

Moderierte Veranstaltung „Krankenversicherung für EU-Bürger*innen in Deutschland – Überblick über verschiedene KV-Systeme und Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen KV“ am 15.2.21 – Themen und Fragen, Referentin Claudia Mehlhorn, Berlin.

- 1 Krankenversicherung ohne einwohneramtliche Anmeldung: Ob und wie?
- 2 werden alle LE über Alg II pflichtversichert?
- 2a KV durch den Bezug von Sozialleistungen (v.a. SGB II): Was, wenn der Leistungsanspruch strittig ist, bzw. erst gerichtlich durchgesetzt werden muss?
- 3 KV-Schulden: Was ist zu tun? Tipps für die Kommunikation mit der Kasse?
- 4 Familienversicherung: Wer kann bei wem mit versichert werden (Eltern, Stiefkinder, Enkelkinder, Pflegekinder, ...)?
- 5 Auffang-Pflichtversicherung – Zugang in den ersten 3 Monaten?
- 5a Auffang-Pflichtversicherung - Zugang in den ersten 6 Monaten bei Arbeitssuche?
- 6 PKV für SELB
- 7 freiwillige Pflichtversicherung (gemeint ist die OAV)
- 8 Zusammenarbeit der nationalen Kontaktstellen: Wer kann sich in welchem Fall an die nat. Kontaktstelle in D wenden?
- 9 mehrere Arbeitgeber haben bei verschiedenen Kassen angemeldet

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: werden alle LE über Alg II pflichtversichert?

Nein, leider nicht. Bis zum 31.12.08 wurden alle Alg II-Beziehenden pflichtig in der GKV und konnten sich ggf. (wenn gewünscht) von dieser Versicherungspflicht befreien lassen, um in der PKV zu verbleiben. Seit 1.1.09 ist das nicht mehr so, eingefügt wurde § 5 (5a) SGB V:

(5a) 1Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. 2Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. 3Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. 4Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

Anmerkung: Absatz 5 sind die hauptberuflich Selbständigen

Das bedeutet:

- Wer bei Antragstellung bereits gesetzlich versichert ist, wird auch über den Alg II-Bezug versicherungspflichtig (§ 5 (1) Nr. 2a SGB V), egal, ob selbständig oder nicht.
- Wer bei Antragstellung privat versichert ist, bleibt in der PKV und bekommt einen Zuschuss zu seinen KV-Beiträgen (§ 26 SGB II). Der Zuschuss beträgt 100%, wenn die KV entweder im Basistarif (BT, § 152 VAG) besteht oder aber in einem sog. Normaltarif, der KV-Beitrag aber nicht höher ist als der halbierte BT.
- Wer bei Antragstellung noch nie in D versichert gewesen ist, wird als Minijobber*in versicherungspflichtig, als Selbständige*r nur dann, wenn nachgewiesen wird, dass zuletzt im Heimatland eine gesetzliche Versicherung bestanden hat.
- Bei der Zuordnung GKV oder PKV hängt alles an der letzten Versicherung in D oder in einem EU-Land. Gab es weder in D noch in einem EU-Land jemals eine Versicherung, so zählt der Status (z.B. abhängig beschäftigt, selbständig, studierend etc.). Selbständige kommen dann nicht in die GKV. „Zuletzt“ heißt, irgendwann einmal, egal, wie lange das her ist.

Zu 2a: KV durch den Bezug von Sozialleistungen (v.a. SGB II): Was, wenn der Leistungsanspruch strittig ist, bzw. erst gerichtlich durchgesetzt werden muss?

Wer Zugang hat zu Alg II-Leistungen, hat auch Zugang zur KV. Für die Übergangszeit muss dann die Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V angezeigt werden. Dort gibt es hinsichtlich der Aufnahme vergleichbare Regelungen wie bei der Versicherungspflicht über den Alg II-Bezug:

§ 5 (1) Nr. 13 SGB V:

Versicherungspflichtig sind ...

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.*

Anmerkung: Absatz 5 sind die hauptberuflich Selbständigen

Hinsichtlich der Zuordnung GKV oder PKV s.u. 2 – „Das bedeutet“

Wer in die PKV gehört, muss dann einen Antrag im Basistarif stellen und bleibt PKV im BT versichert, auch wenn Alg II bewilligt wurde. KV-Beitrag wird vom Jobcenter gem. § 26 SGB II übernommen und direkt an die PKV-KK gezahlt (ab Leistungsbeginn).

Zu 3: KV-Schulden: Was ist zu tun? Tipps für die Kommunikation mit der Kasse?

S. dazu meinen Fachaufsatz Beitragsschulden

Meine Erfahrung ist, dass PKV-Kassen sich nur auf unangemessen hohe Raten einlassen (mind. 100,- mtl. und eher mehr). Bei den GKV-Kassen ist es extrem unterschiedlich. Gesetzliche Regelungen im § 76 SGB IV – die sind für die Versicherten eher ungünstig. Da läuft im Einzelfall viel über geschicktes Verhandeln mit den Kassen.

Bei Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder XII ruht der Leistungsanspruch nicht (§ 16 (3a) SGB V, GKV) bzw. erfolgt keine Überführung in den Notlagentarif (NLT, § 153 VAG, § 193 (6) VVG bei PKV)! Das wird von den Kassen immer wieder nicht beachtet, um Druck auf die Versicherten auszuüben. Am besten regelmäßig, alle 6 Monate, den Leistungsbescheid an die KK schicken.

§ 193 (6) VVG:

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

Eine Ratenzahlungsvereinbarung und Zahlung der vereinbarten Raten führt in der GKV zum Ende des Leistungsruhens (§ 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. 3**Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.** 4**Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.***

Leider gibt es in der PKV kein Pendant hinsichtlich der Ratenzahlungen. Erst wenn alle Rückstände beglichen sind, endet der NLT und der ursprüngliche Vertrag lebt wieder auf (§ 193 (9) VVG:

9) *1 Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. 2 Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. 3 Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.*

Zu 4: Familienversicherung: Wer kann bei wem mit versichert werden (Eltern, Stiefkinder, Enkelkinder, Pflegekinder, ...)?

Alles im § 10 SGB V.

Fami nur in absteigender Linie, niemals aufsteigend (Eltern können nicht über Kinder versichert werden – das gibt es m.K. nur in der Türkei). Oder natürlich für **Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz** (Auslaufmodell, denn seit einiger Zeit ist ja eine Eheschließung auch bei gleichgeschlechtlichen Menschen möglich). Niemals für nicht verheiratet Zusammenlebende! Allein muslimisch geschlossene Ehen werden nicht anerkannt.

Leibliche Kinder können immer in die Fami, auch wenn sie nicht im HH leben, auch wenn kein UH gezahlt wird, auch wenn kein Kontakt besteht. Ab Vollendung des 15 Lebensjahres kann der Fami-Meldebogen (fälschlich auch Antrag genannt, ist aber kein Antrag) selber unterschrieben werden; davor der sorgeberechtigte Elternteil (z.B. wenn der Hauptversicherter sich weigert, den Bogen zu unterschreiben).

Für **Stief- und Enkelkinder** gelten Besonderheiten:

Bis zum 10.5.19 war die Gewährung des überwiegenden Unterhalts (UH vom Hauptversicherten für das Stief- oder Enkelkind) für eine Fami nötig (§ 10 (4) SGB V). Seit dem 11.5.19 genügt der gleiche Haushalt, 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).*

Die Fami kann rückwirkend eingerichtet werden (sie entsteht kraft Gesetz), wenn nachgewiesen wird, dass die Voraussetzungen auch schon rückwirkend vorlagen. 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/_jcr_content/par/download/file.res/gr_gesamteinkommen.pdf

Auch hier trägt die KK die Fami nicht ohne EMA ein, obwohl entweder Wohnsitz oder gA Voraussetzung sind.

Pflegekinder sind ebenfalls Fami-berechtigt. § 10 (4) verweist zur Definition „Pflegekinder“ auf § 56 (2) Nr. 2 SGB I:

(2) Als Kinder im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 gelten auch

...

2. Pflegekinder (Personen, die mit dem Berechtigten durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind), ...

Die KKen verlangen regelmäßig eine Pflegeerlaubnis oder einen Pflegevertrag. Dies ist aber nicht zwingende Voraussetzung für eine Fami als Pflegekind. Gibt es keinen Pflegevertrag bzw. keine Pflegeerlaubnis, muss nachgewiesen werden, dass die Voraussetzungen im § 56 SGB I vorliegen:

- Pflegeverhältnis ist auf längere Dauer angelegt
- es liegt ein Pflegeverhältnis vor (d.h. der/die Hauptversicherte sorgt für Pflege, Erziehung und Betreuung des Kindes)
- häusliche Gemeinschaft
- Verhältnis vergleichbar Eltern – Kinder

Außer einer EMA sollte dieser Nachweis durch eine schriftliche, wahrheitsgemäße Erklärung erfolgen. Mündliche Aussagen bringen in der Praxis nicht weiter!

Zu 5: Auffang-Pflichtversicherung – Zugang in den ersten 3 Monaten?

Der Zugang für Unionsbürger*innen zur Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 ist im § 5 (11) Satz 2 SGB V geregelt:

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 Arbeitssuche 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:

1 Nicht 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. 2 Hält 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.

Der Aufenthalt in den ersten 3 Monaten ist bedingungslos; 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.

Alternativ kommt in diesen Fällen eine freiwillige Versicherung gem. § 9 SGB V infrage. Dazu braucht es aber die nötigen Vorversicherungszeiten (VVZ) aus einer gesetzlichen KV im Heimatland (Nachweis auf E 104 / S 41). Die freiwillige KV in D muss innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende der KV im Heimatland beantragt werden. Es braucht als VVZ entweder die letzten 12 Monate ununterbrochen oder 24 Monate in den letzten 5 Jahren mit Lücken. Derartige Anträge sollten nicht bei einer AOK gestellt werden! Bei anderen Kassen hatte ich problemlose Aufnahmen. Der Antrag kann vorab zur Fristwahrung ohne E 104/ S 41

gestellt werden. Kann man den nicht beibringen, muss die deutsche KK den bei der KK im Heimatland anfordern:

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

Zu 5a: 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:

„(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 Vorstellungsgespräche 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 6: PKV für Selbständige (SELB)

In D herrscht Versicherungspflicht. Es wird dazu eine strikte Systemtrennung vorgenommen, wer gehört in die GKV und wer gehört in die PKV. Seit 1.4.07 greift die Versicherungspflicht für die, die in die GKV gehören (Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V) und seit 1.1.09 für die, die in die PKV gehören (Pflicht zur Versicherung gem. § 193 (3) VVG).

Das bedeutet, dass bei Unversicherten zuerst einmal diese Einordnung erfolgen muss. Nicht jede*r, die/der keinen Zugang zur GKV hat, gehört automatisch in die PKV! Insbes. nichterwerbstätige Unionsbürger*innen, die keinen Zugang zur GKV haben, haben auch keinen Zugang zur PKV!

Für diese Zuordnung hängt alles an der letzten Versicherung in D oder in einem EU-Land. Wer dort oder in D gesetzlich versichert war, gehört in die GKV. Wer zuletzt in D oder in einem EU-Land privat versichert war, gehört in die PKV. Achtung: Nur eine private Vollversicherung führt zur Zuordnung PKV, nicht aber eine Reisekrankenversicherung, eine

private Zusatz-KV ergänzend zur gesetzlichen Versicherung oder eine sog. Incoming-KV (z.B. über Mawista)! Nach meiner Kenntnis gibt es weder in Bulgarien noch in Rumänien private Vollversicherungen, sondern max. private Zusatzversicherungen.

Wer noch nie in D oder in einem EU-Land krankenversichert gewesen ist, bei dem zählt der Status: Abhängig beschäftigt (auch Minijob) = GKV, SELB = PKV. D.h., SELB führt nicht automatisch zur Zuordnung PKV! Nur dann, wenn man noch nie in D versichert gewesen ist und eine gesetzliche Versicherung im Heimatland nicht nachweisen kann, müssen SELB in die PKV. Ein unversicherter SELB, der zuletzt gesetzlich versichert gewesen ist, gehört in die GKV! Hier machen die GKV-Kassen in der Praxis regelmäßig Fehler, in dem unversicherte SELB rigoros an die PKV verwiesen werden, ohne zu klären, ob zuletzt ggf. eine gesetzliche Versicherung bestanden hat. Und selbst wenn diese mal vor langer Zeit bestanden hat, erfolgen sehr oft rechtswidrige Ablehnungen und Verweise an die PKV.

Gehört jemand aber nun in die PKV, muss auch ein Vertrag mit einer PKV-KK abgeschlossen werden. In D gibt es ca. 40 private KVen, aus denen man sich eine aussuchen kann. Alle PKV-KVen bieten sog. Normaltarife an und müssen einen einheitlichen Basistarif (BT) anbieten. Die Normaltarife unterscheiden sich zwischen den einzelnen PKV-KVen sehr; jede PKV-KK bietet sehr unterschiedliche Tarife an, die sich inhaltlich und preislich unterscheiden. Mehr Leistung = teurer! Daher muss man diese Normaltarife sehr genau vergleichen, ob auch die wichtigsten Leistungen abgesichert sind.

Im Basistarif (zu erkennen an den Buchstaben BT) sind die Leistungen bei allen PKV-KVen gleich und der BT kostet auch bei allen PKV-KVen gleich. Die Leistungen sind vergleichbar den Leistungen der GKV (§ 152 (1) Satz 1 VAG) und der BT kostet max. so viel wie der Höchstbeitrag in der GKV (2021 = 769,16 KV + 147,54 PV, § 152 (3) Satz 1 VAG).

§ 152 (1) Satz 1 VAG:

(1) I Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind.

§ 152 (3) Satz 1 VAG:

(3) I Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten.

Besteht Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII, muss die PKV-KK diesen Beitrag zu ihren Lasten bei gleichen Leistungen halbieren (dann 2021 noch 384,58 KV + 73,77 PV, § 152 (4) VAG). Die halbierten Beiträge sind im SGB XII und SGB II angemessen, d.h. sowohl das Sozialamt (bei SGB XII-Bezug) als auch das Jobcenter (bei SGB II-Bezug) übernehmen diese Beiträge ohne Kürzungen und überweisen die Beiträge auch direkt an die jeweiligen PKV-KVen.

§ 152 (4) VAG:

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

Man kann versuchen, einen Antrag in einem Normaltarif zu stellen. Dann kann die PKV-KK einen aufnehmen, muss das aber nicht. Nur bei Anträgen im BT muss die PKV-KK einen auch aufnehmen, sog. Kontrahierungszwang im § 152 (2) Satz 1 VAG, wenn man der Versicherungspflicht in der PKV unterliegt (§ 193 (3) VVG):

§ 193 (3) VAG:

*(3) **Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet**, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro.*

2Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

- 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder*
- 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder*
- 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder*
- 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.*

§ 152 (2) Satz 1 VAG:

*(2) **Der Versicherer ist verpflichtet**, folgenden Personen eine Versicherung im Basistarif zu gewähren:*

- 1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,*
- 2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,*
- 3. allen Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen, sowie*
- 4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde.*

Da Versicherte im BT aber bei ALLEN PKV-KKern unerwünscht sind, versuchen ALLE PKV-KKern derartige Anträge abzuwimmeln oder auszusitzen (es erfolgt einfach keine Reaktion). Dazu sind Antragsformulare auf BT nicht im Netz und extrem aufwändig auszufüllen. Beim kleinsten Fehler werden alle Unterlagen wieder zurückgeschickt.

Bei Problemen kann man den PKV-Ombudsmann einschalten (<https://www.pkv-ombudsmann.de/>), allerdings nur dann, wenn man alles korrekt ausgefüllt und mit allen nötigen Unterlagen eingereicht hat und die PKV-KK nicht reagiert. Auf jeden Fall wöchentlich per Fax nachfragen und den Sendebericht aufheben!

Hätte man sich schon früher privat versichern müssen und wurde dies unterlassen, so sind für den rückliegenden Zeitraum sog. Prämienzuschläge zu zahlen. Das sind reine Strafbeiträge, denn eine Mitgliedschaft entsteht nicht rückwirkend, sondern erst mit Vertragsabschluss, frühestens ab dem Tag der Antragstellung. Damit wird rückwirkend von der PKV-KK nichts erstattet (z.B. eine Arzt- oder Krankenhausrechnung), aber man muss trotzdem diese Strafbeiträge zahlen, § 193 (4) VVG:

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

Viele entgehen diesem ganzen Dilemma und schließen dann Verträge mit sog. EU-Krankenkassen (EU-KV) ab. Bitte EU-KV nicht verwechseln mit bestehenden gesetzlichen Versicherungen in einem EU-Land! Bei den EU-KV müssen keine Strafbeiträge gezahlt werden; der Beitrag wird aber auch nicht vom Jobcenter übernommen, weil diese Verträge nicht der Pflicht zur Versicherung genügen. Für Menschen, die sonst keine Versicherung bekommen, sind diese Versicherungen aber ggf. besser als keine. Vermittelt werden die EU-KV über div. Versicherungsagenturen:

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

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

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

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

Für Sexarbeiter*innen gibt es spezielle Anbieter. Von div. Versicherungsmaklern (Auszug aus dem Internet):

- FinanzSchneiderei: <https://www.europaeischekv.de/versicherung-prostituierte/>

Es handelt sich um eine Versicherungsagentur, die div. europäische Krankenversicherungen im Angebot hat und vermittelt. Explizit wird dort auch geworden, Sexarbeiter_innen aufzunehmen.

- Versicherungsvermittlung Comverso GmbH: <http://www.krankenversicherung-prostituierte.de/index.php>
- Astral Versicherungsmakler: <https://www.astral-versicherungen.de/private-krankenversicherung.html>

sowie konkret online (6profiscare: <https://www.6profiscare.de/>) werden spezielle Krankenversicherungen für Sexarbeiter*innen angeboten.

Auch die erfüllen nicht die Pflicht zur Versicherung in D, sind aber natürlich „besser als keine Versicherung“.

ZU 7: Freiwillige Pflichtversicherung (gemeint ist die OAV)

Eine freiwillige Pflichtversicherung gibt es nicht. Es gibt entweder Pflichtversicherungen (im § 5 SGB V) oder freiwillige Versicherungen (im § 9 SGB V). Gemeint ist hier offensichtlich die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) gem. **§ 188 (4) SGB V**:

(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.

5Bei Saisonarbeitnehmern, deren Versicherungspflicht mit der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit endet, setzt sich die Versicherung nur dann nach Satz 1 fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. 6Ein Saisonarbeiter nach Satz 5 ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. 7Der Arbeitgeber hat den Saisonarbeiter nach Satz 5 im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches gesondert zu kennzeichnen. 8Die Krankenkasse hat den Saisonarbeiter nach Satz 5, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach Satz 5 hinzuweisen.

Die OAV wurde zum 1.8.13 eingeführt, um eine möglichst flächendeckende Krankenversicherung in D zu erreichen. Endet eine Pflicht- oder eine Familienversicherung, so setzt sich die bisherige Versicherung obligatorisch als freiwillige Versicherung fort, es sei

denn, man erklärt seinen Austritt. Austreten kann man bei Verlassen des Landes („Goodbye Deutschland“) oder beim Wechsel in die PKV. Ein Wechsel in eine andere gesetzliche KK ist kein Austritt!

Nach dem Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung verschicken die KVen automatisch nach 4-6 Wochen ein Schreiben mit einem Fragebogen (insbes. zum Einkommen). Reagiert man auf dieses und auf darauffolgende Schreiben nicht, wird man von der bisherigen KK trotzdem versichert und dazu noch im Höchstbeitrag eingestuft (2021 = 769,16 KV + 147,54 PV). Es laufen also erhebliche Beitragsschulden auf. Nach dem 1. Beitragsbescheid hat man aber 12 Monate Zeit, um sein Einkommen nachzureichen (auch Betteln, Flaschen sammeln, Essen aus einer Suppenküche oder Lebensmittel von der Tafel sind „Einkommen“), **§ 240 (1) SGB V**:

(1) 1Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt. 2Dabei ist sicherzustellen, daß die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt; sofern und solange Mitglieder Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223). 3Weist ein Mitglied innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, nachdem die Beiträge nach Satz 2 auf Grund nicht vorgelegter Einkommensnachweise unter Zugrundelegung der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt wurden, geringere Einnahmen nach, sind die Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume neu festzusetzen. 4Für Zeiträume, für die der Krankenkasse hinreichende Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweils anzuwendende Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten, hat sie die Beiträge des Mitglieds neu festzusetzen. 5Wird der Beitrag nach den Sätzen 3 oder 4 festgesetzt, gilt § 24 des Vierten Buches nur im Umfang der veränderten Beitragsfestsetzung.

Die KK muss dann rückwirkend den Beitrag – wenn nur wenig Einkommen vorhanden ist – auf den Mindestbeitrag (2021 je nach KK rund 210,- KV/PV mtl.) absenken.

Die KK trägt keine OAV ein, wenn auf Schreiben nicht reagiert wird, der Aufenthaltsort der Person nicht ermittelt werden kann (keine EMA) und/oder die Post zurückkommt, **§ 188 (4) Satz 4 SGB V**:

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.

Wurde die OAV eingetragen und werden aber keine Beiträge bezahlt, kann die KK unter bestimmten Umständen die Mitgliedschaft wieder beenden, **§ 191 Nr. 4 SGB V**:

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

...

4 mit Ablauf eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten rückwirkend ab dem Beginn dieses Zeitraums, in dem für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte.

Dann ist man zwar die Beitragsschulden los, aber auch die Mitgliedschaft. Wurde die Mitgliedschaft zu Recht beendet (lagen also die im Gesetz geforderten Sachverhalte vor), bleibt nur noch der Zugang über die Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V, die aber für nichterwerbstätige Unionsbürger*innen verschlossen ist (wohingegen die OAV auch für nichterwerbstätige Unionsbürger*innen greift).

Daher sollte auf jeden Fall auf Schreiben der KK reagiert werden!

Zu 8: Zusammenarbeit der nationalen Kontaktstellen: Wer kann sich in welchem Fall an die nat. Kontaktstelle in D wenden?

Es gibt in D die **DVKA**, die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland, www.dvka.de

Die DVKA ist Teil des GKV-Spitzenverbandes und regelt grenzüberschreitende KV-Sachverhalte. Auf der Website sind für Versicherte, Arbeitgeber & Erwerbstätige sowie für Leistungserbringer Infos, Rechtsgrundlagen, Abkommen etc. hinterlegt. Die DVKA ist vorrangig zur Unterstützung von Krankenkassen und Leistungserbringern da, nicht aber für Versicherte.

Für Versicherte ist die **nationale Kontaktstelle „EU-Patienten.de“** gedacht (die ist wiederum Teil der DVKA). Dort können Bürger*innen Anfragen stellen:

Lt. Website: „Gerne beraten wir Sie kostenfrei: per E-Mail unter info@eu-patienten.de oder telefonisch: montags bis donnerstags von 09:00 Uhr bis 16:00 Uhr und freitags von 09:00 Uhr bis 15:00 Uhr unter 0228/9530802 oder 0228/9530800“

Auszug aus der Website:

„EU-PATIENTEN.DE unterstützt Sie bei der Suche nach geeigneten Gesundheitsversorgern im In- und Ausland. Auch in Fällen seltener Krankheiten, oder neuer Behandlungsmethoden steht Ihnen die nationale Kontaktstelle zur Verfügung. Wir informieren insbesondere über Ansprüche im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, Rechtsmittelverfahren, Patientenrechte, das Verfahren zur Kostenübernahme, Qualitäts- und Sicherheitsbestimmungen usw.

EU-PATIENTEN.DE arbeitet eng mit den nationalen Kontaktstellen aus anderen Mitgliedstaaten zusammen und kann so eine flächendeckende Informationslage sicherstellen. Auf Wunsch stellen wir den Kontakt zu diesen Einrichtungen her und vermitteln gerne.“

EU-Patienten.de hilft nach meiner Kenntnis nicht weiter, wenn eine deutsche KK die Aufnahme eines*r Unionsbürgers*in verweigert! Diese Stelle kümmert sich „nur“ um grenzüberschreitende KV-Sachverhalte (z.B. in Rumänien versichert, aber in D lebend, wie setzt man die Versicherung aus Rumänien in D um).

Ich habe sehr gute Erfahrungen gemacht mit **SOLVIT**, wenn bei grenzüberschreitenden Sachverhalten entweder die deutsche KK oder die KK im Heimatland sich nicht rechtmäßig verhält (z.B. die deutsche KK verweigert die Anforderung eines E- oder S-Formulars von der KK im Heimatland und besteht darauf, dass die/der Antragsteller*in das Formular vorlegen muss, weil ansonsten keine Bearbeitung erfolgt).

Die europäische Kommission „SOLVIT“

http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Europa/leben-in-europa-solvit.pdf?__blob=publicationFile&v=13

kümmert sich um die bei fehlerhafter Anwendung des EU-Rechtes durch Behörden in den EU-Mitgliedsstaaten entstandenen Probleme. SOLVIT ist seit Juli 2002 in Betrieb. Das Netz wird zwar von den Mitgliedstaaten betrieben, doch die Europäische Kommission stellt die Einrichtungen zur Verfügung und unterstützt die Zentren, sofern erforderlich, um Problemlösungen zu beschleunigen. Darüber hinaus leitet die Kommission offizielle Beschwerden, die bei ihr eingehen, an SOLVIT weiter, wenn die darin beschriebenen Probleme mit großer Wahrscheinlichkeit außergerichtlich gelöst werden können.

SOLVIT löst daher nicht nur Probleme im Bereich der Krankenversicherung, sondern weit darüber hinaus: SOLVIT kann helfen, wenn Rechte als EU-Bürger*in oder Unternehmen von Behörden in einem anderen EU-Land verletzt werden und die Betroffenen den Fall noch nicht vor Gericht gebracht haben (wenn bisher nur eine Verwaltungsbeschwerde eingereicht wurde, kann SOLVIT tätig werden).

Zu 9: Mehrere Arbeitgeber haben bei verschiedenen Kassen angemeldet:

Hier kann es zu Mitgliedschaften bei mehreren Kassen kommen, die dann ggf. nach dem Ende der Beschäftigung die OAV eingetragen und diese aufgrund fehlender Einkommensangaben auch noch zum Höchstbeitrag eingestuft haben.

Wie die An- und Abmeldung zu laufen hat und unter welchen Umständen eine KK (neu) gewählt werden kann, ist im § 175 SGB V geregelt. § 175 wurde zum 1.1.21 geändert. Bis zum 31.12.20 mussten Beschäftigte (auch Antragstellende auf Alg II) dem Arbeitgeber (bzw. dem Jobcenter) eine Mitgliedsbescheinigung gem. § 175 (3) SGB V vorlegen. Wurde keine Mitgliedsbescheinigung vorgelegt, waren Arbeitgeber und Jobcenter verpflichtet, die Person bei der KK anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand.

§ 175 (3) SGB V, Fassung bis zum 31.12.20:

(3) 1 Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. 2 Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

Damit hatten Arbeitgeber und Jobcenter die Verpflichtung, bei Nichtvorlage einer Mitgliedsbescheinigung die letzte KK zu ermitteln (im Regelfall durch eine Anfrage bei der Rentenkasse (DRV), falls vom Beschäftigten keine Angaben zur letzten KK gemacht wurden) und bei eben dieser letzten KK anzumelden. Eine letzte KK bleibt letzte KK, egal wie lange die Versicherung dort her ist.

In der Praxis ist dann aber i.d.R. Folgendes passiert: Die Jobcenter haben die Leistungsempfänger (LE) aufgefordert, eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Ist dies nicht geschehen, wurden die LE einfach unversichert gelassen. Die Arbeitgeber haben beim Fehlen einer Mitgliedsbescheinigung eine Anmeldung bei ihrer „Hauskrankenkasse“

vorgenommen (oft BKKen oder eben eine KK, wo die Beschäftigten „immer“ angemeldet werden). Bis zum 31.12.20 war dieses Vorgehen grob rechtswidrig und ist es auch seit dem 1.1.21 in den meisten Fällen (s.u.). Im Nachhinein müssen diese Fehlversicherungen rückgängig gemacht werden. Dazu müssen die Arbeitgeber ihre Meldungen bei den „Falschen Kassen) stornieren und die Meldungen bei der zuständigen KK (eben der letzten KK) vornehmen; ebenso die Beitragsüberweisungen korrigieren. Durch die Stornierungen entfallen dann auch die Mitgliedschaften in der OAV mit Einstufungen zum Höchstbeitrag; gleichzeitig trägt dann aber die neue, richtige KK, die OAV ein, wobei man dann mit Einkommensangaben aber eine erneute Einstufung zum Höchstbeitrag vermeiden kann.

Seit dem 1.1.21 haben sich mehrere Sachverhalte verändert:

Zum einen beträgt die Bindungsfrist an eine KK statt 18 nur noch 12 Monate, § 175 (4) Satz 1 SGB V:

(4) I Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden.

Zum anderen kann nun – auch vor Ablauf der Bindungsfrist – nach dem Ende einer bisherigen Versicherung kraft Gesetz (das sind z.B. alle Pflichtversicherungen, insbes. die über eine Beschäftigung oder über den Bezug von Alg I / Alg II) sofort eine neue KK gewählt werden, § 174 (4) Satz 2:

2 Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.

In der Praxis muss aber die/der Versicherte ihren/seinen Aufnahme- bzw. Wechselwunsch bei der neuen KK konkret erklären. Diese prüft, ob eine Aufnahme erfolgen kann (egal, ob es sich um einer erstmalige KV in Deutschland handelt oder tatsächlich um einen Wechsel) und teilt dies den Antragstellenden auch mit. Danach informieren die Antragstellenden dann den Arbeitgeber / das Jobcenter, die dann die Anmeldungen dort vornehmen, § 175 (2):

(2) I Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. 2 Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft; ist der Zeitraum nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 noch nicht abgelaufen, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Datum des Ablaufs des Zeitraums anzugeben.

Läuft es in der Praxis aber nicht so ab (Beschäftigung wird „einfach so aufgenommen“, KK wird nicht involviert, keine Ausübung des Wahlrechtes gegenüber der KK), läuft es auch seit dem 1.1.21 so wie zuvor, d.h. der Arbeitgeber / das Jobcenter sind verpflichtet, bei der letzten KK anzumelden, § 175 (3) Satz 1-3 neue Fassung seit 1.1.21:

(3) I Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. 2 Hat der Versicherungspflichtige der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht Angaben über die gewählte Krankenkasse gemacht, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den

Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse in Textform zu unterrichten. 3Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden.

Achtung: „Angaben über die gewählte Krankenkasse machen“ bedeutet nicht, dass man lediglich gegenüber dem Arbeitgeber / Jobcenter erklärt, man wolle bei „der xy-KK“ angemeldet werden. Sondern „Angaben über die gewählte Krankenkasse“ bedeutet IMMER, dass ein Wahlrecht bei der KK ausgeübt werden muss und diese gewählte KK auch bestätigt, dass man dort versichert sein kann!

Wer also „nix macht“, bei dem können sich auch seit dem 1.1.21 die gleichen Probleme ergeben, wie vor dem 1.1.21 (Doppel- bis Mehrfachversicherungen mit den bisherigen Problematiken).