einzelnen Vorschrift die Gleichstellung normiert – oder davon gerade absieht⁶⁹.

3.3.1.3. Beitragsbegünstigte Anwartschaftsversicherung bei Ruhen von Leistungen

Nach § 240 Abs. 4a SGB V kann die Satzung der Krankenkasse die beitragspflichtigen Einnahmen für freiwillige Mitglieder abweichend von § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V (Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit) und § 240 Abs. 4 SGB V (Mindesteinnahmen) regeln, solange für sie und ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen der Anspruch auf Leistungen während eines Auslandsaufenthalts, der durch die Berufstätigkeit des Mitglieds, seines Ehegatten oder eines seiner Elternteile bedingt ist oder nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V⁷⁰ ruht. Dabei dürfen jedoch 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht unterschritten werden (§ 240 Abs. 4a Halbsatz 2 SGB V). Aufgrund entsprechender Ergänzung des § 240 Abs. 4a SGB V durch Art. 3 § 52 Nr. 8 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften gilt

68 Gemäß § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist als beitragspflichtige Einnahme pro Kalenderjahr mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV anzusetzen, die jährlich neu festgesetzt wird.

69 Vgl. Wenner, Soziale und rechtliche Lage der Lebenspartnerschaft, in: Soziale Sicherheit, 2002, S. 268 (272).

70 Nach dieser Bestimmung ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten.

diese Regelung einer beitragsbegünstigten Anwartschaftsversicherung bei freiwillig krankenversicherten Personen nunmehr auch dann, wenn der Auslandsaufenthalt durch die Berufstätigkeit des Lebenspartners des Versicherten veranlasst wird. Eine entsprechende Regelung für den Partner einer nichtehelichen bzw. nicht eingetragenen Lebensgemeinschaft sieht das Gesetz nicht vor.

3.3.2. Anspruch eines privat krankenversicherten Beschäftigten auf Zahlung eines Zuschusses zu dem Versicherungsbeitrag (§ 257 Abs. 2, 2a Nr. 2 SGB V)

Nach § 257 SGB V hat ein privat krankenversicherter Arbeitnehmer gegen seinen Arbeitgeber einen Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses zu dem Versicherungsbeitrag, sofern der private Krankenversicherungsschutz bestimmte Mindestanforderungen erfüllt. So muss das private Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 257 Abs. 2a SGB V einen Standardtarif anbieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen des SGB V entsprechen und dessen Beitrag den durchschnittlichen Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt. Für die Ausgestaltung dieses Standardtarifs im Einzelnen sind aufgrund entsprechender Ergänzung des § 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V durch Art. 3 § 52 Nr. 9 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften die Lebenspartner den Ehegatten gleichgestellt worden. Eine entsprechende Regelung für die Partner einer sonstigen nichtehelichen bzw. nicht eingetragenen Lebensgemeinschaft sieht das Gesetz nicht vor.

3.4. Sonstiges

3.4.1. Bevorzugte Berücksichtigung des Ehegatten bei der Entscheidung über die Fortführung einer Vertragsarztpraxis (§ 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V)

Keine Gleichstellung von Ehegatten und Lebenspartnern ist bisher erreicht worden bei der Nachfolge eines Vertragsarztes gemäß § 103 Abs. 4 SGB V. Nach Satz 4 dieser Bestimmung ist bei der Entscheidung über die Fortführung einer Vertragsarztpraxis in einem Bezirk, für den Zulassungsbeschränkungen bestehen, der Ehegatte des bisherigen Vertragsarztes bevorzugt zu berücksichtigen. In dem „Entwurf eines Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)“ vom 4. Juli 2000⁷¹ war vorgesehen, die Regelung des § 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V aufgrund der familienrechtlichen Zusammengehörigkeit auf den Lebenspartner des bisherigen Vertragsarztes auszudehnen. Die in Art. 3 § 103 Nr. 8 des Entwurfs vorgesehene Ergänzung des § 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V⁷² ist jedoch nicht Gesetz geworden. Sachliche Gründe hierfür sind nicht erkennbar. In dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Lebenspartnerschaftsgesetzes und

71 BT-Drs. 14/3751.

72 Vgl. BT-Drs. 14/3751 S. 69.

anderer Gesetze (Lebenspartnerschaftsgesetzergänzungsgesetz – LPartGErgG) vom 15. November 2006⁷³ wird nunmehr erneut der Versuch unternommen, Lebenspartner den Ehegatten in § 103 Abs. 4 Satz 4 SGB V gleichzustellen⁷⁴.

3.4.2. Recht Versicherungspflichtiger und Versicherungsberechtigter, die Krankenkasse des Ehegatten zu wählen (§ 173 Abs. 2 Nr. 6 SGB V)

Nach § 173 Abs. 2 SGB V kann jemand, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig ist (§ 5 SGB V) oder die Berechtigung hat, Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung zu sein (§ 9 SGB V), zwischen verschiedenen Trägern dieser Krankenversicherung wählen. § 173 Abs. 2 Nr. 6 SGB V sieht vor, dass diese Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherungsschutz auch bei der Krankenversicherung nehmen können, bei der bereits der Ehegatte versichert ist, damit innerhalb einer Familie die Krankenversicherung von der gleichen Krankenkasse durchgeführt werden kann. Diese Regelung verfolgt damit das Prinzip einer familieneinheitlichen Versicherung bei derselben Kasse⁷⁵. Lebenspartnern im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes steht diese Wahlmöglichkeit nach § 173 Abs. 2 Nr. 6 SGB V bisher nicht offen. Die in Art. 3 § 103 Nr. 9 des Entwurfs eines Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften⁷⁶ vorgesehene Ergänzung des § 173 Abs. 2 Nr. 6 SGB V mit der das Wahlrecht auf die Krankenkasse des Lebenspartners erweitert werden sollte, ist nicht Gesetz geworden. Mit Art. 3 Abs. 61 Nr. 2 des Entwurfs eines Gesetzes zur Ergänzung des Lebenspartnerschaftsgesetzes und anderer Gesetze vom 15. November 2006⁷⁷ ist dieser Reformvorschlag nunmehr erneut unter Hinweis darauf aufgegriffen worden, dass zwischen den Lebenspartnern eine enge familienrechtliche Verbundenheit bestehe⁷⁸.

73 Gesetzentwurf der Abgeordneten Volker Beck (Köln), u. a. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 16/3423.

74 Vgl. Art. 3 Abs. 61 Nr. 1 des Entwurfs, BT-Drs. 16/3423 (elektronische Vorab-Fassung), S. 50, 106 (Entwurfsbegründung).

75 Vgl. etwa Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 173 SGB V RdNr. 11 und 22.

76 BT-Drs. 14/3751 vom 4. Juli 2000.

77 BT-Drs. 16/3423.

78 Vgl. BT-Drs. 16/3423 (elektronische Vorab-Fassung) S. 50, 107 (Entwurfsbegründung).

4. Gesetzliche Pflegeversicherung

4.1. Versicherungsschutz

4.1.1. Allgemeines

Die im SGB XI⁷⁹ geregelte gesetzliche Pflegeversicherung umfasst annähernd die gesamte Bevölkerung, und zwar nach dem Grundsatz „die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ (§§ 20 ff SGB XI). Danach gibt es nebeneinander die soziale und die private Pflegeversicherung, beide als selbstständige Teile der gesetzlichen Pflegeversicherung, beide als Pflichtversicherungen. Da die Versicherungspflicht grundsätzlich dem Krankenversicherungsschutz folgt, den der Einzelne betreibt, sind Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert⁸⁰. Diese wird von der Pflegekasse betrieben, die bei der jeweiligen Krankenkasse errichtet ist⁸¹. Wer dagegen bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen das Krankheitsrisiko versichert ist, ist zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages verpflichtet⁸².

4.1.2. Familienversicherung (§ 25 SGB XI)

Nach § 25 SGB XI erstreckt sich der Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung unter den gleichen Voraussetzungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung⁸³ auf den Ehegatten und die Kinder des Mitglieds sowie die Kinder von familienversicherten Kindern. Aufgrund der Ergänzung des § 25 Abs. 1 SGB XI durch Art. 3 § 56 Nr. 6 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ sind Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes den Ehegatten gleichgestellt und damit unter denselben Voraussetzungen wie diese in den Versicherungsschutz nach § 25 SGB XI einbezogen worden. Nach § 1 Abs. 6 Satz 3 und § 56 Abs. 1 SGB XI⁸⁴ sind Ehegatten und Kinder sowie eingetragene Lebenspartner für die Dauer der Familienversicherung nach § 25 SGB XI beitragsfrei.

79 Sozialgesetzbuch (SGB – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Art. 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 264 der Neunten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407).

80 Zur Versicherungspflicht vergleiche im Einzelnen die §§ 20 bis 22 SGB XI.

81 Vgl. §§ 46 bis 49 SGB XI.

82 Vgl. §§ 23 und 110 SGB XI.

83 Zur Familienversicherung gemäß § 10 SGB V vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.1.2.

84 Einer gesonderten Regelung der Beitragsfreiheit der Familienversicherung in § 56 Abs. 1 SGB XI hätte es nicht bedurft, so dass dieser Regelung nur noch klarstellende Bedeutung zukommt: Zum einen besagt schon § 1 Abs. 6 Satz 3 SGB XI, dass Beiträge für versicherte Familienangehörige und eingetragene Lebenspartner nicht erhoben werden. Zum zweiten werden Beiträge nach § 54 Abs. 2 Satz 1 SGB XI nur von den beitragspflichtigen Einnahmen „der Mitglieder“ erhoben. Familienangehörige und Lebenspartner sind jedoch nach § 25 SGB XI nur „Versicherte“, nicht aber „Mitglieder“.

Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft genießen demgegenüber bis heute – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung⁸⁵ – keinen beitragsfreien Versicherungsschutz in der sozialen Pflegeversicherung. In einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft sind nur die Kinder des gesetzlich krankenversicherten Partners beitragsfrei in der Pflegeversicherung versichert.

Anders als in der sozialen Pflegeversicherung besteht in der privaten Pflegeversicherung die Besonderheit, dass zwar die Kinder beitragsfrei mitversichert sind, nicht aber der Ehegatte und Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes⁸⁶.

4.1.3. Weitere Regelungen zum Versicherungsschutz

4.1.3.1. Versicherungspflicht bei Beschäftigung oder Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung (§ 20 Abs. 4 SGB XI)

Nehmen Personen, die mindestens 10 Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht nach § 20 Abs. 4 Satz 1 SGB XI die widerlegbare Vermutung, dass eine diese Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach § 20 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 SGB XI tatsächlich nicht ausgeübt wird. § 20 Abs. 4 SGB XI soll der Verhinderung eines missbräuchlichen Zugangs zur sozialen Pflegeversicherung dienen und damit den Schutz der Solidargemeinschaft bezwecken⁸⁷.

Die Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung oder Tätigkeit tatsächlich nicht ausgeübt wird, gilt gemäß § 20 Abs. 4 Satz 2 SGB XI insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen, also bei Ehegatten, Verwandten oder Verschwägerten. Durch Art. 3 § 56 Nr. 3 des „Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ ist dieser Personenkreis mit Wirkung zum 1. August 2001 um eingetragene Lebenspartner (§ 1 Abs. 6 Satz 3 SGB XI) ergänzt worden. Nicht gemeint sind hiernach Partner in sonstigen nichtehelichen Lebensgemeinschaften verschiedenen oder gleichen Geschlechts. Gleichwohl dürfte jedoch auch ein Beschäftigungsverhältnis bei einem derartigen Partner einen Missbrauchsfall indizieren. Deshalb besteht auch in diesen

⁸⁵ Zur Nichteinbeziehung der Partner nichtehelicher Lebensgemeinschaften in die Familienversicherung der GKV vgl. oben zu Gliederungspunkt 3.1.2.3.

⁸⁶ Zur Prämienbegünstigung für Geringverdienende in der privaten Pflegeversicherung nach § 110 Abs. 1 Nr. 2 g SGB XI vgl. unten zu Gliederungspunkt 4.3.3.

⁸⁷ Vgl. Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 20 SGB XI RdNr. 57; Wagner, in: Hauck/Noftz, § 20 SGB XI RdNr. 27.

Fällen nach § 20 Abs. 4 SGB XI die widerlegbare Vermutung, dass eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit tatsächlich nicht ausgeübt wird, sondern lediglich ein Scheintatbestand vorliegt, mit dem ein manipulierter Zutritt zur sozialen Pflegeversicherung ermöglicht werden soll⁸⁸.

4.1.3.2. Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 22 SGB XI)

Die Bestimmung des § 22 SGB XI räumt Personen, die als freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind, ein Recht auf Befreiung durch Abschluss einer privaten Pflegeversicherung ein. Wer in der GKV nur freiwillig versichert ist, gehört zu einem Personenkreis, der in der GKV nicht versicherungspflichtig ist und deshalb nicht krankenversichert zu sein braucht. Ist er dennoch freiwillig in der GKV versichert und dann pflegeversichert, soll er in der Pflegeversicherung wenigstens berechtigt sein, von der sozialen Pflegeversicherung in die private Pflegeversicherung zu wechseln. Wird die Befreiung durchgeführt, so wird der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ durchbrochen, weil Krankenversicherung (in der GKV) und Pflegeversicherung (in der Privatversicherung) auseinanderfallen.

Die materiellen Voraussetzungen für die Befreiung sind in § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB XI geregelt. Nach dieser Bestimmung können sich freiwillige Mitglieder der GKV, die nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, von dieser Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 SGB XI versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels (§§ 28 ff SGB XI) gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind gemäß § 22 Abs. 1 Satz 2 SGB V verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Die Regelung in § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ist dahin zu verstehen, dass der Versicherte auch hinsichtlich der Pflegeversicherung der Angehörigen oder Lebenspartner Vertragspartner des privaten Versicherungsunternehmens sein muss: Adressat des § 22 SGB XI ist nur der Versicherte selbst; nur er muss die Befreiungsversicherung unter Bußgeldandrohung (vgl. § 121 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 SGB XI) aufrechterhalten. Ließe man es für die Befreiung ausreichen, dass die familienversicherten Angehörigen oder Lebenspartner eigene Verträge mit privaten Versicherungsunternehmen schließen, so wäre die Regelung zum Aufrechterhalten der Befreiungsversicherung in § 11 Abs. 1 Satz 2 SGB XI sanktionslos, wenn man die Bußgeldvorschrift nicht auch auf die Angehörigen oder Lebenspartner anwenden würde, was jedoch bedenklich ist. Dass der Befreiungswillige eine

88 Vgl. Wagner, a. a. O.

Befreiungsversicherung einheitlich auch für Ehegatten oder Lebenspartner und Kinder abschließen kann, wird durch § 110 SGB XI sichergestellt oder begünstigt. Die Befreiung kann nur einheitlich für das Mitglied und die mitversicherten Familienangehörigen oder Lebenspartner erfolgen⁸⁹. Dann müssen auch die sachlichen Befreiungsvoraussetzungen für den Versicherten und für alle mitversicherten Personen erfüllt sein. Ist das auch nur für einen nicht der Fall, muss die Befreiung insgesamt, d. h. für den Versicherten und für alle mitversicherten Personen abgelehnt werden⁹⁰.

4.1.3.3. Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen (§ 23 SGB XI)

Während – wie zuvor dargelegt – freiwillig in der GKV versicherte Personen nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (mit Befreiungsrecht nach § 22 SGB XI), haben sich privat Krankenversicherte nach § 23 Abs. 1 SGB XI in der Privatversicherung gegen Pflegebedürftigkeit zu versichern. Das gilt jedoch nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI nur für diejenigen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind. Verträge mit der PKV, die solche Leistungen nicht umfassen, begründen die Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI nicht. Wer nicht in dem genannten Umfang oder überhaupt nicht privat krankenversichert ist, wird also, sofern er auch in der GKV nicht versichert ist, von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nicht erfasst.

Nach § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist der Versicherungsschutz dieser privaten Pflegeversicherung nicht nur auf Ehegatten und sonstige Familienangehörige, sondern auch auf (eingetragene) Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes zu erstrecken, sofern diese in die Familienversicherung nach § 25 SGB XI einbezogen wären. Die Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung nach § 23 Abs. 1 SGB XI besteht nach § 23 Abs. 5 SGB XI regelmäßig nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Pflegeleistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 44 SGB VII oder nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen. Der Grund für diese Regelung liegt darin, dass in diesen Fällen Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung ruhen (§ 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). Diese Ausnahme des § 23 Abs. 5 SGB XI, also Versicherungsfreiheit, gilt jedoch nach dem letzten Satzteil des Absatzes 5 („sofern ...“) nur, wenn die versicherungsfreien Personen keine Familienangehörigen oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach

89 Vgl. BT-Drs. 12/5952 S. 37 zu Art. 1 § 20.

90 Vgl. Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 22 SGB XI RdNr. 11.

§ 25 SGB XI eine Familienversicherung bestünde. Haben sie solche, greift die Ausnahme nicht ein. Unter diesen Voraussetzungen kehrt das Gesetz deshalb zur Regel, d. h. zur Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung zurück.

Um sicherzustellen, dass die nach § 23 Abs. 1 SGB XI versicherungspflichtigen Personen in der Privatversicherung einen Pflegeversicherungsschutz erhalten, der dem in der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig ist, werden in § 23 Abs. 6 SGB XI (und in § 110 SGB XI) Regelungen getroffen, welche die Pflegeversicherung in der Privatversicherung der sozialen Pflegeversicherung annähern. Die Bestimmung des § 23 Abs. 6 Nr. 2 SGB XI sieht in diesem Zusammenhang vor, dass private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit des Mitglieds und seiner nach § 25 SGB XI familienversicherten Angehörigen oder Lebenspartner auf die Wartezeit anzurechnen.

4.1.3.4. Weiterversicherung bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts des Mitglieds ins Ausland (§ 26 Abs. 2 SGB XI)

Nach § 26 Abs. 2 Satz 1 SGB XI können sich Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, auf Antrag weiterversichern. Die Weiterversicherung ist eine freiwillige Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung, die Leistungsansprüche bei Pflegebedürftigkeit auslöst. Diese Weiterversicherung erstreckt sich gemäß § 26 Abs. 2 Satz 3 SGB XI auch auf die nach § 25 SGB XI versicherten Familienangehörigen oder (eingetragenen) Lebenspartner, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen. Für Familienangehörige oder Lebenspartner, die im Inland verbleiben, endet die Familienversicherung nach § 25 SGB XI mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt (§ 26 Abs. 2 Satz 4 SGB XI).

4.1.3.5. Kündigung eines privaten Versicherungsvertrages (§ 27 SGB XI)

Nach § 27 Satz 1 SGB XI können Personen, die nach den §§ 20 oder 21 SGB XI versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. § 27 Satz 2 SGB XI bestimmt, dass dieses Kündigungsrecht auch für Familienangehörige oder (eingetragene) Lebenspartner gilt, wenn für sie eine Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI eintritt.



4.2. Leistungsrecht

Das Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung⁹¹, das gemäß § 23 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. Abs. 6 Nr. 1 SGB XI auch für die private Pflegeversicherung maßgebend ist⁹², weist für Ehegatten, eingetragene Lebenspartner oder Partner sonstiger nichtehelicher Lebensgemeinschaften keine Besonderheiten auf. Der (eingetragene) Lebenspartner oder Partner einer sonstigen nichtehelichen Lebensgemeinschaft kann insbesondere genauso wie der Ehegatte für seinen Partner als Pflegeperson im Sinne von § 19 SGB XI tätig werden und hierdurch einen Anspruch auf Pflegegeld (§ 37 SGB XI) auslösen sowie die sozialen Sicherungsleistungen nach § 44 SGB XI in Anspruch nehmen.

4.3. Beitragsrecht

4.3.1. Anspruch eines privat pflegeversicherten Beschäftigten auf Zahlung eines Beitragszuschusses durch den Arbeitgeber (§ 61 Abs. 2 SGB XI)

Arbeitnehmer, die Mitglied in einer privaten Pflegepflichtversicherung sind, erhalten gemäß § 61 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI einen Beitragszuschuss ihres Arbeitgebers in der Höhe, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für die private Pflegeversicherung zu zahlen hat. Der Anspruch auf diesen Zuschuss ist jedoch an einer Reihe von Voraussetzungen geknüpft. Er besteht gemäß § 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XI unter anderem nur dann, wenn der Versicherungsschutz in der privaten Pflegeversicherung auch die Familienangehörigen und (eingetragenen) Lebenspartner des Arbeitnehmers einschließt, die bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI familienversichert wären. Ferner muss die Versicherung nach Art und Umfang Leistungen vorsehen, die denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind (§ 61 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Anspruch auf den Zuschuss besteht ferner nur, wenn das Versicherungsunternehmen, bei dem die Pflegeversicherung durchgeführt wird, die Anforderungen des § 61 Abs. 6 SGB XI erfüllt⁹³ und dieses nach § 61 Abs. 7 SGB XI nachweist.

4.3.2. Prämienbegünstigung für Geringverdienende in der privaten Pflegeversicherung (§ 110 Abs. 1 Nr. 2 g SGB XI)

Anders als für die soziale Pflegeversicherung in § 56 Abs. 1 SGB XI vorgesehen, kommt – wie bereits dargelegt – eine beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und

91 Zu den Leistungsarten vgl. § 28 SGB XI.

92 Vgl. Udsching, SGB XI: Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, § 23 SGB XI RdNr. 13 und 15.

93 Nach dieser Bestimmung wird der Zuschuss nach § 61 Abs. 2 SGB XI nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt, sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Zuschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden, und die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten, betreibt (§ 61 Abs. 6 Nr. 1 bis 3 SGB XI).

Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz in der privaten Pflegeversicherung nicht in Betracht. § 110 Abs. 1 Nr. 2 g SGB XI bestimmt jedoch, dass Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner zusammen keine höhere Versicherungsprämie als 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung bezahlen müssen, wenn und solange einer der Ehegatten oder Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet. Diese Prämienbegünstigung wird nur auf Nachweis der hierzu berechtigenden Umstände gewährt und damit stets nur für die Zukunft ab Erbringung des Nachweises. Die Prämienbegünstigung knüpft nach dem eindeutigen Wortlaut des Gesetzes nur an die Einkommensgrenzen des § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI an, nicht an die weiteren Voraussetzungen einer Familienversicherung des § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Die Begünstigung gilt daher unabhängig davon, ob die Ehegatten oder Lebenspartner beide selbst in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind oder ein nicht versicherungspflichtiger Ehegatte oder Lebenspartner bei dem anderen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI mitversichert ist. Unschädlich ist auch eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne des § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, solange die Einkommensgrenze der Nr. 5 des § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB XI nicht überschritten wird⁹⁴.

4.4. Unterrichts- und Beratungspflicht der Pflegekassen über Fragen der Pflegebedürftigkeit

Nach § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI haben die Pflegekassen die Versicherten und ihre Angehörigen und (eingetragenen) Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Der Terminus „Angehörige“ ist in diesem Zusammenhang unglücklich vom Gesetzgeber gewählt, weil er in zahlreichen sonstigen Vorschriften des Sozialrechts dezidiert definiert wird und in den meisten Zusammenhängen ausdrücklich Ehe, Verwandtschaft oder Verschwägerung voraussetzt. Diese Definition greift im Rahmen des § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI aber zu kurz, erfasst werden z. B. auch Partner nichtehelicher Lebensgemeinschaften⁹⁵ und darüber hinaus letztlich alle Personen, die die häusliche Pflege nicht aus wirtschaftlichen Gründen, sondern wegen persönlicher Bindungen zum Pflegebedürftigen verrichten, da sie den gleichen Beratungsbedarf wie Angehörige im Sinne des sonstigen Sozialrechtes haben und ein Grund, nicht verwandte Personen vom Beratungsrecht auszuschließen, nicht ersichtlich ist. Richtigerweise hätte der Gesetzgeber vorliegend daher nicht von Angehörigen, sondern von „den sie pflegenden ehrenamtlichen

94 Vgl. Wagner, in: Hauck/Noftz, § 110 SGB XI RdNr. 25.

95 Vgl. Wagner, in: Hauck/Noftz, § 7 SGB XI RdNr. 14; Trenk-Hinterberger, in: Wannagat, Sozialgesetzbuch, Kommentar zum Recht des Sozialgesetzbuchs, § 7 SGB XI RdNr. 11 und § 3 SGB XI RdNr. 8.

Kräften“ sprechen sollen⁹⁶. Da bereits der Terminus „Angehörige“ alle ehrenamtlichen Pflegekräfte erfasst, hat die gesonderte Erwähnung der eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz nur klarstellende Funktion.

5. Abkürzungs- und Literaturverzeichnis

5.1. Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BVerwGE	Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts
DOK	Die Ortskrankenkasse (Zeitschrift)
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
i. V. m.	in Verbindung mit
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
NVwZ-RR	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht, Rechtsprechungs-Report Verwaltungsrecht

96 Vgl. Wagner, a. a. O.



NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
OVG	Oberverwaltungsgericht
RdNr.	Randnummer
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SozR	Sozialrecht, Entscheidungssammlung, herausgegeben von den Richtern des Bundessozialgerichts
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

5.2. Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Übersicht über das Sozialrecht, 3. Auflage, Nürnberg 2006

Grziwotz, Herbert, Nichteheleiche Lebensgemeinschaft, 4. Auflage, München 2006

Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band I: Krankenversicherungsrecht, herausgegeben von Bertram Schulin, 1. Auflage München 1994

Hauck/Noftz, Sozialgesetzbuch, Gesamtkommentar, begründet von Karl Hauck, fortgeführt von Wolfgang Noftz, Loseblattwerk; SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung, Stand: 7. Ergänzungslieferung, Oktober 2006; SGB XI: Soziale Pflegeversicherung, Stand: 23. Ergänzungslieferung, Mai 2005

Hohnerlein, Eva Maria, Sozialversicherungsrechtliche und versicherungsvertragliche Probleme der nichteheleichen Lebensgemeinschaft, in: Familie/Partnerschaft/Recht, Interdisziplinäres Fachjournal für die Anwaltspraxis, 2001, S. 49 – 55

Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Loseblattwerk, Stand: 51. Ergänzungslieferung, 1. September 2006, München

Nothacker, Gerhard, Beratungspraxis Sozialleistungen – Ein Handbuch für die Rechtsberatung von Kindern und Jugendlichen, Lebenspartnerschaften Erwachsener, allein Erziehenden und Schwangeren, 1. Auflage, Baden-Baden 2002

Udsching, Peter, SGB XI, Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, 2. Auflage, München 2000

W

Udsching, Peter, Kapitel 9: Sozialrecht, in: Das Recht der nichtehelichen Lebensgemeinschaft, Handbuch, herausgegeben von Rainer Hausmann und Gerhard Hohloch, 2. Auflage, Berlin 2004, S. 639 – 663

Wannagat, SGB, Sozialgesetzbuch, Kommentar zum Recht des Sozialgesetzbuchs, herausgegeben von Georg Wannagat und Eberhard Eichenhofer, Loseblattwerk; Soziale Pflegeversicherung (SGB XI), Stand: 9. Ergänzungslieferung, Dezember 2003

Wenner, Ulrich, Soziale und rechtliche Lage der Lebenspartnerschaft, in: Soziale Sicherheit, Zeitschrift für Arbeit und Soziales, 2002, S. 268 - 274

