

Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für EU-Bürger*innen und Drittstaatsangehörige in Deutschland (Skript von Claudia Mehlhorn zur Veranstaltung am 9.6.2021 in Berlin)

Die Veranstaltung gibt zunächst einen Überblick über die Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung für EU-Bürger*innen und Drittstaatsangehörige in Deutschland mit dem Fokus auf die Auffang-Pflichtversicherung, obligatorische Anschlussversicherung und Familienversicherung. Darüber hinaus wird die Möglichkeit der Aktivierung und Nutzung von Mitgliedschaften in den Heimatländern erläutert. Besondere Probleme beim Zugang für Selbständige werden besprochen.

Absicherungssystem in Deutschland Übersicht

1. Zugang nur bei gewöhnlichem Aufenthalt (gA) oder Wohnsitznahme; bedarf es einer einwohneramtlichen Meldung (EMA)?
2. Freiwillige Weiterversicherung mit VVZ aus dem EU-Land
3. Auffang-Pflichtversicherung bei Freizügigkeitsrecht
 - 3a) Auffang-Pflichtversicherung – Zugang in den ersten 3 Monaten?
 - 3b) Auffang-Pflichtversicherung, Zugang in den ersten 6 Monaten Arbeitssuche?
4. Auffang-Pflichtversicherung für Drittstaatler*innen
Zu 3. und 4. Beginn der Mitgliedschaft in der Auffang-Pflichtversicherung und Beitragszahlungen
5. sonstige Zugangsmöglichkeiten zur GKV (Beschäftigung, BFD, Ausbildung mit Versicherungspflicht) für Drittstaatler*innen und EU-Bürger*innen
6. obligatorische Anschlussversicherung OAV nach dem Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung
7. Familienversicherung
8. Besonderheiten für Selbständige
9. Sachleistungsaushilfe – Aktivierung der Mitgliedschaft im Heimatland
 - 9a) vorübergehender Aufenthalt
 - 9b) ständiger Aufenthalt

Zu 1. Zugang nur bei gA oder Wohnsitznahme, EMA

§ 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. Freiwillige Weiterversicherung mit VVZ aus dem EU-Land

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.).

Derartige Anträge mit VVZ aus EU-Ländern sollten nicht bei einer AOK gestellt werden! Bei anderen Kassen hatte ich problemlose Aufnahmen. Der Antrag kann vorab zur Fristwahrung ohne E 104/ S041 gestellt werden.

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.

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).

Zu 3. Auffang-Pflichtversicherung bei Freizügigkeitsrecht

Wer keine VVZ aus einem EU-Land mitbringt und bei dem keine KV z.B. über eine Beschäftigung greift, hat u.U. Zugang zur sog. Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V. Diese Versicherung gibt es seit dem 1.4.2007 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.“

Relevant für den Zugang zur Auffang-Pflichtversicherung ist, dass man entweder 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 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)! Auch sog. Incoming-KV's zählen nicht als zuletzt privat versichert (dazu mehr in 1 Woche).

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:

1Nicht 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) Familienangehörige 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

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/bsvwbund_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 3a: 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 3b: 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 KKen 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 4. Auffang-Pflichtversicherung für Drittstaatler*innen

Für Drittstaatler*innen greift § 5 (11) Satz 1 SGB V:

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

Drittstaatler*innen müssen also – außer der Hürde im § 5 (13) Buchstabe b) SGB V (weder in D noch im Heimatland SELB oder Beamte/Soldaten) eine weitere, ausländerrechtliche Hürde überwinden:

- a) Es braucht einen Aufenthaltstitel ohne die Auflage „Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes“ durch die Ausländerbehörde (ABH).
- b) Es braucht eine AE oder eine Niederlassungserlaubnis (NE), die auf mehr als 12 Monate befristet ist

Zu a) Der Regelfall ist eine AE mit **Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes** (LU), § 5 (1) Nr. 1 AufenthG:

*„(1) Die Erteilung eines Aufenthaltstitels setzt in der Regel voraus, dass
1. der Lebensunterhalt gesichert ist, ...“*

Das bedeutet, dass die ABH nur denjenigen einen Aufenthaltstitel erteilen soll, die „für sich selber sorgen können und die eine Krankenversicherung haben“. Denn das Vorhandensein einer Krankenversicherung gehört zur Sicherung des Lebensunterhaltes.

Diese Verpflichtung zur Sicherung des LU macht für bestimmte Personengruppen (z.B. Asylsuchende, Geflüchtete) keinen Sinn. Daher gibt es AE's ohne diese Verpflichtung zur Sicherung des LU. Ich nenne die immer „gute AE's“:

Für einige aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen erteilte Aufenthaltstitel gelten Ausnahmen von der Verpflichtung zur Sicherung des LU, so für die AE nach

§ 23 (2) AufenthG für (derzeit jüdische, irakische oder syrische (s.a. 2.14.8.1 konkret zu KV für Syrer)) Kontingentflüchtlinge (s. dazu auch Urteil des SG Freiburg vom 29.8.08, S 5 KR 4623/07),

für die AE nach

§ 25 (1), (2) oder (3) AufenthG für anerkannte Flüchtlinge und die NE für anerkannte Flüchtlinge nach § 26 (3) AufenthG.

Bei den übrigen Aufenthaltstiteln nach §§ 22 bis 26 "kann" die Ausländerbehörde von der Lebensunterhaltsicherung absehen (§ 5 (3) AufenthG).

Bei der AE zum Familiennachzug (§§ 29, 30 AufenthG) zu anerkannten Flüchtlingen mit AE nach § 25 (1) oder (2) ist von der Lebensunterhaltsicherung abzusehen, wenn der Familiennachzug binnen 3 Monaten nach Flüchtlingsanerkennung erfolgt.

§ 28 AufenthG (Ehe oder Kind mit einem/r Deutschen):

Bei einer AE zum **Familiennachzug zu Deutschen** ist i.d.R. von der Lebensunterhaltsicherung abzusehen (§ 28 (1) AufenthG). **§ 28 AufenthG unterscheidet im Absatz 1 drei Sachverhalte:**

1. ausländischer Ehegatte eines Deutschen,
2. ausländisches minderjähriges lediges Kind eines Deutschen,
3. ausländischer Elternteil eines minderjährigen ledigen Deutschen zur Ausübung der Personensorge.

- Bei der NE ist von der Lebensunterhaltsicherung abzusehen, wenn (bereits) im Erteilungszeitpunkt Erwerbsunfähigkeit besteht (§ 9 (2) Satz 3 AufenthG).
- Wurde eine NE an junge, zum Erteilungszeitpunkt in Schule oder Ausbildung befindliche Ausländer erteilt, ist ebenfalls von der Lebensunterhaltsicherung abzusehen (§ 35 AufenthG).

Zu b) Leider erteilen viele ABH eine AE für genau 12 Monate, weil „es schon immer so gemacht wurde“ obwohl ausländerrechtliche auch eine AE für 13 oder 14 oder mehr Monate möglich wäre. Genau 12 Monate reichen nicht für den Zugang zur Auffang-Pflichtversicherung, es muss eine AE oder NE von mehr als 12 Monaten vorliegen.

Die **Dauer des Aufenthalts** ist im § 26 AufenthG geregelt, insbes. im Absatz 1. Je nach AE gibt es Kann-Bestimmungen und Ist-Bestimmungen. Der Regelfall ist längstens für 3 Jahre.

- AE § 25 (4) Satz 1 und § 25 (5) AufenthG: Dauer längstens für 6 Monate, solange sich der Ausländer noch nicht mindestens 18 Monate rechtmäßig im Bundesgebiet aufgehalten hat.
- AE § 25 (1) AufenthG als Asylberechtigter und
- AE § 25 (2) S. 1, Alt 1 AufenthG als anerkannter Flüchtling (jeweils i.S.d. § 3 Asylgesetz): 3 Jahre („wird ... für 3 Jahre erteilt“).

Dieser Personenkreis erhält mit der Aufenthaltserlaubnis einen internationalen Reiseausweis für Flüchtlinge, den „GFK-Pass“.

- AE gem. § 25 (2) S. 1, Alt. 2 AufenthG für subsidiär Schutzberechtigte i.S.d. § 4 (1) Asylgesetz: 1 Jahr („wird ... für 1 Jahr erteilt“). Bei Verlängerung wird die AE für 2 weitere Jahre erteilt.
- AE § 25 (3) AufenthG: mind. 1 Jahr („wird ... mind. 1 Jahr erteilt“).
- AE § 25 (4a) S. 1 und § 25 (4b) AufenthG: 1 Jahr („wird ... für 1 Jahr erteilt“).
- AE § 25 (4a) S. 3 AufenthG: 2 Jahre, in begründeten Ausnahmefällen ist eine längere Geltungsdauer zulässig.

AE gem. § 23 (1) und 23 (2) AufenthG sind hinsichtlich der Dauer nicht im § 26 AufenthG geregelt, sondern in den Aufnahmeanordnungen der Länder bzw. des Bundes. Eine AE gem. § 23 (1) und § 23 (2) AufenthG wird i.d.R. für 2 Jahre erteilt. Die Verlängerung richtet sich nach § 8 AufenthG.

Zu 3 und 4: 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/2013-09-16_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 5. Sonstige Zugangsmöglichkeiten zur GKV (Beschäftigung, BFD (BuFDi), FSJ, FÖJ, Ausbildung mit Versicherungspflicht) für Drittstaatler*innen und EU-Bürger*innen

Diejenigen, bei denen die Auffang-Pflichtversicherung nicht greift und für die auch eine freiwillige Weiterversicherung nicht infrage kommt, haben ggf. die Möglichkeit, über andere Pflichtversicherungen in die GKV zu kommen:

- **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.

Zu 6. 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).

Geschieht aus das nicht, 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.

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 7. Familienversicherung

Jede Form der Pflicht- oder freiwilligen KV berechtigt zur kostenlosen Familienversicherung für Ehegatten, eingetragene Lebenspartner (eLP) nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (Auslaufmodell, denn seit einiger Zeit ist ja eine Eheschließung auch bei gleichgeschlechtlichen Menschen möglich) und Kinder (§ 10 SGB V). Niemals für nicht verheiratet Zusammenlebende! Allein muslimisch geschlossene Ehen werden nicht anerkannt.

Die Fami für Ehegatten und eLP (die gibt es ja noch, nicht alle eLP heiraten noch mal) greift solange, bis eine Scheidung (bzw. Aufhebung der Lebenspartnerschaft) rechtskräftig wird. Bei Getrenntleben läuft die Fami weiter, auch wenn das Getrenntleben jahrelang andauert.

Eine Fami geht nur in absteigender Linie, niemals aufsteigend (Eltern können nicht über Kinder versichert werden – das gibt es m.K. nur in der Türkei).

Für Kinder bestehen Altersgrenzen: Normale Altersgrenze ist 23, bei Ausbildung jeder Art bis 25, bei Behinderung und Erwerbsunfähigkeit ohne Altersgrenze. Die Behinderung muss aber bereits eingetreten sein zu Zeiten, wo noch eine reguläre Fami bestand (also i.d.R. max. vor dem 25. Lebensjahr).

Die Fami für Stief- und Enkelkinder ist möglich bei gemeinsamem Haushalt mit dem/der Hauptversicherten (Regelung seit 11.5.19, davor war die Gewährung von überwiegendem Unterhalt nötig), Änderung im § 10 (4) Satz 1:

*(4) 1 Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält **oder in seinen Haushalt aufgenommen hat**, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches).*

Lag z.B. eine HH-Aufnahme schon vor dem 11.5.19 vor, wurde aber der überwiegende UH nicht gewährt, so kann rückwirkend die Fami ab 11.5.19 hergestellt werden. Es muss dazu ein Fragebogen zur häuslichen Gemeinschaft ausgefüllt werden; das Kind muss auch versorgt und betreut werden.

Der GKV-Spitzenverband hat dazu „Ausführungsvorschriften“ erstellt, „Grundsätzliche Hinweise Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder“: https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/familienversicherung_g/_jcr_content/par/download/file.res/gr_gesamteinkommen.pdf

Weiterhin greift die Fami für Pflegekinder. Bei Pflegekindern ist ein Pflegevertrag oder eine Pflegeerlaubnis nicht zwingende Voraussetzung! Denn die Definition Pflegekind steht im § 56 (2) Nr. 2 SGB I (§ 10 (4) SGB V verweist zur Definition auf eben diesen Paragraphen). Dort steht: „Pflegekinder sind Personen, die mit dem Berechtigten durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind“. Liegen diese Voraussetzungen vor (das „bescheinigt“ man am besten durch eine schriftliche Erklärung), muss die KK die Fami eintragen, auch wenn es weder Pflegevertrag noch Pflegeerlaubnis gibt.

Ist ein Elternteil selber noch familienversichert über Mutter/Vater, so kann ein Kind dieses familienversicherten Elternteils auch ohne gemeinsamem Haushalt oder überwiegendem

Unterhalt bei Oma/Opa familienversichert werden (§ 10 (1) Satz 1 SGB V:“ ... sowie die Kinder von familienversicherten Kindern“.

Die Fami ist einkommensabhängig. Die EK-Grenze verändert sich quasi jedes Jahr, seit 1.1.2021 liegt sie bei 470,- mtl. Nicht jedes Einkommen „zählt“; maßgeblich ist das sog. Gesamteinkommen. Seit dem 1.7.19 greifen die „Grundsätzlichen Hinweise Gesamteinkommen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung“ vom 12.6.19, https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/familienversicherung/g/_jcr_content/par/download_1926320624/file.res/GH%20Fami%20Gesamteinkommen_12.06.2019.pdf. Dort findet sich der aktualisierte alphabetische Katalog der Einnahmen (mit Bewertung, welche zählen und welche nicht) in der Anlage.

Die Fami ist ausgeschlossen bei hauptberuflicher SELB. Nebenberufliche SELB ist unschädlich. Zur Bewertung, ob jemand nun haupt- oder nebenberuflich SELB ist, zählt in 1. Linie die Gewerbeanmeldung, auf der man selber ankreuzt, ob das Gewerbe haupt- oder nebenberuflich ausgeübt wird. Maßgeblich sind der Zeit- und der Entgeltfaktor. Also wieviel Zeit verbringt man mit der SELB und wieviel verdient man damit. Nebenberuflich SELB kann man auch sein, wenn man neben der SELB nichts anderes macht. Zur Bewertung gibt es die „Grundsätzlichen Hinweise Begriff der hauptberuflichen Selbständigkeit“, <http://www.inside-partner.de/wp-content/uploads/2019/08/200319-Hauptberuflich-Selbstst%C3%A4ndig.pdf>

Dort wird unter 2.4 ausgeführt: „„Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens 1 Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft“.

Beim **Zeitfaktor** wird davon ausgegangen, dass eine SELB von mehr als 18h wöchentlich hauptberuflich ist.

Beim **Entgeltfaktor** zielen die Ausführungen auf eine parallele Beschäftigung und SELB ab. Da würde die Fami ja schon aufgrund der Höhe des EK scheitern. Wer in 2021 mehr als 1645,- aus der Beschäftigung verdient, ist nebenberuflich SELB, es sei denn, man weist nach, dass der Gewinn aus der SELB diesen Betrag übersteigt.

Die Fami tritt kraft Gesetz ein, d.h. auch ggf. für längere Zeiträume rückwirkend. Maßgeblich ist der Zeitpunkt, ab dem die Voraussetzungen vorliegen, die § 10 SGB V fordert. Die Fami wird mittels eines Fami-Meldebogens bei der KK angezeigt. Dort kann man angeben, ab wann die Fami gewünscht wird.

Der Fami-Meldebogen muss im Regelfall vom Hauptversicherten unterschrieben werden. Leben aber Hauptversicherte/r und Angehörige/r nicht im gleichen Haushalt, kann der Meldebogen wahlweise vom Hauptversicherten oder vom Angehörigen unterschrieben werden. Das regeln u.a. die „Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze)“, <https://minor-wissenschaft.de/wp-content/uploads/2021/01/Fami-Meldegrundsätze-27.11.2019.pdf>, dort § 2 (5).

Zu 8. Besonderheiten für Selbständige (SELB)

Nicht alle SELB gehören automatisch in die PKV, auch wenn die GKV-KKen das gerne behaupten! In 1. Linie führt der Bezug zur GKV oder PKV („zuletzt versichert bei ...“) zur Zuordnung. Ist ein SELB z.B. aktuell unversichert, war aber zuletzt gesetzlich versichert (in D

oder in einem EU-Land), gehört er in die GKV (Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 Buchstabe a)).

Auf die SELB als Zuordnungskriterium wird nur dann zurückgegriffen, wenn es entweder noch nie eine GKV gab (weder in D noch in einem EU-Land) oder aber eine GKV nicht nachgewiesen werden kann (z.B. aus einem EU-Land). Dann greift § 5 (1) Nr. 13 Buchstabe b) und derjenige gehört in die PKV.

Genauso bei Bezug von Alg II: Auch unversicherte SELB, die zuletzt gesetzlich versichert waren (in D oder in einem EU-Land) werden über den Bezug von Alg II versicherungspflichtig in der GKV.

Nur die unversicherten SELB, die zuletzt privat versichert waren (Achtung: Ausschluss nur bei privater Vollversicherung, nächste Woche mehr dazu), noch nie in D oder in einem EU-Land versichert waren (bzw. eine Versicherung nicht nachweisen können) fallen unter den § 5 (5a) SGB V und müssen in die PKV.

SELB sind von der Familienversicherung ausgeschlossen, wenn sie hauptberuflich SELB sind Nebenberuflich SELB ist für die Fami unschädlich (s.a. dort unter 7. bei Familienversicherung).

Seit 1.1.19 zahlen SELB in der freiwilligen KV/Auffang-Pflichtversicherung genauso viel Beitrag, wie alle anderen. Die erhöhten Beiträge für SELB wurden zum 1.1.19 abgeschafft.

Auch SELB können sich freiwillig weiter versichern! Wer sich z.B. aus einer Beschäftigung oder dem Bezug von Alg II heraus (jeweils mit GKV) SELB macht, muss nicht zwingend in die PKV wechseln, sondern kann sich freiwillig gesetzlich weiter versichern. Unternimmt man nichts, greift auch bei SELB die OAV.

Möchte ein privat versicherter SELB in die GKV wechseln, ist das nicht so einfach. Bei Aufgabe der SELB oder bei nebenberuflicher SELB führt eine versicherungspflichtige Beschäftigung in die GKV. Ist jemand über 55 Jahre alt, ist die sog. 55er-Regelung im § 6 (3a) SGB V zu beachten. Nicht jede/r Ü55 fällt unter diese Ausschlussregelung! In den letzten 5 Jahren vor Beginn der Beschäftigung muss die SELB für mind. 2,5 Jahre bestanden haben, nur dann greift der Ausschluss. Bestand die SELB für weniger als 2,5 Jahre, werden auch Ü55 versicherungspflichtig in der GKV! Wer also über 55 Jahre alt ist, die SELB aufgibt und dann erst nach frühestens 2,5 Jahren die Beschäftigung aufnimmt, kommt in die GKV. Hier machen die KVen fast zu 100% Fehler und lehnen ab, ohne genau zu prüfen. Der Gesetzestext ist eindeutig:

§ 6 (3a) SGB V:

(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.

Anmerkung: § 5 Abs. 5 sind die SELB.

Zu 9. Aktivierung einer Mitgliedschaft im Heimatland Sachleistungsaushilfe über eine deutsche KK

Eine im Heimatland (EU, EWR, Schweiz) bestehende Versicherung kann in D aktiviert werden. Dies sowohl bei vorübergehendem Aufenthalt (z.B. besuchsweise oder als Tourist*in) als auch bei gewöhnlichem Aufenthalt (Wohnung in D, einwohneramtliche Meldung).

Voraussetzung ist natürlich, dass die Mitgliedschaft im Heimatland noch besteht.

Außer in den EU-Ländern greift diese Nutzungsmöglichkeit auch für die Länder, mit denen D ein SV-Abkommen hinsichtlich der KV hat:

Ex-Jugoslawien: Serbien, Nordmazedonien, Bosnien-Herzegowina, Montenegro (Kosovo derzeit ausgesetzt, Kroatien und Slowenien sind in der EU), dazu Türkei, Tunesien und Israel (nur Mutterschaftshilfe).

Zu 9a. Vorübergehender Aufenthalt

Bei **vorübergehendem Aufenthalt** erfolgt die Nutzung über die EHIC (bzw. neu die GHIC aus Großbritannien). Bei den Leistungserbringer*innen (Ärzt*innen, Krankenhäuser) muss eine „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ausgefüllt werden (die gibt es in div. Sprachen, Muster hier: <https://www.bhlv.de/dateien/patientenerklaerung-europaeische-krankenversicherung.pdf>) auf der u.a. eine deutsche KK gewählt werden muss, die die Sachleistungsaushilfe erbringt. Dazu ist die Vorlage einer europäischen Versichertenkarte aus dem Heimatland (EHIC = European Health Insurance Card) oder aus Großbritannien neu GHIC = Global Health Insurance Card) nötig, dazu Pass oder Ausweis. Fehlt die EHIC, gibt es die Möglichkeit, bei der Heimat-KK per Fax eine PEB (= provisorische Ersatzbescheinigung) anzufordern. Eine PEB ist quasi eine Versichertenkarte auf Papier (und daher faxbar).

Die gewählte deutsche KK erbringt dann die nötigen Leistungen (eingeschränkte Leistungen nach deutschem Recht bei vorübergehendem Aufenthalt), bezahlt die Leistungserbringer*innen und holt sich das Geld von der Heimat-KK wieder.

Zu 9b. Ständiger Aufenthalt

Bei Wohnsitznahme in D bzw. bei gA in D ist die Nutzung der EHIC nicht mehr zulässig! Entweder die KV im Heimatland endete (z.B. war es eine Wohnortversicherung oder eine über eine Beschäftigung, die aufgegeben wurde), dann wird die EHIC sofort ungültig, auch wenn ggf. eine lange Gültigkeitsdauer in der Karte ausgewiesen wird.

Oder die KV im Heimatland besteht weiterhin (sog. exportierbare KV), das ist aber nur eine Fami oder eine KV über eine Rente (Alters- oder Hinterbliebenenrente) oder bei Grenzgänger*innen. Dann muss bei einer gewählten deutschen KK (das machen nicht nur die AOKen, sondern alle deutschen KKen) eine sog. Einschreibung zur Sachleistungsaushilfe (SLA) erfolgen. Mit Formular E 106 (alt) oder S 1 (neu) bestätigt die Heimat-KK einen lfd. Leistungsanspruch. E 106 oder S 1 kann man selber besorgen oder die deutsche KK muss das Formular von der Heimat-KK anfordern (s.a. oben unter Freiwillige Versicherung, dort procedere beim Nachweis der VVZ).

Die deutsche KK trägt die SLA dann ein und stellt eine deutsche Versichertenkarte (ohne EHIC) aus, die nur in D gilt. Mit dieser Versichertenkarte werden dann alle Leistungen nach deutschem Recht uneingeschränkt erbracht (kostenlos, aber incl. der regulären Zuzahlungspflichten). Die deutsche KK holt sich die Leistungen von der Heimat-KK wieder. Man behält die Versichertenkarte aus dem Heimatland (mit EHIC) und kann diese bei Besuchen im Heimatland nutzen bzw. die EHIC bei Reisen in andere EU-Länder.

Das Ganze klappt im Prinzip auch mit den Ländern mit SV-Abkommen. Die Formulare sind andere und der Leistungsanspruch richtet sich in manchen Fällen nach dem Recht der Heimat-KK (dann sind ständig Nachfragen bei der Heimat-KK nötig).

Auch mit VVZ aus den Abkommensstaaten ist grundsätzlich eine freiwillige Weiterversicherung möglich. Allerdings braucht es mind. 1 Tag deutsche KV, damit diese VVZ angerechnet werden.