

Krankenversicherungsschutz für Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit: Private Krankenversicherung und anderweitige Absicherungen im Krankheitsfall (Skript von Claudia Mehlhorn zur Veranstaltung am 16.6.21 in Berlin)

Die Komplexität des deutschen Versicherungssystems verursacht, dass viele Neu- (Zugewanderte) trotz der Versicherungspflicht über keinen (adäquaten) Versicherungsschutz verfügen. Das Seminar behandelt das Thema des Zugangs zur privaten Krankenversicherung und stellt anderweitige Versicherungsmöglichkeiten dar. Besondere Probleme beim Zugang für Selbständige werden erläutert.

Absicherungssystem in Deutschland Übersicht

1. Basics: Ein paar Begriffe aus der PKV. Wo ist die PKV gesetzlich geregelt? Greift das Sozialrecht? Welche Gerichte sind zuständig bei Streitigkeiten? Gibt es Rechtsmittel (Widerspruch möglich)? Wer hilft vorgerichtlich?
2. Wer gehört in die PKV? PKV für alle, die in der GKV keinen Zugang haben?
3. Zugang nur bei gewöhnlichem Aufenthalt (gA) oder Wohnsitznahme; bedarf es einer einwohneramtlichen Meldung (EMA)?
4. Pflicht zur Versicherung seit dem 1.1.09 – keine Pflichtversicherung, die kraft Gesetz entsteht
5. Wann und warum muss man Beiträge (= Prämien) nachzahlen, sog. Prämienzuschläge?
6. Kontrahierungszwang (= Aufnahmeverpflichtung) seit dem 1.1.09 – muss die PKV jeden nehmen?
7. Verträge in der PKV. Normaltarife, Standardtarif (ST), Basistarif (BT), Notlagentarif (NLT)
8. Keine Familienversicherung wie in der GKV. Wie ist die Mitversicherung für Angehörige geregelt?
9. Wieviel kostet die PKV?
10. Was passiert, wenn man den lfd. Beitrag nicht zahlt bzw. die Nachzahlung nicht entrichtet?
11. Kann die PKV einen kündigen?
12. Kann man selber die PKV kündigen?
13. Wechsel von der PKV in die GKV
14. Wie kann man ggf. abgesichert werden, wenn einen weder die GKV noch die PKV nimmt
15. Was versteht man unter „anderweitiger Absicherung im Krankheitsfall“?
16. Bekommt man über das Sozialamt eine Versicherung?

Zu 1. Basics: Ein paar Begriffe aus der PKV. Wo ist die PKV gesetzlich geregelt? Greift das Sozialrecht? Welche Gerichte sind zuständig bei Streitigkeiten? Gibt es Rechtsmittel (Widerspruch möglich)? Wer hilft vorgerichtlich?

Die PKV ist nicht im Sozialrecht verortet, sondern im privaten Vertragsrecht. Wenn die PKV einen aufgenommen hat, geschieht dies über das Zustandekommen eines Vertrags nach dem BGB. Daher erfolgt eine Aufnahme in der PKV nicht rückwirkend, sondern ab Zustandekommen des Vertrags, frühestens mit dem Tag der Antragstellung.

Gesetzlich greifen außer den allgemeinen Vertragsvorschriften des BGB das Versicherungsvertragsgesetz (VVG, dort die §§ 192 bis 208) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG, dort die §§ 152 (Basistarif BT) und 143 (Notlagentarif NLT).

Dazu gibt es noch die AVB (allgemeinen Vertragsbedingungen) und MB (Musterbedingungen) – das sind so eine Art „Ausführungsvorschriften“ zum VVG und VAG. Für die KV in der PKV gibt es aktuell die MB-KK 2009:

https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/b_Wissen/PDF/2019-02_mb-kk-2009.pdf

Es gibt in Deutschland (D) ungefähr halb so viele private Krankenkassen (KKen) wie gesetzliche KKen. Hier:

<https://www.krankenkassenzentrale.de/liste/private-krankenversicherungen>

gibt es ganz unten auf der Seite eine Übersicht der privaten Krankenkassen in Deutschland. 2021 sind es 43, einige sind nur regional ansässig. Fälschlich tauchen in dieser Liste auch die KVB (Krankenversorgung der Bahnbeamten) und die PBeaKK (Postbeamtenkrankenkasse) auf, die zu den Sondersystemen gehören und eben keine privaten Krankenkassen sind.

Nur die KKen in dieser Übersicht sind KKen, die private Vollversicherungen anbieten, die der Pflicht zur Versicherung in D genügen!

Manche Begriffe sind in der PKV anders als in der GKV:

VN (Versicherungsnehmer = diejenigen, die den Vertrag unterschrieben haben) sind vergleichbar den Mitgliedern in der GKV

VP (versicherte Person) sind Personen, die im Vertrag des VN mitversichert sind

VR (Versicherer) ist die PKV-Kasse

Prämie ist vergleichbar dem Beitrag in der GKV

Vertrag ist vergleichbar der Mitgliedschaft in der GKV

Ich finde das Versicherungslexikon auf der Website der DKV ganz hilfreich:

<https://www.dkv.com/produkte-versicherungslexikon.html?lex=V>

Bei Streitigkeiten sind daher auch nicht die Sozialgerichte zuständig (Ausnahme: Fälle aus der privaten Pflegeversicherung (PPV) – für die sind die Sozialgerichte zuständig, weil die PPV genau wie die soziale Pflegeversicherung (SPV) im SGB XI geregelt ist), sondern die Zivilgerichte (Amtsgericht, Landgericht, Oberlandesgerichte und der BGH). Je nach Höhe des Streitwertes erfolgt die Zuordnung. Da es bei der Aufnahme in die PKV i.d.R. um einen relativ hohen Streitwert geht, sind meist gleich die Landgerichte zuständig. Dort herrscht Anwaltszwang und es fallen auch – im Gegensatz zu den Sozialgerichten – Gerichtskosten an.

Das Rechtsmittel des Widerspruchs (oder im Finanzrecht des Einspruchs) ist nicht vorgesehen. Man kann sich zwar gegen eine ablehnende Entscheidung der PKV „verwehren“,

aber die PKV muss sich damit noch nicht einmal auseinandersetzen; es genügt ggf. ein Zweizeiler, dass es bei der Entscheidung verbleibt. Dann gibt es entweder die Möglichkeit der Klage oder aber man schaltet den PKV-Ombudsmann ein. Das Büro ist für alle privaten Versicherungsträger für KV und PV zuständig und sitzt zentral für ganz Deutschland in 10117 Berlin, Unter den Linden 21. Die Ombudsstelle wurde von den PKV-Unternehmen in 2001 gegründet, um den Versicherten die Möglichkeit zu bieten, Meinungsverschiedenheiten einvernehmlich und ohne gerichtliche Auseinandersetzung zu schlichten.

Die Bedingungen, unter denen die Tätigkeit des Ombudsmannes erfolgt, sind im Statut geregelt: <https://www.pkv-ombudsmann.de/schlichtungsverfahren/statut/>. Die Beratung dort ist kostenlos und erfolgt nur telefonisch (Tel. 0800 255 0 444, Mo-Do 9-17.00, Fr. 9-16.00) oder schriftlich (Postfach 06 02 22, 10052 Berlin oder Fax: 030-20 45 89 31, Email: ombudsmann@pkv-ombudsmann.de oder über das Kontaktformular auf der Website), eine persönliche Vorsprache ist nicht möglich.

Die Beschwerde – korrekt heißt es Schlichtungsantrag - muss schriftlich eingereicht werden, dazu gibt es auf der Website www.pkv-ombudsmann.de einen Online-Schlichtungsantrag: <https://www.pkv-ombudsmann.de/schlichtungsverfahren/schlichtungsantrag-stellen/online-schlichtungsantrag/> der direkt am PC ausgefüllt werden kann.

Zu 2. Wer gehört in die PKV? PKV für alle, die in der GKV keinen Zugang haben?

Weit verbreitet ist die Ansicht, wer keinen Zugang hat zur GKV muss dann eben einen Vertrag in der PKV abschließen. Das ist nicht so! Der BGH stellt am 16.7.14 unter IV ZR 55/14 fest, dass es eine klare Systemtrennung zwischen GKV und PKV gibt. In die PKV gehören zuerst einmal alle unversicherten Menschen, die zuletzt in D oder in einem EU-Land in einer privaten Vollversicherung abgesichert waren („zuletzt gesetzlich versichert“). Private Zusatzversicherungen, Auslandskrankenversicherung und private Versicherungen in Drittstaaten führen nicht zur Zuordnung „zuletzt privat versichert“.

Gab es weder in D noch in einem EU-Land jemals eine Krankenversicherung, dann wird auf den Erwerbstatus geguckt: Alle Selbständigen (SELB) gehören dann in die PKV, ebenso Personen, die im Heimatland Beamte oder Soldaten waren. Alle anderen gehören grundsätzlich in die GKV, denn die PKV verlangt für eine Aufnahme „einen Bezug zur privaten Krankenversicherung“. Wer dann aus aufenthaltsrechtlichen Gründen keinen Zugang zur GKV hat (z.B. nichterwerbstätige Unionsbürger*innen), dem bleibt auch der Zugang zur PKV versperrt.

§ 193 VVG macht hinsichtlich des Aufenthaltsstatus keine konkreten Angaben. Die PKVen nehmen aber nur die Unionsbürger*innen und Drittstaatler*innen auf, die die Voraussetzungen im § 5 (11) SGB V erfüllen:

*„(11) 1Ausländer, 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. 2Angehörige 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. 3Bei 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.“

Bei Unionsbürger*innen ist das Freizügigkeitsrecht im Regelfall durch die **SELB** erfüllt. Wer allerdings in D SELB ist und nachweisen kann, dass im Heimatland zuletzt eine gesetzliche Versicherung bestanden hat (Formular E 104 oder S041), der gehört in die GKV, weil die Voraussetzung „zuletzt gesetzlich versichert“ erfüllt ist und daher § 5 (1) Nr. 13 Buchstabe a) SGB V greift.

Zu 3. Zugang nur bei gewöhnlichem Aufenthalt (gA) oder Wohnsitznahme; bedarf es einer einwohneramtlichen Meldung (EMA)?

In der Sozialversicherung regelt § 3 SGB IV, wer in die KV aufgenommen werden darf:

§ 3 SGB IV, Persönlicher und räumlicher Geltungsbereich

Die Vorschriften über die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung gelten,

1. soweit sie eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit voraussetzen, für alle Personen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs beschäftigt oder selbständig tätig sind,

*2. soweit sie eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit nicht voraussetzen, für alle Personen, die ihren **Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt** im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben.*

D.h., für den Zugang zur GKV ist entweder ein Wohnsitz oder ein gewöhnlicher Aufenthalt (gA) nötig (in der PKV ist gem. § 193 (3) VVG ein Wohnsitz nötig, ein gA reicht nicht aus). Mit Versicherungsberechtigung ist die freiwillige Versicherung gemeint.

Im § 30 SGB I sind Wohnsitz und gA geregelt:

§ 30 SGB I Geltungsbereich

(1) Die Vorschriften dieses Gesetzbuchs gelten für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben.

(2) Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben unberührt.

*(3) 1Einen **Wohnsitz** hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, daß er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. 2Den **gewöhnlichen Aufenthalt** hat jemand dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, daß er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.*

Daraus ergibt sich, dass für eine Wohnsitznahme auch eine Wohnung nötig ist (die Obdachlose nicht haben), allerdings ist „Wohnung“ im Melderecht (Bundesmeldegesetz, BMG) großzügig definiert:

§ 20 BMG, Begriff der Wohnung

„Wohnung im Sinne dieses Gesetzes ist jeder umschlossene Raum, der zum Wohnen oder Schlafen benutzt wird. Als Wohnung gilt auch die Unterkunft an Bord eines Schiffes der Marine. Wohnwagen und Wohnschiffe sind nur dann als Wohnungen anzusehen, wenn sie nicht oder nur gelegentlich fortbewegt werden.“

Dazu die Ausführungsvorschrift **„Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung des Bundesmeldegesetzes (BMGVwV)“**

„20 Zu § 20 Begriff der Wohnung

Unterkünfte an Bord eines Schiffes der Bundeswehr gelten als Wohnung. Zuständige Meldebehörde ist in diesen Fällen die Meldebehörde, in deren örtlicher Zuständigkeit der Heimathafen des Schiffes liegt.

Wohnmobile stehen Wohnwagen gleich.“

Eine einwohneramtliche Meldung (EMA) ist ein starkes Indiz für einen Wohnsitz. Aber es ist sowohl ein Wohnsitz ohne EMA möglich als auch eine EMA ohne Wohnsitz (Scheinanmeldung oder Anmeldung woanders als man wirklich wohnt). Im § 193 VVG ist für den Zugang zur PKV ein Wohnsitz ausdrückliche Voraussetzung:

„Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen ... eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten. ...“

Das bedeutet, dass ein PKV-Vertrag nur mit einer Wohnsitznahme zustande kommt. Die PKV-Unternehmen verlangen daher zwingend eine EMA.

Zu 4. Pflicht zur Versicherung seit dem 1.1.09 – keine Pflichtversicherung, die kraft Gesetz entsteht

Seit dem 1.4.07 besteht in D Versicherungspflicht für alle, die in die GKV gehören; seit dem 1.1.09 für alle, die in die PKV gehören. In der GKV entsteht eine Mitgliedschaft kraft Gesetz (§ 5 (1) Nr. 13 SGB V), die auch rückwirkend eintritt (frühestens ab dem 1.4.07). Da in der PKV ein Vertrag nach dem BGB entsteht, tritt die Mitgliedschaft dort nicht rückwirkend ein, sondern erst ab Zustandekommen des Vertrags.

Allerdings muss man für rückliegende Zeiträume „Strafbeiträge“ (= sog. Prämienzuschläge) entrichten wenn man der Pflicht, sich zu versichern, nicht rechtzeitig nachkommt (§ 193 (4) VVG). Einen Anspruch auf Leistungen hat man für diese rückliegenden Zeiten aber nicht, weil ja keine Mitgliedschaft zustande kommt. Es handelt sich daher um reine „Strafbeiträge“. Die Nachzahlungspflicht in der PKV beginnt frühestens ab dem 1.1.2009. Da der Vertrag erst aktuell zustande kommt, greifen auch keine Verjährungsregeln.

Zu 5. Wann und warum muss man Beiträge (= Prämien) nachzahlen, sog. Prämienzuschläge?

Prämienzuschläge müssen immer dann entrichtet werden, wenn man sich schon hätte früher versichern müssen, dies aber nicht getan hat, § 193 (4) VVG:

„(4) 1Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. 2Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. 3Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. 4Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. 5Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. 6Der gestundete Betrag ist zu verzinsen. 7Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. 8Dies gilt für bis zum 31. Juli 2013 abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.“

Zugrunde gelegt wird immer der Beitrag, den man bei Vertragsabschluss zu zahlen hat. Selbst bei einem Vertrag im BT und Bedürftigkeit nach SGB II oder XII, also Beitragshalbierung, werden in 2021 rund 9500,- fällig. Zahlt man die nicht, wird der Vertrag vom BT in den NLT umgestuft mit stark eingeschränkten Leistungen.

Der Prämienzuschlag soll den PKV-Unternehmen den „Schaden“ ersetzen, der ihnen entsteht, weil jemand eine zeitlang keine Beiträge gezahlt, aber sofort nach Vertragsbeginn einen vollen Leistungsanspruch hat. Er soll verhindern, dass Menschen sich erst dann versichern, wenn sie krank sind.

Zu 6. Kontrahierungszwang (= Aufnahmeverpflichtung) seit dem 1.1.09 – muss die PKV jeden nehmen?

Die PKV muss nur diejenigen aufnehmen, die einen Antrag im BT stellen und die der PKV zuzuordnen sind. Die, die der PKV zuzuordnen sind, müssen allerdings aufgenommen werden, was sich in der Praxis als ausgesprochen schwierig erweist. Für die PKV-Unternehmen sind alle Verträge im BT „ein rotes Tuch“; alle versuchen daher, das Zustandekommen dieser Verträge zu verhindern.

Die Bereiche „BT“ bei den PKV-Unternehmen sind vorsätzlich personell sehr dünn besetzt; daher dauert alles ewig, wenn überhaupt eine Bearbeitung erfolgt. Sehr beliebt ist das „Aussitzen“. Anträge werden nicht bearbeitet und bei Nachfragen werden die Unterlagen nicht gefunden. Schickt man dann alles erneut hin, bekommt man die Unterlagen zurück, weil irgendwo etwas nicht vollständig ausgefüllt ist, ein angeblich veraltetes Formular benutzt wurde, irgendwas fehlt etc. Die Devise der PKVen heißt „mürbe machen“, damit man es bei einem anderen Unternehmen versucht. Dort läuft es dann aber genauso ab.

Ich rate dringend, die Unterlagen auf mehreren Wegen parallel zu übersenden (Post, Fax, Email als pdf). Dann nur 1 Woche warten und dann wöchentlich per Fax nach dem Bearbeitungsstand fragen (und den Sendebericht als Beleg aufheben). Nur dann kann man

Schadensersatz für Antragsverschleppung geltend machen, wenn in diesem Zeitraum Kosten angefallen sind.

Zu 7. Verträge in der PKV. Normaltarife, Standardtarif (ST), Basistarif (BT), Notlagentarif (NLT)

Der Vertrag – und damit die Mitgliedschaft - beginnt immer erst ab Eingang der Vertragsunterlagen beim PKV-Unternehmen, **nicht rückwirkend** (§ 10 VVG i.V.m. § 2 MBKK 09). Nur in Ausnahmefällen lässt das VVG eine rückwirkende Versicherung zu (§ 2 VVG i.V.m. § 3 (5) MBKK 09). Das ist z.B. der Fall bei Neugeborenen, bei denen der Vertrag rückwirkend ab Geburt beginnt, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend erfolgt (sog. Kindernachversicherung gem. § 198 VVG).

Die meisten PKV-Unternehmen haben sogar sog. Annahmerichtlinien, nach denen der Vertrag immer erst zum 1. des Folgemonats des Antragsingangs beginnt. Dagegen kann man sich verwehren (das ist leider sehr mühsam) und auf einen Vertragsbeginn ab Antragstellung bestehen.

Jedes PKV-Unternehmen bietet Verträge in sog. **Normaltarifen** an. Die sind meist durch eine Buchstaben-Zahlenkombination gekennzeichnet. Die Leistungen, die dahinter stehen, sind bei allen PKV-Unternehmen unterschiedlich und daher sehr schwer vergleichbar. Je mehr Leistungen der Vertrag vorsieht, desto teurer wird es. In den Tarifbeschreibungen wird immer nur aufgeführt, welche Leistungen enthalten sind; nicht aber, welche Leistungen nicht enthalten sind. Dazu kann man sog. Selbstbehalte wählen, die den monatlichen Beitrag günstiger machen. Ein Selbstbehalt von z.B. 1000,- pro Jahr bedeutet aber, dass man in jedem Kalenderjahr alle anfallenden Rechnungen bis zur Höhe von 1000,- selber bezahlen muss, bevor die PKV mit den Erstattungen einsetzt.

Wer privat versichert ist, muss sich um die Abrechnung aller Kosten selber kümmern. Die Leistungserbringer*innen (Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Zahnärzt*innen, Krankenhäuser etc.) stellen den Patient*innen Rechnungen für die erbrachten Leistungen aus. Diese Rechnungen müssen dann bei der PKV eingereicht und bei den Leistungserbringer*innen bezahlt werden.

Neben Verträgen in den Normaltarifen gibt es Verträge im Standardtarif (ST), Basistarif (BT) und Notlagentarif (NLT). Der PKV-Verband hat eine gute Broschüre zu den Unterschieden in diesen 3 Tarifen herausgegeben:

„Alternativen in jeder Lebenslage – Optionen für PKV-Versicherte“. Die Broschüre kann unter

https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/c_Verband/PDF/2020-05_alternativen-in-jeder-lebenslage.pdf

kostenlos heruntergeladen werden.

Neue Verträge im **Standardtarif ST** konnten nur bis zum 31.12.2008 abgeschlossen werden. Seit dem 1.1.09 ist nur noch ein Wechsel aus einem anderen Tarif in den ST möglich und dies auch nur unter bestimmten Bedingungen. Der ST kann nicht ohne Selbstbehalt abgeschlossen werden (mind. 306,- pro Jahr).

Der **Basistarif BT** wurde zum 1.1.09 eingeführt – parallel mit der Pflicht zur Versicherung für alle unversicherten Menschen, die in die PKV gehören. Der BT ist hinsichtlich der Leistungen und der Beitragshöhe bei allen PKV-Unternehmen identisch. Die Leistungen entsprechen den Leistungen der GKV; der Beitrag ist auf den in der GKV zu zahlenden Höchstbeitrag begrenzt (in 2021 sind das 769,15 KV plus 73,77 PV). Bei Bedürftigkeit nach dem SGB II oder XII muss das PKV-Unternehmen den KV-Beitrag bei gleichen Leistungen halbieren (in 2021 dann max. 384,58 plus 73,77 PV). Die Aufnahmefreudigkeit von PKV-Unternehmen im BT hält sich daher sehr in Grenzen um es vorsichtig auszudrücken.

Nur bei Anträgen im BT sind die PKV-Unternehmen zur Aufnahme verpflichtet (wenn die sonstigen Voraussetzungen im § 193 VVG erfüllt sind). Bei Anträgen, die nicht explizit im BT gestellt werden, darf das PKV-Unternehmen die Aufnahme ablehnen. Im BT dürfen weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse verhängt werden. Es wird trotzdem bei Aufnahme ein Gesundheitsfragebogen verlangt; dazu auch ärztliche und zahnärztliche Untersuchungen. Werden diese Unterlagen nicht erbracht, erfolgt keine Aufnahme. Insbes. der selber auszufüllende Gesundheitsfragebogen sollte penibelst ausgefüllt werden mit allen Erkrankungen/Beschwerden, die vorliegen! Fällt im Nachhinein auf, dass dort Angaben „vergessen“ wurden, tritt das PKV-Unternehmen vom Vertrag zurück und man steht dann plötzlich ohne Versicherung da. In solchen Fällen muss dann aber jede andere PKV-Kasse wieder im BT aufnehmen.

Einen Vertrag im **Notlagentarif NLT** kann man nicht abschließen, sondern in den NLT wird man zwangsweise umgestuft, wenn man Beitragsrückstände angesammelt hat. Nach 2 Monaten Nichtzahlung und Mahnung durch die KK erfolgt die Verhängung des Leistungsruhens, die einhergeht mit der Umstufung in den NLT (§ 193 (6 und 7) VVG). Der Beitrag im NLT kostet zwischen 70,- und 120,- mtl. und sieht aber nur Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie alles bei Schwangerschaft und Mutterschaft vor. Die PKV-KKs sind da sehr rigoros – man muss ja weiterhin die Rechnungen einreichen, die dann einfach nicht mehr oder nur z.T. erstattet werden.

Ein 2. großes Problem ist die sog. **Aufrechnung**: Die PKV-KK erkennt zwar die Erstattung grundsätzlich an, zahlt den Betrag aber nicht aus, sondern verrechnet ihn mit den aufgelaufenen Beitragsschulden. Eine Aufrechnung im BT ist nicht zulässig:

Der PKV-Verband hat mit Schreiben vom 27.5.09 allen Mitgliedsunternehmen mitgeteilt, dass **im Basistarif** eine Aufrechnung von Beitragsrückständen mit Leistungsansprüchen für die Zeit der Bedürftigkeit (d.h. bei halbierten Beiträgen) nicht zulässig ist (s.a. Beschluss des LSG Baden-Württemberg, L 7 SO 5378/08 ER-B vom 4.12.08, Beschluss des SG Dresden S 29 AS 4051/09 ER vom 18.9.09, Beschluss des LSG Niedersachsen-Bremen L 15 AS 1048/09 B ER vom 3.12.09 und Urteil des SG Berlin, S 37 AS 31127/09 vom 27.11.09).

Der BGH hat am 5.12.18 unter IV ZR 81/18 entschieden, dass der Versicherer nicht bei Leistungen im BT, aber bei Leistungen im NLT mit bestehenden Forderungen aufrechnen darf. Daher ist eine Aufrechnung im NLT derzeit noch zulässig. In 2021 ist eine Gesetzesänderung geplant (im GVWG), die eine Aufrechnung im NLT verbietet. Noch gilt aber das o.a. Urteil des BGH, welches eine Aufrechnung explizit zulässt.

Aus dem Leistungsruhen kommt man nur wieder heraus, wenn alle Beitragsrückstände bezahlt sind. Dann erfolgt eine Zurückstufung in den Tarif, in dem man vor der Umstufung in den NLT versichert gewesen ist, in den sog. Ursprungstarif.

Zu 8. Keine Familienversicherung wie in der GKV. Wie ist die Mitversicherung für Angehörige geregelt?

Eine Familienversicherung (vergleichbar der GKV) gibt es in der PKV nicht.

Kein PKV-Unternehmen ist verpflichtet, Ehegatten und/oder Kinder aufzunehmen.

Ausnahme: Neugeborene müssen ohne Einschränkungen/Risikozuschlägen (daher Leistungen auch für Geburtsschäden und angeborene Erkrankungen) aufgenommen werden, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach der Geburt rückwirkend zum Geburtstag angemeldet werden und 1 Elternteil mind. 3 Monate beim Versicherer versichert ist (§ 2 (2) MB/KK 09 und § 198 (1) VVG). Das Aufnahmerecht gilt auch für Adoptivkinder (Anmeldung ebenfalls innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption), allerdings kann hier ggfs. bei Vorerkrankungen ein Risikozuschlag bis zum doppelten Beitrag erhoben werden (§ 2 (3) MB/KK 09 und § 198 (2) VVG).

Gem. § 193 VVG besteht die Pflicht zur Versicherung seit 1.1.09 nicht nur für die unversicherten Menschen selbst, die unter die Bedingungen fallen, sondern auch für alle von ihr gesetzlich vertretenen Personen. Damit sind alle **Kinder**, für die diese Person (egal, ob nun Vater oder Mutter oder beide) das Sorgerecht hat, ebenfalls PKV zu versichern, wenn keine andere Versicherung besteht.

Bei Ablehnung durch die PKV muss dann ein Antrag im BT gestellt werden. Bei Erfüllung der anderen Voraussetzungen muss dann eine Aufnahme erfolgen.

Zu 9. Wieviel kostet die PKV?

In der GKV richtet sich der Beitrag nach dem Einkommen. In der PKV spielt das Einkommen keine Rolle; es zählt das Eintrittsalter und der Gesundheitszustand. Wer jung und gesund ist, bekommt in der PKV oft sehr günstige Verträge. Die Kosten steigen aber mit zunehmendem Alter.

Im ST und im BT ist der Beitrag gedeckelt. In 2021 kostet der ST für 1 Erwachsenen max. 706,28 € mtl., für Ehegatten (wenn beide im ST versichert sind) zus. max. 1059,42 € mtl. und für Ehegatten, wenn nur 1 im ST versichert ist, max. 529,71 € mtl., immer plus Pflegeversicherung.

Im BT kostet es in 2021 max. 769,15 KV plus 73,77 PV. Bei Bedürftigkeit nach dem SGB II oder XII muss das PKV-Unternehmen den KV-Beitrag bei gleichen Leistungen halbieren (in 2021 dann max. 384,58 plus 73,77 PV). Bedürftigkeit bedeutet nicht Leistungsbezug; eine Halbierung muss auch erfolgen, wenn es zwar eine rechnerische Bedürftigkeit gibt, aber keine lfd. Leistungen. Je nach Zuständigkeit muss entweder das Sozialamt oder das Jobcenter eine Bedürftigkeitsbescheinigung ausstellen. Das ist im § 152 (4) VAG geregelt:

„(4) Besteht Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 3 Satz 1 oder 3 Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.“

Leider kennen weder die Jobcenter noch die Sozialämter diese Vorschrift. Erfolg hat man nur, wenn man auf diesen § verweist. Eingereicht werden müssen alle Antragsformulare und Unterlagen, die auch für einen Leistungsantrag nötig sind. In der Praxis kommen diese Fälle vor, wenn entweder nur minimale Beträge berechnet werden (meist unter 5,- mtl.) oder bei Aufenthaltstiteln, die bei SGB II oder XII-Bezug erlöschen.

Achtung: Eine Halbierung des Beitrags bei Bedürftigkeit nach dem SGB II oder XII erfolgt ausschließlich bei Verträgen im BT, nicht aber bei Verträgen in andern Tarifen!

Zu 10. Was passiert, wenn man den lfd. Beitrag nicht zahlt bzw. die Nachzahlung nicht entrichtet?

Man bekommt Mahnungen der Privatkasse. Wenn nach den Mahnungen Beiträge für 2 Monate offen sind, wird das Ruhen der Leistungen festgestellt und der Vertrag wird in den NLT umgestellt (§ 193 (6 und 7) VVG:

„(6) 1Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. 2Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. 3Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. 4Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. 5Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) 1Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. 2Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. 3Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. 4Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. 5Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

Aus dem NLT kommt man nur wieder heraus wenn alles gezahlt ist (§ 193 (9) VVG:

„(9) 1Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. 2Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der

Versicherung im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.“

oder bei Bedürftigkeit nach dem SGB II oder XII. Bedürftigkeit bedeutet nicht Leistungsbezug; das Ende des Ruhens muss auch erfolgen, wenn es zwar eine rechnerische Bedürftigkeit gibt, aber keine lfd. Leistungen. Je nach Zuständigkeit muss entweder das Sozialamt oder das Jobcenter eine Bedürftigkeitsbescheinigung ausstellen. Das ist im § 193 6 Satz 5 VVG geregelt:

„Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.“

Leider kennen weder die Jobcenter noch die Sozialämter diese Vorschrift. Erfolg hat man nur, wenn man auf diesen § verweist. Eingereicht werden müssen alle Antragsformulare und Unterlagen, die auch für einen Leistungsantrag nötig sind. In der Praxis kommen diese Fälle vor, wenn entweder nur minimale Beträge berechnet werden (meist unter 5,- mtl.) oder bei Aufenthaltstiteln, die bei SGB II oder XII-Bezug erlöschen.

In dem Fall der Bedürftigkeit (incl. des lfd. Leistungsbezuges) wird der NLT ab Beginn der Hilfebedürftigkeit bzw. ab Beginn des Leistungsbezuges in den Ursprungstarif (also den Tarif, der vor dem NLT bestand), umgestellt. Hier sollte man darauf achten, dass bei dieser Umstellung ggf gleich eine Umstellung in den BT ohne Selbstbehalt erfolgt.

Zu 11. Kann die PKV einen kündigen?

Eine Kündigung wegen Beitragsrückständen gibt es seit dem 1.1.09 nicht mehr. Allerdings gibt es weiterhin die Möglichkeit der außerordentlichen Kündigung, wenn das Vertrauensverhältnis gestört ist (Bsp. Abrechnungsbetrug mit selbst erstellten Rechnungen) oder Anfechtung des Vertrages bzw. Rücktritt vom Vertrag bei arglistiger Täuschung oder Verletzung der Anzeigepflichten. Dies passiert immer dann, wenn im Antrag falsche Angaben gemacht wurden bzw. der Gesundheitsfragebogen zum Zustandekommen des Vertrages nicht korrekt oder nicht vollständig ausgefüllt wurde.

Daher mein Rat: IMMER alle Fragen zu Vorerkrankungen/Behandlungen, die für das Zustandekommen des Vertrages nötig sind, ehrlich und vollständig beantworten! Bei Anträgen im Basistarif gibt es keine Leistungsausschlüsse oder Risikozuschläge. Besteht für die PKV ein Kontrahierungszwang (= Aufnahmeverpflichtung) gem. § 193 VVG, so darf die PKV einen Antrag auch nicht wegen Vorerkrankungen ablehnen.

Es fliegt fast immer auf, wenn Angaben verschwiegen wurden! Die PKVen gucken sich die Rechnungen der Leistungserbringer*innen sehr genau an und erbitten von diesen dann Befund- und Behandlungsberichte. Wenn dann dort drin steht „Pat. klagt seit Monaten über xy-Beschwerden“, dann wird schnell klar, dass das Leiden eben schon länger bestanden hat.

In diesen Fällen werden die Verträge rückabgewickelt und die PKV fordert bereits geleistete Erstattungen zurück; kann aber die gezahlten Beiträge behalten, weil § 40 (1) VVG bestimmt, dass die Prämie dem Versicherer auch im Fall einer Anfechtung des Versicherungsvertrages durch den Versicherer gebührt.

Allerdings kann und muss der Gekündigte sofort nach Wirksamwerden der Kündigung einen **neuen Vertrag** bei einem anderen Versicherer im Basistarif abschließen (§ 193 (5) VVG i.V.m. § 152) – auch in diesen Fällen besteht ein Kontrahierungszwang (= Aufnahmeverpflichtung) für den neuen Versicherer. Damit ist gewährleistet, dass der alte Versicherer zwar den unzumutbaren Vertrag lösen, die Pflicht zur Versicherung aber weiterhin in die Praxis umgesetzt werden kann. Achtung: Es ist nötig, sofort nahtlos einen neuen Vertrag abzuschließen, da sonst auch in diesen Fällen Prämienzuschläge (= Strafbeiträge) fällig werden.

Zu 12. Kann man selber die PKV kündigen?

Seit dem 1.1.09 ist eine Kündigung eines PKV-Vertrags nur noch in wenigen Fällen möglich:

- a) Wechsel der PKV-Kasse. Eine Kündigung ist immer zum Jahresende mit einer Frist von 3 Monaten möglich (§ 205 (1) VVG). Die Kündigung wird aber nur wirksam, wenn innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigungserklärung ein neuer Vertrag bei einer anderen PKV-Kasse vorgelegt wird (§ 205 (6) VVG). Geschieht dies nicht, wird die Kündigung nicht wirksam und der Vertrag läuft unverändert weiter.
- b) Eintritt einer GKV-Pflicht- oder Familienversicherung. Dann greift ein Sonderkündigungsrecht gem. § 205 (2) VVG. Die PKV kann dann innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Pflicht- oder Familienversicherung nahtlos zum Beginn eben dieser gekündigt werden. Auch hier wird die Kündigung nur wirksam, wenn die GKV-Versicherung innerhalb von 2 Monaten nachgewiesen wird. Sind die 2 Monate abgelaufen und wird der Nachweis der GKV erst danach eingereicht, so ist die Kündigung immerhin noch zum Monatsende des Einreichens des GKV-Nachweises möglich.
- c) Umzug in einen Drittstaat mit Aufgabe des Wohnsitzes. Die meisten PKV-Verträge können bei Umzug in ein EU-Land fortgeführt werden. Bei Umzug in Drittstaaten mit Aufgabe des Wohnsitzes in D ist das meist nicht möglich. Hängt aber von den Ländern ab.

Eine Kündigung „einfach so“, weil man denkt, man wird nicht krank oder weil die Beiträge zu teuer werden, ist seit dem 1.1.09 nicht mehr möglich!

Zu 13. Wechsel von der PKV in die GKV

Ein Wechsel aus der PKV „einfach so“ in die GKV ist nicht möglich, da gibt es kein „Wahlrecht“.

Ein Wechsel geht immer dann, wenn eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen wird bzw. bei Anspruch auf Familienversicherung (z.B. durch eine Eheschließung oder bei Menschen unter 23 Jahren auch über einen Elternteil).

Im einzelnen:

- **versicherungspflichtige Beschäftigung** gem. § 5 (1) Nr. 1 (Lohn muss über 450,- mtl. liegen, Wochenstundenzahl spielt keine Rolle)
- **Bezug von Alg II** (KV gem. § 5 (1) Nr. 2a SGB V). Leider tritt bei Alg II-Bezug nicht für alle LE KV-Pflicht in der GKV ein. Wer bei Antragstellung privat versichert ist oder unversichert und zuletzt privat versichert, der bleibt oder gehört in die PKV. Tückisch: Auch wer noch nie in D oder in einem EU-Land gesetzlich versichert war und SELB ist, gehört in die PKV. Ebenso wer im Heimatland SELB oder Beamter/Soldat und in D noch nie versichert war, gehört in die PKV (§ 5 (5a) SGB V).
- **versicherungspflichtige Ausbildung**, ebenfalls § 5 (1) Nr. 1, Höhe der Ausbildungsvergütung ist nicht relevant, die Beiträge zur KV, PV, RV und Arbeitslosenversicherung werden vollständig (AG und AN-Beitrag) vom AG getragen.
- **Bundesfreiwilligendienst** (BFD oder BuFDi genannt). Der BFD ist sozialversicherungsrechtlich einem Ausbildungsverhältnis gleichgestellt (§ 5 (1) Nr. 1 i.V.m. § 7 (1) Nr. 3 SGB V). Die Beiträge zur KV, PV, RV und Arbeitslosenversicherung werden vollständig (AG und AN-Beitrag) von der Einsatzstelle getragen. Der BFD ist auch für Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit möglich (auch für Asylbewerber*innen und Geduldete).
- Für Menschen unter 27 ist auch ein **freiwilliges ökologisches Jahr (FÖJ) oder ein freiwilliges soziales Jahr (FSJ)** möglich. Die Ableistung eines FSJ oder FÖJ führt zu einer Pflichtversicherung als Arbeitnehmer*in (nicht als Azubi) gem. § 5 (1) Nr. 1 i.V.m. § 7 (1) Nr. 2 oder 3 SGB V. Die Beiträge trägt voll die Einsatzstelle.
- **EQ (Einstiegsqualifizierung)**, früher EQJ (Einstiegsqualifizierung für Jugendliche), § 54a SGB III i.V.m. den Fachlichen Weisungen Einstiegsqualifizierung (EQ) der BA, https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba014606.pdf. Die Altersgrenze liegt im Regelfall bei 25, es gibt aber Ausnahmetatbestände für Ü25 (persönliche Umstände, die eine frühere Berufsausbildung bzw. Hinführung zu einer Ausbildung unmöglich oder stark erschwert haben (z. B. Krankheit, Suchtprobleme, familiäre Besonderheiten, Straffälligkeit, Auslandsaufenthalte etc.)). Bei Geflüchteten bis unter 35 Jahren kann in der Regel vom Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes ausgegangen werden. Bei diesem Personenkreis ist generell davon auszugehen, dass die Lebensumstände bisher die Aufnahme einer Berufsausbildung nicht ermöglicht haben.
- Für erwerbsunfähige Menschen mit Behinderungen, die die Altersgrenze noch nicht erreicht haben, führt eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (**WfbM**) zu einer Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 7 SGB V. Dies sowohl im Eingangs-, Ausbildungs- und Arbeitsbereich.

Bei einem Wechsel von Menschen über 55 Jahren ist die sog. 55er-Regelung im § 6 (3a) zu beachten:

(3a) 1 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. 2 Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. 3 Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. 4 Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

Zu 14. Wie kann man ggf. abgesichert werden, wenn einen weder die GKV noch die PKV nimmt?

Nur Verträge mit den derzeit 43 Privatkassen in D erfüllen die Pflicht zur Versicherung. Hier:

<https://www.krankenkassenzentrale.de/liste/private-krankenversicherungen>

gibt es ganz unten auf der Seite eine Übersicht der privaten Krankenkassen in Deutschland. 2021 sind es 43, einige sind nur regional ansässig. Fälschlich tauchen in dieser Liste auch die KVB (Krankenversorgung der Bahnbeamten) und die PBeaKK (Postbeamtenkrankenkasse) auf, die zu den Sondersystemen gehören und eben keine privaten Krankenkassen sind.

Wenn Ablehnungen von GKV und/oder PKV rechtmäßig sind (leider sind sie das oft nicht, man kann sich auf die Ablehnungen sowohl der GKV als auch der PKV nicht verlassen), dann gibt es ggf. die Möglichkeit, sich bei sonstigen privaten Unternehmen zu versichern. Es gibt in D div. private Versicherungsmöglichkeiten, die zwar nicht die Pflicht zur Versicherung erfüllen, aber besser sind, als keine Versicherung zu haben.

Vorteile: Es sind keine Nachzahlungen zu tätigen (Zahlungspflicht erst ab Vertragsbeginn), der Beitrag richtet sich nach den gewählten Leistungen.

Nachteile: Die meisten Verträge sind zeitlich befristet, bereits bestehende Krankheiten sind oft ausgeschlossen, Leistungen gibt es nur solange wie man den Beitrag bezahlt, die Unternehmen können einen jederzeit kündigen.

Weiterer Nachteil: Wenn man irgendwann in einer reguläre Versicherung kommt (egal ob gesetzlich oder privat), dann „zählen“ diese Versicherungen nicht und man muss auch für die versicherten Zeiträume nachzahlen (sowohl bei der GKV als auch bei der PKV, denn diese Zeiten zählen wie Nichtversicherungszeiten).

Zu diesen sonst. Versicherungen bei privaten Unternehmen zählen z.B. Mawista, Care concept, Care economy, Care expatriate, Care expatriate comfort, Bupa.

Dann gibt es die sog. **Europäischen Krankenversicherungen (EU-KV)** – bitte nicht verwechseln mit gesetzlichen Krankenversicherungen, die in den EU-Ländern (noch) bestehen, z.B. Morgan Price International Healthcare. Die Anbieter sitzen irgendwo in Europa, oft in Großbritannien. Die Versicherungen gelten i.d.R. im gesamten EU-Gebiet.

VVZ sind nicht nötig, Strafbeiträge müssen nicht gezahlt werden.

Bei fast allen EU-KV kommt die sog. Moratoriumsregelung zu Tragen: Erkrankungen, die innerhalb der letzten fünf Jahren vor Vertragsbeginn diagnostiziert / behandelt wurden, dürfen für zwei Vertragsjahre in Folge nicht in Erscheinung treten. Es handelt sich hierbei quasi um einen temporären Leistungsausschluss. Nach 2 Jahren werden auch Krankheiten aus der Vergangenheit als Neuerkrankung mitversichert, wenn die Krankheit zwei Jahre völlig behandlungs- und beschwerdefrei war.

Weiterhin werden einige bekannte chronische Erkrankungen ausgeschlossen, außerdem versichern EWR-Dienstleister gesundheitliche Folgen einiger riskanter Tätigkeiten nicht, ebenso bestimmte (Erb-) Krankheiten und Therapien mit hohem Kostenrisiko nicht.

Der Versicherungsbeitrag wird stets im Voraus für einen bestimmten Zeitraum gezahlt. Monatlich, quartalsweise, halbjährlich oder jährlich. Und nur für den bezahlten Zeitraum

besteht Versicherungsschutz. Man hat also eine Europäische Krankenversicherung, solange man diese bezahlt – und mehr interessiert den EWR-Dienstleister nicht (z.B. VVZ, Beitragsschulden bei deutschen gesetzlichen oder privaten Kassen, Schufa-Einträge etc.).

Alle angebotenen Tarife von EWR-Dienstleistern leisten auch ohne VVZ in einer deutschen gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung und im gesamten europäischen Wirtschaftsraum (also auch in EU-Ländern, wenn man sich nicht in Deutschland aufhält). Die Tarife sind jedoch nicht geeignet, den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Pflegeversicherungsschutz zu ersetzen (keine substitutive Krankenversicherung). Die gesetzlichen Anforderungen in Deutschland zur Erfüllung der Krankenversicherungspflicht (gem. §193 VVG) können nicht bzw. nur teilweise erfüllt werden.

Vermittelt werden die EU-KV über div. Versicherungsagenturen:

<https://www.europaeischekv.de/>

<https://eukv-online.de/>

<https://diegesundheitsexperten.de/europaeische-krankenversicherung/>

<https://www.europaeische-krankenversicherung.com/>

Dann gibt es spezielle Krankenversicherungen für Sexarbeiter*innen:

Von div. Versicherungsmaklern (Auszug aus dem Internet):

- <https://www.erotikgewerbeversicherung.de>
(explizit wird dort auch angegeben, Sexarbeiter*innen aufzunehmen)
- Versicherungsvermittlung Comverso GmbH: <http://www.krankenversicherung-prostituierte.de/index.php>
- sowie online: <http://www.6profiscare.de/index.php/krankenversicherung-fur-prostituierte/>

werden spezielle Krankenversicherungen für Sexarbeiter*innen angeboten.

Derartige KV für Sexarbeiter*innen (über EWR-Dienstleister) sind besser als keine KV, erfüllen aber i.d.R. die Pflicht, sich in Deutschland zu versichern, nicht. Es handelt sich i.d.R. um europäische Krankenversicherungen (EU-KV). Die Anbieter sind nicht in Deutschland ansässig (ggf. nur mit Agenturen), sondern im EU-Ausland, mir bekannt überwiegend in Großbritannien.

Zu 15. Was versteht man unter „anderweitiger Absicherung im Krankheitsfall“?

Neben der GKV und der PKV sowie sonstigen privaten Versicherungsunternehmen gibt es div. Absicherungen im Krankheitsfall in sog. Sondersystemen:

- Krankenhilfeleistungen durch das Sozialamt gem. § 48 ff. SGB XII oder durch eine Auftragsversorgung gem. § 264 (2- 7) SGB V (uneingeschränkte Leistungen)
- Krankenhilfeleistungen gem. § 4 AsylbLG oder durch eine Auftragsversorgung gem. § 264 (1) SGB V (eingeschränkte Leistungen)
- Krankenhilfeleistungen gem. § 40 SGB VIII bei Unterbringung durch das Jugendamt (auch hier ist eine Auftragsversorgung gem. § 264 SGB V möglich)

- Krankenhilfeleistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) für Geschädigte nach erlebten Straftaten
- Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG bei Inhaftierung
- Gesundheitsfürsorge nach Landesgesetzen bei Unterbringung im Maßregelvollzug

Die Aktivierung einer gesetzlichen Versicherung aus dem Heimatland, sog. Sachleistungsaushilfe, wurde vor 1 Woche beim Zugang zur GKV besprochen.

Der Zugang insbes. zu Krankenhilfeleistungen durch das Sozialamt ist von div. Faktoren abhängig. Es darf keine vorrangige Versicherungsmöglichkeit vorliegen (eine mögliche GKV oder PKV-Versicherung ist immer vorrangig, auch wenn man dort ggf. nachzahlen muss), es muss Bedürftigkeit vorliegen und die sonstigen Voraussetzungen im SGB XII müssen erfüllt sein.

Zu 16. Bekommt man über das Sozialamt eine Versicherung?

Sehr verbreitet ist der Satz „jemand ist über das Sozialamt versichert“. Oder: „Man bekommt ja im Notfall eine Versicherung über das Sozialamt“.

Ganz klar: Eine Versicherung über das Sozialamt gibt es nicht, es gibt keine „BKK Sozialamt“ o.ä.

Unter bestimmten Voraussetzungen muss das Sozialamt Krankenhilfeleistungen erbringen. Dies entweder als originäre Krankenhilfe (Ausgabe von Krankenbehandlungs- und sonst. Berechtigungsscheinen) oder durch eine Auftragsversorgung gem. § 264 SGB V. **Auch bei der Anmeldung zur Auftragsversorgung gem. § 264 SGB V handelt es sich nicht um eine Versicherung, sondern um eine Form von Krankenhilfe.**

Unterschiede: Man bezahlt keinen Beitrag, man wird auch nicht Mitglied der Auftrags-KK. Die Auftrags-KK schickt jedes Quartal Rechnungen über die erbrachten Leistungen an das Sozialamt und das Sozialamt bezahlt diese Rechnungen 1:1 und muss noch 5-8% an Verwaltungskosten auf die erbrachten Leistungen an die KVen zahlen.

Nachteile für die Leistungsberechtigten:

- Die Versichertenkarte umfasst nur Leistungen in D (keine EHIC, die Rückseite ist nicht ausgefüllt).
- Es gibt keine Leistungen aus der Pflegeversicherung, nur aus der KV.
- Es gibt keine Familienversicherung – das Sozialamt muss die einzelnen Personen bei Bedürftigkeit und Erfüllung der sonst. Voraussetzungen einzeln anmelden. Das spielt insbes. bei Neugeborenen eine Rolle.
- Man kann bei Unzufriedenheit die § 264-KK nicht wechseln.
- Bestimmte Leistungen, die die KVen zusätzlich erbringen, sind in etlichen Bundesländern nicht vom Umfang gem. § 264 erfasst.
- Die Auftragsversorgung gem. § 264 SGB V ist an lfd. Leistungen zum Lebensunterhalt geknüpft, § 264 (2) SGB V:

*(2) Die Krankenbehandlung von **Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches**, nach dem Teil 2 des Neunten Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. 2Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die*

voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.

Besteht daher kein Anspruch mehr auf lfd. Leistungen zum Lebensunterhalt, meldet das Sozialamt die Auftragsversorgung sofort ab.

Hinweis: Bei den sog. Überbrückungsleistungen gem. § 23 SGB XII darf keine Anmeldung gem. § 264 SGB V erfolgen. Dabei handelt es sich um Leistungen nach dem 2. Kapitel SGB XII. Gem. § 264 SGB V angemeldet werden dürfen aber nur Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel SGB XII. Bei Überbrückungsleistungen darf das Sozialamt daher nur Krankenscheine bzw. sonst. Berechtigungsscheine ausgeben.

Es gibt auch keine Wahlmöglichkeit zwischen einer regulären Versicherung in der GKV oder PKV und der – wie auch immer gearteten – Krankenhilfe über das Sozialamt.

§ 2 SGB XII regelt den sog. Nachrang:

(1) Sozialhilfe erhält nicht, wer sich vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.

(2) 1Verpflichtungen anderer, insbesondere Unterhaltspflichtiger oder der Träger anderer Sozialleistungen, bleiben unberührt. 2Auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen anderer dürfen nicht deshalb versagt werden, weil nach dem Recht der Sozialhilfe entsprechende Leistungen vorgesehen sind.

Das bedeutet, dass zuerst alle Versuche unternommen werden müssen, um den Krankenbehandlungsbedarf durch eine reguläre Versicherung abzudecken.