

Schutzlos oder gleichgestellt?



Der Zugang zum Gesundheitssystem
für Unionsbürger und
ihre Familienangehörigen

Inhalt

Vorwort	1
1. Einführung	2
2. Die Grundlagen: Welcher Staat ist zuständig für die Krankenversicherung und wo ist das geregelt	3
a. Wo gelten die Regelungen?	4
b. Für wen gelten die Regelungen?	4
3. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland: Gesundheitsversorgung über die EHIC	5
a. Wie weise ich nach, dass ich im Herkunftsland gesetzlich oder staatlich krankenversichert bin?	5
b. Wie lange ist eine EHIC gültig?	6
c. Welchen Umfang hat die Versorgung mit der EHIC?	8
d. Welche Formalitäten müssen eingehalten werden?	9
e. Die Gesundheitssysteme in den anderen Unionsstaaten	11
4. Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland – Gesundheitsversorgung durch die Mitgliedschaft in der deutschen Krankenversicherung	12
a. Arbeitnehmer mit einem Einkommen von mehr als 450 Euro	13
b. Geringfügig Erwerbstätige	15
c. Arbeitsuchende	17
d. Selbstständige	18
e. Nicht-Erwerbstätige	20
f. Studierende	24
g. Rentner	25
h. Familienangehörige	25
i. Freiwillige Versicherung	26
j. Obligatorische Weiterversicherung nach Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung	28
5. Beitragsrückstände bei der Krankenversicherung	30
a. Ermäßigung oder Erlass von Beitragsrückständen in der Gesetzlichen Krankenversicherung	30
b. Leistungsumfang bei Beitragsschulden in der Gesetzlichen Krankenversicherung	31
c. Beitragsrückstände im Basistarif der Privaten Krankenversicherung	32
d. Leistungsumfang bei Beitragsschulden in der Privaten Krankenversicherung	32
6. Personen ohne Versicherungsschutz	33
a. Krankenhilfe nach dem SGB XII	33
b. Unionsbürger nach Verlust des Freizügigkeitsrechts	35
c. Krankenhilfe durch nichtstaatliche Organisationen	36
Impressum	37

Vorwort

Die Zuwanderung von EU-Bürgern nach Deutschland ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Auch in den Migrationsberatungsstellen ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Klienten aus den EU-Ländern zu verzeichnen. Damit einhergehend haben aufenthalts- und sozialrechtliche Fragen von EU-Bürgern und ihren Familienangehörigen in der Beratungstätigkeit an Bedeutung gewonnen. Aber auch mit Fragen nach der Gesundheitsversorgung sind Beratende immer häufiger konfrontiert.

Um die Beratungsstellen bei der Bewältigung der neuen Beratungsanfragen zu unterstützen, hat der Paritätische Gesamtverband zwei Broschüren herausgegeben: „Leistungen nach dem SGB II und Zugang zum Arbeitsmarkt für EU-Bürger und Familienangehörige“ (2010) sowie „Ausgeschlossen oder privilegiert? Zur aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation von Unionsbürgern und ihren Familienangehörigen“ (1. und 2. Auflage 2013).

Nun widmen wir uns in dieser neuen Publikation dem komplexen Thema Zugang zum Gesundheitssystem für EU-Bürger und ihre Familienangehörigen. Die Publikation befasst sich zunächst mit der Frage, welcher Staat für die Krankenversicherung zuständig ist und welche Regelungen hier ausschlaggebend sind. Es folgen Informationen und Hinweise zur Gesundheitsversorgung über die Europäische Krankenversicherungskarte EHIC, gefolgt von Ausführungen zu den Regelungen für EU-Bürger, die nicht nur vorübergehend in Deutschland leben, sondern ihren gewöhnlichen Aufenthalt hier haben. Das Thema Beitragsrückstände bei der Krankenversicherung wird im folgenden Kapitel aufgegriffen. In einem abschließenden Kapitel wird erörtert, was bei Personen ohne Versicherungsschutz zu beachten ist.

Die Erläuterungen werden durch zahlreiche Praxistipps und hilfreiche Internetseiten ergänzt, um diese Publikation sehr praxisorientiert zu gestalten.

Wir bedanken uns herzlich bei Claudius Voigt, dem Autor der Broschüre, für die kompakte, praxisorientierte Darstellung sehr komplexer Sachverhalte.

Wir bedanken uns zudem für die freundliche Unterstützung bei der Erstellung dieser Broschüre bei Dr. Vera Bergmeyer, Ärztin, medinetz Bremen (<http://www.fluechtlingsinitiative-bremen.de/?q=medinetz>) sowie Claudia Mehlhorn, Dipl.-Verwaltungswirtin, Berlin. Claudia Mehlhorn führt bundesweit Fortbildungen zum Themenbereich der Krankenversicherung durch. Unter ihrer Internetadresse <http://www.kv-schulung.de> können zudem sehr empfehlenswerte und umfangreiche Scripts zum Krankenversicherungsrecht als pdf bestellt werden.

Zur besseren Lesbarkeit wird in der Broschüre auf die explizite Nennung weiblicher Personen- und Personengruppenbezeichnungen verzichtet, jedoch sind stets beide Geschlechter gemeint.

Wir hoffen, dass die Broschüre Sie in Ihrem Beratungsalltag unterstützt!

Dr. Jenny Bonin

Referentin für Migrationssozialarbeit,
Der Paritätische Gesamtverband

1. Einführung

Eine angemessene Absicherung im Krankheitsfall gehört zu den elementaren Menschenrechten. So wird bereits in Artikel 25 Abs. 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte festgestellt:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen gewährleistet (...).“

In Artikel 12 des „Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte“ (UN-Sozialpakt) von 1966, der seit 1976 in Deutschland unmittelbar geltendes Recht ist, wird dieses Menschenrecht noch konkreter formuliert:

„(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.

(2) Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen (...) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“

In weiteren Menschenrechtsabkommen wie etwa der Europäischen Grundrechtecharta oder der Europäischen Sozialcharta des Europarats ist dies ähnlich formuliert. All dies zeigt die außerordentliche Bedeutung einer angemessenen Gesundheitsversorgung als Teil der jeder Person innewohnenden Menschenrechte.

Dennoch stellt sich in der Praxis der sozialen Beratung der Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer, Jugendmigrationsdienste oder Flüchtlingsberatungsstellen der Zugang zur Gesundheitsversorgung häufig als ein großes Problem dar. Nicht nur für Menschen ohne definierten Aufenthaltsstatus ist es praktisch sehr

schwierig, Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können, sondern auch für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger. Die Gründe dafür sind vielfältig: Der fehlende Krankenversicherungsschutz im Herkunftsland, fehlende Mittel für die Krankenversicherungsbeiträge in Deutschland, rechtliche Hürden beim Zugang zur Krankenversicherung – aber sehr häufig auch Unkenntnis oder Unsicherheit auf Seiten von Betroffenen, Beratungsstellen, Behörden oder Ärzten.

Der Staatssekretärsausschuss der Bundesregierung hat in seinem Abschlussbericht „Rechtsfragen und Herausforderungen bei der Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme durch Angehörige der EU-Staaten“ im August 2014 zur Absicherung im Krankheitsfall festgestellt:

„Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass für freizügigkeitsberechtigte Unionsbürger, die sich in Deutschland aufhalten, eine Absicherung besteht. Schwierigkeiten kann es bei Unionsbürgern geben, die zunächst keine versicherungspflichtige Beschäftigung in Deutschland aufnehmen, in der Praxis vor Ort festzustellen, über welches Leistungssystem diese Absicherung gegeben ist oder herbeigeführt werden kann. Es besteht somit kein Defizit in den rechtlichen Regelungen, sondern bei deren Vollzug.“

Damit ist der Inhalt dieser Broschüre bereits recht gut umrissen. Wenn man nämlich das Problemfeld der gesundheitlichen Versorgung von Unionsbürgern in einem Satz zusammenfassen wollte, dann könnte dieser ungefähr so lauten: „Es gibt einen eklatanten Widerspruch zwischen Theorie und Praxis.“

Diese Broschüre soll die Kolleginnen und Kollegen in den Migrationsberatungsstellen und in den Jugendmigrationsdiensten darin unterstützen, diesen Widerspruch in jedem Einzelfall aufzulösen. Denn es geht um viel: Um das Menschenrecht auf das individuell erreichbare „Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.“ Für jede und jeden.

2. Die Grundlagen: Welcher Staat ist zuständig für die Krankenversicherung und wo ist das geregelt?

Die Mobilität innerhalb der EU hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Menschen ziehen vorübergehend oder dauerhaft in einen anderen EU-Staat, um dort Arbeit zu suchen, zu arbeiten oder ihren Ruhestand zu verbringen. Dieses Recht auf Freizügigkeit ist ein zentrales Element der europäischen Einigung und soll ausdrücklich gefördert werden. Zugleich kann dies aber auch zu Schwierigkeiten führen: Welcher Staat ist zuständig für die Krankenversicherung, wenn ich in Deutschland arbeite, aber in den Niederlanden wohne? Werden meine Vorversicherungszeiten angerechnet, wenn ich dauerhaft in einen anderen Staat umziehe? Bleibt meine Versicherung bestehen, wenn ich vorübergehend in einen anderen Staat ziehe? Und was heißt überhaupt „vorübergehend“ oder „dauerhaft“?

Die jeweiligen nationalen Regelungen zur sozialen Sicherung sind mittlerweile weitgehend miteinander verzahnt und aufeinander abgestimmt worden. Offiziell wird dies „Koordination“ genannt und ist in der EU-Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (VO 883/2004) geregelt (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:166:0001:0123:de:PDF>). Zu dieser „Koordinationsverordnung“ existiert auch noch eine „Durchführungsverordnung“ (VO 987/2009), die bestimmte Fragen detaillierter klärt (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:284:FULL:DE:PDF>).

Die Koordinierungsverordnung legt einerseits fest, dass niemand aufgrund seines Umzugs in einen anderen EU-Staat benachteiligt werden darf:

„Sofern in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.“ (Artikel 4)

Andererseits schreibt sie vor, dass immer nur *ein* Unionsstaat etwa für die Gesundheitsversorgung zuständig sein kann. Dabei werden jedoch Vorversicherungszeiten aus dem ersten Staat auch im zweiten Staat vollständig angerechnet.

Praxistipp: In Art. 76 Abs. 7 der Koordinierungsverordnung ist auch folgendes geregelt:

„Die Behörden, Träger und Gerichte eines Mitgliedstaats dürfen die bei ihnen eingereichten Anträge oder sonstigen Schriftstücke nicht deshalb zurückweisen, weil sie in einer Amtssprache eines anderen Mitgliedstaats abgefasst sind (...).“

Da sämtliche EU-Sprachen auch Amtssprachen sind und Unionsbürger nicht gegenüber den eigenen Staatsangehörigen diskriminiert werden dürfen, sind die Behörden verpflichtet, für Übersetzungen und Dolmetscherdienste zu sorgen, falls es keine anderen Möglichkeiten gibt. Viele Formulare der Krankenversicherung sind daher bereits mehrsprachig erhältlich. Falls dies nicht der Fall sein sollte, sollte dieser Anspruch durch die Unionsbürger geltend gemacht werden.

Praxistipp: Die Europäische Kommission hat eine Broschüre erstellt, in der die Ansprüche und Zuständigkeiten auf Gesundheitsversorgung nach der Koordinierungsverordnung schematisch dargestellt sind. In dieser Broschüre finden sich auch die jeweiligen Vordrucke der notwendigen Formulare.

Die Broschüre „Die Koordinierung der Gesundheitsfürsorge in Europa“ ist herunterzuladen unter: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6834&langId=de>

a. Wo gelten die Regelungen?

Die im Folgenden dargestellten Regelungen gelten in sämtlichen EU-Staaten. Dies sind: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern.

Darüber hinaus gelten die Regelungen in Norwegen, Island, Liechtenstein (EWR-Länder) sowie der Schweiz.

b. Für wen gelten die Regelungen?

Die Regelungen gelten für:

- Staatsangehörige der EU-Mitgliedstaaten, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz sowie deren Familienangehörige. Familienangehörige im Sinne des EU-Rechts sind der Ehegatte, der gleichgeschlechtliche eingetragene Lebenspartner, die Verwandten in absteigender Linie unter 21 Jahren sowie die Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie unabhängig vom Alter, wenn ihnen ein Teil des Unterhalts gewährt wird,
- Staatenlose oder Flüchtlinge mit Wohnsitz in der EU, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz sowie deren Familienangehörige,
- Angehörige von Nicht-EU-Staaten, die sich rechtmäßig in der EU aufhalten und sich von einem dieser Länder in ein anderes begeben haben, sowie deren Familienangehörige. Allerdings gilt dies nur eingeschränkt: So können Staatsangehörige von Nicht-EU-Ländern ihre EHIC nicht für eine medizinische Behandlung in Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz verwenden.

Soweit im Folgenden der Begriff „Unionsbürger“ oder „EU-Bürger“ verwendet wird, sind damit stets alle drei oben genannten Personengruppen gemeint.



Praxistipp: Falls es Schwierigkeiten mit einer nationalen Behörde in einem EU-Staat gibt und die Betroffenen der Ansicht sind, dass die Behörde sich nicht an die Regelungen des EU-Rechts hält, kann die kostenlose Service-Einrichtung „Solvit“ helfen: Auf der Internetseite http://ec.europa.eu/solvit/index_de.htm heißt es:

„SOLVIT weist die zuständigen Behörden auf Ihre Rechte in der EU hin und sucht mit ihnen gemeinsam nach einer Lösung für Ihr Problem.“ Über ein Online-Formular kann Solvit in jeder EU-Sprache kontaktiert werden. Die Einrichtung sichert zu, innerhalb einer Woche Kontakt mit den Betroffenen aufzunehmen.

Für die Frage, welche Rechtsvorschriften anwendbar sind, ist vor allem eines zu klären: Handelt es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt (dann bleibt die Krankenversicherung des Herkunftsstaates weiterhin zuständig, siehe Punkt 3) oder besteht der „Wohnsitz“ oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland. In diesem Fall ist normalerweise das deutsche Krankenversicherungsrecht anwendbar (siehe Punkt 4).

3. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland: Gesundheitsversorgung über die EHIC

Wer vorübergehend in einen anderen EU-Staat zieht und im Herkunftsstaat gesetzlich oder durch einen staatlichen Gesundheitsfonds krankenversichert ist, bleibt weiterhin in seinem Herkunftsstaat versichert. Allerdings kann er im Staat des vorübergehenden Aufenthalts sämtliche Sachleistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, die dort regulär vorgesehen sind und die erforderlich sind, um bei einer Erkrankung nicht unmittelbar zurückreisen zu müssen. In der Regel wird die Krankenversicherung im Herkunftsland durch eine Europäische Krankenversicherungskarte („European Health Insurance Card, EHIC“) nachgewiesen.

Praxistipp: Einen ausführlichen Leitfaden zur „Leistungsaushilfe im Rahmen der EG-Verordnung 883/2004 und nach Abkommensrecht“ mit zahlreichen hilfreichen Beispielfällen hat die DVKA herausgegeben. Dieser Leitfaden ist jedoch nicht im Internet abrufbar, sondern auf Antrag per Mail (post@dvka.de) oder telefonisch (0228 9530-0) als pdf erhältlich.

a. Wie weise ich nach, dass ich im Herkunftsland gesetzlich oder staatlich krankenversichert bin?

Im Normalfall stellt die Krankenversicherung des Herkunftslandes eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) aus. In Deutschland gesetzlich krankenversicherte Personen haben diese EHIC beispielsweise automatisch auf der Rückseite der Gesundheitskarte abgedruckt. Falls sie nicht vorhanden ist, sollte sie vor einer Reise in ein anderes EU-Land bei der zuständigen Krankenversicherung oder sonstigen Behörde beantragt werden.

Falls keine EHIC ausgestellt wurde, weil deren Ausstellung zu lange Zeit dauern würde oder weil die Betroffenen vor ihrer Ausreise keine EHIC beantragt haben, kann auch mit einer „Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB)“ der Krankenversicherungsschutz im Herkunftsland nachgewiesen werden. Diese Provisorische Ersatzbescheinigung muss vom zuständigen Träger des Herkunftslandes ausgefüllt und mit nach Deutschland gebracht werden. Sie kann gegebenenfalls auch direkt an den Arzt bzw. das Krankenhaus in Deutschland gefaxt werden. Die deutschen Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Beschaffung der Bescheinigung aus dem Ausland Unterstützung zu leisten (Art. 25 Abs. 1 VO 987/2009). Die PEBs für die jeweiligen Herkunftsländer sind unter der folgenden Internetadresse als Muster zusammengestellt: http://dvka.de/oeffentlicheSeiten/Leistungserbringer/Uebersicht_PEB.htm

Die EHIC ist in aller Regel gut erkennbar an der blauen Farbe und dem europäischen Sternenbanner rechts oben. Hier einige Beispiele der EHIC.

Eine griechische EHIC:



Eine bulgarische EHIC:



Eine rumänische EHIC:



Praxistipp: Auf der Internetseite <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=de> sind Beispiele für EHICs aus sämtlichen EU-Staaten abgebildet. Hier finden sich zudem umfassende Informationen zum Umfang der Krankenbehandlung und zu den Gesundheitssystemen der einzelnen EU-Länder in sämtlichen Sprachen der EU.

Noch einfacher ist es, mit dem Smartphone über die folgenden QR-Codes eine „EHIC-App“ der Europäischen Kommission herunter zu laden, in der ebenfalls in sehr übersichtlicher Form die Regelungen der EHIC in sämtlichen EU-Sprachen zusammengefasst sind:

Für Android:



Für Apple:



Die App ist auch direkt über die jeweiligen Stores kostenfrei herunter zu laden. Hier die Links:

Für den App-Store (Apple):

<http://ec.europa.eu/social/redirect?url=http://itunes.apple.com/be/app/european-health-insurance/id516504241>

Für google play (Android):

<http://ec.europa.eu/social/redirect?url=https://play.google.com/store/apps/details?id=eu.europa.ec.ehic>

Für windows-marketplace (Windows Phone): <http://ec.europa.eu/social/redirect?url=http://windows-phone.com/s?appid=661cb16d-630b-4f17-a767-8a75cb695664>

Für Windows-Phone:



b. Wie lange ist eine EHIC gültig?

Anders als häufig behauptet, ist die EHIC keineswegs nach einem dreimonatigen Aufenthalt abgelaufen. Sie gilt vielmehr für die gesamte Zeit eines „vorübergehenden Aufenthalts“, in dem im Herkunftsland der Krankenversicherungsschutz weiter besteht – jedenfalls so lange, wie der Gültigkeitszeitraum auf der Karte anzeigt. Ein vorübergehender Aufenthalt kann auch recht lange andauern, etwa bei Studierenden, die für einige Semester in einem anderen EU-Staat studieren, aber im Herkunftsstaat weiterhin ihren Lebensmittelpunkt behalten.

Praxistipp: Die Unterscheidung zwischen dem vorübergehenden Aufenthalt und dem gewöhnlichen Aufenthalt bzw. „Wohnort“ ist nicht immer leicht zu treffen.

Daher hat die Europäische Kommission einen „Praktischen Leitfaden zur Bestimmung des anwendbaren Rechts“ herausgegeben. Dieser ist unter folgender Internetadresse zu finden: <http://ec.europa.eu/social/BlockServlet?docId=11366&langId=de>



Hierin erläutert die Kommission, dass zur Unterscheidung von vorübergehendem und gewöhnlichem Aufenthalt verschiedene Kriterien heranzuziehen sind, die immer in einer Gesamtschau der Umstände des jeweiligen Einzelfalls zu werten seien: Kriterien für

die Bestimmung des gewöhnlichen Aufenthalts sind unter anderem die familiären Verhältnisse, die Dauer des Aufenthalts, die Beschäftigungssituation, bei Studierenden die Einkommensquelle, die Wohnsituation, die Gründe für den Wohnortwechsel und der Wille der betroffenen Person.

Insbesondere bei nicht erwerbstätigen Personen kann diese Definition wichtig werden, um festzustellen, ob eine Krankenversicherung über die EHIC gegeben ist oder ob eine Versicherungspflicht in Deutschland besteht.

In dem genannten Leitfaden der EU-Kommission werden gut verständliche Beispiele aufgeführt. Diese können verdeutlichen, in welchen Fällen eine Absicherung über die EHIC besteht und in welchen Fällen eine Krankenversicherungspflicht in Deutschland entsteht.

Beispiel 1:

Herr I. ist alleinstehend und arbeitslos. Auf der Suche nach einer Beschäftigung verlässt er das Haus seiner Familie und zieht nach Deutschland, wo er keine Meldeadresse und keine feste Anstellung hat, sondern bei einem Freund wohnt. Er versucht, seinen Lebensunterhalt als Straßenmusiker und mit Betteln zu bestreiten.

In diesem Fall nimmt der Leitfaden an, dass Herr I. seinen Wohnort noch im Haus seiner Familie im Herkunftsland hat, da dies das stabilste Element in dieser Situation ist. Für die Krankenversicherung bedeutet das: Er bleibt auch über einen längeren Zeitraum über die EHIC abgesichert, ohne in Deutschland Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung werden zu müssen.

Anders würde es aussehen, wenn er seine Wohnung im Herkunftsland aufgeben, er seine gesamte Habe mit nach Deutschland nehmen und er nicht die Absicht haben würde, in sein Herkunftsland zurückzukehren. In diesem Fall könnte angenommen werden, dass Herr I. seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Herkunftsland aufgegeben und nach Deutschland verlagert hätte. Er würde dann versicherungspflichtig in Deutschland werden.

Beispiel 2:

J. ist 27 Jahre alt und Studierende. Ihre Eltern leben in Belgien, sie hält sich zu Studienzwecken jedoch in Deutschland auf, wo sie eine kleine Wohnung gemietet hat. Ihr Studium wird von den Eltern finanziert und sie kehrt jedes Wochenende zu den Eltern nach Belgien zurück.

In diesem Fall kann angenommen werden, dass J.s gewöhnlicher Aufenthaltsort weiterhin in Belgien liegt, wo ihre Eltern leben. J. bleibt in Belgien versichert und hat in Deutschland Anspruch auf Gesundheitsversorgung im Rahmen der EHIC. Sie muss sich nicht in der studentischen Krankenversicherung in Deutschland versichern.

Anders würde es aussehen, wenn J.s Lebensunterhalt nicht von den Eltern bestritten würde (sondern z. B. über ein deutsches Stipendium) und sie auch nicht regelmäßig am Wochenende zu ihren Eltern fahren würde. In diesem Fall müsste man den gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland sehen: Sie wäre in Deutschland pflichtversichert als Studierende in der gesetzlichen Krankenversicherung.

c. Welchen Umfang hat die Versorgung mit der EHIC?

Nach der Verordnung 883/2004 besteht ein „Anspruch auf die Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind.“ (Art. 19 Abs. 1)

Art. 25 Abs. 3 der Durchführungsverordnung zu dieser Koordinierungsverordnung (VO 987/2009) formuliert diesen Anspruch noch deutlicher:

„Sachleistungen im Sinne von Artikel 19 Absatz 1 der Grundverordnung sind diejenigen, die im Aufenthaltsmitgliedstaat nach dessen Rechtsvorschriften erbracht werden und sich als medizinisch notwendig erweisen, damit der Versicherte nicht vorzeitig in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten.“

Das heißt: Es handelt sich – anders als oftmals angenommen – nicht nur um eine Notfallversorgung, sondern um eine umfassende Absicherung, falls die Behandlung innerhalb des beabsichtigten Aufenthaltszeitraums erforderlich ist. Hierunter können durchaus auch eine Entbindung oder Vorsorgeuntersuchungen fallen, falls diese während des geplanten Aufenthaltszeitraums medizinisch notwendig sind.

Dies wird im Beschluss Nr. S3 der „Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit“ vom 12. Juni 2009 auch ausdrücklich bekräftigt. Hierin heißt es, dass zum Behandlungsumfang im Rahmen der EHIC auch die medizinisch erforderlichen Leistungen zählen,

„die in Zusammenhang mit einer chronischen oder bereits bestehenden Krankheit sowie im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Entbindung erbracht werden.“
(http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2010.106.01.0040.01.DEU)

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, eine Abteilung des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), schreibt dazu:

„Die Sachleistungen (u. a. stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung) sind grundsätzlich so zu erbringen, als ob der Patient bei einer deutschen Krankenkasse versichert wäre. (...) Anspruch besteht auf alle Sachleistungen, die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Auch Erkrankungen, die bereits vor der Einreise nach Deutschland bestanden haben, können in diesem Rahmen behandelt werden.“ (http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/pdf-Dateien/Leistungserbringer/Merkblatt_Krankenhaeuser.pdf)

Welche Behandlungen medizinisch notwendig sind, kann im Einzelfall nur der Arzt oder das Krankenhaus entscheiden.

Allerdings gilt dies nicht, wenn die Einreise zum Zwecke einer Behandlung erfolgt ist: In diesem Fall müsste die Behandlung zuvor von der Krankenversicherung des Herkunftslandes genehmigt werden. Dieser Behandlungsanspruch muss durch das Formular S 2 nachgewiesen werden. (<https://www.kvg.org/stream/de/download---0--0--0--72.pdf>)

d. Welche Formalitäten müssen eingehalten werden?

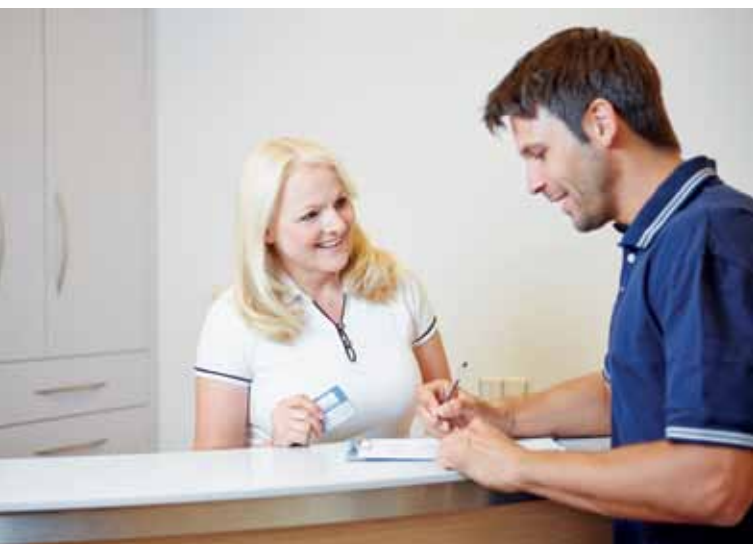
Der Patient kann ohne vorherigen Kontakt mit der Krankenkasse zum Arzt oder in dringenden Fällen ins Krankenhaus gehen. Dort müssen die EHIC oder die Provisorische Ersatzbescheinigung vorgelegt werden. Außerdem muss der Arzt oder das Krankenhaus gemeinsam mit dem Patienten zwei Formulare ausfüllen: die Vordrucke 80 und 81. Diese können bei jeder deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung angefordert und unter diesen Links eingesehen werden:

<https://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/pdf-Dateien/Leistungserbringer/Vordruck80K.pdf>

<https://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/pdf-Dateien/Leistungserbringer/Vordruck81K.pdf>

In diesen Formularen werden vor allem die Personalien erfasst und Angaben zum beabsichtigten Aufenthaltszeitraum in Deutschland abgefragt. Die geplante Dauer des Aufenthalts ist entscheidend für die Frage, welche Behandlungen durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um eine „Selbstauskunft“, d. h. die persönlich geplante Aufenthaltsdauer ist ausschlaggebend.

Die Formulare werden durch den Arzt oder das Krankenhaus bei einer beliebigen, vom Patienten zu wählenden deutschen gesetzlichen Krankenkasse eingereicht. Über die Krankenkasse erhält der Arzt oder das Krankenhaus sein Honorar. Die Ausstellung von Privatrechnungen ist nicht zulässig.



Praxistipp: Umfangreiche Informationen zum Umgang mit der EHIC, zu Abrechnungsfragen und Formularvordrucken finden sich auf der Internetseite der DVKA. Diese richten sich direkt an die Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser. Bei Unsicherheiten seitens des Arztes kann es hilfreich sein, auf diese Informationsmöglichkeit hinzuweisen:

Informationen für Ärzte:

http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/Leistungserbringer/Uebersicht_Aezte.htm

Informationen für Zahnärzte:

http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/Leistungserbringer/Uebersicht_Zahnaerzte.htm

Informationen für Krankenhäuser:

http://www.dvka.de/oeffentlicheSeiten/Leistungserbringer/Uebersicht_Krankenhaeuser.htm

Praxistipp: Die EHIC oder die Provisorische Ersatzbescheinigung sind notwendig, damit der Arzt die Behandlung abrechnen kann. Falls keine EHIC und auch keine Provisorische Ersatzbescheinigung vorhanden ist, aber dennoch im Herkunftsland eine Krankenversicherung besteht, sollte daher vor einer Behandlung Kontakt zu einer frei gewählten deutschen Krankenkasse aufgenommen werden. Denn diese ist dazu verpflichtet dabei behilflich zu sein, die erforderliche Bescheinigung aus dem Herkunftsland zu beschaffen. In Art 25 Abs. 1 der VO 987/2009 heißt es: „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.“

Auch Verordnungen werden vom Arzt oder vom Krankenhaus als Kassenrezept ausgestellt, wie dies für jeden gesetzlich Versicherten üblich ist. Vor dem Einreichen des Rezeptes bei einer Apotheke kann es sinnvoll sein, Kontakt zur betreffenden Krankenkasse aufzunehmen, um bereits eine Identifikationsnummer zu erhalten und diese der Apotheke mitteilen zu können. Für die Apotheke wird so das Abrechnungsverfahren einfacher. Die Apotheke rechnet ebenfalls direkt mit der Krankenkasse ab. Hierbei fallen die üblichen Zuzahlungen an.



Praxistipp: Als Zuzahlung sind in Deutschland mit einer EHIC genau wie von regulär gesetzlich versicherten Patienten unter anderem folgende Eigenbeiträge zu leisten:

- Für verschreibungspflichtige Medikamente: zehn Prozent des Arzneimittelpreises, mindestens aber fünf und höchstens zehn Euro
- Bei stationärer Behandlung: Zehn Euro pro Tag, maximal für 28 Tage pro Jahr
- Auch für Fahrtkosten zum Krankenhaus, Heilmittel (z. B. Physiotherapie) und Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen) fallen Zuzahlungen an.
- Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind vollständig von der Zuzahlungspflicht befreit.
- Pro Kalenderjahr müssen maximal 2 Prozent des zu berücksichtigenden Bruttojahreseinkommens gezahlt werden. Bei Erreichen dieser Grenze stellt die Krankenversicherung einen Befreiungsbescheid aus. Hierfür ist es wichtig, die Bescheinigungen über Zuzahlungen aufzubewahren und bei der Krankenkasse einzureichen.
- Ausführliche Informationen zum Thema Zuzahlungen und Befreiungen finden sich in einem Informationsblatt des Bundesministeriums für Gesundheit. Link: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungen/Infoblatt_Zuzahlungen_Arzneimittel.pdf

e. Die Gesundheitssysteme in den anderen Unionsstaaten

Einen sehr guten Überblick über die Sozialversicherungssysteme einschließlich der Gesundheitsversorgung der jeweiligen Unionsstaaten gibt es in mehreren Sprachen auf der Internetseite <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=858&langId=de>

Auch die entsprechenden Kontaktadressen der dortigen Behörden sind hier zu finden.

Hilfreich können diese Informationen insbesondere dann sein, wenn geprüft werden soll, ob durch das Nichtzahlen von Beiträgen im Herkunftsland der dortige Krankenversicherungsschutz verloren gegangen ist oder der Schutz unter Umständen rückwirkend durch Nachzahlung der (im Vergleich zu Deutschland meist deutlich niedrigeren) Beiträge wieder hergestellt werden kann. Auf diesem Weg lässt sich in manchen Fällen die Voraussetzung für eine Provisorische Ersatzbescheinigung (und damit den Krankenversicherungsschutz in Deutschland über EHIC) auch von Deutschland aus erfüllen – etwa durch eine Auslandsüberweisung an die Heimatkrankenkasse.

⇒ So heißt es etwa in dieser Darstellung zu Bulgarien:

„Personen, die ihre Krankenversicherungsbeiträge vollständig selbst entrichten müssen, verlieren vorübergehend ihren Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit, wenn sie innerhalb eines Zeitraums von 36 Monaten bis zu dem Monat, der dem Monat vorausgeht, in dem Leistungen in Anspruch genommen wurden, für mehr als 3 Monate ihre fälligen Monatsbeiträge schuldig geblieben sind. Die betreffenden Personen können ihren Versicherungsschutz durch die Zahlung der für die vergangenen 36 Monate ausstehenden Beiträge wiedererlangen. Ab dem Tag der Einzahlung der ausstehenden Beiträge besteht erneut Anspruch auf Sachleistungen bei Krankheit. Zahlungen für bereits erbrachte Leistungen werden nicht erstattet.“

⇒ Demgegenüber heißt es für Rumänien:

„Alle Personen, die sich rechtmäßig in Rumänien aufhalten, sind durch die Nationale Krankenversicherungsanstalt versichert; dies gilt auch für Ausländer, die ihren ständigen Wohnsitz in Rumänien haben. Um Sachleistungen bei Krankheit beanspruchen zu können, müssen die versicherte Person und deren Unterhaltsberechtigte in den vorangegangenen 12 Kalendermonaten mindestens 6 Monate lang Beiträge gezahlt haben.“

4. Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland – Gesundheitsversorgung durch die Mitgliedschaft in der deutschen Krankenversicherung

Sobald in Deutschland der „Wohnsitz“ bzw. der „gewöhnliche Aufenthalt“ besteht oder in Deutschland eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, unterliegt die betreffende Person normalerweise dem deutschen Krankenversicherungssystem nach dem SGB V. Eine Absicherung besteht dann – streng genommen – nach der EHIC nicht mehr. Ausnahmen von diesem Prinzip gelten jedoch für Rentner, Saisonarbeitnehmer und entsandte Arbeitnehmer oder Selbstständige sowie für Familienangehörige, die weiterhin der Krankenversicherung des Herkunftsstaates angehören und in Deutschland über die so genannte „Sachleistungsaus-hilfe“ abgesichert sind.

Was der „gewöhnliche Aufenthalt“ ist, bestimmt sich zum einen aus den Regelungen des EU-Rechts (siehe Punkt 3.b), zum anderen aus § 30 Abs. 3 SGB I. Dort heißt es:

„Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. Den 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 kann zweierlei gefolgert werden: Erstens ist die Definition des „gewöhnlichen Aufenthalts“ im deutschen Sozialrecht und des „Wohnortes“ im EU-Recht sehr ähnlich. Und zweitens ist das Kriterium einer Wohnsitzanmeldung in beiden Regelungen nicht (allein) ausschlaggebend – wenn auch ein nicht unwichtiges Kriterium.

Eine Krankenversicherungspflicht in Deutschland besteht grundsätzlich für alle Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland. Ob diese jedoch über die gesetzliche oder die private Krankenversicherung abgedeckt werden muss und nach welcher Rechtsgrundlage und zu welchen Konditionen sie zu gewähren ist, hängt stets von der jeweiligen persönlichen, beruflichen und familiären Situation ab. Daher sollen im Folgenden die unterschiedlichen „Schubladen“, in denen eine Krankenversicherungspflicht oder -möglichkeit besteht, nacheinander dar-

gestellt werden. Bei diesen „Schubladen“ handelt es sich sowohl um die krankenversicherungsrechtlichen als auch um die freizügigkeitsrechtlichen Kategorien. Beide sind nicht immer deckungsgleich, aber überschneiden sich häufig.

Praxistipp: Bei einem längerfristigen Aufenthalt in Deutschland stellt sich immer auch die Frage der „Rechtmäßigkeit“: Unter welchen Bedingungen besteht ein Freizügigkeitsrecht und wann geht es verloren?

Nach dem Freizügigkeitsgesetz wird grundsätzlich ein rechtmäßiger Aufenthalt vermutet, bis die Ausländerbehörde in einem begründeten und abgewogenen Verwaltungsakt festgestellt hat, dass die Voraussetzungen nicht (mehr) vorliegen und daher das Freizügigkeitsrecht nicht besteht. Automatisch geht das Freizügigkeitsgesetz nicht verloren.

Dieses Prinzip hat auch das Bundessozialgericht in einem Urteil vom 19. Oktober 2010 (Aktenzeichen B 14 AS 23/10 R) bekräftigt:

„Denn es entspricht der gesetzlichen Konzeption des Freizügigkeitsrechts, von der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts auszugehen, solange die Ausländerbehörde nicht von ihrer Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, den Verlust oder das Nichtbestehen des Aufenthaltsrechts nach § 5 Abs. 5 FreizügG/EU festzustellen (...). Die Ausreisepflicht nach § 7 Abs. 1 Satz 1 FreizügG/EU wird erst mit dieser Verlustfeststellung begründet.“

<https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=137833&s0=unionsb%FCrger&s1=arbeitsuche&s2=&words=&sensitive=>

In der Praxis kann es sein, dass eine Krankenkasse einen Aufnahmeantrag ablehnt mit dem Argument, es liege ja kein Freizügigkeitsrecht vor. Gegen derartige Ablehnungen sollten Rechtsmittel eingelegt und mit der oben dargestellten Argumentation begründet werden.

a. Arbeitnehmer mit einem Einkommen von mehr als 450 Euro

In diesem Fall ist es relativ einfach: Jeder Arbeitnehmer, der in Deutschland hauptberuflich eine Beschäftigung ausübt (d. h. dessen Einkommen monatlich über 450 Euro liegt), ist versicherungspflichtig ab dem ersten Tag der Beschäftigung. Dies ist in Deutschland die klassische und bekannteste Form der Versicherungspflicht und in § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geregelt:

„Versicherungspflichtig sind (...) Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (...)“

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Anmeldung bei einer vom Arbeitnehmer frei gewählten gesetzlichen Krankenkasse durchzuführen und auch automatisch die Beiträge (abhängig vom Bruttoeinkommen) abzuführen. Die Versicherungspflicht in Deutschland entsteht auch, wenn eine Beschäftigung in Deutschland ausgeübt wird und der Wohnsitz in einem anderen Staat liegt (Grenzgänger).

Relevante Ausnahmen von diesem Prinzip bestehen allerdings für zwei Gruppen:

⇒ Saisonarbeitnehmer

Wenn im Herkunftsstaat die wesentliche Beschäftigung ausgeübt wird und nur für eine vorübergehende Saisonarbeit in Deutschland ein nicht wesentlicher Teil der Beschäftigung ausgeübt wird, bleibt der Versicherungsschutz aus dem Herkunftsland bestehen, und in Deutschland entsteht daraus keine Versicherungspflicht. Der Anspruch auf Gesundheitsleistungen erfolgt im Rahmen der EHIC. Das gilt allerdings nur, wenn durch die Bescheinigung A 1 bei Tätigkeit in mehreren Mitgliedsstaaten das Fortbestehen des Versicherungsschutzes im Herkunftsstaat nachgewiesen wird. Das Formular für die Bescheinigung A 1 ist hier herunterzuladen: http://www.dvka.de/oeffentlicheseiten/pdf-Dateien/Antraege883/13_1_mehrere_Arbeitgeber/13_1_mehrere_Druck.pdf



⇒ Entsandte Arbeitnehmer

Wenn die Beschäftigung bei einem Arbeitgeber erfolgt, dessen Sitz im Herkunftsland liegt, und im Rahmen einer vorübergehenden Entsendung in Deutschland eine Beschäftigung ausgeübt wird, bleibt die Zuständigkeit des Herkunftslands erhalten. Es entsteht keine Versicherungspflicht in Deutschland, sondern der Anspruch auf Gesundheitsleistungen erfolgt im Rahmen der EHIC. Dies gilt allerdings nur, wenn der Arbeitgeber im Herkunftsstaat „gewöhnlich tätig ist“ (das heißt: Er muss eine nennenswerte Geschäftstätigkeit dort ausüben, und nicht etwa nur die Personalabteilung betreiben) und die Entsendung für maximal 24 Monate geplant ist, ohne dass ein anderer Arbeitnehmer „abgelöst“ wird. Auch in diesem Fall ist eine Bescheinigung A 1 erforderlich, die durch das hier herunterzuladende Formular beantragt werden kann: http://www.dvka.de/oeffentlicheseiten/pdf-Dateien/Antraege883/Antrag_101/Antrag_101_Druck.pdf

Falls es sich bei der Saisonbeschäftigung nicht um einen „unwesentlichen“ Teil der Beschäftigung handelt oder bei der Entsendung nicht um eine „echte“ Entsendung, entsteht in Deutschland demgegenüber eine reguläre Krankenversicherungspflicht.

Detaillierte Informationen zu den Themen Entsendung und Beschäftigung in mehreren Mitgliedsstaaten finden sich hier:

- „Praktischer Leitfaden zur Bestimmung des anwendbaren Rechts“ der EU-Kommission (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11366&langId=de>)
- „Leitfaden für den mobilen europäischen Arbeitnehmer“ des Europäischen Gewerkschaftsbundes (http://www.migration-online.de/data/brochure_guide_travailleur_mobile_de2.pdf)



Praxistipp: Auch im Falle so genannter Scheinselbstständigkeit oder bei unangemessener Beschäftigung entsteht die Versicherungspflicht, da beides als eine Form der Beschäftigung gilt. Falls bei einer Kontrolle eine solche Situation festgestellt wird, muss der Arbeitgeber bzw. der Auftraggeber die Sozialversicherungsbeiträge vollständig nachzahlen (auch die Arbeitnehmeranteile).

Über die so genannte „Statusfeststellung“ können Betroffene sicher feststellen lassen, ob ihre Tätigkeit als Selbstständigkeit oder als Beschäftigung zu werten ist. Falls es sich aufgrund dieser Feststellung bei einer vermeintlichen „Selbstständigkeit“ tatsächlich um eine Beschäftigung als Arbeitnehmer gehandelt hat, entsteht dadurch auch rückwirkend eine Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer, für die der Auftraggeber die Beiträge nachzuzahlen hat.

Informationen zum Statusfeststellungsverfahren finden sich bei der Deutschen Rentenversicherung:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_und_antrage/01_versicherte/01_vor_der_rente/DRV_Paket_Versicherung_Statusfeststellung.html

Praxistipp: Beratung und Informationen für mobile Beschäftigte speziell aus den mittel- und osteuropäischen Staaten gibt es bei den Beratungsstellen des Projekts „Faire Mobilität“. Das DGB-Projekt hilft bei der Durchsetzung von gerechten Löhnen und fairen Arbeitsbedingungen auf dem deutschen Arbeitsmarkt. www.faire-mobilitaet.de

b. Geringfügig Erwerbstätige

Arbeitnehmer, die in Deutschland einen Minijob ausüben, sind gemäß § 7 Abs. 1 SGB V nicht versicherungspflichtig als Arbeitnehmer. Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn innerhalb eines Jahres regelmäßig nicht mehr als 450 Euro monatliches Einkommen erzielt werden.

Bei der Feststellung des regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts ist auch schwankendes Einkommen zu berücksichtigen. Wenn z. B. ein Minijobber in einem Dauerarbeitsverhältnis saisonbedingt unterschiedliche Arbeitsentgelte erzielt, hat der Arbeitgeber das regelmäßige monatliche Arbeitsentgelt zu schätzen. Bei einem geschätzten Jahresarbeitsentgelt (nicht Kalenderjahr) bis 5.400 Euro liegt ein 450-Euro-Minijob vor.

Eine betriebliche Ausbildung, der Bundesfreiwilligendienst oder das Freiwillige Soziale Jahr gelten nicht als geringfügige Tätigkeit, auch wenn das Einkommen unter 450 Euro liegen sollte.

Praxistipp: Informationen rund um den Minijob mit Berechnungsbeispielen und detaillierten Erläuterungen zu Spezialfällen finden sich unter www.minijobzentrale.de

Minijobber sind zwar „versicherungsfrei“ – aber sie sind in aller Regel aufgrund anderer Vorschriften pflichtversichert oder können sich freiwillig versichern. Um die entsprechende Rechtsgrundlage festzustellen, kommt es darauf an, ob die Person während ihres Minijobs ergänzende Leistungen nach dem SGB II (Hartz IV) bezieht oder nicht.

⇒ Minijob mit ergänzendem Arbeitslosengeld II-Bezug

Wer Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezieht und nicht hauptberuflich selbstständig tätig ist, ist versicherungspflichtig gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Das Jobcenter zahlt die Beiträge automatisch an die gewählte gesetzliche Krankenversicherung.

⇒ Minijob ohne Arbeitslosengeld II-Bezug

In diesem Fall greift die „Bürgerversicherung“ gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V: Wer keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (z.B. eine freiwillige Versicherung) hat und

1. entweder „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ war
oder
2. „bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert“ war und nicht hauptberuflich selbstständig ist,

ist dennoch versicherungspflichtig. Diese Versicherungspflicht besteht automatisch und unter Umständen auch rückwirkend – etwa ab dem Tag, an dem der Minijob begonnen wurde und damit die Gültigkeit der EHIC erloschen ist, weil durch die Aufnahme der Beschäftigung das deutsche Krankenversicherungsrecht anwendbar wurde.

Praxistipp: Für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V muss kein Aufnahmeantrag gestellt werden, sondern die Mitgliedschaft wird bei einer frei gewählten gesetzlichen Krankenkasse lediglich „angezeigt“ und besteht kraft Gesetzes. Hierfür gibt es ein spezielles Formular:

http://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/versicherungspflicht/_jcr_content/par/download_0/file.res/anlage_1_anzeige_pflchtigversicherung_s1_2.pdf

Anmerkung: Das im Internet zu findende Formular entspricht nicht mehr der aktuellen Rechtslage. Auf Seite 2 wird für Unionsbürger nach einer „Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU“ gefragt. Diese Dokumente gibt es jedoch nicht mehr. Unionsbürger selbst halten sich ohne jede Bescheinigung rechtmäßig in Deutschland auf, solange die Ausländerbehörde keine Feststellung über den Verlust des Freizügigkeitsrechts getroffen hat. Die Freizügigkeitsbescheinigung ist seit dem Jahr 2013 abgeschafft. Ihre freizügigkeitsberechtigten drittstaatsangehörigen Familienangehörigen halten sich ebenfalls bis zur Feststellung des Gegenteils rechtmäßig in Deutschland auf und erhalten als Bescheinigung eine „Aufenthaltskarte“.

Die Voraussetzungen für die „Bürgerversicherung“ sind bei Personen aus Unionsstaaten in aller Regel erfüllt, da die „zuletzt“ bestehende gesetzliche oder staatliche Versicherung (nicht jedoch eine private Versicherung) im Herkunftsland einer gesetzlichen Versicherung in Deutschland gleichzustellen ist. Auch Personen, die zuvor in ihrem Herkunftsland über gar keine Krankenversicherung verfügten, werden versicherungspflichtig. Anders könnte dies nur sein, wenn sie in Deutschland hauptberuflich selbstständig tätig wären oder im Herkunftsland waren.

Nähere Informationen zur „Bürgerversicherung“ für Personen aus Unionsstaaten finden sich im DVKA-Rundschreiben Nr. 35/2007 vom 02.07.2007:

http://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/versicherungspflicht/_jcr_content/par/download_4/file.res/rs_dvka_02072007.pdf

Praxistipp: Für Unionsbürger, die in Deutschland einen Minijob ausüben, ist das Aufenthaltsrecht nicht davon abhängig, dass der Lebensunterhalt gesichert ist. Auch mit einem Minijob, der nicht existenzsichernd ist, gelten diese Personen als freizügigkeitsberechtigter „Arbeitnehmer“ im Sinne von § 2 Abs. 2 Nr. 1 FreizügG. Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs kann bereits eine geringfügige Tätigkeit mit einem Umfang von 5,5 bis 6,5 Wochenstunden und einem monatlichen Einkommen von 175 Euro ausreichend sein, um den Arbeitnehmerstatus im Sinne des Freizügigkeitsrechts zu besitzen. Urteil des EuGH, C14/09, „Genc“, 4.2.2010, zu finden unter: <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?jsessionid=9ea7d2dc30d6e5de4de0db2f40278c4985f7f5b5c077.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuOahz0?text=&docid=74927&pageIndex=0&doclang=DE&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=637921>

Da das Aufenthaltsrecht *nicht* von der Sicherung des Lebensunterhalts abhängig ist, können Unionsbürger mit einem Minijob von der „Bürgerversicherung“ auch *nicht* nach § 5 Abs. 11 SGB V ausgeschlossen werden.



Beiträge:

Der Mindestbeitrag in der „Bürgerversicherung“ inkl. der Pflegeversicherung liegt bei ca. 160 Euro monatlich. Der Beitrag wird rückwirkend ab Entstehen der Versicherungspflicht berechnet. Auch wenn der Beitrag nicht bezahlt wird, bleibt ein Leistungsanspruch in evtl. eingeschränkter Form bestehen (dazu mehr unter 5).

c. Arbeitsuchende

Unionsbürger können sich nach den Regelungen der Europäischen Union auch zur Arbeitsuche in Deutschland rechtmäßig aufhalten. Im Fall eines Aufenthalts zur Arbeitsuche gelten im Prinzip dieselben Vorschriften wie im Fall eines Minijobs. Wie bei Minijobbern ist für die Krankenversicherung zu unterscheiden, ob während der Arbeitsuche Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen wird oder nicht.

⇒ Arbeitsuchende mit Arbeitslosengeld II-Bezug

Wer Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezieht und nicht hauptberuflich selbstständig tätig ist, ist versicherungspflichtig gem. § 5 Abs. 2a SGB V. Das Jobcenter zahlt die Beiträge automatisch an die gewählte gesetzliche Krankenkasse.

Für Unionsbürger, die sich allein zur Arbeitsuche in Deutschland aufhalten, bestehen zurzeit einige Schwierigkeiten, einen Anspruch auf Arbeitslosengeld II durchzusetzen. Der Grund liegt in § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB II, der für Ausländer einen Hartz-IV-Anspruch verneint, die allein aus dem Grund der Arbeitsuche aufenthaltsberechtigt sind. Dieser Leistungsausschluss ist vor den Sozialgerichten äußerst umstritten, da er nach Auffassung vieler Experten mit europarechtlichen und verfassungsrechtlichen Vorschriften nicht zu vereinbaren ist. Bei Ablehnungen des Hartz-IV-Antrags empfiehlt es sich in den meisten Fällen einen Widerspruch einzulegen und beim Sozialgericht einen Eilantrag zu stellen, um zumindest vorläufig Leistungen bewilligt zu bekommen. Wichtig ist dies nicht zuletzt für die Krankenversicherung.

Praxistipp: Informationen zum Hartz-IV-Anspruch für Unionsbürger, zum Antragsverfahren und zu den umstrittenen Rechtsfragen finden sich in der Arbeitshilfe des Paritätischen Gesamtverbands: „Hartz IV für Unionsbürger_innen: Jetzt Anträge auf vorläufige Leistungen stellen!“

<http://www.der-paritaetische.de/fachinfos/artikel/news/hartz-iv-fuer-unionsbuerger-innen-jetzt-antraege-auf-vorlaeufige-leistungen-stellen/>

⇒ Arbeitsuchende ohne Arbeitslosengeld II-Bezug

In diesem Fall greift die „Bürgerversicherung“ gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V: Wer keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hat und

1. entweder „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ war

oder

2. „bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert“ war und nicht hauptberuflich selbstständig ist,

ist dennoch versicherungspflichtig. Diese Versicherungspflicht besteht automatisch und unter Umständen auch rückwirkend – etwa ab dem Tag, an dem der Lebensmittelpunkt nach Deutschland verlagert worden ist und damit die Gültigkeit der EHC erloschen ist, weil das deutsche Krankenversicherungsrecht anwendbar wurde.

Praxistipp: Das Aufenthaltsrecht für Arbeitsuchende ist *nicht* von der Sicherung des Lebensunterhalts abhängig. Daher können Unionsbürger, die sich zum Zweck der Arbeitsuche in Deutschland aufhalten, von der „Bürgerversicherung“ auch *nicht* nach § 5 Abs. 11 SGB V ausgeschlossen werden.

Ein Aufenthaltsrecht zum Zweck der Arbeitsuche besteht grundsätzlich unbefristet. Nach einem Zeitraum von sechs Monaten darf allerdings überprüft werden, ob tatsächlich Arbeit gesucht wird und noch konkrete Aussichten bestehen, Arbeit zu finden. Sollte dies nicht der Fall sein und auch kein anderer Aufenthaltsgrund bestehen, darf die Ausländerbehörde in einer Ermessensentscheidung eine „Verlustfeststellung“ treffen. Hierbei handelt es sich um einen formalen Verwaltungsakt, in dem festgestellt wird, dass der Unionsbürger kein Aufenthaltsrecht mehr hat. Er wird dadurch ausreisepflichtig. Automatisch endet das Aufenthaltsrecht nicht, sondern nur durch eine formale Entscheidung der Ausländerbehörde.

Anmerkung: Die Bundesregierung plant, das Aufenthaltsrecht zur Arbeitsuche auf in der Regel sechs Monate zu begrenzen. Allerdings würde das Aufenthaltsrecht zur Arbeitsuche selbst nach dieser Gesetzesänderung fortbestehen, wenn der betreffende Unionsbürger nachweist, dass er begründete Aussichten auf Erfolg bei seiner Arbeitsuche hat.

Praxistipp: Ausführliche Informationen zum Aufenthaltsrecht nach dem Freizügigkeitsgesetz finden sich in der Broschüre „Ausgeschlossen oder privilegiert? Zur aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation von Unionsbürgern und ihren Familienangehörigen“ des Paritätischen Gesamtverbandes:

<http://www.migration.paritaet.org/start/publikationen/>



Beiträge:
 Der Mindestbeitrag in der „Bürgerversicherung“ inkl. der Pflegeversicherung liegt bei ca. 160 Euro monatlich. Der Beitrag wird rückwirkend ab Entstehen der Versicherungspflicht berechnet. Auch wenn der Beitrag nicht bezahlt wird, bleibt ein Leistungsanspruch in evtl. eingeschränkter Form bestehen (dazu mehr unter 5).

d. Selbstständige

Für Unionsbürger, die in Deutschland eine selbstständige Tätigkeit ausüben, besteht ebenfalls Krankenversicherungspflicht. Ob die Versicherungspflicht jedoch in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung besteht, ist abhängig von der individuellen Konstellation – und von der Frage, ob die Selbstständigkeit „hauptberuflich“ oder „nebenberuflich“ ausgeübt wird.

Praxistipp: Detaillierte Erläuterungen, wann eine selbstständige Tätigkeit „hauptberuflich“ ist, finden sich in der Veröffentlichung „Grundsätzliche Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit des GKV-Spitzenverbandes vom 11. Juni 2013, zu finden unter: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/590212/Datei/114902/Hauptberuflich-Selbststaendig.pdf>

⇒ Selbstständige (haupt- und nebenberuflich), die „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ waren und über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen (das könnte zum Beispiel ein regulärer Versicherungsvertrag bei einer privaten Krankenversicherung als Selbstständiger oder eine freiwillige Weiterversicherung sein), sind über die „Bürgerversicherung“ gesetzlich pflichtversichert (vgl. unter 4b); § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) SGB V.

Beiträge:
 Für Selbstständige liegen die Mindestbeiträge höher als für Personen, die nicht selbstständig sind: Der Mindestbeitrag liegt in der Regel bei ungefähr 350 Euro. Auf Antrag wird er jedoch ermäßigt auf einen Mindestbeitrag von etwa 240 Euro, wenn nur ein geringes Einkommen und Vermögen innerhalb der gesamten Bedarfsgemeinschaft vorhanden ist.

Informationen zu dieser Härtefallregelung sucht man auf den Internetseiten der Krankenversicherungen meist vergeblich. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 7 Abs. 4 der „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder“ des GKV-Spitzenverbandes; zu finden unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-11-27_Grundsaeetze_Betraege_Selbstzahler_Fuenfte_Aend_BVerfGrds.pdf

Praxistipp: Die Formulierung „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ bedeutet nicht, dass diese Versicherung in Deutschland bestanden haben muss. Wer zuvor im EU-Ausland in einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einem staatlichen Gesundheitsfonds krankenversichert war, war ebenfalls „zuletzt gesetzlich krankenversichert“. Die Versicherungszeit im EU-Ausland muss auch nicht nahtlos und durchgehend bestanden haben, sondern kann auch bereits längere Zeit zurückliegen.

Nachzuweisen ist dies durch das Formular S 40 / S 41 (früher: E 104), das von der Krankenversicherung des Herkunftslandes auszufüllen ist.

Auch wenn im Herkunftsland (etwa in Bulgarien) kein Anspruch auf Leistungen gegenüber der staatlichen Krankenversicherung bestanden haben sollte, weil seit längerer Zeit keine Beiträge gezahlt worden sind, kann häufig dennoch eine formale Mitgliedschaft in einem staatlichen Krankenversicherungssystem bestanden haben. Hierüber könnte dann der Zugang zur gesetzlichen Versicherung in Deutschland begründet werden.

Nähere Informationen zur „Bürgerversicherung“ für Personen aus Unionsstaaten finden sich im DVKA-Rundschreiben Nr. 35/2007 vom 02.07.2007:

http://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/versicherungspflicht/_jcr_content/par/download_4/file.res/rs_dvka_02072007.pdf

⇒ Hauptberuflich Selbstständige, die **„bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert“** (also auch im EU-Staat zuvor nie krankenversichert) waren und in Deutschland über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen, sind demgegenüber nicht versicherungspflichtig in der „Bürgerversicherung“ (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V). Diese Personen sind verpflichtet, sich bei einer privaten Krankenversicherung zu versichern.

Die private Krankenversicherung kann ein regulärer Versicherungsvertrag für Selbstständige eines privaten Versicherungsunternehmens sein. Allerdings werden hierbei insbesondere bei älteren und kranken Personen hohe Beiträge fällig oder die Privatversicherung lehnt den Abschluss eines Vertrages ganz ab.

Daher sind die Privatversicherungen verpflichtet, zumindest einen Versicherungsvertrag zum „Basistarif“ gewähren zu müssen, der nicht abgelehnt werden darf. Dies ist in § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit § 12 Abs. 1b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt.

Beitrag:

Der Basistarif der Privatversicherung kostet monatlich etwa 700 Euro. Allerdings muss dieser Beitragssatz auf die Hälfte reduziert werden, wenn durch den hohen Beitrag Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII entstehen würde. Eine Prüfung hierfür führt das Jobcenter oder das Sozialamt durch – auch wenn die betreffende Person dort keine Leistungen bezieht. Bei der Hilfebedürftigkeit handelt es sich um eine rein rechnerische Begrifflichkeit. Diese Bescheinigung muss dann bei der privaten Krankenversicherung vorgelegt werden.

Im Basistarif der Privatversicherung gibt es keine kostenlose Familienversicherung, Kinder müssen zu einem ermäßigten Beitragssatz mitversichert werden.

Praxistipp: Für Selbstständige besteht ein Freizügigkeitsrecht unabhängig von der Lebensunterhaltssicherung – also auch dann, wenn der Gewinn aus der Selbstständigkeit nicht vollständig existenzsichernd ist.

Ausführliche und gut verständliche Informationen zum Basistarif der Privatversicherung und zu den übrigen Fragen des Krankenversicherungsrechts finden sich in der Broschüre „Noch nicht krankenversichert?“ des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums, zu finden hier: http://www.ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Broschuere_Noch_nicht_krankenversichert_Endfassung-1.pdf

⇒ Nebenberuflich Selbstständige, die über **keine anderweitige Absicherung** im Krankheitsfall verfügen, sind entweder in der „Bürgerversicherung“ gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig oder – bei ergänzendem Arbeitslosengeld II-Bezug – über das Jobcenter gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a) SGB V.

e. Nicht-Erwerbstätige

Nicht Erwerbstätige und deren Familienangehörige sind die einzige Gruppe, bei der nach dem Freizügigkeitsgesetz für ein Freizügigkeitsrecht die Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes vorausgesetzt wird. Zudem besteht gem. § 5 Abs. 11 SGB V für die Nicht-Erwerbstätigen eine Sperre für den Zugang zur „Bürgerversicherung“ nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Praxistipp: Nicht jede Person, die faktisch nicht erwerbstätig ist, ist zwingend auch rechtlich ein „Nicht-Erwerbstätiger“ im Sinne des Freizügigkeitsrechts. In der Beratung sollte stets zunächst geklärt werden, ob nicht auch zugleich ein anderer Freizügigkeitsgrund erfüllt wird. Dies können etwa folgende Freizügigkeitsgründe sein:

⇒ **Familienangehörige** (§ 3 FreizügG)

- Dies sind Ehegatten und eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner sowie die Verwandten in absteigender Linie (Kinder, Stiefkinder, Enkel...) bis einschließlich 20 Jahre ohne weitere Bedingung.
- Auch die Verwandten in aufsteigender Linie (Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Schwiegergroßeltern...) und in absteigender Linie, wenn sie 21 Jahre oder älter sind, haben ein Freizügigkeitsrecht als Familienangehörige – in diesem Fall allerdings unter der Bedingung, dass ihnen ein Teil des Unterhalts geleistet wird. Wie hoch dieser Unterhaltsanteil sein muss, ist nicht geklärt. Jedenfalls muss er nicht vollständig existenzsichernd sein. Auch Betreuung und Pflege bzw. die unentgeltliche Wohnmöglichkeit sind eine Form des Unterhalts.

⇒ **Frühere Arbeitnehmer oder Selbstständige**, die ihren Arbeitsplatz unfreiwillig verloren haben (§ 2 Abs. 3 FreizügG)

- Der Status als Arbeitnehmer oder Selbstständiger bleibt erhalten, wenn die Erwerbstätigkeit unfreiwillig aufgegeben wird (z. B. wegen einer Krankheit, betriebsbedingten Kündigung, Schwangerschaft, befristetem Vertrag, Insolvenz...)
- Der Status bleibt dauerhaft erhalten nach mehr als einem Jahr Erwerbstätigkeit
- Der Status bleibt für sechs Monate erhalten nach weniger als einem Jahr Erwerbstätigkeit

⇒ **Arbeitsuchende** (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 FreizügG; künftig: § 2 Abs. 2 Nr. 1a FreizügG)

- Das Freizügigkeitsrecht zur Arbeitsuche besteht für mindestens sechs Monate. Danach gilt es weiter, wenn weiterhin Arbeit gesucht wird und begründete Aussicht auf Erfolg besteht und die Ausländerbehörde keine Verlustfeststellung getroffen hat.

⇒ **Unionsbürger nach fünf Jahren Aufenthalt (Daueraufenthaltsrecht)** (§ 4a FreizügG)

- Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, die seit fünf Jahren in Deutschland leben, ohne dass die Ausländerbehörde eine „Verlustfeststellung“ getroffen hat, haben automatisch ein Daueraufenthaltsrecht. Dies besteht immer unabhängig von der Lebensunterhaltssicherung.

Beispiel 1:

Frau D. ist tschechische Staatsbürgerin und verheiratet mit Herrn D., der ungarischer Staatsbürger ist. Beide leben in Deutschland. Frau D. arbeitet in Vollzeit, Herr D. ist Hausmann. Herr D. fragt, ob seine Mutter aus Ungarn ebenfalls in Deutschland freizügigkeitsberechtigt ist und die Möglichkeit hat, eine Krankenversicherung abzuschließen. Sie ist in Ungarn nicht krankenversichert und lebt bislang von Unterhaltsleistungen der Familie. Eine Rente erhält sie in Ungarn nicht. Sie würde bei dem Ehepaar D. wohnen und auch von ihnen mitversorgt werden, aber für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung würde das Geld fehlen.

Lösung:

Herrn D.s Mutter ist freizügigkeitsberechtigt – und zwar nicht als Nicht-Erwerbstätige, sondern als Familienangehörige („Schwiegermutter“) von Frau D., einer Arbeitnehmerin. Sie erhält einen Teil des Unterhalts von Frau D. und ihrem Mann. Als Familienangehörige einer Arbeitnehmerin oder ihres Ehegatten ist das Freizügigkeitsrecht nicht von der Sicherung des Lebensunterhalts und der Existenz einer Krankenversicherung abhängig. Damit ist die Mutter versicherungspflichtig im Rahmen der „Bürgerversicherung“. Der Ausschluss gem. § 5 Abs. 11 SGB V gilt für sie nicht.

Beispiel 2:

Herr K. lebt als portugiesischer Staatsbürger in Deutschland. Er ist verheiratet mit Frau K., einer brasilianischen Staatsangehörigen. Frau K. möchte ihren Vater aus Brasilien nach Deutschland holen, da er alt, krank und einsam ist. Sie fragt, wie es mit der Krankenversicherung aussehen würde.

Lösung:

Der Vater ist zwar Drittstaatsangehöriger, aber dennoch ist er freizügigkeitsberechtigt gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 2 FreizügG (Verwandte in aufsteigender Linie des freizügigkeitsberechtigten Unionsbürgers oder seines Ehegatten, denen der Unionsbürger oder sein Ehegatte einen Teil des Unterhalts gewährt). Der Vater würde – unabhängig vom Bestehen eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes und unabhängig von der vollständigen Lebensunterhaltssicherung – eine „Aufenthaltskarte“ für Familienangehörige eines Unionsbürgers erhalten.

Und dennoch wäre er vom Gesetzeswortlaut – anders als die Mutter aus Beispiel 1 – von der „Bürgerversicherung“ ausgeschlossen. Der Grund ist eine Regelungslücke in § 5 Abs. 11 SGB V. Hier heißt es nämlich:

- *Drittstaatsangehörige sind dann versicherungspflichtig nach der „Bürgerversicherung“, wenn sie eine Aufenthaltserlaubnis mit mehr als einem Jahr Geltungsdauer oder eine Niederlassungserlaubnis nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und hierfür nicht die Sicherung des Lebensunterhalts als Bedingung verlangt wird.*

⇒ *Dies ist nicht erfüllt, da der Vater als Familienangehöriger eines Unionsbürgers eine „Aufenthaltskarte“ nach dem Freizügigkeitsgesetz erhält – und eben keine Aufenthaltserlaubnis oder Niederlassungserlaubnis.*

- *Unionsbürger und Staatsangehörige von Norwegen, Island, Liechtenstein und der Schweiz sind dann versicherungspflichtig, wenn für ihr Aufenthaltsrecht nicht die Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich eines Krankenversicherungsschutzes Bedingung ist.*

⇒ *Der Vater ist selbst aber kein Unionsbürger, sondern Drittstaatsangehöriger.*

Das Ergebnis:

Weder die eine noch die andere Bedingung ist erfüllt, da in § 5 Abs. 11 SGB V eine Konstellation wie in Beispiel 2 schlichtweg vergessen worden ist.

Daher sollte in einem solchen Fall Rücksprache mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen gehalten und die Problematik erläutert werden. Falls auch dies nicht zum Erfolg führt, sollten gegen einen ablehnenden Bescheid der gesetzlichen Krankenversicherung Rechtsmittel eingelegt werden, da diese Regelung eindeutig Europarecht widerspricht. Denn der Gleichbehandlungsgrundsatz aus Art. 4 der VO 883/2004 gilt nicht nur für Unionsbürger, sondern auch für ihre drittstaatsangehörigen Familienangehörigen.



Darüber hinaus dürfte es sich bei der Gruppe der rechtlich Nicht-Erwerbstätigen nach dem Freizügigkeitsgesetz in erster Linie um Personen handeln, die dauerhaft erwerbsunfähig sind, um nicht-erwerbstätige ältere Personen und Studierende oder Personen, die keine Verbindung zum deutschen Arbeitsmarkt haben und auch keine Arbeit suchen.

Für diese greift nach den Regelungen des Krankenversicherungsrechts nicht die „Bürgerversicherung“ des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, auch wenn sie keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben sollten. Der Grund liegt in § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V:

„Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist.“

Stattdessen müsste sich dieser Personenkreis privat versichern. Hier müssen die Privatversicherungen einen Vertrag zum „Basistarif“ abschließen. Dies ist in § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit § 12 Abs. 1b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) geregelt.

Beitrag:

Der Basistarif der Privatversicherung kostet monatlich etwa 700 Euro. Allerdings muss dieser Beitragssatz auf die Hälfte reduziert werden, wenn durch den hohen Beitrag Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII entstehen würde. Eine Prüfung hierfür führt das Jobcenter oder das Sozialamt durch – auch wenn die betreffende Person dort keine Leistungen bezieht. Bei der Hilfebedürftigkeit handelt es sich um eine rein rechnerische Begrifflichkeit. Diese Bescheinigung muss dann bei der privaten Krankenversicherung vorgelegt werden.

Im Basistarif der Privatversicherung gibt es keine kostenlose Familienversicherung, Kinder müssen zu einem ermäßigten Beitragssatz mitversichert werden.

Hinweis 1: Mittlerweile hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einem Urteil vom 16. Juli 2014 entschieden, dass der Zugang zum Basistarif der Privatversicherung nicht in jedem Fall gewährt werden muss. In dem genannten Verfahren ging es zwar um eine spezielle Konstellation, in der eine Bezieherin von Sozialhilfe nach dem SGB XII auf Aufnahme in den Basistarif geklagt hatte. Diese ist vom BGH abgelehnt worden. Allerdings hat der Gerichtshof in dem Urteil auch grundsätzlich argumentiert:

„Eine Versicherung im Basistarif kommt vielmehr nur dann in Betracht, wenn die Person grundsätzlich dem Bereich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist (...)“ – also selbstständig tätig, Beamte oder sehr gut verdienende Angestellte ist. Ob mit dieser Begründung künftig auch die Aufnahme nicht-erwerbstätiger Unionsbürger in den Basistarif, die keine Sozialhilfe beziehen, abgelehnt wird, bleibt abzuwarten. Jedenfalls dürfte es künftig nicht einfacher werden, einen Basistarif abschließen zu können.

Link zum Urteil: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&Sort=8195&nr=68491&pos=20&anz=558>



Hinweis 2: Der automatische Ausschluss von der gesetzlichen „Bürgerversicherung“ für Nicht-Erwerbstätige ist mit dem Gleichbehandlungsgebot des europäischen Rechts kaum zu vereinbaren: Ein solcher Ausschluss betrifft nämlich nur Unionsbürger – deutsche Staatsbürger können davon nicht betroffen sein. Dies widerspricht aber der Vorgabe aus Art. 4 der Koordinierungsverordnung 883/2004, die verlangt, dass für Unionsbürger die gleichen Rechte und Pflichten gelten müssen wie für die eigenen Staatsangehörigen. Das ist offenkundig nicht erfüllt. Auch der Europäische Gerichtshof hat in einem Grundsatzurteil festgestellt, dass ein automatischer und pauschaler Ausschluss von Unionsbürgern von den sozialen Sicherungssystemen eines anderen Unionsstaates nicht zulässig ist, wenn sich dieser allein darauf begründet, dass der nicht-erwerbstätige Unionsbürger die Voraussetzungen ausreichender Lebensunterhaltssicherung und Krankenversicherung nicht erfüllt. (EuGH; C140/12; Urteil in der Rechtssache „Brey“ vom 19. September 2013; zu finden hier: <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=141762&pageIndex=0&doclang=DE&mode=req&dir=&occ=first&part=1>)

In diesem Verfahren ging es zwar um Leistungen der Sozialhilfe in Österreich für einen deutschen Rentner, die Grundsätze sind allerdings auch auf den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für nicht-erwerbstätige Personen in Deutschland übertragbar.

Praxistipp: Da der Weg in die „Bürgerversicherung“ für Nicht-Erwerbstätige vom geltenden Recht versperrt wird, ist stets zu prüfen, ob der Abschluss einer freiwilligen Krankenversicherung möglich ist. Für eine Weiterversicherung in Deutschland werden auch die Vorversicherungszeiten im EU-Ausland vollständig mitgerechnet (mehr dazu unter: i).

f. Studierende

Studierende, die *nicht* über das Versicherungssystem des Herkunftslandes abgesichert sind (etwa als Familienangehörige), werden in Deutschland versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V.

Beitrag:

Der Beitragssatz für Studierende beträgt einschließlich Pflegeversicherung etwa 80 Euro. Dies gilt bis zum Ende des 14. Fachsemesters oder bis zum 30. Geburtstag. In besonderen Fällen kann auch darüber hinaus die studentische Versicherung verlängert werden, etwa bei längerer Krankheit oder Geburt eines Kindes oder wenn das Abitur auf dem Zweiten Bildungsweg erlangt wurde.

In vielen Fällen werden Studierende aus Unionsstaaten jedoch nicht versicherungspflichtig in Deutschland, weil sie weiterhin über das Gesundheitssystem des Herkunftslandes abgesichert sind. Eine Absicherung über das Versicherungssystem des Herkunftslandes kann z. B. in folgenden Fällen bestehen:



⇒ Die Studierende bleibt selbst im Herkunftsland versichert und ist im Besitz einer gültigen EHIC, weil der europarechtliche Lebensmittelpunkt nicht nach Deutschland verlagert wird. Bei Studierenden ist dies etwa dann der Fall, wenn nur vorübergehend in Deutschland ein Teil des Studiums absolviert werden soll oder trotz eines längerfristigen Studiums in Deutschland ein Bezug zum Elternhaus durch regelmäßige Heimfahrten besteht und die wesentliche Bestreitung des Lebensunterhalts durch die Eltern erfolgt (vgl. Punkt 3 b).

⇒ Die Studierende ist über die Eltern im Herkunftsland familienversichert. Auch wenn die Studierende in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt nimmt, ist sie entsprechend der deutschen Rechtsvorschriften weiterhin über die Krankenkasse der Eltern familienversichert (bei Studierenden bis zum 25. Geburtstag). Die Studierende wäre in Deutschland nicht über die EHIC abgesichert, sondern erhält von einer Krankenkasse ihrer Wahl eine deutsche Chipkarte, die den vollständigen, in Deutschland gesetzlich vorgesehenen Leistungsumfang garantiert. Die Kosten trägt die Krankenkasse der Eltern. Hierbei handelt es sich um die so genannte „Sachleistungsaushilfe“.

Praxistipp: Einen ausführlichen Leitfaden zur „Leistungsaushilfe im Rahmen der EG-Verordnung 883/2004 und nach Abkommensrecht“ mit zahlreichen hilfreichen Beispielfällen hat die DVKA herausgegeben. Dieser Leitfaden ist jedoch nicht im Internet abrufbar, sondern auf Antrag per Mail (post@dvka.de) oder telefonisch (0228 9530-0) als pdf erhältlich.

g. Rentner

Der Bezug einer Rente im EU-Ausland führt grundsätzlich dazu, dass der Rentner – auch wenn er seinen Lebensmittelpunkt in Deutschland nimmt – weiterhin über das Versicherungssystem des Herkunftslandes versichert bleibt. In diesem Fall erhält er von einer deutschen Krankenversicherung seiner Wahl eine Chipkarte und kann im Rahmen der „Sachleistungsaushilfe“ sämtliche Leistungen nach dem deutschen Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Die Kosten werden von der Krankenkasse des Herkunftslandes getragen. Anders würde es nur aussehen, wenn der Rentner zugleich in Deutschland etwa aufgrund einer Erwerbstätigkeit versicherungspflichtig würde.

Praxistipp: Der Anspruch auf „Sachleistungsaushilfe“ in Deutschland wird gegenüber der Krankenkasse mit dem Formular S 1 nachgewiesen. Falls der Rentner nicht in der Lage sein sollte, das Formular S1 von der Heimatkrankenkasse zu erhalten, muss die deutsche aushelfende Kasse Amtshilfe leisten, um eine Ausstellung des Formulars zu erreichen. Das Formular S 1 ist wie viele andere Formulare auf folgender Internetseite herunterzuladen:

http://www.kvg.org/de/dokumente-eu-efta-_content--1--1054--117.html

Praxistipp: Einen ausführlichen Leitfaden zur „Krankenversicherung der Rentner im Rahmen der EG/EWG-Verordnungen und nach Abkommensrecht“ mit zahlreichen hilfreichen Beispielfällen hat die DVKA herausgegeben. Dieser Leitfaden ist jedoch nicht im Internet abrufbar, sondern auf Antrag per Mail (post@dvka.de) oder telefonisch (0228 9530-0) als pdf erhältlich.

h. Familienangehörige

Familienangehörige der „Kernfamilie“ sind gemäß § 10 SGB V in der Gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei mitversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und der „Stamm-berechtigte“ Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung ist. Dies gilt für:

- Ehegatten
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner
- Kinder von familienversicherten Kindern
- Kinder bis unter 18 Jahre
- Kinder bis unter 23 Jahre, wenn sie nicht erwerbstätig sind
- Kinder bis unter 25 Jahre, wenn sie in Schul- oder Berufsausbildung oder im Freiwilligen Sozialen oder Ökologischen Jahr sind
- Kinder ohne Altersbeschränkung bei Behinderung, wenn die Behinderung bereits bestanden hat, als noch die „normale“ Familienversicherung bestand
- Stiefkinder und Enkel, wenn ihnen die aufnehmende Person „überwiegend“ Unterhalt gewährt
- Pflegekinder in einem familienähnlichen Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen Kind und den leiblichen Eltern ähnlich ist. Auch (voll-jährige) Geschwister, Onkel, Tanten können in bestimmten Fällen „Pflegeeltern“ sein und damit die Familienversicherung begründen.

Zu beachten ist jedoch, dass der Familienbegriff in § 10 SGB V und in § 3 FreizügG nicht deckungsgleich ist, sondern deutlich voneinander abweicht: Nicht jede Person, die ein Freizügigkeitsrecht als Familienangehöriger besitzt, gilt auch als Familienangehöriger im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung – und umgekehrt.

Praxistipp: Familienangehörige, die ohne den „Stammversicherten“ in Deutschland wohnen, können unter Umständen weiterhin über die bestehende Krankenversicherung im Herkunftsland versichert sein und von einer gewählten deutschen Krankenkasse eine Chipkarte erhalten, mit der sie den gesamten Umfang des deutschen Krankenversicherungsschutzes in Anspruch nehmen können. Wer als familienversichert gilt, bestimmt sich in diesem Fall nach dem deutschen Recht (§ 10 SGB V).

Umgekehrt kann für Familienangehörige, die im EU-Ausland wohnen, ein Familienversicherungsschutz über die deutsche Krankenversicherung bestehen, wenn der Stammversicherte in Deutschland versichert ist. In diesem Fall bestimmen sich der Begriff der „Familienangehörigen“ und der Leistungsumfang nach dem Recht des Wohnstaates dieses Familienangehörigen.



i. Freiwillige Versicherung

In vielen Fällen ist nach einem Umzug nach Deutschland – z. B. für Nicht-Erwerbstätige – auch eine freiwillige Weiterversicherung möglich (§ 9 SGB V). Die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung besteht unter anderem für

- „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“ (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Nach den Koordinierungsregelungen aus der VO 883/2004 werden für die Berechnung dieser Zeiträume die Vorversicherungszeiten in einem gesetzlichen oder staatlichen System der Krankenversicherung in den übrigen EU-Staaten sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz vollständig angerechnet. Das heißt: Es besteht die Möglichkeit, sich in Deutschland freiwillig weiter zu versichern, obwohl hier noch nie zuvor die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bestanden hat. Dies gilt etwa auch für Personen, deren Familienversicherung im Herkunftsland endet.

Praxistipp: Eine Weiterversicherung muss innerhalb von drei Monaten beantragt werden. Die Vorversicherungszeiten im EU-Ausland werden durch die Formulare S 40 / S 41 (früher E 104) nachgewiesen. Die Möglichkeit zur freiwilligen Weiterversicherung ist insbesondere für nichterwerbstätige Personen eine wichtige Option: Sie unterliegen (wegen der Bedingung, für das Freizügigkeitsrecht über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen zu müssen) nicht der Versicherungspflicht in der „Bürgerversicherung“. Die freiwillige Weiterversicherung muss trotz einer möglichen Verpflichtung zur Lebensunterhaltssicherung einschließlich eines Krankenversicherungsschutzes gewährt werden; der Ausschluss des § 5 Abs. 11 SGB 5 gilt nur für die „Bürgerversicherung“ nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, nicht aber für die freiwillige Versicherung nach § 9.

Beitrag:

In der freiwilligen Versicherung liegt der Mindestbeitrag bei etwa 160 Euro inkl. der Pflegeversicherung. Für Selbstständige liegt der Mindestbeitrag in der Regel bei ungefähr 350 Euro. Auf Antrag wird er jedoch ermäßigt auf einen Mindestbeitrag von etwa 240 Euro, wenn nur ein geringes Einkommen und Vermögen innerhalb der gesamten Bedarfsgemeinschaft vorhanden ist.

Informationen zu dieser Härtefallregelung für Selbstständige sucht man auf den Internetseiten der Krankenversicherungen meist vergeblich. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 7 Abs. 4 der „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder“ des GKV-Spitzenverbandes; zu finden unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-11-27_Grundsätze_Beitraege_Selbstzahler_Fuenfte_Aend_BVerf_Grds.pdf



Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen sieht dies jedoch in seinem Rundschreiben 2014/279 „Rechtslage zum Krankenversicherungsschutz von Bürgern aus EU/EWR-Staaten oder der Schweiz in Deutschland“ von Juli 2014 anders: Hier vertritt der Spitzenverband die Meinung, dass eine freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V trotz Erfüllung der Vorversicherungszeiten nicht möglich sei, wenn es sich um nicht-erwerbstätige Personen handle, deren Freizügigkeitsrecht von der Sicherung des Lebensunterhalts und ausreichendem Krankenversicherungsschutz abhängt.

Diese Position ist unserer Auffassung nach nicht haltbar; sie widerspricht einerseits dem Wortlaut des SGB V und zum anderen dem Gleichbehandlungs-

gebot des Unionsrechts. Bei Ablehnungen eines Antrags auf freiwillige Versicherung sollten daher regelmäßig Rechtsmittel (Widerspruch und Klage beim Sozialgericht; u. U. auch ein Eilantrag) eingelegt werden.

Leider ist das genannte Rundschreiben nicht im Internet veröffentlicht. Es sollte beim GKV-Spitzenverband mit Verweis auf das Informationsfreiheitsgesetz angefordert werden (Kontakt unter: www.gkv-spitzenverband.de)

Einen ausführlichen Leitfaden zur „Freiwilligen Versicherung im Rahmen der EG/EWG-Verordnung 883/2004 und nach Abkommensrecht“ mit zahlreichen hilfreichen Beispielfällen hat die DVKA herausgegeben. Dieser Leitfaden ist jedoch ebenfalls nicht im Internet abrufbar, sondern auf Antrag per Mail (post@dvka.de) oder telefonisch (0228 9530-0) als pdf erhältlich.

j. Obligatorische Weiterversicherung nach Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung

Am 1. August 2013 ist mit § 188 Abs. 4 SGB V eine neue Rechtslage in Kraft getreten, durch die nun in aller Regel eine Weiterversicherung automatisch besteht, wenn eine vorherige Pflichtversicherung oder Familienversicherung endet und keine andere Absicherung im Krankheitsfall besteht (beispielsweise über den Bezug von Arbeitslosengeld I oder II).

§ 188 Abs. 4 S. 1 und 2 SGB V lautet:

„Für 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. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.“

Das bedeutet: Nach dem Ende einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung bleibt automatisch eine nun obligatorische Weiterversicherung bestehen, wenn nicht der Austritt erklärt und keine andere Absicherung nachgewiesen wird. Diese Regelung gilt unabhängig von Vorversicherungszeiten und unabhängig davon, ob innerhalb einer bestimmten Frist ein Antrag auf freiwillige Weiterversicherung gestellt worden ist.

Praxistipp: Umfangreiche Informationen zur obligatorischen Weiterversicherung finden sich in den „Grundsätzlichen Hinweisen zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ vom 17. Juni 2014 des GKV-Spitzenverbands, zu finden unter:

http://www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/2014/2014-06-17_SV_RS_Anschlussversicherung.pdf

Beispiel:

Herr J. ist Unionsbürger aus Litauen. In Litauen war er zuvor niemals krankenversichert. Zwischen Dezember 2013 und Februar 2014 hatte er für drei Monate eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt. Hierdurch war er Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland. Nach Ende der Beschäftigung bezieht er weder Arbeitslosengeld I noch Arbeitslosengeld II. Die Mitgliedschaft endet bei ihm daher gem. § 190 Abs. 2 SGB V mit dem letzten Tag der Beschäftigung.

Nach dem Ende der Beschäftigung hat er gem. § 19 Abs. 2 SGB V für einen Monat Anspruch auf Leistungen, ohne aber Mitglied der GKV zu sein. Ist dieser einen Monat nachgehende Leistungsanspruch vergangen, ohne dass eine neue Mitgliedschaft, z.B. bei einem anderen Arbeitgeber eingetreten ist, bleibt er nun trotz Ende der Versicherungspflicht Mitglied der Krankenkasse gem. § 188 Abs. 4 SGB V als freiwillig Versicherter, da er keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (mehr) hat. Die Mitgliedschaft beginnt einen Tag nach dem letzten Pflichtversicherungstag; die Zeit des nachgehenden Leistungsanspruchs wird von der Mitgliedschaft verdrängt.

Die obligatorische Weiterversicherung gilt auch im Falle einer vorherigen (auch kurzfristigen) Familienversicherung.

Beitragshöhe:

Die obligatorische Weiterversicherung ist eine „Freiwillige Versicherung“. Damit liegt der Mindestbeitrag (inkl. Pflegeversicherung) bei geringem Einkommen bei etwa 160 Euro monatlich. Für Selbstständige liegt der Mindestbeitrag bei rund 350 Euro. Auf Antrag wird er jedoch ermäßigt auf einen Mindestbeitrag von etwa 240 Euro, wenn nur ein geringes Einkommen und Vermögen vorhanden ist.

Informationen zu dieser Härtefallregelung für Selbstständige sucht man auf den Internetseiten der Krankenversicherungen meist vergeblich. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 7 Abs. 4 der „Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder“ des GKV-Spitzenverbandes; zu finden unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-11-27_Grundsätze_Beitraege_Selbstzahler_Fuenfte_Aend_BVerfGrds.pdf



5. Beitragsrückstände bei der Krankenversicherung

Da die Versicherungspflicht für Nichtversicherte („Bürgerversicherung“) nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V per Gesetz automatisch am ersten Tag des Zeitraums beginnt, ab dem keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorliegt (§ 186 Abs. 11 SGB V), müssen auch die Beiträge ab dem ersten Tag des Bestehens

dieser Versicherungspflicht gezahlt werden. In vielen Fällen werden also Beiträge rückwirkend nachgefordert, wenn die Betroffenen ihre Versicherungspflicht verspätet angezeigt haben. Dies konnte in der Vergangenheit in manchen Fällen zu einem großen Schuldenberg führen.

a. Ermäßigung oder Erlass von Beitragsrückständen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Seit dem Jahr 2013 regelt jedoch das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung“ im § 256a SGB V, dass in diesen Fällen die rückwirkenden Beiträge ganz oder teilweise erlassen werden sollen. Der vollständige Erlass war nur bis Ende 2013 möglich, seit dem 1. Januar 2014 ist eine deutliche Reduzierung des nachzuzahlenden Betrags vorgesehen.

Wer seine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V mehr als drei Monate verspätet bei einer gesetzlichen Krankenversicherung anzeigt, muss nun noch einen ermäßigten Beitragssatz von ungefähr 49 Euro für jeden Monat zahlen. Auch Säumniszuschläge für diesen Zeitraum sind zu erlassen.

Falls für die betreffende Person bereits vor dem 31. Juli 2013 eine Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V tatsächlich bestanden hatte, sind die rückständigen Beiträge bis zu diesem Datum vollständig zu erlassen (wenn dies bislang noch nicht geschehen ist).

Für den Erlass dieser Beitragsschulden ist ein formloser Antrag erforderlich.

Für Freiwillig Versicherte und Pflichtversicherte in der „Bürgerversicherung“, die mit ihren laufenden Beiträgen im Rückstand sind, muss der Säumniszuschlag von fünf auf ein Prozent reduziert werden.

Der Erlass bzw. die Ermäßigung der Beitragsschulden ist nur möglich, wenn während des gesamten Zeitraums keine Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen worden sind oder – falls dies doch der Fall war – auf deren nachträgliche Kosten-

übernahme oder -erstattung verzichtet wird. Das Prinzip der Leistungsfreiheit gilt allerdings nicht für mitversicherte Familienangehörige.

Es handelt sich also manchmal um ein schlichtes Rechenexempel: Falls in der Vergangenheit eine teure Behandlung oder ein Krankenhausaufenthalt erfolgt ist, muss geprüft werden, ob eine private Übernahme dieser Kosten zuzüglich des ermäßigten Beitragssatzes günstiger ist als das Nachzahlen der vollen Beiträge für die Vergangenheit.

Praxistipp: Verbindliche Festlegungen zu Beitragserlass oder Ermäßigung finden sich in den „Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ des GKV-Spitzenverbandes; zu finden hier:

http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/grundprinzipien_1/finanzierung/beitragsbemessung/2013-09-16_Grundsätze_Beseitigung_Beitragsschulden_finale_Fassung_Normteil.pdf

Eine sehr gute Zusammenfassung und Erläuterung inkl. verschiedener Musteranträge der Regelung finden sich in der Arbeitshilfe des Deutschen Caritasverbandes „Erlass und Ermäßigung von Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung“; zu finden hier:

<http://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/gesundheit/erlass-von-beitragsschulden-bei-der-kran>

b. Leistungsumfang bei Beitragsschulden in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn Beitragsschulden bei der Gesetzlichen Krankenversicherung von mindestens zwei Monatsbeiträgen bestehen, die trotz Mahnung nicht gezahlt werden, „ruht“ der Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung (§ 16 Abs. 3a SGB V). Eine Kündigung durch die Krankenversicherung ist trotz Beitragsrückständen nicht möglich.

Der Begriff „Ruhen“ ist missverständlich. Bestimmte Leistungen müssen in jedem Fall trotz Beitragsschulden erbracht werden:

- Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich sind
- Vorsorgeuntersuchungen und Kinderuntersuchungen
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Der Umfang der Versicherung bei einem „Ruhen“ entspricht also der Krankenversorgung des § 4 AsylbLG.

Praxistipp: Der Versicherungsschutz „ruht“ nur für den „Hauptversicherten“, nicht jedoch für seine mitversicherten Familienangehörigen. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V: Hier heißt es, der Versicherungsschutz ruhe für „Mitglieder“. Mitglied ist jedoch nur der „Hauptversicherte“, seine familienversicherten Angehörigen sind lediglich mitversichert, ohne selbst Mitglied zu sein.



Das „Ruhen“ endet, wenn die rückständigen Beiträge nachgezahlt worden sind oder wenn eine gültige Ratenzahlungsvereinbarung bzw. Stundungsvereinbarung zustande kommt und die vereinbarten Raten pünktlich gezahlt werden.

Das Ruhen endet jedoch auch, wenn „Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden“ (§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V), also über ein geringes Einkommen und Vermögen verfügen und daher ihre Beiträge nicht zahlen können.

Praxistipp: Auch wenn keine Leistungen nach dem SGB II oder XII bezogen werden, kann eine „Hilfebedürftigkeit“ bestehen. Es geht beim Begriff „Hilfebedürftigkeit“ um die rechnerische Hilfebedürftigkeit nach § 9 SGB II bzw. § 19 SGB XII. Dies ist wichtig, da etwa Unionsbürger sehr wohl „hilfebedürftig“ nach dem SGB II sein können, obwohl sie wegen des Leistungsausschlusses nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB II (wegen der Arbeitsuche) aus Sicht des Jobcenters nicht „leistungsberechtigt“ sind. Ein Ruhen darf also trotzdem nicht eintreten.

Falls ein „Ruhensbescheid“ der Krankenversicherung zugestellt wird, sollte dagegen ein Widerspruch eingelegt werden und als Beleg entweder der Leistungsbescheid des Jobcenters oder Sozialamtes oder aber plausible Belege über das niedrige Einkommen und Vermögen, die zu einer fiktiven Hilfebedürftigkeit führen, beigefügt werden.

Nähere Informationen zu dieser und sehr vielen anderen Detailfragen finden sich in dem umfassenden Reader „Problemfeld Krankenversicherung in der Praxis der SGB II-Bearbeitung“ von Claudia Mehlhorn. Dieser Reader kann per Email bei der Autorin als pdf bestellt werden. Kontaktinfos finden sich auf www.kv-schulung.de.

Der Reader kostet 15 Euro und ist für Beratende, die häufiger mit Schwierigkeiten der Krankenversicherung zu tun haben, unentbehrlich!

c. Beitragsrückstände im Basistarif der Privaten Krankenversicherung

Auch in der Privaten Krankenversicherung besteht eine Versicherungspflicht, wenn keine Versicherungspflicht oder freiwillige Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht – im Zweifelsfall im Basistarif. Auch hier kann also eine rückwirkende Zahlungsverpflichtung entstehen, wenn ein Aufnahmeantrag verspätet gestellt wird. Allerdings entsteht in der PKV niemals eine rückwirkende Mitgliedschaft, da ein Vertrag nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch zustande kommt und die Mitgliedschaft daher nicht kraft Gesetzes eintritt.

Trotzdem kann das Private Versicherungsunternehmen für die Vergangenheit Beiträge nachfordern – sog. Prämienzuschläge (= „Strafbeiträge“). Diese Beitragsforderungen führen – auch wenn sie vollständig entrichtet werden – niemals zu einem Leistungsanspruch für den rückwirkenden Zeitraum.

Prämienzuschläge können in Höhe von einem Monatsbeitrag für das erste halbe Jahr nach Entstehen der Versicherungspflicht und für die folgenden Monate jeweils in Höhe von einem Sechstel des normalen Basistarifs (§ 193 Abs. 4 VVG – Versicherungsvertragsgesetz) gefordert werden.

d. Leistungsumfang bei Beitragsschulden in der Privaten Krankenversicherung

Bei Beitragsrückständen von mehr als zwei Monaten muss die Privatversicherung eine Mahnung schicken. Wenn auch nach der zweiten Mahnung noch ein Rückstand von mehr als einem Monatsbeitrag zuzüglich eines Säumniszuschlags von einem Prozent besteht, „ruht“ die Mitgliedschaft und wird in einen „Notlagentarif“ überführt (§ 193 Abs. 6, 7 und 8 VVG). Dieser Notlagentarif sieht nach § 12h VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) nur folgende Leistungen vor:

- Leistungen, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen erforderlich sind
- Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.
- Für versicherte Kinder und Jugendliche sind zudem Aufwendungen für die offiziell empfohlenen oder vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zu erstatten.

Im Notlagentarif reduziert sich der Beitrag auf etwa 80 bis 100 Euro. Nach Begleichung der Rückstände endet der Notlagentarif und der vorherige Versicherungsvertrag lebt wieder auf.

Praxistipp: Ein „Ruhe“ und damit die Beschränkungen auf den Notlagentarif „tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird“ (§ 193 Abs. 6 VVG). Über das Vorliegen der Hilfebedürftigkeit ist eine Bescheinigung durch das Jobcenter oder das Sozialamt zu erstellen. Auch hier gilt: Es kann auch dann eine „Hilfebedürftigkeit“ bestehen, obwohl tatsächlich keine Leistungen vom Jobcenter oder vom Sozialamt bezogen werden – etwa weil ein ausländerrechtlicher Leistungsausschluss dies verhindert. Die „Hilfebedürftigkeit“ ist somit lediglich eine rechnerische Größe.

Nähere Informationen zum Notlagentarif, inkl. beispielhafter Fallkonstellationen, finden sich auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums, zu finden hier: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-03/beitragsschulden-grundsätze-genehmigt.html>

6. Personen ohne Versicherungsschutz

Es dürfte nach den zuvor dargestellten rechtlichen Regelungen nur noch wenige Fälle geben, in denen vom Prinzip her für Unionsbürger kein Krankenversicherungsschutz besteht. Denkbar ist dies etwa bei Unionsbürgern, die vorübergehend in Deutschland sind und keine Krankenversicherung in ihrem Herkunftsland besitzen oder auch bei Unionsbürgern mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland, bei denen der Krankenversicherungsschutz faktisch nicht zu realisieren ist – etwa weil bereits eine Feststellung des Freizügigkeitsverlusts durch die Ausländerbehörde erfolgt ist oder weil die Zuständigkeit zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung rein praktisch nicht geklärt werden kann. Aber auch in diesen Fällen ist das Menschenrecht auf „das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (UN-Sozialpakt) durchzusetzen.

Hinweis: Ein Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen künftig die Kosten für den Impfstoff im Rahmen von öffentlichen Impfungen in Kindergärten und Schulen übernehmen sollen, falls kein Krankenversicherungsschutz besteht oder dieser nicht abschließend geklärt ist. Dies gilt für minderjährige Kinder unter 18 Jahren.

Der Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 394/14) ist hier zu finden: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2014/0394-14.pdf>

a. Krankenhilfe nach dem SGB XII

Als „unterstes soziales Auffangnetz“ dient in Deutschland die Sozialhilfe nach dem SGB XII. „Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.“ (§ 1 Satz 1 SGB XII). Auf Sozialhilfe hat einen (nachrangigen) Anspruch, wer sich nicht „selbst helfen kann“ oder nicht „die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.“ (§ 2 Abs. 1 SGB XII).

In der Sozialhilfe ist die Hilfe zur Gesundheit als eigenes Kapitel in den Paragrafen 47 bis 52 geregelt und umfasst weitgehend dieselben Leistungen, die auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind.

Allerdings sieht das SGB XII in § 23 SGB XII für Ausländer bestimmte Einschränkungen vor: So erhalten „keine Leistungen der Sozialhilfe“, also auch keine Krankenhilfe

⇒ Leistungsberechtigte nach § 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Dies kann bei Unionsbürgern nur ausnahmsweise der Fall sein nach einer Verlustfeststellung über das Nichtbestehen des Freizügigkeitsrechts (dazu unter b).

Außerdem „haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe“ Ausländer,

⇒ „die eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen“ oder

⇒ „deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt“

und ihre jeweiligen Familienangehörigen.

Die Formulierung „haben keinen Anspruch“ heißt jedoch nicht, dass Leistungen der Sozialhilfe (auch und gerade der Krankenhilfe) einfach abgelehnt werden dürfen. Vielmehr ergibt sich aus der Rechtsprechung und aus dem Grundgesetz, dass auch in diesen Fällen sehr wohl eine umfassende Prüfung durchgeführt werden muss, ob und welche Leistungen trotzdem gewährt werden.

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge schreibt zu dieser Problematik:

„Auch in solchen Fällen muss aber in verfassungskonformer Auslegung des Leistungsrechts (Art. 1 GG) die Gewährung der Sozialhilfe als Ermessensleistung geprüft werden. Dies ist auch im Hinblick auf die Gleichbehandlung mit AsylbLG-Berechtigten geboten, die in einem solchen Fall zumindest die unabweisbaren Leistungen nach § 1a AsylbLG beanspruchen können (...).“



(Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Working Paper 57: „Soziale Absicherung von Drittstaatsangehörigen in Deutschland“; zu finden unter: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp57-](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp57-soziale-absicherung-drittstaatsangehoeriger.pdf?__blob=publicationFile)

[soziale-absicherung-drittstaatsangehoeriger.pdf?__blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp57-soziale-absicherung-drittstaatsangehoeriger.pdf?__blob=publicationFile)

Auch der Staatssekretärsausschuss der Bundesregierung konstatiert in seinem Abschlussbericht „Rechtsfragen und Herausforderungen bei der Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme durch Angehörige der EU-Mitgliedsstaaten“, zu finden unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2014/abschlussbericht-armutsmigration.pdf?__blob=publicationFile

„Besteht im Ausnahmefall weder eine Absicherung im Krankheitsfall über das Heimatland noch in Deutschland und können sich Unionsbürgerinnen und Unionsbürger nicht aus eigener Kraft oder durch vorrangig Leistungsverpflichtete helfen, kommen ggf. Subsidiäre Sozialleistungsansprüche in Betracht. Der Leistungsumfang richtet sich dabei nach § 23 SGB XII. Zumindest kann jeder hilfebedürftige Ausländer oder jede hilfebedürftige Ausländerin die unabweisbaren Hilfen im Sinne des § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XII erhalten. Das gilt auch in den Fällen des § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB XII.“ (S. 66)

Mit dem letzten Satz ist gemeint, dass selbst dann, wenn eine Einreise speziell zum Zwecke einer Krankenbehandlung erfolgt sein sollte, die „unabweisbare Hilfe“ in jedem Fall erbracht werden muss. In den Fällen, in denen die Einreise nicht zum Zwecke der Behandlung, sondern vorrangig aus anderen Gründen erfolgt ist, gilt diese Beschränkung auf die „unabweisbare Hilfe“ ohnehin nicht.

Wer über keine Absicherung im Krankheitsfall verfügt und auch keine Krankenversicherung (evtl. rückwirkend) begründen kann, aber dringend eine Behandlung, Entbindung oder Vorsorgeuntersuchung benö-

tigt, sollte dies vorher dem Sozialamt mitteilen und die Kostenübernahme beantragen. § 18 Abs. 1 SGB XII sieht nämlich vor, dass erst ab „Bekanntwerden“ des Bedarfsfalls die Leistung einsetzen kann.

Praxistipp: Die Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach dem SGB XII kann das Sozialamt nicht allein mit dem Argument ablehnen, dass bei erwerbsfähigen Personen „dem Grunde nach“ ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II und damit ein Leistungsausschluss nach dem SGB XII bestehe (§ 21 SGB XII).

Warum? Abgesehen davon, dass es umstritten ist, ob diese Regelung überhaupt auf Ausländer anwendbar ist, die wegen § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB II von SGB-II-Leistungen ausgeschlossen sind, gilt dies schon formal nicht für die Leistungen der Krankenhilfe: § 21 Abs. 1 SGB XII sieht die systematische Zuordnung *entweder* zum SGB II *oder* zum SGB XII nämlich nur für die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts vor – dazu gehört die Krankenhilfe aber nicht. (vgl. z. B.: LSG Niedersachsen-Bremen; Beschluss vom 23.5.2014, AZ: L 8 SO 129/14 B ER, zu finden unter: <http://www.harald-thome.de/media/files/LSG-NB-23.05.2014.pdf>)

Praxistipp: Falls es sich um einen wirklich akuten Notfall handelt und daher eine vorherige Antragstellung nicht möglich ist, kann auch das Krankenhaus als „Nothelfer“ seine Kosten im Nachhinein vom Sozialamt direkt erstatten lassen (§ 25 Abs. 1 SGB XII).

Zu vielen rechtlichen und praktischen Fragen dieser Nothelfer-Regelung finden sich in einem Schreiben des Berliner Senats vom 23.2.2011 ausführliche Informationen; zu finden hier: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Antrag_Nothilfe_P25_SGBXII_Berlin.pdf

Noch mehr Informationen, Artikel, Gesetze, Verordnungen zum Thema finden sich in einem umfangreichen Reader von Georg Classen: „Sozialleistungen zur Krankenbehandlung nichtversicherter Ausländer“; zu finden hier: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/reader_krankenhilfe_asylblg_sgb12.pdf

b. Unionsbürger nach Verlust des Freizügigkeitsrechts

Unionsbürger haben zwar eigentlich *per se* ein Freizügigkeitsrecht und damit einen rechtmäßigen Aufenthalt in Deutschland. In Ausnahmefällen kann die Ausländerbehörde aber auch bei Unionsbürgern mit einem begründeten Bescheid – also einem Verwaltungsakt – feststellen, dass ihr Aufenthaltsrecht nicht mehr besteht. Diese so genannten Verlustfeststellungen oder „administrativen Ausweisungen“ sind Ermessensentscheidungen, die begründet und umfassend abgewogen werden müssen: Selbst dann, wenn die Voraussetzungen des Freizügigkeitsrechts nicht (mehr) vorliegen, geht das Aufenthaltsrecht niemals automatisch verloren. Eine „administrative Ausweisung“ hat zudem keine Wiedereinreisesperre zur Folge.

Dennoch werden durch eine Verlustfeststellung auch Unionsbürger ausreisepflichtig „gemacht“. Sollten sie jedoch nicht ausreisen und die Ausländerbehörde auch keine Abschiebung durchführen, sind sie dem Grunde nach leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1 Abs. 1 Nr. 4 oder Nr. 5 AsylbLG).

Im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes besteht zwar nur eine eingeschränkte Absicherung im Krankheitsfall nach § 4 AsylbLG für die Behandlung akuter oder schmerzhafter Erkrankungen, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. In Fällen, in denen aber darüber hinausgehende Behandlungen „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ oder „zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten“ sind, müssen diese nach § 6 AsylbLG ebenfalls übernommen werden. Darunter würden auch bestimmte chronische Erkrankungen ohne Schmerzzustände und sämtliche Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Minderjährige fallen.

Praxistipp: Unionsbürger, bei denen die Ausländerbehörde eine Verlustfeststellung des Freizügigkeitsrechts getroffen hat und die nicht ausreisen können oder wollen, sollten einen Antrag auf Leistungen beim Sozialamt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz stellen. Diese umfassen nicht nur die (eingeschränkte) Gesundheitsversorgung, sondern auch Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und der Unterkunft.

Auch wenn die Ausländerbehörde keine Duldung ausgestellt hat, gilt der Aufenthalt als geduldet. Die Ausländerbehörde ist verpflichtet, von Amts wegen eine Duldung auszustellen, wenn ihr bekannt ist, dass ein Ausländer ausreisepflichtig ist und diese Ausreisepflicht nicht durchgesetzt wird (§ 60a Abs. 4 AufenthG).

Einen Überblick über die Regelungen des AsylbLG gibt der „Leitfaden Asylbewerberleistungsgesetz“ von Georg Classen (Mai 2013); zu finden unter: <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/AsylbLG-Leitfaden.pdf>

Zu beachten ist jedoch, dass auch Unionsbürger theoretisch abgeschoben werden können. Eine Abschiebung gilt es in jedem Fall zu vermeiden, da eine vollzogene Abschiebung auch bei Unionsbürgern eine Wiedereinreisesperre zur Folge hat.



c. Krankenhilfe durch nichtstaatliche Organisationen

In zahlreichen Städten bestehen mittlerweile ehrenamtliche oder wohlfahrtsverbandliche Initiativen zur Krankenversorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Neben deutschen Staatsbürgern ohne Krankenversicherung und ausländischen Staatsbürgern ohne definierten Aufenthaltsstatus nehmen diese Dienste auch immer mehr Unionsbürger in Anspruch: Die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Formen prekären Daseins zerfließen.

Einen Überblick über bestehende Angebote vor Ort finden sich unter anderem bei folgenden bundesweiten Netzwerken.

⇒ Medibüros, Medinetze, Medizinische Flüchtlingshilfe

Aus der Selbstdarstellung: „Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen dieser Stellen vermitteln die PatientInnen an Arztpraxen, PsychotherapeutInnen, Hebammen, und PhysiotherapeutInnen – bei Bedarf in Einzelfällen auch an Kliniken. Mittlerweile gibt es über das gesamte Bundesgebiet verteilt 25 solcher unabhängiger Netzwerke aus Freiwilligen, ÄrztInnen und Angehörigen anderer medizinischer Berufe, die sich bemühen, wenigstens eine Minimalversorgung der Betroffenen zu gewährleisten.“

<http://medibueros.m-bient.com/standorte.html>



Praxistipp: Die Bundesärztekammer hat zu diesem Thema einen kurzen und informativen Flyer „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis“ für Ärzte und Krankenhäuser erstellt, zu finden hier: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf

⇒ Malteser Migranten Medizin:

Aus der Selbstdarstellung: „In der Malteser Migranten Medizin (MMM) finden Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus und Menschen ohne Krankenversicherung einen Arzt, der die Erstuntersuchung und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung, Verletzung oder einer Schwangerschaft übernimmt.“

<http://www.malteser-migranten-medizin.de/mmm-vor-ort.html?type>



Publikationen zum Thema Migration

Herausgeber: Der Paritätische Gesamtverband
zu finden auf: www.migration.paritaet.org

Impressum

Herausgeber:

Der Paritätische Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14
D-10178 Berlin

Telefon: +49 (0) 30/2 46 36-0
Telefax: +49 (0) 30/2 46 36-110

E-Mail: info@paritaet.org
Internet: www.paritaet.org

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Dr. Ulrich Schneider

Autor:

Claudius Voigt, GGUA Münster

Redaktion:

Dr. Jenny Bonin, Der Paritätische Gesamtverband

Gestaltung:

Christine Maier, Der Paritätische Gesamtverband

Bilder:

© Fotolia – psdesign1 (Titel), Martina Weber (S. 4), Robert Kneschke (S. 9), Dan Race (S. 10), industrieblick (S. 13), h_lunke (S. 16), José Luis Sánchez Ma (S. 22), rcx (S. 23), a4stockphotos (S. 26), contrastwerkstatt (S. 27), Marco2811 (S. 29), kameel (S. 31), bennnn (S. 35)
© wikipedia (S. 5),

1. Auflage, Oktober 2014



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Niederschwellige Frauenkurse für Migrantinnen

Ein Integrationsangebot für Frauen schreibt Erfolgsgeschichte(n), Berlin 2014



Workbook „33 + 2 Leitfragen für mehr Vielfalt – Ein Leitfaden für Führungskräfte in Vereinen, Berlin 2013



Fördermitelanträge schreiben Berlin 2013



Ausgeschlossen oder privilegiert? Zur aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation von Unionsbürgern und ihren Familienangehörigen - 2. Aktualisierte Auflage, 2013



Grundlagen des Aufenthaltsrechts und Zugang zu Sozialleistungen für Ausländer – Eine Orientierungshilfe für Migrantenorganisationen, Berlin 2011



Im Blickpunkt: Öffentlichkeitsarbeit in der Migrationsberatung Die Vielfalt der Medien nutzen – Zielgruppen erreichen Berlin 2011



Wege zeigen – Perspektiven schaffen. Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE) im Paritätischen – Gelingende Integration vor Ort, Berlin 2010



Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
Tel. 030-2 46 36-0
Fax 030-2 46 36-110

www.paritaet.org
info@paritaet.org