

AOK-BUNDESVERBAND, BONN

BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN

IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH

SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL

KNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E. V., SIEGBURG

AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E. V., SIEGBURG

20.03.2007

**Krankenversicherung und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten
nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 01.04.2007**

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung werden vom 01.04.2007 an alle im Inland wohnenden Personen, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und

- zuletzt gesetzlich krankenversichert waren

oder

- in Deutschland bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind,

im Wege der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen. Für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung enthält § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 eine darauf bezugnehmende Regelung.

Für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt privat krankenversichert waren oder solche, die in Deutschland weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, werden die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet, ab 01.07.2007 einen Versicherungsvertrag anzubieten; ab 01.01.2009 besteht für solche Personen sogar eine Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages.

Die für die neue Gruppe der Versicherungspflichtigen geltenden Regelungen im Versicherungs-, Mitgliedschafts-, Melde- und Beitragsrecht haben mit Blick auf ihre Umsetzung zahlreiche Fragen aufgeworfen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsauslegung und Verfahrensweise hierüber beraten und die erzielten Ergebnisse in diesem Rundschreiben zusammengefasst.

Zu den Auswirkungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts auf die von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfassten Sachverhalte wird die DVKA in einem gesonderten Rundschreiben Stellung nehmen. Dies wird insbesondere Personen betreffen, die aus anderen Staaten der EU, des EWR bzw. der Schweiz ihren Wohnort nach Deutschland verlegen oder auf die bei Wohnort in einem dieser Staaten die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden sind.

Inhaltsverzeichnis

I.	Versicherungspflicht	6
1.	Allgemeines	13
2.	Voraussetzungen der Versicherungspflicht	14
2.1	Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V	14
2.2	Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V	15
2.3	Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall	17
2.3.1	Allgemeines	17
2.3.2	Abgrenzung zum nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V	18
2.3.3	Abgrenzung zum Bezug von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe	19
2.3.4	Abgrenzung zur Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen	20
2.4	Sonderregelung für Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen (§ 5 Abs. 11 SGB V)	20
2.4.1	EU-Staatsangehörige, EWR-Staatsangehörige und Schweizer	20
2.4.2	Personen, die nicht EU-Staatsangehörige, EWR-Staatsangehörige oder Schweizer sind	21
2.4.3	Asylbewerber	22
3.	Feststellung der Versicherungspflicht	22
4.	Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht und Versicherungsausschluss bei hauptberuflich selbständiger Erwerbstätigkeit	23
5.	Wirkung von Befreiungstatbeständen	24
6.	Abweichende Regelungen in der LKV	24
II.	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	25
1.	Grundsatz	26
2.	Krankenkassenzuständigkeit, Krankenkassenwahl und Bindungswirkung	26
2.1	Allgemeines	26
2.2	Personen ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V)	26
2.3	Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die bislang weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V)	27
2.4	Gesetzliche Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkassen	28
3.	Pflegekassenzuständigkeit	28
III.	Mitgliedschaft	29
1.	Allgemeines	32
2.	Beginn der Mitgliedschaft	32
2.1	Personen, die am 01.04.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben	32

2.2	Personen, deren anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach dem 01.04.2007 endet	33
2.3	Personen, die aus dem Ausland zurückkehren	34
2.4	Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie Staatsangehörige der Schweiz	34
2.5	Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie Staatsangehörige der Schweiz sind	34
3.	Ende der Mitgliedschaft	34
3.1	Anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall	35
3.2	Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland	36
4.	Mitgliedschaft bei Wehr- oder Zivildienst	36
IV.	Meldungen	37
1.	Allgemeines	38
2.	Auskunfts- und Mitteilungspflichten	38
3.	Auskunfts- und Mitteilungspflichten bei Änderung der Verhältnisse	38
4.	Zuständige Kranken- und Pflegekasse	39
5.	Missachtung der Auskunfts- und Mitteilungspflichten	39
6.	Meldepflichten bei Beschäftigung	39
6.1	Meldepflichten bei nicht geringfügiger Beschäftigung	40
6.2	Meldepflichten bei geringfügig entlohnter Beschäftigung	40
7.	Meldepflichten bei Renten und Versorgungsbezügen	41
7.1	Allgemeines	41
7.2	Meldepflichten bei Rentenantragstellung	41
7.3	Meldepflichten bei Rentenbezug	42
7.4	Meldepflichten der Krankenkasse bei Rentenbezug	42
7.5	Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers	42
7.6	Meldepflichten bei Versorgungsbezügen	42
7.7	Meldepflichten der Krankenkasse bei Versorgungsbezug	44
8.	Meldepflichten bei Arbeitseinkommen	44
V.	Beiträge	45
1.	Allgemeines	49
2.	Beitragssatz	49
2.1	Krankenversicherung	49
2.1.1	Allgemeines	49
2.1.2	Beitragssatz bei Arbeitsentgelt	50
2.1.3	Beitragssatz bei Renten und Versorgungsbezügen	50
2.1.4	Beitragssatz bei Arbeitseinkommen aus nicht hauptberuflicher selbständiger Tätigkeit	51
2.1.5	Beitragssatz bei Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Tätigkeit	51
2.2	Pflegeversicherung	51

3.	Beitragstragung	52
3.1	Allgemeines	52
3.2	Beitragstragung aus dem Arbeitsentgelt	52
3.3	Beitragstragung aus dem Arbeitsentgelt geringfügig entlohnter Beschäftigter	52
3.4	Beitragstragung aus der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	52
3.4.1	Rente	52
3.4.2	Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen	53
4.	Beitragszahlung	53
4.1	Allgemeines	53
4.2	Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt	53
4.3	Beitragszahlung aus Rente	54
4.4	Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen	54
4.5	Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger	55
4.5.1	Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger bei verspäteter Anzeige der Versicherungspflicht	56
5.	Säumniszuschläge	57
6.	Verspätete Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht	58

Anlage 1 – Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Anlage 2 – Schreiben an den Sozialhilfeträger

Anlage 3 – Mustersatzungsregelung nach § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V

I. Versicherungspflicht

§ 5 SGB V
Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. bis 12. ...

- 13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und**
- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder**
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.**

(2) bis (8) ...

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) und (10) ...

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen

Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 6 SGB V

Versicherungsfreiheit

(1) bis (3) ...

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II **und für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.**

(4) bis (9) ...

§ 2 KVLG 1989

Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. bis 6. ...

7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

(2) bis (6) ...

(6a) Nach Absatz 1 Nr. 7 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 6 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 7 oder nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbe-

werberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Leistungsbezug für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 7, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(8) ...

(9) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 7 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Abs. 1 Nr. 7 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/ EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 3a KVLG 1989

Versicherungsfreiheit

Versicherungsfrei ist, wer

1. die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 4 bis 8 oder § 6 Abs. 3a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt; § 6 Abs. 4 **und 9** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, oder

2. ...

§ 20 SGB XI
Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung
für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. bis 11. ...

12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 6¹ des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) bis (4) ...

§ 2 Freizügigkeitsgesetz/EU

(1) Freizügigkeitsberechtigte Unionsbürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Einreise und Aufenthalt nach Maßgabe dieses Gesetzes.

(2) Gemeinschaftsrechtlich freizügigkeitsberechtigt sind:

1. Unionsbürger, die sich als Arbeitnehmer, zur Arbeitssuche oder zur Berufsausbildung aufhalten wollen,
2. Unionsbürger, wenn sie zur Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit berechtigt sind (niedergelassene selbständige Erwerbstätige),
3. Unionsbürger, die, ohne sich niederzulassen, als selbständige Erwerbstätige Dienstleistungen im Sinne des Artikels 50 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft erbringen wollen (Erbringer von Dienstleistungen), wenn sie zur Erbringung der Dienstleistung berechtigt sind,
4. Unionsbürger als Empfänger von Dienstleistungen,
5. Verbleibberechtigte im Sinne der Verordnung (EWG) Nr. 1251/70 der Kommission vom 29. Juni 1970 über das Recht der Arbeitnehmer, nach Beendigung einer Beschäftigung im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaates zu verbleiben (ABl. EG Nr. L 142 S. 24, 1975 Nr. L 324 S. 31) und der Richtlinie 75/34/EWG des Rates vom 17. Dezember 1974 über das Recht der Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates, nach Be-

¹ redaktionelles Versehen des Gesetzgebers; richtig: § 2 Abs. 1 Nr. 7

- endigung der Ausübung einer selbständigen Tätigkeit im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaates zu verbleiben (ABl. EG 1975 Nr. L 14 S.10),
6. nicht erwerbstätige Unionsbürger unter den Voraussetzungen des § 4,
 7. Familienangehörige unter den Voraussetzungen der §§ 3 und 4.

(3) bis (6) ...

§ 4 Freizügigkeitsgesetz/EU

Nicht erwerbstätige Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, die bei dem nicht erwerbstätigen Freizügigkeitsberechtigten ihre Wohnung nehmen, haben das Recht nach § 2 Abs. 1, wenn sie über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügen. Familienangehörige im Sinne dieser Vorschrift sind:

1. der Ehegatte und die Kinder, denen Unterhalt geleistet wird,
2. die sonstigen Verwandten in absteigender und aufsteigender Linie sowie die sonstigen Verwandten des Ehegatten in aufsteigender Linie, denen Unterhalt geleistet wird, sowie der Lebenspartner.

Abweichend von Satz 1 haben als Familienangehörige eines Studenten nur der Ehegatte, der Lebenspartner und die unterhaltsberechtigten Kinder das Recht nach § 2 Abs. 1.

§ 5 Aufenthaltsgesetz

Allgemeine Erteilungsvoraussetzungen

(1) Die Erteilung eines Aufenthaltstitels setzt in der Regel voraus, dass die Passpflicht nach § 3 erfüllt wird und

1. der Lebensunterhalt gesichert ist,
 - 1a. die Identität und, falls er nicht zur Rückkehr in einen anderen Staat berechtigt ist, die Staatsangehörigkeit des Ausländers geklärt ist,
2. kein Ausweisungsgrund vorliegt und
3. soweit kein Anspruch auf Erteilung eines Aufenthaltstitels besteht, der Aufenthalt des Ausländers nicht aus einem sonstigen Grund Interessen der Bundesrepublik Deutschland beeinträchtigt oder gefährdet.

(2) Des Weiteren setzt die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis oder einer Niederlassungserlaubnis voraus, dass der Ausländer

1. mit dem erforderlichen Visum eingereist ist und
2. die für die Erteilung maßgeblichen Angaben bereits im Visumantrag gemacht hat.

Hiervon kann abgesehen werden, wenn die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Erteilung erfüllt sind oder es auf Grund besonderer Umstände des Einzelfalls nicht zumutbar ist, das Visumverfahren nachzuholen.

(3) In den Fällen der Erteilung eines Aufenthaltstitels nach den §§ 24, 25 Abs. 1 bis 3 sowie § 26 Abs. 3 ist von der Anwendung der Absätze 1 und 2 abzusehen; in den übrigen Fällen der Erteilung eines Aufenthaltstitels nach Kapitel 2 Abschnitt 5 kann hiervon abgesehen werden.

(4) Die Erteilung eines Aufenthaltstitels ist zu versagen, wenn einer der Ausweisungsgründe nach § 54 Nr. 5 oder 5a vorliegt. Von Satz 1 können in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zugelassen werden, wenn sich der Ausländer gegenüber den zuständigen Behörden offenbart und glaubhaft von seinem sicherheitsgefährdenden Handeln Abstand nimmt. Das Bundesministerium des Innern oder die von ihm bestimmte Stelle kann in begründeten Einzelfällen vor der Einreise des Ausländers für den Grenzübertritt und einen anschließenden Aufenthalt von bis zu sechs Monaten Ausnahmen von Satz 1 zulassen.

§ 4 Asylbewerberleistungsgesetz

Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

§ 7 Asylbewerberleistungsgesetz

Einkommen und Vermögen

(1) Einkommen und Vermögen, über das verfügt werden kann, sind von dem Leistungsberechtigten und seinen Familienangehörigen, die im selben Haushalt leben, vor Eintritt von Leistungen nach diesem Gesetz aufzubrauchen. § 20 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch findet entsprechende Anwendung. Bei der Unterbringung in einer Einrichtung, in der Sachleistungen gewährt werden, haben Leistungsberechtigte, soweit Einkommen und Vermögen im Sinne des Satzes 1 vorhanden sind, für erhaltene Leistungen dem Kostenträger für sich und ihre Familienangehörigen die Kosten in entsprechender Höhe der in § 3 Abs. 2 Satz 2 genannten Leistungen sowie die Kosten der Unterkunft und Heizung zu erstatten; für die Kosten der Unterkunft und Heizung können die Länder Pauschalbeträge festsetzen oder die zuständige Behörde dazu ermächtigen.

(2) Einkommen aus Erwerbstätigkeit bleiben bei Anwendung des Absatzes 1 in Höhe von 25 vom Hundert außer Betracht, höchstens jedoch in Höhe von 60 vom Hundert des maßgeblichen Betrages aus § 3 Abs. 1 und 2. Eine Aufwandsentschädigung nach § 5 Abs. 2 gilt nicht als Einkommen.

(3) Hat ein Leistungsberechtigter einen Anspruch gegen einen anderen, so kann die zuständige Behörde den Anspruch in entsprechender Anwendung des § 93 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch auf sich überleiten.

(4) Die §§ 60 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch über die Mitwirkung des Leistungsberechtigten sowie § 99 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch über die Auskunftspflicht von Angehörigen, Unterhaltspflichtigen oder sonstigen Personen sind entsprechend anzuwenden.

1. Allgemeines

Nach dem zum 01.04.2007 in Kraft tretenden § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht eine Versicherungspflicht für Personen, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V). Des Weiteren besteht Versicherungspflicht für Personen ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die (bisher) nicht in Deutschland gesetzlich oder privat krankenversichert waren und dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist gegenüber anderen Versicherungstatbeständen in der gesetzlichen Krankenversicherung, gegenüber der privaten Krankenversicherung und gegenüber anderen Formen der Absicherung im Krankheitsfall absolut nachrangig.

Für die Feststellung, ob zuletzt eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung oder keine von diesen Absicherungen im Krankheitsfall bestanden hat, haben die Krankenkassen alle ihnen zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen (vgl. Anlage 1).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt gemäß § 3 Nr. 2 SGB IV für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben. Die Definition dieser beiden Begriffe findet sich in § 30 Abs. 3 SGB I vorbehaltlich abweichender Regelungen (§ 37 SGB I).

Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 in Verb. mit Satz 1 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

Die neue Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Personen wird vom 01.07.2007 an durch eine entsprechende Regelung in der privaten Krankenversicherung (PKV) flankiert. Nach § 315 SGB V können von diesem Zeitpunkt an Personen ohne Versicherung unter den dort näher genannten Voraussetzungen im Standardtarif der PKV einen Versicherungsschutz verlangen. Ab 01.01.2009 besteht eine nachrangige Pflicht zur Versicherung auch in der privaten Krankenversicherung (§ 178a Abs. 5 ff. des Gesetzes über den Versicherungsvertrag – VVG).

2. Voraussetzungen der Versicherungspflicht

2.1 Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

- keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (vgl. Ziffer 2.3)

und

- zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

Die Versicherungspflicht erfasst demnach Personen, deren gesetzliche Krankenversicherung ohne Anschlussversicherung vor dem 01.04.2007 endete oder die im Anschluss an das Ende einer gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 31.03.2007 ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind. Hierzu gehören typischerweise

a) ehemals freiwillige Mitglieder, wenn sie in der Vergangenheit wegen Zahlungsverzugs nach § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V a. F. aus der freiwilligen Krankenversicherung ausgeschlossen wurden,

b) ehemals Versicherungspflichtige und Familienversicherte, die nach dem Ende der Versicherung die Fortsetzung ihres Versicherungsschutzes versäumt bzw. die Vorversicherungszeiten für die Weiterversicherung nach § 9 SGB V nicht erfüllt haben,

c) Auslandsrückkehrer, die vor dem Auslandsaufenthalt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, es sei denn, die Voraussetzungen für einen anderweitigen Versicherungstatbestand liegen vor (z. B. Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V oder es wird vom Beitrittsrecht nach § 9 SGB V Gebrauch gemacht).

Auch Arbeitnehmer in einer geringfügig entlohten Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV sind unter den allgemeinen Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V krankenversicherungspflichtig, wenn sie nicht bereits krankenversichert sind (z. B. auf Grund einer „Hauptbeschäftigung“ oder im Rahmen der Familienversicherung) und auch kein sonstiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

Entscheidend für das Entstehen der Versicherungspflicht ist, dass zuletzt eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand. Hierbei handelt es sich um die zeitlich letzte Versicherung vor dem möglichen Zustandekommen einer Versicherung nach § 5

Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Unerheblich ist, ob es sich bei der letzten Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung um eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder um eine Familienversicherung handelte. Der Familienversicherung steht bis zum 31.12.1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war.

Sofern nach dem Ausscheiden aus einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung eine private Krankenversicherung begründet wurde, sind die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V nicht erfüllt. Bei der privaten Krankenversicherung im vorgenannten Sinne muss es sich allerdings um eine Krankheitskostenversicherung (§ 178b Abs. 1 VVG) oder um eine Krankentagegeldversicherung (§ 178b Abs. 3 VVG) gehandelt haben, die die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise ersetzt hat. Der Krankheitskostenversicherung steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Eine Krankentagegeldversicherung (§ 178b Abs. 2 VVG), eine Ausbildungs-, Auslands- oder Reisekrankenversicherung ist keine private Krankenversicherung im Sinne dieser Regelung. Auch ein privater Krankenversicherungsschutz während eines Auslandseinsatzes (z.B. im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages über den Arbeitgeber) führt nicht zu einer Zuordnung zur privaten Krankenversicherung, wenn zuvor ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz bestanden hat.

2.2 Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

- keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (vgl. Ziffer 2.3)

und

- bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V kommt vorwiegend für Personen zustande, die erstmals ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen und keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund anderweitiger Tatbestände haben, die zur Pflichtversicherung oder einer Familienversicherung führen oder zu einer freiwilligen Versicherung berechtigen.

Im Zusammenhang mit der Begründung einer Pflichtversicherung für nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V sind bei Ausländern ferner die Zusatzregelungen des § 5 Abs. 11 SGB V zu beachten (vgl. Ziffer 2.4).

Die Versicherungspflicht nach dieser Vorschrift kommt in der gesetzlichen Krankenversicherung **nicht** in Betracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b zweiter Satzteil SGB V „es sei denn, dass ...“, = Ausschluss der Versicherungspflicht anhand der Stellung im Erwerbsleben), wenn die Person

- zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder zu den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehört

oder

- bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Deutschland gehört hätte.

Der Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b zweiter Satzteil SGB V orientiert sich damit an der Stellung im Erwerbsleben. Somit kann beispielsweise ein hauptberuflicher Selbständiger, der bisher in Deutschland nicht gesetzlich oder privat krankenversichert war, nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V versicherungspflichtig werden. Die Versicherungspflicht ist nicht ausgeschlossen, wenn die bisher in Deutschland nicht versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der zu prüfenden Versicherungspflicht keiner Tätigkeit nachgeht, aber während ihres bisherigen Erwerbslebens entweder eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit ausgeübt oder zu den versicherungsfreien Personen im Sinne von § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V gehört hat. Der Ausschluss anhand der Stellung im Erwerbsleben orientiert sich an der aktuellen Berufstätigkeit. Wird eine Berufstätigkeit nicht mehr ausgeübt, so ist nicht zu prüfen, welchen Beruf der Versicherte während seines Erwerbslebens ausgeübt hat.

Verlegen Personen nach dem 31.03.2007 ihren Wohnsitz nach Deutschland, richtet sich die Beurteilung anhand der Stellung im Erwerbsleben an der zeitlich zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Ausland. Wurde zeitlich zuletzt vor Verlegung des Wohnsitzes im Ausland eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Tätigkeit im Sinne von § 6 Abs. 1 und 2 SGB V ausgeübt, ist eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b ausgeschlossen. Gleiches gilt für Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, aber davor eine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben, die sie den in § 5 Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personen zuordnet (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b letzter Satzteil SGB V).

2.3 Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V setzt voraus, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Diese wesentliche Tatbestandsvoraussetzung ergibt sich unmittelbar aus der Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Sie wird ergänzt durch die Regelungen

- des § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V über den Vorrang anderer Versicherungstatbestände gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- über die Abgrenzung des Bezugs von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe (§ 5 Abs. 8a Satz 2 und 3 SGB V)
- über die Abgrenzung zu sog. nachgehenden Leistungsansprüchen nach § 19 Abs. 2 SGB V (§ 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V) und
- die Bestimmungen über das Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 13 SGB V.

2.3.1 Allgemeines

Insbesondere folgende Ansprüche auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall schließen sowohl die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V als auch die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V aus:

- Pflichtversicherung, Familienversicherung oder freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung (Krankheitskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung)
- Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII
- Bezug laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, unabhängig davon, ob die Leistungen nach § 264 SGB V (§ 51a KVLG 1989) auftragsweise von der Krankenkasse erbracht werden
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge
- Anspruch auf Beihilfe, soweit eine ergänzende Krankheitskostenversicherung besteht
- Anspruch auf freie Heilfürsorge
- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen
- Bezug laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (für Asylbewerber besteht ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz - AsylbLG)
- Anspruch auf Sachleistungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts.

2.3.2 Abgrenzung zum nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V

Ein nach § 19 Abs. 2 SGB V bestehender Leistungsanspruch gilt nach § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V (§ 2 Abs. 6a Satz 4 KVLG 1989) nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird. Wird also der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, besteht für den gesamten Zeitraum Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Die Versicherungspflicht und damit einhergehend die Mitgliedschaft schließt sich in diesen Fällen unmittelbar an die vorangegangene Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nrn. 1 bis 12 SGB V oder an eine Familienversicherung an; die Aussagen gelten gleichermaßen für nachgehende Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V.

Beispiel 1:

Ende der Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V:	31.07.2007
Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V:	01.08.2007 bis 31.08.2007
Beginn einer Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V:	15.09.2007

Ergebnis: Der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat wird ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt. Für die Zeit vom 01.08.2007 bis 14.09.2007 besteht daher Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, es sei denn, der Versicherte beantragt die freiwillige Krankenversicherung.

Wird hingegen im unmittelbaren Anschluss an den Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V eine Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründet, gilt der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine Versicherungspflicht und damit einhergehend eine Mitgliedschaft kommt in diesen Fällen nicht zustande; die Aussagen gelten gleichermaßen für nachgehende Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V.

Beispiel 2:

Ende der Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V:	31.07.2007
Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V:	01.08.2007 bis 24.08.2007

Beginn einer Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V:	25.08.2007
--	------------

Ergebnis: Im unmittelbaren Anschluss an den in Anspruch genommenen Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruches wird eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründet; der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruches gilt somit als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine Versicherungspflicht und damit einhergehend eine Mitgliedschaft kommt nicht zustande.

2.3.3 Abgrenzung zum Bezug von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe

Empfänger laufender Leistungen der Sozialhilfe nach dem

- Dritten Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt nach den §§ 27 bis 40 SGB XII),
- Vierten Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den §§ 41 bis 46 SGB XII),
- Sechsten Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 53 bis 60 SGB XII) und
- Siebten Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 bis 66 SGB XII)

werden auf Grund ausdrücklicher Regelung in § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterstellt (zumindest nicht beim Inkrafttreten zum 01.04.2007), d. h. der Sozialhilfeträger bleibt weiterhin für die Krankenbehandlung dieser Hilfeempfänger zuständig. Ob die Krankenbehandlung dieser Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe im Rahmen des § 264 Abs. 2 SGB V auftragsweise von der Krankenkasse übernommen wird, ist in diesem Zusammenhang irrelevant. Die Erbringung von Krankenversicherungsleistungen durch die Krankenkasse nach § 264 Abs. 2 SGB V stellt für sich gesehen ebenfalls einen Ausschlussstatbestand für den Eintritt von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dar, sofern (weiterhin) laufende Sozialhilfeleistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Buch des SGB XII erbracht werden. Dieser kann nicht dadurch beseitigt werden, dass der Sozialhilfeträger den Sozialhilfeempfänger aus dem Verfahren nach § 264 Abs. 2 SGB V abmeldet.

Eine Unterbrechung des Sozialhilfebezugs von weniger als einen Monat führt nach § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Personen, die allerdings auf der Grundlage des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse geworden sind, bleiben Mitglied, und zwar auch dann, wenn zu einem späteren Zeitpunkt – ggf. erneut – Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII gewährt werden (§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V). Für Personen, die dagegen nach Beendigung einer anderen Versicherungspflicht (z. B. nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) innerhalb der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 SGB V Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII erhalten, schließen diese Leistungen die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus.

2.3.4 Abgrenzung zur Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Beihilfeberechtigte Personen, die über keine ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen, werden als Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall angesehen. Sie fallen unter die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V, sofern sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Beihilfeberechtigte Personen, die dagegen über eine entsprechende anteilige beihilfekonforme Krankheitskostenversicherung verfügen, haben einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und erfüllen daher die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht.

2.4 Sonderregelung für Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen (§ 5 Abs. 11 SGB V)

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V erstreckt sich auch auf Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben. Hierbei ist zwischen Ausländern, die Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU), Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie Staatsangehörige der Schweiz sind, und solchen, die nicht hierunter fallen, zu unterscheiden.

2.4.1 EU-Staatsangehörige, EWR-Staatsangehörige und Schweizer

Für Staatsangehörige der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz gilt gemäß §§ 30 Abs. 3, 37 SGB I in Verb. mit § 3 Nr. 2 und § 6 SGB IV der Wohnortbegriff des Artikels 1 Buchst. h der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familien-

angehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern. Danach ist Wohnort der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts. Sonderregelungen zum Wohnort sind für diese Personengruppen europarechtlich ausgeschlossen.

Das EG-Recht gilt für Angehörige folgender Staaten:

Belgien	Irland	Niederlande	Slowakei
Bulgarien	Island	Norwegen	Slowenien
Dänemark	Italien	Österreich	Spanien
Estland	Lettland	Polen	Tschechien
Finnland	Liechtenstein	Portugal	Ungarn
Frankreich	Litauen	Rumänien	Zypern (griech. Teil)
Griechenland	Luxemburg	Schweden	
Großbritannien	Malta	Schweiz	

Nichterwerbstätige Angehörige einer der o. g. Staaten mit Wohnsitz in Deutschland müssen nach § 4 FreizügG/EU oder nach dem Personenfreizügigkeitsabkommen der Europäischen Union mit der Schweiz über einen Krankenversicherungsschutz verfügen. Damit kommt für diese Personen die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht in Betracht (§ 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V).

Personen, für die auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts ein Anspruch auf Sachleistungen besteht, verfügen über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, so dass die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen ist.

Jedoch sind nach § 2 Abs. 2 FreizügG/EU noch weitere Unionsbürger freizügigkeitsberechtigt. Beispielsweise können sich Unionsbürger zur Arbeitssuche in Deutschland aufhalten (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 FreizügG/EU); die Voraussetzungen des § 4 FreizügG/EU werden hier nicht gefordert.

2.4.2 Personen, die nicht EU-Staatsangehörige, EWR-Staatsangehörige oder Schweizer sind

Diese Personen benötigen zur Einreise und zum Aufenthalt im Bundesgebiet einen Aufenthaltstitel im Sinne des Aufenthaltsgesetzes.

Eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V kommt nach § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V für Angehörige anderer Staaten nur in Betracht, wenn sie

- eine Niederlassungserlaubnis oder eine auf mehr als zwölf Monate befristete Aufenthaltserlaubnis nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen

und

- für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht.

Ein Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V kommt nicht zustande in den Fällen, in denen Ausländer gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes verpflichtet sind, dafür zu sorgen, dass ihr Lebensunterhalt einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel sichergestellt ist. Sie verfügen insoweit über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

2.4.3 Asylbewerber

Asylbewerber haben grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Nach § 5 Abs. 8a SGB V ist auf Grund dieses Leistungsanspruchs eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen.

§ 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V schließt Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die ausnahmsweise eine Aufenthaltserlaubnis besitzen und deren Anspruch nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt wegen eigenen Einkommens oder Vermögens nach § 7 dieses Gesetzes ruht, entsprechend auch von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus.

Personen, denen ein Aufenthaltstitel nach den §§ 23 Abs. 1, 24, 25 Abs. 4 Satz 1 oder 25 Abs. 5 des Aufenthaltsgesetzes erteilt wird, haben Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. D.h., dass für diese Personen eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht in Betracht kommt.

3. Feststellung der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist gegenüber anderen Versicherungstatbeständen in der gesetzlichen Krankenversicherung, gegenüber der privaten Krankenversicherung und gegenüber anderen Formen der Absicherung im Krankheitsfall absolut nachrangig. Sie tritt kraft Gesetzes ein, wenn ihre Voraussetzungen vorliegen. Unabhängig davon bedarf es einer Meldung/Anzeige der für die Versicherung in Betracht kommenden Person (vgl. Abschnitt IV). Die Prüfung der Voraussetzungen zum Vorliegen von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 S. 1 Nr. 12 SGB XI obliegt der

zuständigen Krankenkasse (vgl. Abschnitt II). Bei der Prüfung sind alle zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen.

Für Zeiten ab dem 01.04.2007 ist zwischen zwei Versicherungsverhältnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Zeitraum ohne anderweitige Absicherung nicht mehr denkbar. Bevor eine Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zustande kommt, ist allerdings stets vorrangig zu prüfen, ob für die Versicherung ein anderweitiger Tatbestand infrage kommt. Das gilt insbesondere für die Möglichkeiten einer freiwilligen Versicherung oder einer Familienversicherung.

Liegen bei Ehegatten oder Lebenspartnern die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gleichzeitig vor, können sie übereinstimmend erklären, wer (von beiden) versicherungspflichtig wird, wenn für den anderen die Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt sind.

4. Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht und Versicherungsausschluss bei hauptberuflich selbständiger Erwerbstätigkeit

Die Regelungen zur Versicherungsfreiheit nach § 6 SGB V, die über § 6 Abs. 3 SGB V grundsätzlich auch auf andere Tatbestände, die für sich betrachtet zur Versicherungspflicht führen, ausstrahlen, finden auf die von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfassten Personen keine Anwendung. § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V bezieht die Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, nicht in die Versicherungsfreiheit ein.

Dagegen tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V für Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, nur dann ein, wenn sie nicht zu den nach § 6 Abs. 1 und 2 SGB V versicherungsfreien Personen gehören oder bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (zur Differenzierung bei dieser Personengruppe vgl. auch Ziffer 2.2 letzter Absatz).

Die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V wegen der Vollendung des 55. Lebensjahres und nicht ausreichender Vorversicherungszeiten gilt nach ausdrücklicher Bestimmung in § 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist ausgeschlossen, da § 8 SGB V mit seiner abschließenden Aufzählung von Befreiungstatbeständen kein Befreiungsrecht für die in Rede stehenden Person vorsieht.

Der Ausschluss der Versicherungspflicht bei Ausübung einer hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit ist in § 5 Abs. 5 SGB V geregelt. Da diese Bestimmung nicht um den neuen Versicherungspflichttatbestand des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ergänzt wurde, steht eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht generell entgegen. Es ist entscheidend, ob der hauptberuflich selbständig Tätige zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. Hauptberuflich selbständig Tätige, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren und die keinen anderweitigen Anspruch auf eine Absicherung im Krankheitsfall haben, können somit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen. Für hauptberuflich Selbständige, die noch nie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V ausgeschlossen. Wird jedoch erst nach Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine hauptberuflich selbständige Tätigkeit aufgenommen, endet diese Versicherungspflicht nicht.

5. Wirkung von Befreiungstatbeständen

Eine ausgesprochene Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V wirkt sich grundsätzlich nicht auf den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus. Da mit der Befreiung von der Versicherungspflicht im Regelfall eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung einhergeht, dürfte die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in den meisten Fällen daran scheitern, dass die Versicherungsvoraussetzung „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ nicht erfüllt ist.

6. Abweichende Regelungen in der LKV

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 sind die Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, nach Maßgabe des § 3 Abs. 2 Nr. 7 KVLG 1989 (vgl. Abschnitt II, Ziffer 2.4) grundsätzlich pflichtversichert. Dabei enthält § 2 Abs. 9 KVLG 1989 eine dem § 5 Abs. 11 SGB V entsprechende Bestimmung. § 2 Abs. 6a KVLG 1989 ist zu beachten.

II. Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

§ 174 SGB V Besondere Wahlrechte

(1) bis (4) ...

(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder dem Rechtsnachfolger der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.

§ 3 KVLG 1989 Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) ...

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. bis 6. ...

7. die in § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren.

(3) ...

1. Grundsatz

Für die Krankenkassenwahlrechte der Personen, die bisher ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gewesen sind und nunmehr der Versicherungspflicht unterliegen, gelten die Ausführungen in der gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend. Die nachfolgenden Ausführungen zum Wahlrecht bzw. zur Krankenkassenzuständigkeit ergänzen die in der vorgenannten Verlautbarung getroffenen Regelungen.

2. Krankenkassenzuständigkeit, Krankenkassenwahl und Bindungswirkung

2.1 Allgemeines

Im Allgemeinen sind Besonderheiten bei der Ausübung der Krankenkassenwahl, dem Eintritt der Bindungswirkung, der Ausübung des Sonderkündigungsrechts und dem Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels nicht zu berücksichtigen.

Im Besonderen ist jedoch danach zu unterscheiden, ob die Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben

- zuletzt gesetzlich krankenversichert

oder

- bisher nicht gesetzlich krankenversichert waren.

Welche Krankenkasse vom Eintritt der Versicherungspflicht an für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig ist, regelt § 174 Abs. 5 SGB V.

2.2 Personen ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V)

Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall werden nach § 174 Abs. 5 SGB V bei Eintritt der Versicherungspflicht wieder Mitglied der Krankenkasse oder dem Rechtsnachfolger der Krankenkasse, bei der zuletzt eine – ggf. schon viele Jahre zurückliegende – Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat.

Die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte gelten für diesen Personenkreis bei Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 01.04.2007 nicht. Dies hat zur Kon-

sequenz, dass auch bei einer Unterbrechung der Mitgliedschaft von mindestens 18 Monaten am 01.04.2007 kein neues Krankenkassenwahlrecht besteht.

Beispiel 1

Mitglied der Krankenkasse A	vom 01.08.1987 bis 30.11.1998
Ohne Absicherung im Krankheitsfall	vom 01.12.1998 bis 31.03.2007
Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab	01.04.2007
➤ Krankenkasse A zuständig ab	01.04.2007
➤ Das Mitglied ist vom 01.04.2007 an für 18 Monate (bis 30.09.2008) an die Krankenkasse A gebunden. Der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse kommt frühestens zum 01.10.2008 in Betracht, sofern die Krankenkasse A nicht vorher ihren Beitragsatz erhöht und dem Mitglied dadurch ein Sonderkündigungsrecht zusteht.	

Sollte innerhalb der letzten 18 Monate vor Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden haben, ist die ggf. noch bestehende Bindungsfrist zu berücksichtigen.

Beispiel 2

Mitglied der Krankenkasse A	vom 01.06.2006 bis 15.01.2007
Bindungsfrist	vom 01.06.2006 bis 30.11.2007
Ohne Absicherung im Krankheitsfall	vom 16.01.2007 bis 31.03.2007
Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ab	01.04.2007
➤ Krankenkasse A zuständig ab	01.04.2007
➤ Das Mitglied ist bis zum Ablauf der Bindungsfrist (01.06.2006 bis 30.11.2007) an die Krankenkasse A gebunden. Der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse kommt frühestens zum 01.12.2007 in Betracht, sofern die Krankenkasse A nicht vorher ihren Beitragssatz erhöht und dem Mitglied dadurch ein Sonderkündigungsrecht zusteht.	

Im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung. Diese ermöglichen es dem Mitglied, unter Einhaltung der Bindungs- und Kündigungsfristen die Krankenkasse zu wechseln.

2.3 Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die bislang weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V)

Für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren, aber ihrem Status nach der gesetzlichen

Krankenversicherung zuzuordnen sind (vgl. Abschnitt I Ziffer 2.1 und Ziffer 2.2), gelten die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte. Sie werden bei Eintritt der Versicherungspflicht Mitglied einer nach § 173 Abs. 2 SGB V wählbaren Krankenkasse. Dies gilt auch für den Fall, dass die Versicherungspflicht erst zu einem – erheblich – späteren Zeitpunkt nachträglich festgestellt wird. In den Fällen des § 309 Abs. 5 SGB V (Staatliche Versicherung der DDR) gelten diese Ausführungen entsprechend.

Das Mitglied ist grundsätzlich mindestens 18 Monate an die gewählte Krankenkasse gebunden. Insoweit finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung.

2.4 Gesetzliche Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, davor zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren, sind – vorbehaltlich der Ausführungen unter Abschnitt I Ziffer 6 – kraft Gesetzes auf Grund der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bei der zuletzt zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert. Dagegen können die Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, aber davor nicht zuletzt in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert waren, nicht die Mitgliedschaft bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse wählen; § 173 SGB V gilt für die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht (§ 173 Abs. 1 SGB V, § 20 KVLG 1989). § 19 Abs. 3 KVLG 1989 (Wohnortprinzip) ist zu berücksichtigen.

3. Pflegekassenzuständigkeit

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Mitgliedschaft besteht (§ 48 Abs. 1 SGB XI).

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (9) ...

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei einer neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.

(2) bis (12) ...

(13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

- 1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder**
- 2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.**

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.

§ 20 KVLG 1989
Versicherung besonderer Personengruppen

Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Beiträge mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

§ 22 KVLG 1989
Beginn der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft beginnt

1. bis 5. ...

6. für die in § 2 Abs. 1 Nr. 7 genannten Versicherungspflichtigen mit dem Tag, der sich aus entsprechender Anwendung von § 186 Abs. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergibt.

(2) ...

§ 24 KVLG 1989
Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet

1. bis 7 ...

8. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied, dessen Versicherungspflicht erlischt, seinen Austritt erklärt; wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen nach einem Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort.

9. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird, bei Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7; dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind.

(2) ...

§ 49 SGB XI

Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird. **Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend.**

(2) und (3) ...

1. Allgemeines

Beginn und Ende der Mitgliedschaft für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind in § 186 Abs. 11 SGB V und 190 Abs. 13 SGB V geregelt. Diese Vorschriften gelten für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 Versicherungspflichtigen entsprechend (§§ 20, 22 und 24 KVLG 1989).

Die Mitgliedschaft beginnt danach grundsätzlich mit dem ersten Tag ohne einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Für Personen, die bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelungen keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft am 01.04.2007.

Die Mitgliedschaft endet grundsätzlich, wenn ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird. Ausgenommen hiervon sind Versicherungspflichtige, die während der Mitgliedschaft einen Anspruch auf Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch begründen; für diese Personen besteht die Versicherungspflicht und mithin die Mitgliedschaft fort. Ferner endet die Mitgliedschaft, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

Die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft treten kraft Gesetzes ein. Einer Anzeige oder Meldung bedarf es für die Durchführung der Mitgliedschaft nicht. Da die zuständige Krankenkasse aber regelmäßig keine Kenntnis über eine bestehende Versicherungspflicht hat, haben die Betroffenen der Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht anzuzeigen (vgl. Abschnitt IV).

Der Beginn sowie das Ende der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung der nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI Versicherungspflichtigen richtet sich nach den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. Beginn der Mitgliedschaft

2.1 Personen, die am 01.04.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben

Für Personen, die am 01.04.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht erfüllen, beginnt die Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V am 01.04.2007.

2.2 Personen, deren anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach dem 01.04.2007 endet

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen beginnt nach § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V mit dem Tag, von dem an kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Als anderweitige Absicherungen im Krankheitsfall, deren Wegfall zur Begründung einer Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V führen kann, kommen insbesondere in Betracht:

- Ende einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V oder § 2 KVLG 1989 sowie Beendigung einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V oder § 25 KVLG 1989,
- Ende einer Mitgliedschaft als Rentenantragssteller nach § 189 SGB V oder § 23 KVLG 1989,
- Ende einer freiwilligen Mitgliedschaft nach § 9 SGB V in Verb. mit § 191 SGB V oder § 6 KVLG 1989 in Verb. mit § 24 Abs. 2 KVLG 1989, (eine freiwillige Mitgliedschaft kann allerdings nicht zugunsten einer Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gekündigt werden),
- Ende einer Familienversicherung nach § 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989,
- Beendigung eines Leistungsanspruchs der Kinder- und Jugendpflege (§ 40 SGB VIII),
- Beendigung eines Leistungsanspruchs der Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz,
- Beendigung eines Anspruchs auf freie Heilfürsorge,
- Beendigung eines Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- Beendigung eines Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesentschädigungsgesetz,
- Beendigung eines Anspruchs auf Sachleistungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts.

Darüber hinaus führt auch die Beendigung von Ansprüchen auf Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes grundsätzlich zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, sofern keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht. Die Versicherungspflicht tritt entsprechend § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V bzw. § 2 Abs. 6a Satz 3 KVLG 1989 allerdings nur dann ein, wenn der Bezug dieser Leistungen für mindestens einen Monat unterbrochen wird. Wird der jeweilige Leistungsbezug hingegen für weniger als einen Monat unterbrochen, scheidet Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus; eine Mitgliedschaft kommt für den Unterbrechungszeitraum in diesen Fällen also nicht in Betracht.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und damit einhergehend die Mitgliedschaft schließen sich stets unmittelbar an die vorangegangene anderweitige Absicherung im Krankheitsfall an.

2.3 Personen, die aus dem Ausland zurückkehren

Personen, die nach einem Auslandsaufenthalt in das Inland zurückkehren und keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, unterliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Mitgliedschaft beginnt mit der Wohnsitznahme in Deutschland.

2.4 Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie Staatsangehörige der Schweiz

Die Mitgliedschaft beginnt grundsätzlich mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland, sofern die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt werden.

2.5 Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie Staatsangehörige der Schweiz sind

Die Mitgliedschaft dieser Personen beginnt entsprechend § 186 Abs. 11 Satz 2 SGB V mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis.

3. Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflichtversicherten endet nach § 190 Abs. 13 SGB V

- mit dem Tod des Mitglieds,
- mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
- mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.

Ein Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V oder § 25 Abs. 1 und 2 KVLG 1989 kommt für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nicht in Betracht.

3.1 Anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Soweit ein nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtiges Mitglied einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet, endet die Versicherungspflicht und mithin die Mitgliedschaft. Als anderweitige Absicherungen im Krankheitsfall, die zur Beendigung der Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V führen, kommen insbesondere in Betracht:

- Eintritt einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nrn. 1 bis 12 SGB V oder § 2 KVLG 1989,
- Beginn einer Mitgliedschaft als Rentenantragssteller nach § 189 SGB V oder § 23 KVLG 1989,
- Beginn einer freiwilligen Mitgliedschaft nach § 9 SGB V in Verb. mit § 188 SGB V oder § 6 KVLG 1989 in Verb. mit § 22 Abs. 2 KVLG 1989,
- Beginn einer Familienversicherung nach § 10 SGB V oder § 7 KVLG 1989,
- Leistungen der Kinder- und Jugendpflege (§ 40 SGB VIII),
- Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge,
- Anspruch auf Beihilfe, soweit eine ergänzende Krankheitskostenversicherung besteht,
- Anspruch auf freie Heilfürsorge,
- Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesentschädigungsgesetz,
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz,
- Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung in der privaten Krankenversicherung, unabhängig davon, ob und für welchen Zeitraum eine Wartezeit besteht,
- Anspruch auf Sachleistungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts.

Die Mitgliedschaft endet am Vortag des Beginns des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall. Die Mitgliedschaft endet stets kraft Gesetzes; einer Kündigung der Mitgliedschaft bedarf es daher auch in den Fällen nicht, in denen die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall durch den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung in der privaten Krankenversicherung sichergestellt wird.

Eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist bei Bezug von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen; eine Mitgliedschaft kann mithin in diesen Fällen nicht begründet werden. Nach ausdrücklicher Bestimmung in § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V bleibt jedoch für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, die Mitgliedschaft auch dann bestehen, wenn sie während der Mitgliedschaft Anspruch auf lau-

fende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erwerben und diese beziehen.

Der Bezug von Leistungen nach dem Fünften, Achten oder Neunten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch berührt eine bestehende Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nicht, zumal diese Leistungen entsprechend § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht ausschließen.

3.2 Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland besteht kein Schutzbedürfnis mehr für das Aufrechterhalten einer Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen endet daher nach § 190 Abs. 13 SGB V mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt wird. Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben gemäß § 6 SGB IV unberührt.

4. Mitgliedschaft bei Wehr- oder Zivildienst

Nach § 193 Abs. 2 und 3 SGB V berührt die gesetzliche Dienstpflicht eine bestehende Mitgliedschaft nicht. Somit bleiben Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V weiterhin Mitglied, wenn sie ihren Wehr- oder Zivildienst ableisten. Dies gilt auch für Personen, die Dienstleistungen oder Übungen nach den Vorschriften des Vierten Abschnittes des Soldatengesetzes verrichten (§ 193 Abs. 4 SGB V). Entsprechendes gilt für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 (§ 25 Abs. 3 KVLG 1989).

IV. Meldungen

§ 206 SGB V

Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

(1) Wer versichert ist oder als Versicherter in Betracht kommt, hat der Krankenkasse, soweit er nicht nach § 280 des Vierten Buches auskunftspflichtig ist,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

Er hat auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Krankenkasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(2) Entstehen der Krankenkasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Abs. 1 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Beiträge mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

§ 32 KVLG 1989

Auskunftspflicht

Für Versicherte und landwirtschaftliche Unternehmer, bei denen versicherungspflichtige Familienangehörige mitarbeiten, gilt § 206 SGB V entsprechend.

1. Allgemeines

Die Versicherungspflicht der in der Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen tritt kraft Gesetzes ein, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Da die Krankenkassen hiervon aber nicht ohne Weiteres Kenntnis erhalten, haben die Betroffenen der zuständigen Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht selbst anzuzeigen (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V). Dazu kann das als Anlage beigefügte Formular „Anzeige zur Pflichtversicherung“ verwendet werden (vgl. Anlage 1). In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung regeln die §§ 30 bis 32 KVLG 1989 die allgemeinen Melde- und Auskunftspflichten des Versicherten entsprechend.

2. Auskunfts- und Mitteilungspflichten

Nach § 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V haben Versicherte oder die, die als Versicherte in Betracht kommen, gegenüber der Krankenkasse auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenden Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen. Gleiches gilt nach § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI für die Pflegeversicherung. Unter „Auskunft“ ist die Mitteilung gegenwärtiger tatsächlicher oder rechtlicher Umstände zu verstehen. Sie ist Wissens-, nicht Willenserklärung.

Den im Gesetz normierten Auskunfts- und Mitteilungspflichten kommen im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erhebliche Bedeutung zu, da diese Informationen für die Beurteilung der Versicherungs- und Beitragspflicht wesentlich sind und nicht bereits durch Dritte ordnungsgemäß gemeldet werden. Bei diesem Personenkreis fehlt, im Gegensatz zu allen anderen versicherungspflichtigen Personengruppen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, eine zur Meldung verpflichtende Stelle. Die Verantwortung und Initiative für eine ordnungsgemäße Prüfung und ggf. Durchführung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes auf Basis der gesetzlichen Regelungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V obliegt einzig dem potenziellen Versicherungspflichtigen durch Anzeige eines derzeit nicht bestehenden Krankenversicherungsschutzes bzw. anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall und hat von diesem potenziellen Versicherungspflichtigen auszugehen.

3. Auskunfts- und Mitteilungspflichten bei Änderung der Verhältnisse

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen haben nach § 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI der Krankenkasse von sich aus Veränderungen in den Tatsachen mitzuteilen, die für die Prüfung und Feststellung der Versicherungspflicht bzw. deren Ende erheblich sind. Dabei kann es sich um Tatsachen handeln, die

sich in der Zeit der Prüfung der Versicherungspflicht durch die Krankenkasse ändern oder Einfluss auf das Bestehen der Versicherungspflicht haben. Die Mitteilung über die Veränderungen hat durch den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen unverzüglich zu erfolgen, d.h. gemäß § 121 BGB ohne schuldhaftes Zögern.

4. Zuständige Kranken- und Pflegekasse

Die sich aus § 206 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 50 Abs. 3 Satz 1 SGB XI ergebenden Auskunfts- und Mitteilungspflichten sind gegenüber der zuständigen Krankenkasse, welche die Mitgliedschaft auf Grund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durchzuführen hat, zu erfüllen (vgl. Abschnitt II Ziffer 2.2 und Ziffer 2.3).

5. Missachtung der Auskunfts- und Mitteilungspflichten

Wer entgegen den Auskunfts- und Mitteilungspflichten nach § 206 Abs. 1 Satz 1 SGB V und § 50 Abs. 3 Satz 1 SGB XI eine Auskunft oder Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder mitteilt, handelt nach § 307 Abs. 2 Nr. 2 SGB V und § 121 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI ordnungswidrig. Die Ordnungswidrigkeit kann in diesen Fällen mit einer Geldbuße belegt werden.

6. Meldepflichten bei Beschäftigung

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist bei Arbeitnehmern insbesondere bei folgenden Fallgestaltungen denkbar:

- Versicherungsfreier Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze, der bewusst auf einen Krankenversicherungsschutz verzichtet hat.
- Versicherungsfreier Arbeitnehmer mit einem regelmäßigen Jahresarbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze und ehemaliges freiwilliges Mitglied, das nach § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V a. F. (Zahlungsverzug) aus der freiwilligen Krankenversicherung ausscheiden musste.
- Arbeitnehmer, der auf Grund des § 6 Abs. 3a SGB V (55. Lebensjahr) in einer Beschäftigung nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig ist und für den kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

- Arbeitnehmer, der in einer Beschäftigung wegen Geringfügigkeit (§ 8 Abs. 1 SGB IV) nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig ist und für den kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

6.1 Meldepflichten bei nicht geringfügiger Beschäftigung

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V löst nicht die in § 28a SGB IV vorgesehenen Meldeverpflichtungen des Arbeitgebers aus. Arbeitnehmer, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen und nicht zu den nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtigen Arbeitnehmern gehören, haben sich wie andere von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V betroffene Personen bei der zuständigen Krankenkasse anzumelden (vgl. Ziffer 2).

6.2 Meldepflichten bei geringfügig entlohnter Beschäftigung

Geringfügig entlohnte Beschäftigte sind von ihren Arbeitgebern der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu melden. Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung nach § 249b SGB V bzw. § 48 Abs. 6 KVLG 1989 (und/oder zur Rentenversicherung nach § 172 Abs. 3 SGB VI) sind abzuführen. Die Zahlung des Pauschalbeitrags setzt voraus, dass der geringfügig Beschäftigte in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Bei diesen geringfügig entlohnnten Beschäftigten ist die Beitragsgruppe zur Krankenversicherung mit „6“ zu verschlüsseln (und die Beitragsgruppe zur Rentenversicherung ggf. mit „5“ oder „1“).

Tritt für einen geringfügig entlohnnten Beschäftigten erst durch die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein, hat der Arbeitgeber eine Änderungsmeldung zu der zuvor mit der Beitragsgruppe 05(1)00 und dem Personengruppenschlüssel 109 abgegebenen Meldung zu erstellen. In der Meldung ist für die Zeit ab Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Beitragsgruppe 65(1)00 anzugeben.

Der geringfügig entlohnte Beschäftigte hat den Arbeitgeber über die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sofort zu unterrichten (vgl. § 28o Abs. 1 SGB IV).

Der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V hat keine Auswirkungen auf die Meldung des Arbeitgebers, die für einen kurzfristig Beschäftigten im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV abgegeben worden ist.

7. Meldepflichten bei Renten und Versorgungsbezügen

7.1 Allgemeines

Die Meldepflichten in der Krankenversicherung bei Rentenantragstellung, Rentenbezug und Versorgungsbezügen regeln die §§ 201, 202 und 205 SGB V. Sie gelten für die Pflegeversicherung entsprechend. Diese Regelungen sind allgemein gefasst, sodass sie auch Meldungen bei Vorliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V beinhalten. Insofern finden die Ausführungen zum Meldeverfahren in dem „Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner“ in der jeweils aktuellen Fassung Anwendung. Dementsprechend sind die erforderlichen Meldungen zwischen Krankenkasse und Rentenversicherungsträger nach dem zwischen Kranken- und Rentenversicherung im Rahmen des § 201 Abs. 6 SGB V abgesprochenen maschinellen Meldeverfahrens vorzunehmen.

Die allgemeinen Auskunfts- und Mitteilungspflichten nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI sind durch den Versicherten nur dann zu erfüllen, wenn die Krankenkasse ein berechtigtes Interesse daran hat. Dieses Interesse ist gegeben, wenn ihr die erforderlichen Angaben nicht durch Dritte, z.B. den Rentenversicherungsträger oder die Zahlstelle von Versorgungsbezügen, gemeldet werden.

Für die landwirtschaftliche Krankenversicherung enthält § 29 KVLG 1989 dem § 201 SGB V entsprechende Regelungen; die Melde- und Auskunftspflicht des Versicherten regeln die §§ 30 bis 32 KVLG 1989.

7.2 Meldepflichten bei Rentenantragstellung

Wer eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt, hat nach § 201 Abs. 1 SGB V zusammen mit dem Rentenantrag eine Meldung für die zuständige Krankenkasse einzureichen (KVdR-Meldung).

Die Krankenkasse hat zunächst zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nrn. 11, 11a und 12 SGB V erfüllt werden. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor und ist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nicht gegeben, kommt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Betracht.

Diejenigen, für die die Entscheidung über einen vor dem 01.04.2007 gestellten Rentenantrag noch aussteht und für die das KVdR-Meldeverfahren nach § 201 Abs. 1 SGB V bereits abgeschlossen ist, haben sich selbst bei der für sie zuständigen Krankenkasse zu melden,

wenn die Prüfung über das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nrn. 11, 11a oder 12 SGB V zu der Feststellung geführt hat, dass diese nicht vorliegen, eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Betracht kommt und keine anderweitige Absicherung besteht.

7.3 Meldepflichten bei Rentenbezug

Nach § 205 Nr. 1 SGB V bzw. § 31 KVLG 1989 haben Versicherungspflichtige ihrer Krankenkasse den Beginn und die Höhe ihrer Rente zu melden. Diese Sachverhalte sind der Krankenkasse regelmäßig schon durch die Meldung des Rentenversicherungsträgers nach § 201 Abs. 4 Nr. 1 SGB V bekannt, sodass eine zusätzliche Mitteilung des Versicherten bei Rentenbewilligung entbehrlich ist.

Die eigenständige Meldung nach § 205 Nr. 1 SGB V ist jedoch erforderlich, wenn zum Zeitpunkt der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V am 01.04.2007 bereits eine Entscheidung über den Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegt, die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nrn. 11, 11a oder 12 SGB V nicht erfüllt sind, eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Betracht kommt und keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht.

7.4 Meldepflichten der Krankenkasse bei Rentenbezug

Nach § 201 Abs. 5 SGB V ist die Krankenkasse verpflichtet, dem Rentenversicherungsträger den Beginn und das Ende der Versicherungspflicht eines Rentenbeziehers unverzüglich zu melden. Dies gilt nicht nur, wenn die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nrn. 11, 11a oder 12 SGB V besteht, sondern auch bei Versicherungspflicht auf Grund anderer Vorschriften. Die Krankenkasse hat somit auch den Eintritt und das Ende der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu melden.

7.5 Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers

Die Meldepflichten des Rentenversicherungsträgers ergeben sich aus § 201 Abs. 4 SGB V. Die Meldungen sind unabhängig von der Art der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstatten; sie sind unverzüglich vorzunehmen.

7.6 Meldepflichten bei Versorgungsbezügen

Nach § 202 SGB V hat die Zahlstelle bei der erstmaligen Bewilligung von Versorgungsbezügen sowie bei Mitteilung über die Beendigung der Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers die zuständige Krankenkasse des Versorgungsempfängers zu ermitteln. Dieser Kran-

kenkasse sind Beginn, Höhe, Veränderungen und Ende der Versorgungsbezüge und Angaben über Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen unverzüglich mitzuteilen. Meldungen über Veränderungen sind – soweit nichts Abweichendes vereinbart wird – unabhängig davon zu erstatten, ob die auf die Versorgungsbezüge entfallenden Beiträge von der Zahlstelle einbehalten oder unmittelbar von der Krankenkasse eingezogen werden.

Werden zum Zeitpunkt der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V am 01.04.2007 bereits Versorgungsbezüge bezogen oder sind Versorgungsbezüge beantragt, hat der Versicherungspflichtige dies nach § 205 in Verb. mit § 206 SGB V selbst unverzüglich mitzuteilen; dabei sind Beginn, Höhe, Veränderungen und die Zahlstelle der Versorgungsbezüge anzugeben. In diesem Fall werden die erforderlichen Angaben nicht durch Dritte, also durch die Zahlstelle der Versorgungsbezüge, gemeldet.

Die in § 202 und § 205 SGB V festgelegte Meldeverpflichtung gilt auch für diejenigen, die neben ihren Versorgungsbezügen keine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen.

Zu den Versorgungsbezügen im Sinne des § 202 SGB V gehören nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V auch die Renten aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL-Rente). Diese AdL-Renten sind – abweichend von den anderen Versorgungsbezügen – nicht nur der Beitragspflicht unterworfen. Vielmehr können sie zu einer Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung führen, schließen dann das Entstehen von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 aus und können die Krankenkassenzuständigkeit verändern. So sind für die Personen, die eine AdL-Rente beziehen oder eine solche Rente beantragen

- hinsichtlich der Meldepflichten nach § 202 SGB V und die Beitragsabführungspflicht die „Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren)“ in der jeweils geltenden Fassung

und

- hinsichtlich der Feststellung der für die Durchführung der Krankenversicherung zuständigen Krankenkasse bei Beantragung oder Bezug einer AdL-Rente und des weiteren Verfahrens zwischen den Beteiligten die „Gemeinsamen Empfehlungen nach § 29 Abs. 1, 4, 5 und 6 KVLG 1989 vom 15.04.2001“

zu berücksichtigen.

7.7 Meldepflichten der Krankenkasse bei Versorgungsbezug

Die Krankenkasse ist nach § 202 Satz 4 SGB V verpflichtet, der Zahlstelle bei laufend gezahlten Versorgungsbezügen unverzüglich mitzuteilen, ob eine Pflicht zur Einbehaltung des Beitrags für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen besteht.

Für das weitere Meldeverfahren gilt die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen herausgegebene „Verfahrensbeschreibung der Beitragsabführung zur Kranken- und Pflegeversicherung durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen (Zahlstellenverfahren)“ in der jeweils aktuellen Fassung.

8. Meldepflichten bei Arbeitseinkommen

Nach § 205 Nr. 3 SGB V haben Versicherungspflichtige ihrer Krankenkasse den Beginn, die Höhe sowie Veränderungen ihres Arbeitseinkommens mitzuteilen. Diese Meldepflicht gilt für die Versicherungspflichtigen, die entweder eine Rente oder Versorgungsbezüge beziehen. Sie ist nicht abhängig von der Art der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und gilt deshalb auch für diejenigen, die zum 01.04.2007 nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig werden. Entsprechendes gilt nach § 31 Nr. 3 KVLG 1989 auch für Versicherungspflichtige der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

§ 24 SGB IV **Säumniszuschlag**

(1) Für Beiträge und Beitragsvorschüsse, die der Zahlungspflichtige nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt hat, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag von eins vom Hundert des rückständigen, auf 50 EUR nach unten abgerundeten Betrages zu zahlen. Bei einem rückständigen Betrag unter 100 EUR ist der Säumniszuschlag nicht zu erheben, wenn dieser gesondert schriftlich anzufordern wäre.

(1a) Abweichend zu Abs. 1 haben freiwillig Versicherte und Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches und nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte für Beiträge und Beitragsvorschüsse, mit denen sie länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag von fünf vom Hundert des rückständigen, auf 50 EUR nach unten abgerundeten Betrages zu zahlen.

(2) Wird eine Beitragsforderung durch Bescheid mit Wirkung für die Vergangenheit festgestellt, ist ein darauf entfallender Säumniszuschlag nicht zu erheben, soweit der Beitragsschuldner glaubhaft macht, dass er unverschuldet keine Kenntnis von der Zahlungspflicht hatte.

§ 227 SGB V **Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung und bisher nicht Versicherte**

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen gilt § 240 entsprechend.

§ 249 SGB V **Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung**

(1) Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 **und Nr. 13** versicherungspflichtig Beschäftigten und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte; den zusätzlichen Beitragssatz trägt der versicherungspflichtige Beschäftigte allein. **Bei geringfügiger Beschäftigung gilt § 249b.**

(2) Der Arbeitgeber trägt den Beitrag allein für Beschäftigte, soweit Beiträge für Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld zu zahlen sind.

§ 250 SGB V

Tragung der Beiträge durch das Mitglied

(1) und (2) ...

(3) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein.

§ 43 KVLG 1989

Beitragsberechnung für besondere Personengruppen

(1) und (2) ...

(3) Für die Berechnung versicherungspflichtiger Rückkehrer in die gesetzliche Krankenversicherung oder bisher nicht Versicherter gilt § 46 entsprechend.

§ 47 KVLG 1989

Tragung der Beiträge

(1) Vorbehaltlich des § 48 tragen versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder sowie die in § 23 Abs. 1 genannten Antragsteller die Beiträge allein.

(2) Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragenden Beiträge allein.

§ 48 KVLG 1989

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) bis (5) ...

(6) Für Beiträge des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung gilt § 249b SGB V entsprechend.

(7) ...

§ 19 SGB XII

Leistungsberechtigte

(1) Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel dieses Buches ist Personen zu leisten, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, beschaffen können. Bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern sind das Einkommen und Vermögen beider Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam zu berücksichtigen; gehören minderjährige unverheiratete Kinder dem Haushalt ihrer Eltern oder eines Elternteils an und können sie den notwendigen Lebensunterhalt aus ihrem Einkommen und Vermögen nicht beschaffen, sind auch das Einkommen und das Vermögen der Eltern oder des Elternteils gemeinsam zu berücksichtigen.

(2) bis (6) ...

§ 32 SGB XII

Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

(1) Für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, für Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches und des § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie für Rentenantragsteller, die nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten, werden die Krankenversicherungsbeiträge übernommen, soweit die genannten Personen die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllen. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden. Bei Pflichtversicherten im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches, die die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, sind die Beiträge auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an diese zu zahlen; die Leistungsberechtigten sind hiervon sowie von einer Verpflichtung nach § 19 Abs. 5 schriftlich zu unterrichten. Die Anforderung der Krankenkasse nach Satz 4 hat einen Nachweis darüber zu enthalten, dass eine zweckentsprechende Verwendung der Leistungen für Beiträge durch den Leistungsberechtigten nicht gesichert ist.

(2) Für freiwillig Versicherte im Sinne des § 9 des Fünften Buches können Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, soweit die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 erfüllt werden. Zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung werden solche Beiträge übernommen, wenn Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist. § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 ist insoweit nicht anzuwenden.

(3) Die Übernahme der Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 umfasst bei Versicherten nach dem Fünften Buch auch den Zusatzbeitrag nach § 242 des Fünften Buches.

(4) Soweit nach den Absätzen 1 und 2 Krankenversicherungsbeiträge **oder Aufwendungen für die Krankenversicherung** übernommen werden, werden auch die damit zusammenhängenden Beiträge zur Pflegeversicherung übernommen.

(5) ...

1. Allgemeines

Die Beiträge, die auf Grund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu zahlen sind, werden nach einem Beitragssatz von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben, die jedoch nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt wird. Beitragsbemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen. Soweit gelten für diesen Personenkreis keine Besonderheiten im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung.

Durch den neu eingeführten § 227 SGB V und die Ergänzung des § 57 Abs. 1 SGB XI um den Verweis auf § 227 SGB V bestimmt der Gesetzgeber, dass für die Beitragsbemessung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder § 240 SGB V Anwendung findet. Das bedeutet, die Grundsätze der Beitragsbemessung für freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind zu beachten, insbesondere sind Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen zu berücksichtigen, wenn der Versicherte einer Personengruppe angehört, für die nach § 240 Abs. 4 SGB V die Beitragsberechnung nach einer solchen Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vorgesehen ist. Ferner ist auch die zu § 240 SGB V ergangene oder ergehende Rechtsprechung bei der Beitragsbemessung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder anzuwenden.

Für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 gelten nach § 43 Abs. 3 in Verb. mit § 46 KVLG 1989 für die Beitragsbemessung die Regelungen für freiwillig Versicherte in § 240 SGB V entsprechend. Die Höhe der Beiträge wird unter Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V nach Beitragsklassen festgesetzt. Hinsichtlich der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und aus Versorgungsbezügen gelten die Regelungen des § 39 Abs. 2 und 3 sowie § 48 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 KVLG 1989 entsprechend.

2. Beitragssatz

2.1 Krankenversicherung

2.1.1 Allgemeines

Die Beiträge sind nach einem Beitragssatz zu erheben, der in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzung festgelegt wird. Abhängig von der Zuordnung des Versicherten zu einem bestimmten Personenkreis und unter Berücksichtigung der jeweiligen Einkommensart berechnen sich die Beiträge

- nach dem allgemeinen Beitragssatz,
- nach dem erhöhten Beitragssatz,
- nach dem ermäßigten Beitragssatz.

Für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V maßgebend, soweit in den folgenden Ausführungen nichts Abweichendes beschrieben ist.

Darüber hinaus ist von allen beitragspflichtigen Einnahmen der zusätzliche Beitragssatz nach § 241a SGB V in Höhe von 0,9 v. H. zu erheben. Die Ausführungen in dem „Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 26.04.2005 zum zusätzlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung“ gelten entsprechend.

2.1.2 Beitragssatz bei Arbeitsentgelt

Sofern Arbeitnehmer in ihrer mehr als geringfügig entlohten Beschäftigung nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig sind, aber auf Grund der Neuregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V der Versicherungspflicht unterliegen, sind, abweichend von dem unter Ziffer 2.1.1 genannten Grundsatz, die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt mit dem allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V) zu erheben, soweit bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens 6 Wochen ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht. Abweichend davon sind die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt mit dem erhöhten Beitragssatz (§ 242 SGB V) zu erheben, soweit bei Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht für mindestens 6 Wochen besteht.

2.1.3 Beitragssatz bei Renten und Versorgungsbezügen

Für die Berechnung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung gilt der allgemeine Beitragssatz nach § 247 Abs. 1 SGB V und für die Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1, 2, 3 und 5 SGB V der allgemeine Beitragssatz nach § 248 Satz 1 und 2 SGB V der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht. Beitragsatzveränderungen der Krankenkasse wirken auf die Beitragsbemessung jeweils vom ersten Tag des dritten auf die Beitragssatzveränderung folgenden Kalendermonats (§ 247 Abs. 1 Satz 2 SGB V und § 248 Satz 1 in Verb. mit § 247 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Für pflichtversicherte Mitglieder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse sind die Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und aus den vorbezeichneten Versorgungsbezügen nach dem jeweils zum 1. März eines Jahres festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen für die Zeit vom 1. Juli des laufenden Kalen-

derjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres zu berechnen (§ 39 Abs. 3, § 45 Abs. 2 KVLG 1989).

Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, kommt die Hälfte des nach § 247 Abs. 1 SGB V maßgeblichen allgemeinen Beitragssatzes der zuständigen Krankenkasse bzw. bei pflichtversicherten Mitgliedern einer landwirtschaftlichen Krankenkasse die Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen zur Anwendung (§ 248 Satz 2 SGB V, § 39 Abs. 2, § 45 Abs. 2 KVLG 1989).

2.1.4 Beitragssatz bei Arbeitseinkommen aus nicht hauptberuflicher selbständiger Tätigkeit

Die Beiträge der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen aus der Einnahmeart Arbeitseinkommen sind unter Berücksichtigung des allgemeinen Beitragssatzes zu erheben (§ 240 Abs. 2 Satz 3 in Verb. mit § 247 Abs. 1 und § 248 SGB V), wenn es neben einer Rente oder eines Versorgungsbezuges erzielt wird. Andernfalls ist der ermäßigte Beitragssatz maßgebend. Zum Arbeitseinkommen im Sinne der Regelung des § 240 Abs. 2 Satz 3 in Verb. mit § 248 SGB V zählt nur das Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbständigen Tätigkeit.

2.1.5 Beitragssatz bei Arbeitseinkommen aus hauptberuflicher selbständiger Tätigkeit

Für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt für die aus dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge der ermäßigte Beitragssatz.

Eine zusätzliche Absicherung im Krankheitsfall über Krankengeld und damit die Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes kommt nicht in Betracht, da für diesen Personenkreis der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen ist (§ 44 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

2.2 Pflegeversicherung

Für die Bemessung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung gilt § 55 SGB XI uneingeschränkt. Dies gilt insbesondere auch für den Beitragszuschlag für Kinderlose in der sozialen Pflegeversicherung (§ 55 Abs. 3 SGB XI); vgl. hierzu „Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 03.12.2004 zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinderberücksichtigungsgesetz – KiBG)“. Der Beitragssatz beträgt somit grundsätzlich 1,7 v. H. und der Beitragszuschlag 0,25 Beitragssatzpunkte.

3. Beitragstragung

3.1 Allgemeines

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Mitglieder tragen ihre Beiträge im Allgemeinen allein (§ 250 Abs. 3 SGB V, § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Der Versicherte bleibt auch dann Beitragsschuldner, wenn die Beiträge von Dritten, z.B. von Sozialhilfeträgern auf Grund des § 32 SGB XII übernommen werden. Entsprechendes gilt für die landwirtschaftliche Krankenversicherung (§§ 47, 48 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989).

Der sich aus dem zusätzlichen Beitragssatz nach § 241a SGB V ergebende Beitragsanteil und der ggf. zu zahlende Beitragszuschlag in der sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 SGB XI ist ebenfalls vom Versicherten allein zu tragen.

3.2 Beitragstragung aus dem Arbeitsentgelt

Sofern der Krankenversicherungsbeitrag eines im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nach dem Arbeitsentgelt zu bemessen ist, das nicht aus einer geringfügigen entlohnenden Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV resultiert, tragen der Versicherte und der Arbeitgeber den Beitrag je zur Hälfte (§ 250 Abs. 3 SGB V). Dies gilt grundsätzlich auch für die Beiträge zur Pflegeversicherung (§ 58 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 SGB XI).

3.3 Beitragstragung aus dem Arbeitsentgelt geringfügig entlohnter Beschäftigter

Für geringfügig entlohnte Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV gelten die besonderen Beitragsregelungen des § 249b SGB V. Danach trägt der Arbeitgeber die pauschalen Krankenversicherungsbeiträge allein. Dies gilt gleichermaßen für die Personen, die bisher über keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen, eine geringfügige Beschäftigung ausüben und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig werden.

3.4 Beitragstragung aus der gesetzlichen Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

3.4.1 Rente

Die Regelung des § 249a SGB V über die Tragung der Krankenversicherungsbeiträge unterscheidet nicht nach welcher Vorschrift Versicherungspflicht für den Rentenbezieher vorliegt. Der Rentenversicherungsträger hat demnach auch für Versicherungspflichtige nach § 5

Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Hälfte des nach der Rente zu bemessenden Krankenversicherungsbeitrags zu tragen.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung, die aus der Rente zu zahlen sind, hat dagegen der Versicherungspflichtige einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Abs. 3 SGB XI in voller Höhe allein zu tragen (vgl. § 59 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB XI).

3.4.2 Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen

Die Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nach § 250 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB V ausschließlich von den Versicherungspflichtigen zu tragen. Dies gilt somit auch für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind vom Versicherungspflichtigen einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Abs. 3 SGB XI in voller Höhe allein zu tragen (§ 59 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz SGB XI in Verb. mit § 250 Abs. 1 SGB V). Dies gilt nach § 59 Abs. 1 Satz 2 SGB XI auch für Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte.

4. Beitragszahlung

4.1 Allgemeines

Nach § 252 Satz 1 SGB V sind die Beiträge, soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Gleiches gilt für die Pflegeversicherung nach § 60 SGB XI. D.h., dass Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Beiträge grundsätzlich allein zahlen, da diese auch von ihnen allein getragen werden. Entsprechendes gilt für die landwirtschaftliche Krankenversicherung (§ 49 KVLG 1989).

4.2 Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

Die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Mitglieder werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte getragen (vgl. Ziffer 3.2). Demzufolge wären prinzipiell die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung durch den Tatbestand des Eintretens der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V im Wege des üblichen Verfahrens durch den Arbeitgeber an die Einzugsstelle abzuführen. Die Regelungen über die Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags im Rahmen der §§ 28d bis 28n SGB IV finden hier allerdings keine Anwendung. Der Gesetzgeber hat mit der Neuregelung des § 227 SGB V eindeutig bestimmt, dass die Regelungen des § 240 SGB V

(§ 57 Abs. 1 SGB XI in Verb. mit § 240 SGB V) für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen anzuwenden sind. Diese bewegen sich gänzlich außerhalb der Rechtsnormen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Dies hat zur Folge, dass der Arbeitgeber nur seine Beitragsanteile zur Kranken- und Pflegeversicherung zahlt und der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtige für diese ebenso wie für die von ihm zu tragenden Teile Beitragsschuldner ist.

Es ist daher der gesamte Betrag vom Versicherten an die Krankenkasse zu zahlen. Der Arbeitgeber zahlt die sich aus dem Arbeitsentgelt ergebenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung daher wie einen Beitragszuschuss für einen Beschäftigten (vgl. § 257 SGB V, § 61 SGB XI) an den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen aus.

4.3 Beitragszahlung aus Rente

Die Rentenversicherungsträger sind nach § 255 Abs. 1 SGB V verpflichtet, die Krankenversicherungsbeiträge nach dem allgemeinen und dem zusätzlichen Beitragssatz von den Renten und Rentennachzahlungen der Rentenbezieher einzubehalten und an die Deutsche Rentenversicherung Bund für den Risikostrukturausgleich (§§ 266 ff. SGB V) zu zahlen. Dies gilt unabhängig davon, nach welcher Vorschrift die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung besteht. Die Beiträge für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherungspflichtigen sind vom Rentenversicherungsträger bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (§ 50 Abs. 1 KVLG 1989).

Hinsichtlich der Beitragszahlung zur sozialen Pflegeversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gilt § 255 SGB V entsprechend (§ 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen gelten keine Besonderheiten; maßgebend sind die Ausführungen in dem „Gemeinamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner“ in der aktuellen Fassung.

4.4 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

Sofern die Krankenkasse der Zahlstelle mitteilt, dass die Zahlstelle die Beiträge abzuführen hat, hat die Zahlstelle der Versorgungsbezüge die Beiträge zu ermitteln, von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen (§ 256 Abs. 1 SGB V). Die Zahlstelle hat auch in diesem Fall den zusätzlichen Beitrag nach § 241a SGB V sowie die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (einschließlich des Beitragszuschlags Kinderloser) einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Beiträge, die die

Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 aus Versorgungsbezügen zu zahlen haben, sind von den Zahlstellen der Versorgungsbezüge einzubehalten und an die zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen; § 255 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 SGB V gilt (§ 50 Abs. 2 KVLG 1989).

4.5 Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger

Die neu eingeführte Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V haben die Anpassung der Vorschrift für die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen erforderlich gemacht. Dies gilt entsprechend für die Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989.

Die Erweiterung des § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB XII sieht die Beitragsübernahme für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen vor. Dabei ist die Abgrenzung, ob es sich bei dem Versicherten um einen erwerbsfähigen oder nicht erwerbsfähigen Hilfebedürftigen handelt, nicht zu berücksichtigen. Danach sind von den Trägern der Sozialhilfe die Pflichtbeiträge für Personen zu übernehmen, die unabhängig von den auf Grund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 zu zahlenden Pflichtbeiträgen hilfebedürftig sind. Dies gilt auch für den zu zahlenden Zusatzbeitrag nach § 241a SGB V.

Ferner sind diese Pflichtbeiträge in dem zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit erforderlichen Umfang für Personen zu übernehmen, die nur durch die Zahlung der Pflichtbeiträge hilfebedürftig werden (§ 32 Abs. 1 Satz 3 SGB XII). Ergänzend wird in den Fällen, in denen der Träger der Sozialhilfe nur Pflichtbeiträge übernimmt und keine weiteren Leistungen gewährt, die Möglichkeit geschaffen, dass ein Träger der Sozialhilfe auf Anforderung der jeweiligen Krankenkasse die Pflichtbeiträge in voller Höhe und unmittelbar an die Krankenkasse zahlt, weil eine nach dem SGB XII leistungsberechtigte Person ihrer Zahlungsverpflichtung nachweisbar nicht nachkommt und deshalb Beitragsschulden aufgelaufen sind. Dies ist regelmäßig dann anzunehmen, wenn der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtige bereits einen Beitrag auf Grund der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eingetretenen Versicherungspflicht bis zum Fälligkeitstag nicht gezahlt hat, demzufolge dieser Betrag daher angemahnt werden musste und darüber hinaus aus dem Formular „Anzeige zur Pflichtversicherung“ Hinweise zu entnehmen sind, die darauf schließen, dass es sich um einen Leistungsberechtigten nach § 19 Abs. 1 SGB XII handeln könnte. Zur Vermeidung weiterer Beitragsrückstände ist nach der ersten Zahlungsaufforderung der Träger der Sozialhilfe aufzufordern, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge direkt an die jeweilige Krankenkasse zu zahlen (vgl. Anlage 2). Dabei ist dem nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen eine angemessene Frist zur Zahlung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge einzuräumen. Der Aufforderung durch die Krankenkasse ist eine Kopie der Zahlungsaufforderung

beizufügen. Die Leistungsberechtigten sind hiervon und von der Verpflichtung, einen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit von ihnen selbst zu tragenden Anteil am Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag dem Sozialhilfeträger zurückzuzahlen, schriftlich durch den Sozialhilfeträger zu unterrichten.

Soweit die Krankenversicherungsbeiträge übernommen werden, werden auch die damit zusammenhängenden Pflegeversicherungsbeiträge (Beitrag und Beitragszuschlag für Kinderlose) übernommen (§ 32 Abs. 3 SGB XII).

Die Beitragsübernahme nach § 32 SGB XII schließt die Zahlung evtl. angefallener Säumniszuschläge und Mahngebühren mit ein.

4.5.1 Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger bei verspäteter Anzeige der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI beginnt, sobald die im Gesetz genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Mit Eintritt der Versicherungspflicht beginnt auch die Mitgliedschaft bei der zuständigen Krankenkasse und damit einhergehend die Beitragspflicht. Hat der Versicherte allein zu vertreten, dass die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durch verspätete Anzeige rückwirkend, ggf. über Monate und Jahre, zustande kam und sind dadurch erhebliche Beitragsrückstände entstanden, bleibt für eine beitragsrechtliche Begünstigung kein Raum. Da der Versicherte in diesen Fällen u. a. seiner Zahlungsverpflichtung nicht nachgekommen ist, besteht die widerlegbare Vermutung, dass es sich in diesen Fällen um einen Leistungsberechtigten im Sinne des § 19 Abs. 1 SGB XII handelt und eine Leistungsverpflichtung des Sozialhilfeträgers nach § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB XII oder § 32 Abs. 1 Satz 3 SGB XII gegeben ist. Auch in diesen Fällen ist der Sozialhilfeträger aufzufordern, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht nur für die Zukunft zu übernehmen, sondern auch die bisherigen rückständigen Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Säumniszuschläge zu zahlen. Dazu ist es notwendig, die ausstehenden Beiträge im Rahmen des Mahnverfahrens geltend zu machen.

5. Säumniszuschläge

Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 haben für Beiträge, mit denen sie lediglich einen Monat säumig sind, für diesen angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von 1 v. H. des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten abgerundeten Beitrags zu zahlen (§ 24 Abs. 1 SGB IV).

Nach § 24 Abs. 1a SGB IV haben u. a. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 Versicherungspflichtigen für Beiträge und Beitragsvorschüsse, mit denen sie länger als einen Monat säumig sind, für jeden weiteren angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von 5 v. H. des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten abgerundeten Beitrags zu zahlen. Dieser Neuregelung liegt die Überlegung zugrunde, dass durch die fehlende Ausschlussmöglichkeit bei Nichtzahlung der Beiträge dies mit einem höheren Säumniszuschlag sanktioniert werden muss und Einnahmeausfälle somit kompensiert werden sollen.

Die besondere Säumniszuschlagsregelung des § 24 Abs. 1a in Verb. mit Abs. 1 SGB IV gilt für alle nach dem 31.03.2007 fällig werdenden Beiträge. D.h., dass für alle Beitragsansprüche der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen die neue Säumniszuschlagsregelung anzuwenden ist.

Beispiel:

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung betragen insgesamt 500,00 EUR und sind ab Sollmonat April 2007 säumig. Der Fälligkeitstag ist nach der Satzung der Krankenkasse der 15. des Monats für die Beiträge des Vormonats.

April 2007	Mai 2007	Juni 2007	Juli 2007
1 % von 500,00 EUR	SZ*) 16.05.2007 5,00 EUR (April 2007)		
5 % von 500,00 EUR	1 % von 500,00 EUR		
		SZ*) 16.06.2007 25,00 EUR (April 2007) 5,00 EUR (Mai 2007)	
5 % von 500,00 EUR	5 % von 500,00 EUR	1 % von 500,00 EUR	SZ*) 17.07.2007 25,00 EUR (April 2007) 25,00 EUR (Mai 2007) 5,00 EUR (Juni 2007)

*) Säumniszuschläge

6. Verspätete Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, soweit die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorliegen. Mit dem Beginn der Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V (§ 49 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) korrespondiert auch die Beitragspflicht nach § 223 Abs. 1 SGB V und § 54 Abs. 2 Satz 2 SGB XI. Wird die Mitgliedschaft erst längere Zeit nach ihrem eigentlichen Beginn angezeigt, sind die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit der Mitgliedschaft grundsätzlich nachzuzahlen.

Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht zeitnah bei Beginn an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann (§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V). Dabei sind folgende Eckpunkte bei dieser in der Satzung zu treffenden Härtefallregelung zu berücksichtigen:

a) Die beitragsrechtliche Begünstigung erfasst allein Versicherte, die das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht unverschuldet („... Gründe, die er nicht zu vertreten hat...“) zu spät anzeigen. Den Nachweis des „Unverschuldetseins“ hat der Versicherte, der sich hierauf beruft, zu führen. Allein der Hinweis auf die Unkenntnis der neuen Regelung oder ein Fehlverhalten, das nicht durch falsche oder irreführende Auskunft der Krankenkasse verursacht ist, kann wegen des Grundsatzes der formellen Publizität von Gesetzen (Gesetze gelten mit ihrer Verkündung im maßgeblichen Gesetz- und Verordnungsblatt als allen Normadressaten bekannt gegeben) nicht als unverschuldet im vorgenannten Sinne gewertet werden.

b) Für die Ermäßigung, Stundung oder Nichterhebung der nachzuzahlenden Beiträge sind die zu § 76 Abs. 2 und 4 SGB IV entwickelten Grundsätze sinngemäß anzuwenden. Ergänzend hierzu ist die Erklärung des Versicherten über die Nichtinanspruchnahme von Leistungen bzw. der Verzicht auf die Einreichung von Rechnungen für den in Rede stehenden Zeitraum unverzichtbarer Bestandteil einer Ermäßigungsregelung.

c) Eine beitragsrechtliche Begünstigung ist durch die Satzung auszuschließen, wenn zum Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen eine Mustersatzungsregelung, die diesem Rundschreiben als Anlage beigelegt ist (vgl. Anlage 3).

1. Angaben zur Person

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland*)

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung		<input type="checkbox"/> Familienversicherung
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert		<input type="checkbox"/> Privatversichert
vom	bis	Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert ☐ ja ☐ ist mir nicht bekannt**)

2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z.B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? _____

*) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ auszufüllen.

**) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen.

3. Ergänzende Angaben

3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit _____ in Deutschland ***).

3.2 Ich bin am _____ aus _____ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt ***).

3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/-versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ☐ ja ☐ nein

3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten ☐ ja ☐ nein
Ich bin am _____ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).
Grund: _____

***) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z.B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbständiger)

Ich bin (tätig als):	Ich war zuletzt (tätig als):
Wenn Arbeitnehmer: Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

5. Regelmäßige monatliche Einnahmen (bitte Nachweis z.B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, letzten Steuerbescheid beilegen)

Einnahmen/Einkommen aus	Selbständiger Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlg.	Miete, Pacht Zinsen	Rente, Pension	Sonst. Einnahmen

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, (Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung): _____

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und wem gegenüber: _____

6. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut (Zweigstelle) und Ort	
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters	Wird von der Krankenkasse ausgefüllt Voraussetzungen erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherungsbeginn: Monatlicher Beitrag:
-------	---	--

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:
Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nr. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mailadresse ist freiwillig

Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit/Familienstand
---	--	-----------------------------------

1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht? ☐ ja ☐ nein

2. Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche: _____

3. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)

Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor?*)
 (bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

*) Hinweis für die Krankenkasse: Maßgebend in den Fällen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

4. Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 2 und 3 verfügen

4.1 Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor?
 (bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

4.2 Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung
 des Lebensunterhalts? ☐ ja ☐ nein

4.3 Wurde ein Asylantrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

4.4 Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?
 Wenn nein, weshalb: _____ ☐ ja ☐ nein

Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 52a SGB V und § 33a SGB XI

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherungen in einer Versicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI (Familienversicherung) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für mich und meine *familienversicherten Angehörigen**) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind der Krankenkasse bzw. Pflegekasse gemäß § 50 SGB X zu erstatten.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Ort, Datum _____	Unterschrift des Mitglieds _____ Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben.	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen _____ Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.
------------------	--	--

Ergänzende Datenschutzhinweise (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses sowie eines etwaigen Leistungsausschlusses (§§ 10, 52a, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 33a SGB XI) zu erheben.

1. Angaben zur Person

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland*)

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung		<input type="checkbox"/> Familienversicherung
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert		<input type="checkbox"/> Privatversichert
vom	bis	Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert ☐ ja ☐ ist mir nicht bekannt**)

2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z.B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? _____

*) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ auszufüllen.

**) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen.

3. Ergänzende Angaben

3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit _____ in Deutschland ***).

3.2 Ich bin am _____ aus _____ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt ***).

3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/-versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ☐ ja ☐ nein

3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten ☐ ja ☐ nein
Ich bin am _____ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).
Grund: _____

***) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z.B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbständiger)

Ich bin (tätig als):	Ich war zuletzt (tätig als):
Wenn Arbeitnehmer: Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

5. Regelmäßige monatliche Einnahmen (bitte Nachweis z.B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, letzten Steuerbescheid beilegen)

Einnahmen/Einkommen aus	Selbständiger Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlg.	Miete, Pacht Zinsen	Rente, Pension	Sonst. Einnahmen

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, (Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung): _____

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und wem gegenüber: _____

6. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut (Zweigstelle) und Ort	
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters	Wird von der Krankenkasse ausgefüllt Voraussetzungen erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Versicherungsbeginn: Monatlicher Beitrag:
-------	---	--

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:
Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mailadresse ist freiwillig

Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

Name, Vorname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit/Familienstand
---	--	-----------------------------------

1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht?

☐ ja ☐ nein

2. Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

3. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)

Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor?*)
(bitte Bescheinigung beifügen)

☐ ja ☐ nein

*) Hinweis für die Krankenkasse: Maßgebend in den Fällen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

4. Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 2 und 3 verfügen

4.1 Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor?
(bitte Bescheinigung beifügen)

☐ ja ☐ nein

4.2 Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts?

☐ ja ☐ nein

4.3 Wurde ein Asylantrag gestellt?

☐ ja ☐ nein

4.4 Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?
Wenn nein, weshalb: _____

☐ ja ☐ nein

Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 52a SGB V und § 33a SGB XI

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherungen in einer Versicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI (Familienversicherung) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für mich und meine *familienversicherten Angehörigen**) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind der Krankenkasse bzw. Pflegekasse gemäß § 50 SGB X zu erstatten.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben.

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Ergänzende Datenschutzhinweise (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses sowie eines etwaigen Leistungsausschlusses (§§ 10, 52a, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 33a SGB XI) zu erheben.

Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf
für _____, geb. _____**1. Angaben über die Eltern**

zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Name, Vorname des Vaters	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Name, Vorname der Mutter	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

2. Angaben zur eigenen Person:**a) früher geführte Namen**

b) Zeiten der Schulausbildung (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Schule (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

c) Zeiten der Erwerbstätigkeit (Erwerbsbiographie) (lückenlose Angabe ist erforderlich):

Eine Erwerbstätigkeit habe ich erstmalig aufgenommen (auch im Ausland) am _____

Folgende Erwerbstätigkeiten wurden von mir ausgeübt:

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. Angaben zum Ehegatten

Verheiratet	vom _____ bis _____	mit (Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten) _____
-------------	---------------------	---

Während dieser Zeit war mein Ehegatte wie folgt erwerbstätig und krankenversichert (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Vorwahl/Rufnummer _____	Datum _____	Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters _____
-------------------------	-------------	--

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:

Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

[örtlicher Träger der Sozialhilfe]

**Beitragsübernahme nach § 32 Abs. 1 und Abs. 3 SGB XII für
Herr/Frau , geboren am:
Krankenversichertennummer:**

Sehr geehrte ,

Herr/Frau ist seit dem bei uns als Mitglied nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI pflichtversichert. Der Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung beträgt vom an monatlich EUR.

Mit der Zahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung befindet sich Herr/Frau im Rückstand. Den aktuellen Kontostand entnehmen Sie bitte der als Anlage beigegefü-
ten Mahnung. Diese Mahnung gilt als Nachweis nach § 32 Abs. 1 Satz 4 SGB XII.

Wir bitten Sie, entsprechend Ihrer Leistungsverpflichtung nach § 32 Abs. 1 und Abs. 3 SGB XII, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu übernehmen. Bitte bestätigen Sie uns dieses und überweisen Sie die Beiträge unter Angabe der Krankenversichertennummer auf eines unserer unten angegebenen Konten.

Entsprechung unserer Satzungsregelung werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI pflichtversicherten Mitglieder am [Satzungsregelung] fällig. Den rückständigen Betrag in Höhe von EUR überweisen Sie uns bitte innerhalb von Tagen. Der nächste reguläre Zahlungstermin ist der [Satzungsregelung].

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

[Absender]

[Empfänger - Krankenkasse]

Herr/Frau _____, geboren am:
Krankenversichertennummer:

Wir erklären uns bereit, die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB XI für Ihr oben genanntes Mitglied vom _____ an zu übernehmen. Die erste Zahlung erfolgt am _____.

Etwaige Veränderungen, die die Beitragsübernahme betreffen, werden wir Ihnen umgehend mitteilen.

Datum

Stempel, Unterschrift

Satzungsregelung nach § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V über die nichtvollständige Beitragserhebung bei unverschuldet verspäteter Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

„§ xx der Satzung

Stundung und Erhebung der von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
Versicherungspflichtigen nachzuzahlenden Beiträge

„Zeigt das Mitglied aus Gründen, die es nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach den in § 186 Abs. 11 Satz 1, 2 oder 3 SGB V genannten Zeitpunkten an, sind die nachzuzahlenden Beiträge auf Antrag

1. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 SGB IV zu stunden,
2. unter den in Satz 2 und 3 genannten Voraussetzungen <für die Zeit bis zum Beginn der Monats der Anzeige über das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht> auf den Betrag zu ermäßigen, der von freiwilligen Mitgliedern nach § 240 Abs. 4a SGB V zu zahlen ist,
3. unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB IVniederzuschlagen oder zu erlassen.

„Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst und das Mitglied erklärt, während dieses Zeitraums Leistungen für sich und seine nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen nicht in Anspruch genommen zu haben und auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung von bereits in Anspruch genommenen Leistungen verzichtet; die Erklärung bindet auch Dritte, insbesondere die in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer.“
„Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde.“

Begründung:

Die Versicherungspflicht der neuen Gruppe der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen (bislang Nichtversicherte) tritt kraft Gesetzes ein, wenn ihre Voraussetzungen erfüllt sind. Da die Krankenkasse hiervon aber nicht ohne Weiteres Kenntnis erhält (vor allem nicht beim erstmaligen Einsetzen der Versicherungspflicht zum 01.04.2007), müssen die Betroffenen der Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht anzeigen. Die Mitgliedschaft beginnt – auch bei nicht zeitnaher Anzeige – grundsätzlich mit dem ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (§ 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V). Mit dem Beginn der Mitgliedschaft korrespondiert auch die Beitragspflicht. Wird die Mitgliedschaft erst längere Zeit nach ihrem eigentlichen Beginn angezeigt, sind die Beiträge für die Zeit der Mitgliedschaft nachzuzahlen.

Damit die Nachzahlung bei unverschuldet verspäteter Anzeige nicht zu unbilligen Härten für die Betroffenen führt, hat die Satzung jeder Krankenkasse eine Regelung über die nichtvollständige Beitragserhebung zu treffen (§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V). Die vorliegende Satzungsregelung setzt diese Vorgabe um.

Der Anwendungsbereich der Regelung erfasst allein Versicherte, die das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht unverschuldet („... Gründen, die es [das Mitglied]

nicht zu vertreten hat...“) zu spät anzeigen. Den Nachweis des „Unverschuldetseins“ hat der Versicherte, der sich hierauf beruft, zu führen. Allein der Hinweis auf die Unkenntnis der neuen Regelung oder ein Fehlverhalten, das nicht durch falsche oder irreführende Auskunft der Krankenkasse verursacht ist, kann wegen des Grundsatzes der formellen Publizität von Gesetzen (Gesetze gelten mit ihrer Verkündung im maßgeblichen Gesetz- und Verordnungsblatt als allen Normadressaten bekannt gegeben) nicht als unverschuldet im vorgenannten Sinne gewertet werden.

Für die Stundung und die Nichterhebung (Niederschlagung, Erlass) der nachzuzahlenden Beiträge gelten die zu § 76 Abs. 2 SGB IV entwickelten Grundsätze entsprechend.

Für eine Ermäßigung des nachzuzahlenden Beitrags ist eine Erklärung des Versicherten über die Nichtinanspruchnahme von Leistungen bzw. der Verzicht auf die Einreichung von Rechnungen für den in Rede stehenden Zeitraum unverzichtbar. Eine Beitragsermäßigung ist ausgeschlossen, wenn bei Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bestand, dieses jedoch nicht ausgeübt wurde. Anderenfalls könnten sich Personen durch die verspätete Anzeige der Versicherungsvoraussetzungen erhebliche beitragsrechtliche Vorteile verschaffen; dies ist aus Gleichbehandlungsgründen nicht hinnehmbar.

Um zu verhindern, dass Anträge auf Ermäßigung der Beiträge auch von Personen gestellt werden, die die zeitlichen Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft nicht erfüllen, ist es sachgerecht, den Anwendungsbereich einzugrenzen und zeitlich an die Grenzen des § 9 Abs. 2 SGB V zu koppeln.

Die Beitragsermäßigung findet in dem Umfang statt, wie auch freiwilligen Mitgliedern im Rahmen der beitragsrechtlichen Anwartschaftsversicherung eine Reduzierung ihres Beitrags einzuräumen ist. Dies ist sachgerecht, weil auch die Anwartschaftsversicherten keine Leistungen in Anspruch nehmen können.

2. Gesetzliche Regelung § 186 Abs. 11 SGB V (gilt ab 01.04.2007)

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (10) ...

(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.

Auszug aus der Gesetzesbegründung:

Der Eintritt der Versicherungspflicht hat, unabhängig davon, ob Leistungen in Anspruch genommen worden sind, auch Beitragspflicht zur Folge. Wird das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht der nach § 174 Abs. 4¹ zuständigen Krankenkasse erst längere Zeit nach dem Eintritt der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall beziehungsweise, soweit die am 1. April 2007 nicht Abgesicherten betroffen sind, längere Zeit nach diesem Zeitpunkt angezeigt, sind die seit dem gesetzlich festgelegten Eintritt der Versicherungspflicht entstandenen Beiträge daher nachzuentrichten. Im Gegenzug übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die in der Zwischenzeit in Anspruch genommenen Leistungen. Durch Satz 4 der Neuregelung soll vermieden werden, dass diese Nachzahlungspflicht bei unverschuldet verspäteter Anzeige zu unbilligen Härten für die Betroffenen führt. Eine Ermäßigung oder Nichterhebung der nachzuentrichtenden Beiträge wird insbesondere dann in Betracht kommen, wenn die Betroffenen in der Zwischenzeit keine Leistungen oder nur Leistungen in geringem Umfang in Anspruch genommen haben.

¹ jetzt § 174 Abs. 5 SGB V