

Austauschtreffen FIM - Frauenrecht ist Menschenrecht e.V., Beratungs- und Informationszentrum für Migrantinnen, Vortrag am 27.9.21 zu ausgewählten Problemen und Fragen beim Zugang zur GKV für EU-Bürger*innen, die als Selbständige (in der Prostitution) in Deutschland tätig sind, Referentin Claudia Mehlhorn, Berlin

1. Viele unserer Klient*innen haben keine Meldeadresse in Deutschland.
2. Voraussetzungen für die Aufnahme in die GKV und benötigte Unterlagen aus den Herkunftsländern (in Hessen haben wir in der Prostitution überwiegend Menschen aus Bulgarien, Rumänien, Spanien und Ungarn).
3. Einkommensnachweise für die GKV (wir haben das Problem, dass die Prostituierten meistens keine Steuererklärungen abgeben und somit keine Einkommensnachweise haben).
4. Schulden bei der GKV – für vergangene Zeiten (das passiert, wenn die Person vor Jahren als Angestellte gearbeitet hat und so in die GKV reingekommen ist, sich aber nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht bei der GKV abgemeldet hat. Die meisten wissen nicht, dass die GKV nicht automatisch endet).
5. Aktuelles Problem:
Nach Ausbruch der Corona-Pandemie wurden die Prostitutionsstätten geschlossen. In Hessen waren sie bis Ende Juni 2021 geschlossen. In dieser Zeit haben viele unserer Klient*innen ALG II bekommen und sind über den Leistungsbezug in die GKV reingekommen. Jetzt fallen sie aus dem Leistungsbezug raus und arbeiten wieder als Selbständige in der Prostitution. Einige wollen die KV behalten, andere jedoch nicht (manche verdienen so wenig, dass sie sich keine KV leisten können).
Derzeit suchen wir (erfolglos) nach alternativen Möglichkeiten, dass die Menschen doch in der GKV bleiben, aber die Finanzierung ist ein echtes Problem.
Zu diesem Punkt brauchen wir ganz konkrete Informationen – was geht und was geht nicht. Vielleicht können wir den Punkt anhand eines Fallbeispiels bearbeiten?

Zu 1: Krankenversicherung ohne einwohneramtliche Anmeldung: Ob und wie?

§ 3 SGB IV regelt, 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).

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). Wer obdachlos ist, kann sich melderechtlich nicht einwohneramtlich melden (wohl aber z.B. als Deutscher einen Personalausweis bekommen mit Wohnsitzangabe dann nur die Stadt). Obdachlose haben aber Zugang zur SV, daher müsste in diesen Fällen nachgewiesen werden, dass ein gA vorliegt (z.B. Nachweise, dass jemand regelmäßig in sozialen Beratungsstellen vorspricht, regelmäßig in einer Suppenküche isst, in einer Ausgabestelle der Tafel Lebensmittel abholt etc.).

Allerdings haben alle KVen in ihren internen Richtlinien die Vorgabe, insbes. in die Familienversicherung nur Personen mit EMA aufzunehmen. Es ist sehr mühsam und ohne Gericht kaum durchsetzbar, eine Fami ohne EMA (insbes. bei EU-Bürger*innen) eingetragen zu bekommen.

Zu 2. Voraussetzungen für die Aufnahme in die GKV und benötigte Unterlagen aus den Herkunftsländern (in Hessen haben wir in der Prostitution überwiegend Menschen aus Bulgarien, Rumänien, Spanien und Ungarn).

a) Freiwillige Versicherung in D mit VVZ aus dem Heimatland

Wer aus einem EU-Land, EWR (Norwegen, Island, Liechtenstein) oder der Schweiz nach D zieht und zuvor in der GKV in diesen Ländern versichert gewesen ist, kann sich innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft im Heimatland (das ist nicht in allen Ländern zwingend die Übersiedlung nach D) bei einer deutschen KK seiner Wahl freiwillig weiter versichern. Die EWR-Länder und die Schweiz haben sich den EU-Vorschriften angeschlossen.

Die Regelungen finden sich im § 9 SGB V. Die 3-Monatsfrist ist im § 9 (2) SGB V geregelt:

*„(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen
1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft, ...“*

Nötig ist eine Vorversicherungszeit (VVZ) im Heimatland. Entweder bestand in den letzten 12 Monaten ununterbrochen eine Versicherung oder in den letzten 5 Jahren mind. 24 Monate, alles im § 9 (1) SGB V:

*„(1) 1. Der Versicherung können beitreten
1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt, ...“*

Die VVZ aus den EU-Ländern (wenn hier von EU-Ländern die Rede ist, dann umfasst das auch immer EWR und Schweiz) werden in D berücksichtigt wie deutsche VVZ (sowohl für die KV als auch für die PV). Das ist in Art. 5 Buchstabe b) i.V.m. Art. 6 EU-VO 883/2004 geregelt. Ausnahme seit 1.1.21: VVZ aus Großbritannien gelten nur für die KV, nicht für die PV. Für die krankenversicherungsrechtlichen Sachverhalte ist nicht das SGB V „zuständig“, sondern die beiden EU-VO 883/04 und 987/09.

Die nötigen VVZ müssen von der Heimat-KK bescheinigt werden. Das geschieht auf Europa-Formularen, die vom Aufbau her identisch, aber in den jeweiligen Landessprachen verfasst sind. Bis 2011 waren das die E-Formulare, seit 2011 sind es die S-Formulare. Für die VVZ ist das E 104 (alt) oder S041 (neu).

Die E-Formulare kann man immer noch unter https://www.kvg.org/de/dokumente-eu-efta_content---1--1054.html herunterladen, ebenso die neuen S-Formulare. Am meisten wurden die Formulare

E 104 (Bescheinigung über die Mitgliedszeiten im Heimatland (neu S041)),

E 106 (Bescheinigung des Anspruchs der in einem anderen Staat als dem zuständigen Staat wohnenden Versicherten auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft (neu S1)),

E 107 (Antrag auf Bescheinigung des Anspruchs auf Sachleistungen - der Krankenversicherungsträger, bei dem ein Antrag auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft gestellt wurde, benötigt dieses Formular, um notwendige Dokumente bei der Heimatkasse anzufordern (neu S071)), es ist sozusagen ein Formular zur Beantragung eines Formulars

E 109 (Bescheinigung des Leistungsanspruchs für Familienangehörige (neu S072)) und

E 121 (Bescheinigung über die Eintragung der Rentenberechtigten oder ihrer Familienangehörigen (neu S1) benötigt.

Seit 1.5.2010 wurden die E-Formulare grundsätzlich durch die neuen **S-„Formulare“ (S steht für Sickness = Krankheit)** ersetzt; eine Übersicht findet sich hier: https://www.kvg.org/de/dokumente-eu-efta-_content---1--1054.html

Die KVen sind nun schnell dabei, die Antragsteller*innen aufzufordern, das E- oder S-Formular aus dem Heimatland vorzulegen. Das ist möglich, aber nicht Voraussetzung. Entweder wird das E- oder S-Formular von den Antragsteller*innen vorgelegt oder aber die KK muss es von der Heimat-KK anfordern. Großbritannien z.B. stellt die Formulare nur auf Anforderung der deutschen KK aus; auch der NFZ in Polen verweigert in letzter Zeit zunehmend eine Ausstellung an die bislang dort Versicherten.

Seit dem 1.5.10 regeln Art. 24 (1) i.V.m. (3) und Art. 25 der DVO-EG 987/2009 die „Beschaffung“.

Art. 24 greift dann, wenn man den Wohnort verlegt hat (**gewöhnlicher Aufenthalt**):

„Bei der Anwendung von Artikel 17 der Grundverordnung müssen sich der Versicherte und/oder seine Familienangehörigen beim Träger ihres Wohnorts eintragen lassen. Ihr Sachleistungsanspruch im Wohnmitgliedstaat wird durch ein Dokument bescheinigt, das vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.“

Art. 25 der DVO-EG 987/09 greift bei **vorübergehendem Aufenthalt**:

*„(1) Bei der Anwendung von Artikel 19 der Grundverordnung legt der Versicherte dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsmitgliedstaat ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt. **Verfügt der Versicherte nicht über ein solches Dokument, so fordert der Träger des Aufenthaltsorts auf Antrag oder falls andernfalls erforderlich das Dokument beim zuständigen Träger an.**“*

Hinsichtlich der Pflicht zur Beschaffung des S 041 (alt E 104 bzw. E 121) als Grundlage des **Nachweises über die VVZ aus dem Heimatland** (u.a. auch als Nachweis von „zuletzt gesetzlich versichert“) geben die Art. 24 und 25 der DVO-EG 987/09 konkret nichts her. Hier leitet sich die „Beschaffungspflicht“ der deutschen KK aus Art. 2 (2) der VO 987/09 ab:

„(2) Die Träger stellen unverzüglich all jene Daten, die zur Begründung und Feststellung der Rechte und Pflichten der Personen, für die die Grundverordnung gilt, benötigt werden, zur Verfügung oder tauschen diese ohne Verzug aus. Diese Daten werden zwischen den Mitgliedstaaten entweder unmittelbar von den Trägern selbst oder mittelbar über die Verbindungsstellen übermittelt.“

Dazu hat die DVKA ein konkretes Rundschreiben RS 365/2015 herausgegeben, in dem die Pflicht der deutschen aushelfenden Kasse zur Anforderung der nötigen Anspruchsbescheinigungen bei den Heimatkassen verpflichtet ist (sog. Verwaltungshilfe). Die DVKA ist die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland in Bonn, die grenzüberschreitende Sachverhalte in der KV und PV hinsichtlich der EU-VO und der Rechtsprechung des EU-GH auslegt und dazu Rundschreiben, Leitfäden etc. herausgibt. Website unter www.dvka.de

Die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung mit VVZ aus EU-Ländern greift für EU-Bürger*innen und Drittstaatler*innen (die Staatsangehörigkeit ist egal), Voraussetzung sind die VVZ aus EU-Ländern. VVZ aus Drittstaaten zählen nicht (z.B. Moldawien, Georgien, Russland etc.).

Der Antrag kann vorab zur Fristwahrung ohne E 104/ S041 gestellt werden.

Derartige Anträge mit VVZ aus EU-Ländern sollten nicht bei einer AOK gestellt werden! Bei anderen Kassen hatte ich problemlose Aufnahmen.

Grund:

Nötig ist aber – wie in allen Fällen des Zugangs zur KV - ein **rechtmäßiger Aufenthalt in Deutschland**. Rechtmäßig ist auch eine Duldung oder eine Aufenthaltsgestattung (beides sind ja keine Aufenthaltstitel, sondern lediglich Bescheinigungen über die Aussetzung einer Abschiebung bzw. über das Recht, sich zur Durchführung eines Asylverfahrens in D aufhalten zu dürfen. Bei EU-Bürger*innen liegt ein Freizügigkeitsrecht vor bei Erwerbstätigkeit oder selbständiger Tätigkeit.

Bei EU-Bürger*innen empfiehlt das RS 2010/239 der DVKA auf Seite 3, bei **nicht erwerbstätigen Personen** die Bestimmungen des § 5 (11) SGB V analog anzuwenden. Damit würden für die freiwillige Weiterversicherung die gleichen Bedingungen herrschen, wie für die Auffang-Versicherungspflicht. Ich sehe eine analoge Anwendung **nicht** als gegeben an – der § 5 (11) gilt ausschließlich für den § 5 (1) Nr. 13 und nicht für § 9. Ich gehe davon aus, dass dies gerichtlich entschieden werden muss, da die Kassen das RS ganz sicher anwenden werden, zumal sich diese Empfehlung im RS 2014/279 und RS 2014/279 Anlage des GKV-Spitzenverbandes vom 4.7.14 fast wörtlich wiederholt. Auf S. 6/7 der Anlage steht: „Der Zugang zur GKV über die Regelung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V für diesen Personenkreis (Anm. d. Verf.: Gemeint sind die Nichterwerbstätigen) ist gleichermaßen nicht eröffnet. Voraussetzung für die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ist in Anlehnung an § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V die „Rechtmäßigkeit der Wohnortnahme in Deutschland“; da diese jedoch die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes voraussetzt, bleibt für eine freiwillige Mitgliedschaft innerhalb der GKV kein Raum“.

Bei SELB muss daher ggf. die Selbständigkeit in irgendeiner Form nachgewiesen werden, um gegenüber der KK die Freizügigkeitsberechtigung darzulegen, für Sexarbeiter*innen durch die Registrierung nach dem ProStSchG und Nachweis einer Steuernummer beim Finanzamt. Eine Gewerbeanmeldung ist auch ein Nachweis der SELB; wird aber i.d.R. bei Sexarbeit nicht vorgenommen.

Weitere Unterlagen:

- Antrag auf freiwillige Versicherung
- ausgefüllter Einkommensfragebogen der KK
- Nachweise über das Einkommen
- gibt es Kind/er (auch im Heimatland), ein Nachweis über die Elterneigenschaft (z.B. Geburtsurkunde des Kindes), da sonst ein Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung für Kinderlose gezahlt werden muss
- manchmal wird ein Identitätsnachweis verlangt (Kopie Ausweis oder Pass)

Beginn der Mitgliedschaft und Beitragszahlung:

Die Mitgliedschaft in der freiwilligen Versicherung beginnt gem. § 188 SGB V im direkten Anschluss an die vorherige Versicherung (entweder in D oder in einem EU-Land). Da die freiwillige Versicherung innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende der letzten Mitgliedschaft gestellt werden muss, ergeben sich auch nur max. 3 Monate Nachzahlung.

Die Beitragseinstufung richtet sich nach der Höhe des Einkommens; Mindestbeitrag (je nach KK) um die 210,- mtl. (auch für SELB; seit dem 1.1.19 zahlen SELB bei wenig Einkommen den gleichen Mindestbeitrag wie alle anderen).

b) Auffang-Pflichtversicherung mit Nachweis, dass zuletzt eine gesetzliche KV (ggf. im Heimatland) bestanden hat

Scheidet a) – eine freiwillige Weiterversicherung mit VVZ aus dem Heimatland aus, da die dortige Mitgliedschaft schon länger als 3 Monate nicht mehr besteht (Achtung: Nicht jede Mitgliedschaft in einem anderen EU-Land endet automatisch mit Übersiedlung nach D) kommt die Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 Buchstabe a) SGB V in Betracht. Diese Versicherung gibt es seit dem 1.4.2007 (wird oft fälschlich „Bürgerversicherung“ genannt) und seit diesem Zeitpunkt greift auch in D die Krankenversicherungspflicht.

„(1) Versicherungspflichtig sind

...

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.“

1. Möglichkeit für den Zugang zur Auffang-Pflichtversicherung ist, dass man zuletzt (und zuletzt heißt egal, wie lange das her ist) gesetzlich krankenversichert war (und dazu zählt auch eine GKV in einem EU-Land). Gab es keine letzte gesetzliche KV (weder in einem EU-Land noch in D), dann besteht als 2. Möglichkeit nur dann Zugang zur Auffang-Pflichtversicherung, wenn keine hauptberufliche Selbständigkeit (SELB) in D vorliegt oder im Heimatland vorgelegen hat. Ausgeschlossen sind auch Personen, die im Heimatland Beamte oder Soldaten waren.

Lag zuletzt eine GKV vor, dann haben auch SELB in D Zugang zur Auffang-Pflichtversicherung und gehören nicht in die PKV! Der Bezug zur GKV ist das oberste Kriterium – alle mit Bezug zur GKV (das bedeutet zuletzt gesetzlich versichert) gehören in D in die GKV. Nur dann, wenn es keinen Bezug zur GKV gibt, wird nach dem Erwerbsstatus geguckt. Wer in D z.B. Minijobber ist, gehört in die GKV, wer SELB ist, gehört dann in die PKV.

Nachweis „zuletzt gesetzlich versichert“ aus einem EU-Land über Formular E 104 (alt) oder S041 (neu).

Lag zuletzt eine private Krankenversicherung vor, wird die Zuordnung in Deutschland zur PKV vorgenommen. Achtung: Es „zählt“ dann nur eine private Vollversicherung (und nicht eine Zusatzversicherung, die es in div. EU-Ländern gibt)!

Nun könnte man ja denken, super, dann kommen ja alle Menschen in die Auffang-Pflichtversicherung. Leider nein. Denn für Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit gibt es im § 5 (11) SGB V, dort im Satz 2, deutliche Einschränkungen:

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.

Das betrifft alle nichterwerbstätigen Unionsbürger*innen:

§ 2 (2) FreizügG/EU:

(2) Unionsrechtlich freizügigkeitsberechtigt sind:

1. Unionsbürger, die sich als Arbeitnehmer oder zur Berufsausbildung aufhalten wollen,
 - 1a. Unionsbürger, die sich zur Arbeitsuche aufhalten, für bis zu sechs Monate und darüber hinaus nur, solange sie nachweisen können, dass sie weiterhin Arbeit suchen und begründete Aussicht haben, eingestellt zu werden,
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 57 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union erbringen wollen (Erbringer von Dienstleistungen), wenn sie zur Erbringung der Dienstleistung berechtigt sind,
4. Unionsbürger als Empfänger von Dienstleistungen,
5. **nicht erwerbstätige Unionsbürger unter den Voraussetzungen des § 4,**
6. Familienangehörige unter den Voraussetzungen der §§ 3 und 4,
7. Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, die ein Daueraufenthaltsrecht erworben haben.

§ 4 FreizügG/EU:

INicht erwerbstätige Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, die den Unionsbürger begleiten oder ihm nachziehen, haben das Recht nach § 2 Abs. 1, wenn sie über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügen. 2Hält sich der Unionsbürger als Student im Bundesgebiet auf, haben dieses Recht nur sein Ehegatte, Lebenspartner und seine Kinder, denen Unterhalt gewährt wird.

Salopp kann man sagen, dass ein Freizügigkeitsrecht „dem Grunde nach“ vorliegen muss, damit ein Zugang zur GKV erfolgen kann. Es bringt nicht weiter, dass ja alle Unionsbürger*innen so lange als freizügigkeitsberechtigt gelten, bis die Ausländerbehörde die Freizügigkeit entzogen hat. Denn der Gesetzestext ist so geschickt formuliert, dass lediglich auf das FreizügG/EU verwiesen wird und nicht auf ein materielles Freizügigkeitsrecht.

Allerdings gibt es **besondere Regelungen für Familienangehörige** von freizügigkeitsberechtigten Unionsbürgern (§ 2 (1) FreizügG/EU): Freizügigkeitsberechtigte Unionsbürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Einreise und Aufenthalt nach Maßgabe dieses Gesetzes. Die Familienangehörigen leiten ihr Freizügigkeitsrecht daher aus dem Freizügigkeitsrecht der Angehörigen ab und teilen so „das Schicksal“ der Angehörigen.

§ 2 (1) FreizügG/EU:

„(2) Unionsrechtlich freizügigkeitsberechtigt sind:

...

Familienangehörige unter den Voraussetzungen der §§ 3 und 4,“

§ 3 (1) FreizügG/EU:

„(1) IFamilienangehörige der in § 2 Abs. 2 Nr. 1 bis 5 genannten Unionsbürger haben das Recht nach § 2 Abs. 1, wenn sie den Unionsbürger begleiten oder ihm nachziehen. 2Für

Familienangehörige der in § 2 Abs. 2 Nr. 5 genannten Unionsbürger gilt dies nach Maßgabe des § 4.“

Kurz gefasst: Nicht erwerbstätige EU-Bürger*innen kommen im Regelfall nicht in die Auffang-Pflichtversicherung. Ebenso nicht die Familienangehörigen von nicht erwerbstätigen EU-Bürger*innen. Wer sein Freizügigkeitsrecht aus einer SELB zieht, muss die SELB auch nachweisen!

Ausnahme: Abgeleitetes Freizügigkeitsrecht über Angehörige in auf- und absteigender Linie, die zumindest einen Teil des Unterhaltes gewähren und die selber freizügigkeitsberechtigt sind. Ein gemeinsamer Haushalt ist nicht zwingende Voraussetzung, aber ggf. hilfreich für die UH-Gewährung, die auch z.T. in Form von Betreuung/Versorgung erfolgen kann. „Eine solche Unterhaltsgewährung liegt vor, wenn dem Verwandten tatsächlich Leistungen zukommen, die vom Ansatz her als Mittel der Bestreitung des Lebensunterhalts angesehen werden können. Dazu gehört eine fortgesetzte regelmäßige Unterstützung in einem Umfang, der es ermöglicht, zumindest einen Teil des Lebensunterhalts regelmäßig zu decken“ (Auszug aus der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Freizügigkeitsgesetz/EU (AVV zum FreizügG/EU), dort unter 3.2 ff, https://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund_03022016_MI12100972.htm).

Bsp.: Ehepaar, beide bulgarische Staatsangehörige. Er arbeitet versicherungspflichtig, sie ist über ihn familienversichert. Das Paar holt die kranke Mutter aus Bulgarien nach Deutschland und nimmt sie in den Haushalt auf. Der Sohn gewährt der Mutter zumindest einen Teil des Unterhalts (eine vollständige Lebensunterhaltssicherung ist nicht nötig). Der Sohn ist aufgrund der Beschäftigung freizügigkeitsberechtigt. Aufgrund der Gewährung von Unterhalt kann die Mutter ihr Freizügigkeitsrecht nun aus dem ihres Sohnes ableiten und hat Anspruch auf die Auffang-Pflichtversicherung, wenn sie in BG zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen ist (§ 1 (2) Nr. 3 FreizügG/EU (Fassung seit dem 24.11.20, vorher § 3 FreizügG/EU)).

§ 1 (2) Nr. 3 FreizügG/EU (Fassung seit dem 24.11.20):

„(2) Im Sinne dieses Gesetzes

...

sind Familienangehörige einer Person

a) der Ehegatte,

b) der Lebenspartner,

c) die Verwandten in gerader absteigender Linie der Person oder des Ehegatten oder des Lebenspartners, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder denen von diesen Unterhalt gewährt wird, und

d) die Verwandten in gerader aufsteigender Linie der Person oder des Ehegatten oder des Lebenspartners, denen von diesen Unterhalt gewährt wird, ...“

Aus den AVV zum FreizügG/EU, Nr. 3.2.2.2 kann noch Folgendes entnommen werden:

Aus § 3 Absatz 2 Nummer 2 kann in bestimmten Fällen auch dann ein freizügigkeitsrechtliches Aufenthaltsrecht abgeleitet werden, wenn nicht der EU-Bürger seinem Verwandten den Unterhalt gewährt, sondern es sich umgekehrt verhält: Dies ist der Fall, wenn es sich bei dem EU-Bürger um einen freizügigkeitsberechtigten Minderjährigen handelt, der von einem drittstaatsangehörigen Elternteil tatsächlich betreut wird, diese

Betreuung erforderlich ist und keine öffentlichen Mittel in Anspruch genommen werden (vgl. EuGH, Urteil vom 19. Oktober 2004, Rs. C-200/02 – Zhu/Chen, Rn. 42 ff.).

Unter Umständen kommt in diesen Fallkonstellationen auch eine Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis auf der Grundlage von § 28 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 AufenthG in Betracht, sofern dies dem Betroffenen eine günstigere Rechtsstellung vermittelt, als die Anwendung von Freizügigkeitsrecht (§ 11 Absatz 1 Satz 11).

Zu 2b: Auffang-Pflichtversicherung – Zugang in den ersten 3 Monaten?

Der Aufenthalt in den ersten 3 Monaten ist ausländerrechtlich bedingungslos (§ 2 (5) FreizügG/EU); trotzdem nehmen die KVen nicht erwerbstätige Unionsbürger*innen nicht auf. Die DVKA hat dies so im RS 2014-379 ausgeführt (Auszug S. 6):

„Nichterwerbstätige EU-Bürger

Nichterwerbstätige EU-Bürger sind von den Freizügigkeitsregelungen des § 2 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 und § 2 Abs. 2 Nr. 7 FreizügG/EU nicht erfasst. Hierunter fallen Rentner, Studenten und sonstige Nichterwerbstätige.

...

Voraussetzungen für das Aufenthaltsrecht nichterwerbstätiger EU-Bürger und ihrer Familienangehörigen in Deutschland sind vielmehr die eigenständige Existenzsicherung und der ausreichende Krankenversicherungsschutz (vgl. § 4 FreizügG/EU). Der Zugang zur GKV über die Auffang-Versicherungspflicht ist für diesen Personenkreis nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V ausgeschlossen.

....

*Die Zugehörigkeit zum Personenkreis der Nichterwerbstätigen wirkt sich bei dem Ausschluss der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V **im Übrigen bereits ab Beginn des Aufenthalts der betroffenen Person in Deutschland aus, und zwar ungeachtet eines voraussetzungslosen Aufenthaltsrechts in den ersten drei Monaten nach § 2 Abs. 5 FreizügG/EU für alle EU-Bürger.***“

Ich sehe da wenig Chancen auf eine gerichtliche Durchsetzung, denn wer nichterwerbstätig ist, ist nichterwerbstätig und nur darauf zielt das Gesetz ja ab.

Zu 2b: Auffang-Pflichtversicherung, Zugang in den ersten 6 Monaten Arbeitssuche?

Hier bestehen deutlich bessere Chancen. Denn gem. § 2 (2) Nr. 1a FreizügG/EU sind arbeitssuchende Unionsbürger*innen in den ersten 6 Monaten des Aufenthaltes explizit freizügigkeitsberechtigt. Allerdings verlangen die KVen Nachweise der Arbeitssuche; die behauptete Arbeitssuche muss also dokumentiert werden – es genügt nicht, zu sagen „ich suche Arbeit“. Das sollte eine Arbeitslosmeldung bei der Arbeitsagentur (Arbeitsvermittlung) sein (auch ohne einen Leistungsanspruch auf Alg I kann man sich bei der Arbeitsagentur arbeitslos melden). Das muss persönlich erfolgen! Online kann man sich arbeitssuchend melden – arbeitssuchend ist man aber nur dann, wenn man eine Arbeit hat und perspektivisch eine neue Arbeit sucht! Hat man keine Arbeit, ist man arbeitslos!

Weiterhin sollte man zumindest angeben können, als was man sich bewirbt (es genügt nicht, anzugeben, man würde jede Arbeit annehmen); dazu ist es sehr hilfreich, auf einem Zettel zu

notieren, wann man sich bei welcher Firma unter welcher Telefonnummer beworben hat bzw. wann man wo persönlich vorgesprochen hat. Liegt beides vor, bestehen gute Chancen auf eine Aufnahme!

Das Freizügigkeitsrecht zur Arbeitssuche besteht nur in den ersten 6 Monaten nach der Einreise nach Deutschland. Ist diese Zeit ohne Arbeitslosmeldung verstrichen, kann ein Freizügigkeitsrecht aufgrund von Arbeitssuche für Zeiträume nach den ersten 6 Monaten nur dann weiterhin geltend gemacht werden, wenn die Arbeitssuche nahtlos andauert UND nachgewiesen werden kann, dass eine begründete Aussicht besteht, eingestellt zu werden. Dies ergibt sich aus dem Text der Freizügigkeits-RL 2004/38/EG, Art. 14, Absatz 4 Buchstabe b ([https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0038R\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0038R(01)&from=EN)):

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 und unbeschadet der Bestimmungen des Kapitels VI darf gegen Unionsbürger oder ihre Familienangehörigen auf keinen Fall eine Ausweisung verfügt werden, wenn

a) die Unionsbürger Arbeitnehmer oder Selbstständige sind oder

*b) die Unionsbürger in das Hoheitsgebiet des Aufnahmemitgliedstaats **eingereist sind, um Arbeit zu suchen.** In diesem Fall dürfen die Unionsbürger und ihre Familienangehörigen nicht ausgewiesen werden, solange die Unionsbürger nachweisen können, dass sie weiterhin Arbeit suchen und dass sie eine begründete Aussicht haben, eingestellt zu werden.*

Eine begründete Aussicht, eingestellt zu werden, besteht z.B. dann, wenn ein Termin zu einem Vorstellungsgespräch stattgefunden und der Arbeitgeber sich aber noch nicht entschieden hat. Oder aber es gab einen Probearbeitstag und der Arbeitgeber ist noch unentschieden.

Nicht geltend machen kann man ein Freizügigkeitsrecht zur Arbeitssuche, wenn man z.B. bereits seit 2 Jahren in Deutschland lebt, ggf. zu Anfang Arbeit gesucht hat, nicht gearbeitet hat und nun nach 2 Jahren sich (wieder) um Arbeit bemüht. Dann sind die ersten 6 Monate ja längst „abgelaufen“ und wurden nicht durch nahtlose Arbeitssuche mit Einstellungsaussicht verlängert.

Zu 2b: Beginn der Mitgliedschaft und Beitragszahlungen in der Auffang-Pflichtversicherung

Die Mitgliedschaft kann frühestens am 1.4.2007 beginnen, weil es das Gesetz (§ 5 (1) Nr. 13 SGB V) erst seit diesem Tag gibt (§ 186 (11) Satz 3 SGB V).

Die Mitgliedschaft beginnt erst mit Wohnsitznahme oder gA in Deutschland und dann ab dem 1. Tag ohne Absicherung im Krankheitsfall (§ 186 (11) Satz 1 SGB V). Dazu kommt bei Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit:

Bei EU-Bürgerinnen beginnt die Mitgliedschaft mit Beginn des Freizügigkeitsrechts, bei Drittstaatler*innen beginnt sie mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis (§ 186 (11) Satz 2 SGB V).

Wer daher längere Zeit unversichert war, sich aber hätte versichern können und müssen, der muss ggf. für einen längeren Zeitraum Beiträge nachzahlen. Aufgrund der Verjährungsregeln im § 25 SGB IV muss man das lfd. Kalenderjahr und die letzten 4 Jahre nachzahlen. Alles andere ist verjährt.

Wenn in diesem Zeitraum keine Kosten angefallen sind (offene Krankenhausrechnungen, Arztrechnungen etc.) dann gibt es die Möglichkeit, eine Verzichtserklärung bei der KK abzugeben (§ 256a SGB V i.V.m. den „Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“, [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-09-](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-09-16_Grundsaeetze_Beseitigung_Beitragsschulden_finale_Fassung_Normteil.pdf)

16_Grundsaeetze_Beseitigung_Beitragsschulden_finale_Fassung_Normteil.pdf). Man verzichtet dann für den Nachzahlungszeitraum auf jegliche Erstattungen bzw. Kostenübernahmen und zahlt dafür im Gegenzug nicht durchschnittlich 200,- pro Monat nach sondern nur rund 55,- pro Monat. Gibt man keine Verzichtserklärung ab, muss die KK für den Nachzahlungszeitraum alle offenen Rechnungen (z.B. bei Krankenhäusern) begleichen, auch wenn man die Nachzahlungen (noch) nicht beglichen hat.

Die Möglichkeit der Verzichtserklärung gibt es nur bei einer rückwirkenden Anzeige der Auffang-Pflichtversicherung, nicht aber bei einer freiwilligen Versicherung (auch nicht bei der OAV, der obligatorischen Anschlussversicherung gem. § 188 (4) SGB V).

Zu 3. Einkommensnachweise für die GKV (wir haben das Problem, dass die Prostituierten meistens keine Steuererklärungen abgeben und somit keine Einkommensnachweise haben).

Da der Zugang zur Auffang-Pflichtversicherung nur bei Erwerbstätigkeit oder SELB funktioniert (Freizügigkeitsberechtigung), muss als Nachweis der SELB neben der Registrierung nach dem ProstSchG i.d.R. auch eine Steuernummer vom Finanzamt bei der KK vorgelegt werden. Für die Zeit, bis es einen 1. Steuerbescheid in D gibt, genügt der ausgefüllte Einkommensfragebogen der KK und zumindest sehr einfache Aufzeichnungen über die Einnahmen/Ausgaben (oft wird eine BWA (= betriebswirtschaftliche Auswertung) von der KK verlangt; diese ist aber nicht zwingend vorgeschrieben!). Die KK setzt dann den Beitrag vorläufig fest und korrigiert ihn nach Vorlage des Steuerbescheides. Einfachste Aufzeichnungen über die Einnahmen und Ausgaben verlangt auch das Finanzamt.

Dauerhaft kommt man nicht ohne Steuerbescheid aus zur Vorlage bei der KK!

Der fehlende Steuerbescheid ist nicht das Hindernis zum **Zugang** zur GKV - hinein kommt auch ohne einen Bescheid. Aber wenn man in angemessener Zeit keinen Bescheid einreicht, wird man zum Höchstbeitrag eingestuft.

Den Steuerbescheid kann man leider nicht grundsätzlich umgehen: Zum einen ist die Pflicht zur Abgabe einer Steuererklärung im Einkommenssteuergesetz plus Abgabenordnung festgelegt - beides Bundesgesetz bzw. Bundesvorschrift. Auf dieser Pflicht fußt dann auch das SGB V für die KKen, dort § 240 (4a):

(4a) 1Die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge werden auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen; Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz gilt entsprechend. 2Bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit werden die Beiträge auf der Grundlage der nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen vorläufig festgesetzt. 3Die nach den Sätzen 1 und 2 vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheides endgültig festgesetzt. 4Weist das Mitglied seine tatsächlichen

Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, gilt für die endgültige Beitragsfestsetzung nach Satz 3 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. 5Für die Bemessung der Beiträge aus Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gelten die Sätze 1, 3 und 4 entsprechend. 6Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht, wenn auf Grund des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheides oder einer Erklärung des Mitglieds für den Kalendertag beitragspflichtige Einnahmen in Höhe des 30. Teils der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt werden.

Nicht verwirren lassen: Das Arbeitseinkommen ist der Gewinn aus selbständiger Tätigkeit, Lohn heißt im SGB V Erwerbseinkommen.

Zu 4.: Schulden bei der GKV – für vergangene Zeiten (das passiert, wenn die Person vor Jahren als Angestellte gearbeitet hat und so in die GKV reingekommen ist, sich aber nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht bei der GKV abgemeldet hat. Die meisten wissen nicht, dass die GKV nicht automatisch endet).

S. dazu auch meinen Fachaufsatz Beitragsschulden

Die Mitgliedschaft, die automatisch weiterläuft ist die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) gem. § 188 (4) SGB V.

Meist sind nicht nur hohe Schulden als solche entstanden, sondern diese auch noch aufgrund von Einstufungen zum Höchstbeitrag, weil der KK kein Einkommen mitgeteilt wurde. Daher muss in einem 1. Schritt die Einstufung zum Höchstbeitrag rückgängig gemacht werden. Seit dem 15.12.18 wurde der § 240 SGB V positiv verändert.

Mit Änderung des § 240 SGB V durch das GKV-VEG mit Wirkung ab 15.12.2018 und den dazu gehörigen Beitragsverfahrensgrundsätzen (aktuell vom 18.3.20

<https://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2020-03-](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2020-03-)

[18_Beitragsverfahrensgrundsätze_Selbstzahler_in_der_Fassung_der_Neunten_Aenderung.pdf](#)

wurden die Bedingungen nunmehr erheblich verbessert (§ 6 Abs. 5 Satz 2 der Grundsätze). Es gibt nun 2 Möglichkeiten, auf die Beitragseinstufung Einfluss zu nehmen:

a) Nachreichung von Einkommensunterlagen:

„Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 1 festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen. Änderungen der Beitragsbemessung nach Satz 1 aufgrund eines später vorgelegten Nachweises sind erst zum ersten Tag des auf die Vorlage des Nachweises folgenden Monats zu berücksichtigen.“

Das bedeutet, dass die KK zwar weiterhin eine Einstufung zum Höchstbeitrag vornehmen kann, wenn keine Einkommensunterlagen eingereicht werden. Jetzt kann man aber innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt des Beitragsbescheides die Einkommensunterlagen nachreichen und die KK muss dann die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume aufgrund des nachgewiesenen Einkommens neu festzusetzen. Ein Säumniszuschlag nach § 24 (1) SGB IV

auf die rückständigen Beiträge wird in diesen Fällen nach Satz 5 nur hinsichtlich der korrigierten Beitragsforderung erhoben.

Die Neuregelung im § 240 SGB V hat keine sog. Rückwirkung, d.h. dass veränderte Einstufungen nur für die Zeit ab Inkrafttreten des Gesetzes, d.h. ab dem 15.12.18, geltend gemacht werden können.

b) Es gibt keine Einkommensunterlagen, die nachgereicht werden könnten oder es werden Einkommensunterlagen nach Ablauf der 12 Monate nachgereicht:

Selbst wenn keine Einkommensunterlagen eingereicht bzw. Einkommensunterlagen erst nach Ablauf der 12 Monate eingereicht werden, gibt es noch Möglichkeiten. Auszug aus der Begründung zum Gesetzentwurf (ebenfalls BT-DS 19/4454, S. 27):

„Die Neuregelung in § 240 Absatz 1 Satz 4 sieht darüber hinaus eine rückwirkende Korrektur der Beitragsfestsetzung auf den Höchstbeitrag in den Fällen vor, in denen das Mitglied zwar nach wie vor nicht den Nachweis geringerer Einnahmen erbringt, jedoch **aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils einschlägige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten.**

Entsprechende Anhaltspunkte dafür können z. B. das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit im Sinne der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II oder der Sozialhilfe nach SGB XII sein. Auch die im Wege einer fruchtlosen Vollstreckung der bestehenden Beitragsforderung festgestellte Vermögenslosigkeit des Mitglieds kann ein entsprechendes Indiz sein. Die Krankenkasse sollte zudem weitere Informationen über das jeweilige Mitglied und die Familienverhältnisse prüfen, bevor sie eine rückwirkende Anpassung der Beiträge vornimmt. Die „hinreichenden Anhaltspunkte“ stellen einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, der grundsätzlich von der zuständigen Krankenkasse eigenverantwortlich ausgelegt und angewandt werden muss. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen hierzu einheitliche Vorgaben abstimmen werden.

Die Regelung gilt zeitlich unbeschränkt und bezieht sich auf alle vergangenen Zeiträume der Zwangseinstufung. Die rückwirkende Anpassung der Beiträge auf den Mindestbeitrag dient dem Abbau „fiktiver“ Beitragsschulden und soll für die Betroffenen Anreize setzen, den korrigierten Beitragsforderungen nachzukommen“ (BT-DS 19/4454, S. 27).

Nach Ablauf von 12 Monaten eingereichte Einkommensunterlagen führen nur dann zu einer rückwirkenden Korrektur, wenn sich aus den Unterlagen lediglich eine Einstufung zum Mindestbeitrag ergibt. Ebenso wird die Beitragseinstufung ohne Einreichung von Unterlagen nur dann rückwirkend korrigiert, wenn es ausreichende Hinweise dafür gibt, dass lediglich eine Einstufung zum Mindestbeitrag in Frage kommt.

Achtung: Eine rückwirkende Korrektur von Beitragseinstufungen, die vor dem 15.12.18 ergingen, ist daher nur möglich, wenn keine Einkommensunterlagen nachgereicht werden können, weil es keine gibt (Bestreitung des Lebensunterhaltes durch Ersparnisse, durch Betteln, Flaschen sammeln, Bezug von Lebensmitteln über die Tafel, Mahlzeiten in Suppenküchen etc.) oder aber wenn Einkommensunterlagen nachgereicht werden, die lediglich zu einer Einstufung zum Mindestbeitrag führen. Das bedeutet im Umkehrschluss: Sofern aufgrund der nachgereichten Unterlagen (außerhalb des 12-Monatszeitraumes)

Beiträge – auch nur geringfügig - oberhalb des Mindestbeitrages zu entrichten wären, verbleibt es leider beim Höchstbeitrag!

Sowohl bei a) als auch bei b) erfolgt die Antragstellung auf rückwirkende Neufestsetzung bei der KK über einen Überprüfungsantrag gem. § 44 SGB X (LSG Baden-Württemberg am 21.5.21 unter L 4 KR 1203/19 und das LSG MV am 11. April 2019 unter L 6 KR 80/17). Bei Anträgen nach b) wirkt sich das Gesetz somit auch auf die Vergangenheit vor Inkrafttreten der Neufassung von § 240 aus.

Weitere Rechtsprechung:

SG Düsseldorf vom 19.6.20 unter S 50 KR 1106/19

SG Berlin vom 24.1.19 unter S 56 KR 3411/18 ER

Inhaltlich vergleichbar entscheiden auch das SG Koblenz, Urteil vom 13. Februar 2020 – S 1 KR 1741/19 und das LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urteil vom 11. April 2019 – L 6 KR 80/17 sowie das LSG Baden-Württemberg am 21.5.21 unter L 4 KR 1203/19.

Achtung:

Bei Beitragsschulden aus einer OAV ist die Abgabe einer Verzichtserklärung (wie bei der rückwirkenden Eintragung der Auffang-Versicherungspflicht gem. § 5 (1) Nr. 13) nicht möglich. Auch wenn keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, wird der aufgelaufene Beitrag nicht ermäßigt. Für die aufgelaufenen Beitragsschulden greift dann nur noch § 76 SGB IV.

Leistungsruhen bei Beitragsrückständen

Kümmert man sich nicht um einen Einkommensnachweis bei der KK, wird die Mitgliedschaft weiter geführt, aber es laufen dann jeden Monat neue **Beitragsschulden** auf. Die KK verhängt dann das Ruhen des Leistungsanspruchs (16 (3a) SGB V). Ab dann besteht nur noch ein eingeschränkter Leistungsanspruch auf Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen und auf sämtliche Behandlungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Auch die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Krebsvorsorge) werden noch erbracht.

Das Ruhen endet, wenn alle Schulden bezahlt sind, wenn eine Ratenzahlungsvereinbarung getroffen wird und die Raten pünktlich gezahlt werden oder bei Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder XII.

§ 16 (3a) SGB V:

(3a) 1Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. 2Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. 3Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. 4Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.

Zu 4. Obligatorische Anschlussversicherung OAV nach dem Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung

Zum 1.8.13 wurde in D die OAV gem. § 188 (4) SGB eingeführt. Es handelt sich um eine obligatorische (obligatorisch heißt „durch ein Gesetz o. Ä. vorgeschrieben, verbindlich“) Versicherung, die kraft Gesetz eintritt, auch ohne Antragstellung. Ziel des Gesetzes ist es, Versicherungslücken zu verhindern und dafür zu sorgen, dass möglichst alle Menschen in D durchgehend versichert sind. Für Saisonarbeiter*innen gibt es besondere Regelungen im § 188 (4) Satz 5-8.

§ 188 (4) SGB V Satz 1-4:

1Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. 2Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. 3Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. 4Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.

Die „Ausführungsvorschriften“ zur OAV sind die „ Grundsätzlichen Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“, https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/abschlussversicherung/_jcr_content/par/download_1924228689/file.res/GH%20zur%20oAV.pdf

Die OAV greift daher sowohl nach dem Ende einer Pflichtversicherung (Beschäftigung endet, der AG meldet ab, Alg II-Bezug endet, das Jobcenter meldet ab etc.) als auch nach dem Ende einer Familienversicherung (z.B. Erreichen der Altersgrenze 23 bzw. 25 bei Ausbildung, Rechtskraft der Scheidung).

Die OAV ist vom Charakter her eine freiwillige Versicherung, lediglich der Zugang ist ein anderer als bei der regulären freiwilligen Versicherung gem. § 9 SGB V. Bei der regulären freiwilligen KV braucht es VVZ und eine 3-Monatsfrist ist einzuhalten; weiterhin muss ein Antrag gestellt werden. Bei der OAV genügt im Extremfall 1 Tag GKV (z.B. Beschäftigung aufgenommen und sofort wieder abgebrochen), um die OAV auszulösen; Fristen sind nicht einzuhalten und es muss auch kein Antrag gestellt werden.

Die KK schreibt alle, die aus einer Pflicht- oder Fami ausgeschieden sind, automatisch nach ca. 4-6 Wochen an. Sie fragt, wo man jetzt versichert ist und fügt einen Einkommensfragebogen bei. Reagiert man auf diesen Fragebogen nicht, kommt nochmal ein Fragebogen zum Einkommen und eine Androhung auf Einstufung zum Höchstbeitrag, wenn man kein EK angibt. Reagiert man jetzt immer noch nicht, kommt die Einstufung zum Höchstbeitrag (rund 850,- mtl. KV und PV). Nun hat man aber nochmal 12 Monate Zeit, das Einkommen nachzuweisen. Erfolgt das, muss die KK die Einstufung rückwirkend zurücknehmen und nach Einkommen einstufen (§ 240 (1) SGB V).

Wann tritt die OAV nicht ein?

Austritt: Wer sich bei der KK abmeldet, weil entweder ein Wegzug aus D erfolgen wird oder aber ein Wechsel in die PKV, der kann „austreten“. Der Austritt wird wirksam, wenn man bei der KK die Abmeldebescheinigung aus D einreicht oder aber den PKV-Vertrag. Ebenso ist ein Austritt möglich bei Inhaftierung. Dann muss bei der KK die Haftbescheinigung eingereicht werden. Da hilft der Sozialdienst der JVA.

Post kommt zurück: Die OAV tritt auch dann nicht ein, wenn die KK den Wohnsitz oder gA nicht ermitteln kann. Das ist dann der Fall, wenn die Post zurück kommt, es keine einwohneramtliche Meldung gibt und die KK auch vergeblich versucht hat, über ggf. im System hinterlegte Kontaktdaten (Telefon/Email) Kontakt mit dem Mitglied aufzunehmen. Die KK muss dabei nach den „Einheitlichen Grundsätzen zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/2018-11-28_Einheitliche_Ermittlungsgrundsaeetze_Endfassung_Normteil.pdf) vorgehen.

Zu 5.: Nach Ausbruch der Corona-Pandemie wurden die Prostitutionsstätten geschlossen. In Hessen waren sie bis Ende Juni 2021 geschlossen. In dieser Zeit haben viele unserer Klient*innen ALG II bekommen und sind über den Leistungsbezug in die GKV reingekommen. Jetzt fallen sie aus dem Leistungsbezug raus und arbeiten wieder als Selbständige in der Prostitution. Einige wollen die KV behalten, andere jedoch nicht (manche verdienen so wenig, dass sie sich keine KV leisten können).

Derzeit suchen wir (erfolglos) nach alternativen Möglichkeiten, dass die Menschen doch in der GKV bleiben, aber die Finanzierung ist ein echtes Problem.

Zu diesem Punkt brauchen wir ganz konkrete Informationen – was geht und was geht nicht. Vielleicht können wir den Punkt anhand eines Fallbeispiels bearbeiten?

Eine kostenlose KV gibt es in D – außer der Familienversicherung – nicht.

Ebenso gibt es kein Wahlrecht, ob man eine KV, die einmal eingetreten ist, behalten möchte oder nicht. Wer in D lebt (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt) muss vom Gesetz her eine KV haben.

Zu unterscheiden sind die 3 Ebenen der KV:

- Als Grundlage eine bestehende Mitgliedschaft (Pflicht-, freiwillige oder Familienversicherung)
- In der Mitte der zu zahlende Beitrag (nur in der Familienversicherung = Null)
- Und oben dann der Leistungsanspruch

Wer aus dem Alg II-Bezug (Pflichtversicherung gem. § 5 (2a) SGB V) ausscheidet, landet in der OAV gem. § 188 (4) SGB V – auch dann, wenn man nichts beantragt oder unternimmt. Damit läuft die Mitgliedschaft automatisch weiter.

Der Beitrag richtet sich danach, ob man EK-Angaben macht oder nicht (wenn nicht, Höchstbeitrag!) und bei Angaben danach, wieviel man verdient. Der Mindestbeitrag (je nach KK ca. 210,- mtl.) ist aber immer zu zahlen. Zahlt man nicht, laufen Beitragsschulden auf. Nach Mahnungen haben Beitragsschulden dann Einfluss auf die Leistungen.

Die KK verhängt das Leistungsruhen und man hat ab dann nur noch Anspruch auf eingeschränkte Leistungen (akute Erkrankungen und Schmerzzustände, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen).

Bei geringem Einkommen besteht ja die Möglichkeit, aufstockend Alg II zu bekommen. Dann zahlt das Jobcenter auch weiterhin den Beitrag. Dann muss man aber beim JC Einkommensunterlagen einreichen (einfachste Gewinnermittlung mittels Aufzeichnungen von Einnahmen und Ausgaben) und natürlich am Ende einen Steuerbescheid. Bei SELB besteht ja grundsätzlich ein Freizügigkeitsrecht genau wie bei Minijobbern.

Kommt Alg II nicht infrage und Sie nehmen in der Beratung die Aussage „eine KV kann ich mir nicht leisten“ hin, dann sitzen Sie in der Beratungsfalle. Dann geht es nämlich nicht weiter. Sie sollten Ihren Ratsuchenden klar machen, dass in D Versicherungspflicht herrscht und alle sich an die bestehenden Gesetze halten müssen. „Gesetze sind die verbindlichen Handlungsgrundlagen für alle Beteiligten“. Sie verlangen ja von KKen, Sozialämtern etc., dass rechtmäßig gehandelt wird, dann müssen es aber die Ratsuchenden auch tun.