



Deutscher
Caritasverband

Information

Orientierungshilfe
für die Beraterinnen und Berater im Deutschen
Caritasverband und seinen Fachverbänden

zum

Krankenversicherungsschutz

für Personen ohne ausreichende Absicherung im
Krankheitsfall

Stand: April 2008

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.

Arbeitsstelle Sozialrecht

Kontakt:
Dr. Sven Höfer
Dr. Clarita Schwengers

Postfach 4 20, 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße 40, 79104 Freiburg i. Br.
Lorenz-Werthmann-Haus
Telefon (07 61) 2 00-6 75
Telefax (07 61) 2 00-7 33
sozialrecht@caritas.de

Inhaltsverzeichnis:

1	Einführung	3
2	Der versicherungspflichtige Personenkreis	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Einbeziehung der bisher Nichtversicherten	3
2.3	Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	4
2.3.1	Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall	4
2.3.2	Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V	5
2.3.3	Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V	6
2.3.4	Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit: Krankenversicherungsschutz nicht für alle.....	7
2.4	Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung	11
3	Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung	12
3.1	Beginn und Ende der Mitgliedschaft.....	12
3.2	Auskunfts- und Mitteilungspflichten	13
3.3	Welche Kasse ist zuständig?.....	13
4	Beiträge	14
4.1	Gesetzliche Krankenversicherung.....	14
4.1.1	Beiträge nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V: Wer zahlt?	14
4.1.2	Beitragsrückstände in der GKV	14
4.2	Private Krankenversicherung	17
5	Anhang	19
5.1	Musterschreiben: Antrag auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung.....	19
5.2	Musterschreiben: Widerspruch gegen Beitragsbescheid	20
5.3	Musterschreiben: Antrag auf Erlass der Krankenversicherungsbeiträge	22
5.4	Gemeinsame Presseerklärung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vom 13.2.2008:.....	24
5.5	Auszug aus dem SGB V mit gekennzeichneten Änderungen durch die Gesundheitsreform	26
5.6	Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz in der Fassung ab 01.01.2009	35
5.7	Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung ab 01.01.2009.....	36

1 Einführung

Mit der Gesundheitsreform 2007 hat der Gesetzgeber die Krankenversicherungspflicht neu geregelt. Ziel war es, die bisher Nichtversicherten in die Krankenversicherung einzubeziehen und damit allen Einwohnern eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall zu verschaffen.

In der Praxis führt die Anwendung der neuen Regelungen zu Problemen. So ist beispielsweise der Personenkreis der Versicherungspflichtigen schwierig zu bestimmen; dies gilt insbesondere für Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Auch die Beitragsnachzahlung für den Fall, dass eine Person der Versicherungspflicht nicht nachgekommen ist, führt in vielen Fällen zu Rechtsunsicherheit in der Praxis.

Die vorliegende Information will den Beraterinnen und Beratern vor Ort hinsichtlich der Neuregelungen zur Krankenversicherungspflicht eine erste Orientierungshilfe geben. Neben Erläuterungen finden sich in der Anlage Musterschreiben und die einschlägigen Rechtsnormen. Die Rechtsberatung im konkreten Einzelfall kann die Orientierungshilfe nicht ersetzen.

2 Der versicherungspflichtige Personenkreis

2.1 Allgemeines

Der größte Teil der in Deutschland lebenden Menschen ist in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Zu diesem Personenkreis gehören die versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Personen sowie deren mitversicherte Familienangehörige.

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, bestimmt § 5 SGB V. Hierzu zählen beispielsweise Arbeiter und Angestellte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II beziehen¹ oder auch behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten. Versicherungspflicht bedeutet, dass derjenige, der ihr unterfällt, nicht selbst entscheiden kann, ob er sich krankenversichert oder nicht. Vielmehr zieht die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zugleich unmittelbar eine Mitgliedschaft in einer Krankenkasse nach sich (vgl. dazu 3.)

Nicht der Versicherungspflicht unterliegen die versicherungsfreien Personen. Hierzu zählen die in § 6 SGB V genannten Personen, insbesondere Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie Beamte und Richter, aber auch die hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen (§ 5 Abs. 5 SGB V), die geringfügig Beschäftigten (§ 7 SGB V) sowie die Personen, die sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen können (§ 8 SGB V). Alle Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, sind grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen. Bestimmte Personengruppen können indes der gesetzlichen Krankenversicherung auch freiwillig beitreten (§ 9 SGB V). Das sind insbesondere die bislang Versicherungspflichtigen, wenn ihre Versicherungspflicht endet und bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind.

2.2 Einbeziehung der bisher Nichtversicherten²

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 01.04.2007 hat der Gesetzgeber den in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtigen Personenkreis erweitert. Versicherungspflicht besteht nunmehr auch für Personen, die

¹ Vgl. zur Änderung der Rechtslage ab 01.01.2009 unter 4.2.

² Soweit keine abweichende Rechtsauffassung vertreten wird, orientieren sich die Ausführungen am Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 01.04.2007 vom 20.03.2007.

- a) keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V) oder
- b) keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren und dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben.

Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 in Verbindung mit Satz 1 SGB XI zugleich versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind, können sich seit dem 01.07.2007 zum Standardtarif versichern. Ab dem 01.01.2009 besteht auch für diese Personen Versicherungspflicht und zwar in der PKV zu dem bis dahin einzuführenden Basistarif (§ 193 Abs. 3. VVG³).

2.3 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

2.3.1 Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V setzt voraus, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Insbesondere folgende Ansprüche auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall schließen die Versicherungspflicht damit aus:

- Pflichtversicherung, Familienversicherung oder freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung (volle Krankheitskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung)
- Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII
- Bezug laufender Leistungen der Sozialhilfe nach dem
 - Dritten Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt, §§ 27 bis 40 SGB XII),
 - Vierten Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, §§ 41 bis 46 SGB XII),
 - Sechsten Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, §§ 53 bis 60 SGB XII) und
 - Siebten Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege, §§ 61 bis 66 SGB XII)unabhängig davon, ob die Leistungen nach § 264 SGB V (§ 51a KVLG 1989) auftragsweise von der Krankenkasse erbracht werden. Der Sozialhilfeträger bleibt weiterhin für die Krankenbehandlung dieser Hilfeempfänger zuständig. Eine Unterbrechung des Sozialhilfebezugs von weniger als einen Monat führt nicht zum Eintritt der Versicherungspflicht.

³ VVG - Gesetz über den Versicherungsvertrag

Wichtig:

Personen, die auf der Grundlage des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse geworden sind, bleiben Mitglied, und zwar auch dann, wenn zu einem späteren Zeitpunkt – ggf. erneut – Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII gewährt werden (§ 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V).

Der Sozialhilfeträger übernimmt die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge
- Anspruch auf Beihilfe, soweit eine ergänzende Krankheitskostenversicherung besteht
- Anspruch auf freie Heilfürsorge
- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen
- Bezug laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (für Asylbewerber besteht ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz - AsylbLG)
- Anspruch auf Sachleistungen auf Grund über- und zwischenstaatlichen Rechts

Gemäß § 19 Abs. 2 SGB V besteht nach Beendigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger noch einen Monat Anspruch auf Leistungen. Dieser Zeitraum gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird (§ 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V).

2.3.2 Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.

2.3.2.1 Personenkreis des § 5 Abs. 1 Nr. 13 a

Die Versicherungspflicht erfasst Personen, deren gesetzliche Krankenversicherung vor dem 01.04.2007 endete oder die im Anschluss an das Ende einer gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 31.03.2007 ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind. Hierzu gehören beispielsweise:

- ehemals freiwillige Mitglieder, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen konnten und denen deshalb ihre Krankenkasse gekündigt hatte,
- Personen, die zunächst versicherungspflichtig waren (z. B. als Arbeitnehmer, als deren Familienversicherte, als Teilnehmer einer Maßnahme der Arbeitsagentur) und nach Auslaufen der Versicherungspflicht versäumt haben, sich freiwillig weiterzuversichern oder das wegen fehlender Vorversicherungszeiten nicht konnten,
- Auslandsrückkehrer, die vor dem Auslandsaufenthalt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, soweit sie nicht nach anderen Tatbeständen versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind,

- Arbeitnehmer in einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, wenn sie nicht bereits krankenversichert sind (z. B. auf Grund einer „Hauptbeschäftigung“ oder im Rahmen der Familienversicherung) und auch kein sonstiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

2.3.2.2 zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert

Neben der fehlenden Absicherung im Krankheitsfall ist für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V erforderlich, dass für diese Personen als zeitlich letzte Versicherung eine solche in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat. Dies kann eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung gewesen sein. Falls zuletzt eine umfassende private Krankenversicherung bestand, sind die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V nicht erfüllt. Eine Ausbildungs-, Auslands- oder Reisekrankenversicherung oder auch eine Zusatzversicherung allein für die Behandlung im Krankenhaus ist keine private Krankenversicherung im Sinne dieser Regelung.

Achtung:

Generell gilt zwar der Grundsatz, dass anhand der Tätigkeit darüber zu entscheiden ist, ob jemand der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist (vgl. unter 2.1.). Dieser Grundsatz wurde aber für die Personen durchbrochen, die am 01.04.2007 ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz und zuletzt gesetzlich versichert waren. Dazu zählen z. B. auch Selbständige oder Beamte ohne ausreichenden Versicherungsschutz. Sie sind zwar eigentlich versicherungsfrei (vgl. unter 2.1.). Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V geht aber vor. Das bedeutet, dass diese Menschen seit dem 01.04.2007 ebenfalls versicherungspflichtig sind, sofern sie zu diesem Zeitpunkt ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz und zuletzt in der GKV waren.

Sie fallen aber aus der Versicherungspflicht in der GKV in dem Moment wieder raus, in dem sie sich in einer privaten Krankenkasse versichern.

2.3.3 Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V (hauptberuflich Selbständige) oder den in § 6 Abs. 1 (Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze) oder 2 (Beamte, Richter, Soldaten) SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

2.3.3.1 Personenkreis des § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, sind selten. Der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V unterliegen damit vorwiegend Personen, die erstmals ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen und die nicht aufgrund anderer Umstände gesetzlich pflichtversichert oder aufgrund ihrer Tätigkeit der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind bzw. sich freiwillig gesetzlich versichern können. In diesem Zusammenhang sind bei Ausländern die Zusatzregelungen des § 5 Abs. 11 SGB V zu beachten (vgl. 2.3.4).

2.3.3.2 Ausnahme: Zugehörigkeit zu Personenkreis des § 5 Abs. 5, § 6 Abs. 1, 2 SGB V

Der Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b HS 2 SGB V orientiert sich an der Stellung im Erwerbsleben. Somit kann beispielsweise ein hauptberuflicher Selbständiger, der bisher in Deutschland überhaupt nicht gesetzlich oder privat krankenversichert war, nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Maßgeblich ist dabei die aktuelle Berufstätigkeit.

Verlegen Personen nach dem 31.03.2007 ihren Wohnsitz nach Deutschland, richtet sich die Beurteilung der Stellung im Erwerbsleben nach der zeitlich zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Ausland. Wurde zeitlich zuletzt vor Verlegung des Wohnsitzes im Ausland eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Tätigkeit im Sinne von § 6 Abs. 1 und 2 SGB V ausgeübt, ist eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13b ausgeschlossen. Gleiches gilt für Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, aber davor eine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben, die sie den in § 5 Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personen zuordnet.

2.3.4 Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit: Krankenversicherungsschutz nicht für alle

Für Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit ist das erklärte Ziel der Gesundheitsreform, dass niemand ohne Krankenversicherungsschutz sein soll, nicht erreicht worden. Für den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung relevant ist die Unterscheidung von EU-Staatsangehörigen und ihnen gleichgestellten Personen einerseits und sog. Drittstaatlern andererseits.

2.3.4.1 EU-Staatsangehörige, EWR-Staatsangehörige und Schweizer

Zu den EU-Staatsangehörigen zählen derzeit Menschen mit Staatsangehörigkeit der folgenden Länder:

Belgien	Lettland	Slowakei
Bulgarien	Litauen	Slowenien
Dänemark	Luxemburg	Spanien
Estland	Malta	Tschechien
Finnland	Niederlande	Ungarn
Frankreich	Österreich	Zypern (griechischer Teil)
Griechenland	Polen	
Großbritannien	Portugal	
Irland	Rumänien	
Italien	Schweden	

Krankenversicherungsrechtlich gleichbehandelt werden Staatsangehörige der Schweiz und der Staaten, die das Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) abgeschlossen haben. Dazu zählen Island, Liechtenstein und Norwegen.

Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung kommt auf diese Personen nur zur Anwendung, wenn sie ihren **gewöhnlichen Aufenthalt** in Deutschland haben. Dies ist z. B. nicht der Fall bei Saisonarbeitern, Menschen, die nur zu einer Krankenbehandlung nach Deutschland kommen oder Touristen.

Zu unterscheiden ist, ob jemand einer **Erwerbstätigkeit** nachgeht oder nicht.

(1) Erwerbstätigkeit

- a) Wer als **Arbeitnehmer sozialversicherungspflichtig beschäftigt** ist, ist regelmäßig schon über seinen Arbeitgeber aufgrund seines Arbeitsverhältnisses nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versichert. (vgl. unter 2.1.)
- b) Wer **selbständig erwerbstätig ist**, ist grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen, d. h. es besteht zur Zeit die Möglichkeit der Versicherung im Standardtarif, ab 01.01.2009 das Recht und die Pflicht zur Versicherung im Basistarif. Eine Besonderheit besteht aber für Personen, die am 01.04.2007 ohne Absicherung im Krankheitsfall und davor zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Diese Menschen sind seit 01.04.2007 versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und zugleich wieder Mitglied ihrer letzten gesetzlichen Krankenkasse. Seit diesem Zeitpunkt besteht ein Anspruch auf Leistungen als auch die Pflicht zur Zahlung der Mitgliedsbeiträge (vgl. 2.3.2). Diese Personengruppe kann allerdings durch den Abschluss einer Krankenversicherung bei einer privaten Krankenkasse die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V beenden (vgl. 2.3.1).
- c) Wer als **Mini-Jobber** geringfügig beschäftigt ist, ist für diese Tätigkeit nach § 7 SGB V versicherungsfrei.
- d) Personen, die sich in einer **Ausbildung** befinden, können bereits wie folgt versichert sein:
 - Wer eine betriebliche Ausbildung absolviert, ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert.
 - Wer eine außerbetriebliche Ausbildung macht, ist pflichtversichert nach § 5 Abs. IV a SGB V.
 - Studenten sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V pflichtversichert (Befreiung möglich nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V).
 - Bei einer Förderung nach SGB III werden u. U. auch die Krankenversicherungsbeiträge nach § 68 Abs. 2 SGB III gezahlt.
 - Im Übrigen kann zugleich auch eine Familienversicherung nach § 10 SGB V vorliegen.

(2) Nichterwerbstätigkeit

Bei Personen, die nicht erwerbstätig sind und zur o. g. Personengruppe zählen, ist danach zu unterscheiden, ob sie **arbeitsuchend** sind oder nicht.

- a) Arbeitsuchende sind wie Arbeitnehmer freizügigkeitsberechtigt nach § 2 Abs. 2 Freizügigkeitsgesetz/EU. Auf sie findet § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Anwendung.
- b) Sind sie nicht arbeitsuchend, ist zu prüfen, ob sie als Nichterwerbstätige nach § 4 Freizügigkeitsgesetz/EU oder nach einem entsprechenden Abkommen mit der Schweiz verpflichtet

tet sind, vor Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes im Heimatland nachzuweisen. Wenn das so ist, besteht bei ihnen aus diesem Grund kein Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl. § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V).⁴

Begleitende Familienangehörige (v. a. Ehegatten, Lebenspartner und Kinder) können sich grundsätzlich nach § 3 Freizügigkeitsgesetz/EU in Deutschland aufhalten. Bei ihnen gelten die gleichen krankensicherungsrechtlichen Vorschriften wie für ihren Partner. Möglich ist insbesondere eine Familienversicherung nach § 10 SGB V über den/die als Arbeitnehmer(in) erwerbstätigen Ehegatten/Elternteil. Bei Familienangehörigen, die unter § 4 FreizügigkeitsG/EU fallen, ist das Bestehen eines (ausländischen) Krankenversicherungsschutzes Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland.

Tipp:

Im Ausnahmefall besteht die Möglichkeit, dass die Beiträge dieser Personen von dem Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende getragen werden, wenn sie hilfebedürftig im Sinne des SGB II sind. Wer diese Leistungen bezieht, ist nämlich nach jetziger Rechtslage pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB II. Die Beiträge werden vom Amt bezahlt. Der Haken: Das ist nach § 7 Abs. 1 S. 2 SGB II nur möglich, wenn sich ihr Aufenthaltsrecht nicht allein daraus ergibt, dass sie arbeitsuchend sind. Darüber gibt es in der Praxis oft Streitigkeiten. Sollte Arbeitslosengeld II mit dieser Begründung abgelehnt werden, wenden Sie sich bzgl. des weiteren Vorgehens an den Migrationsdienst.

2.3.4.2 Drittstaatler

Als sog. Drittstaatler werden Menschen bezeichnet, die Staatsangehörige eines Landes sind, welches nicht Mitglied der EU ist. Wenn sie zudem nicht Schweizer sind und auch keinem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum angehören, gilt für sie § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V. Insgesamt handelt es sich also um Staatsangehörige von Ländern, die nicht in der Liste unter 2.3.4.1 aufgezählt sind, aber ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Für sie gilt folgendes:

Wenn sie als **Arbeitnehmer** in Deutschland beschäftigt sind, sind sie über ihren Arbeitgeber pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Wenn sie **selbständig** erwerbstätig sind und bereits freiwillig oder privat versichert sind, haben sie ausreichenden Versicherungsschutz.

Ob diese Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wegen fehlender anderweitiger Absicherung im Krankheitsfall (seit 1.4.2007) in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, richtet sich nach ihrem **Aufenthaltsstatus**.

(1) Ausschluss von Berechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

⁴ Anmerkung: Fraglich ist, ob der Ausschluss von Unionsbürgerinnen und -bürgern aus einem beitragsfinanzierten Pflichtversicherungssystem mit dem Diskriminierungsverbot des Art. 12 EGV und der VO 1408/71 vereinbar ist.

Von vornherein ausgeschlossen aus der gesetzlichen Krankenversicherung sind Personen, die laufende Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbwlG) erhalten (§ 5 Abs. 8a SGB V) sowie Personen, die Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbwlG dem Grunde nach haben (§ 5 Abs. 11 S. 3 SGB V).

(2) Regelung des § 5 Abs. 11 S. 2 SGV

Wer nicht dem Asylbewerberleistungsgesetz unterfällt, unterliegt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, soweit er / sie gemäß § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V

- a) Inhaber einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als 12 Monate nach dem Aufenthaltsgesetz ist
und
- b) für die Erteilung dieses Aufenthaltstitels keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht.

Zu b) Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts

In der Praxis bietet es sich an, zunächst zu prüfen, ob die Erteilung des Aufenthaltstitels von der Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts abhängt oder nicht. Die Sicherung des Lebensunterhalts ist regelmäßig Voraussetzung für einen Aufenthaltstitel (sowohl einer Aufenthaltserlaubnis als auch einer Niederlassungserlaubnis), so dass aus diesem Grunde oft die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausscheidet.

Ausnahmsweise entfällt diese Verpflichtung bei:

- Aufenthaltserlaubnissen und bei Niederlassungserlaubnissen von Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen nach der Genfer Konvention und subsidiär Geschützten (§ 5 Abs. 3 i. V. m. § 25 Abs. 1 bis 3 AufenthG)
- Aufenthaltserlaubnissen von Ehegatten und Kindern von Deutschen (Achtung: bei Nachzug aber evtl. Befristung auf 1 Jahr s.o.), § 28 Abs. 1 AufenthG
- Verlängerten Aufenthaltserlaubnissen von Kindern von Ausländerinnen und Ausländern (§ 34 Abs. 1 AufenthG)
- Opfer von Straftaten / Zwangsprostitution

Darüber hinaus kann sie auch im Wege der Ermessensentscheidung der Ausländerbehörde entfallen, z. B.

- Bei Aufenthaltserlaubnissen aus anderen humanitären Gründen
- Beim Familiennachzug zu Asylberechtigten (hier muss die Verpflichtung u. U. sogar entfallen), § 29 Abs. 2 AufenthG
- Beim Familiennachzug zu anerkannten Flüchtlingen nach der Genfer Flüchtlingskonvention (hier muss die Verpflichtung u. U. sogar entfallen)
- Bei der Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis für Ehegatten von Ausländern (§ 30 Abs. 3 AufenthG) und
- Bei Ehegatten bei Verlängerung der Erlaubnis (§ 31 Abs. 2 AufenthG)

Zu a) Niederlassungserlaubnis und befristeter Titel

Wenn die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts entfällt (vgl. a), ist weiter zu prüfen, ob eine Niederlassungserlaubnis vorliegt und ob die Aufenthaltserlaubnis auf mehr als 12 Monate befristet ist. Das ist dem Aufenthaltstitel zu entnehmen.

Typische Konstellationen sind folgende:

- Ausländische Ehegatten, die deutschen Ehepartnern nachziehen, haben im Regelfall eine Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate. Im Einzelfall kann hier allerdings auch eine Befristung auf bis zu einem Jahr vorliegen.
- Geschiedene ausländische Ehegatten und Witwer/n von Deutschen haben ein eigenständiges Aufenthaltsrecht §§ 31 AufenthG, das in der Regel zunächst nur für ein Jahr gilt. Insbesondere Geschiedene, die aus einer Familienversicherung herausfallen, unterliegen daher nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Tipp:

Lassen Sie sich daher den Aufenthaltstitel vorlegen, und prüfen Sie anhand der Angaben im Titel, ob die Voraussetzungen der Versicherungspflicht bestehen.

Nehmen Sie bei Angehörigen von Drittstaaten Kontakt mit dem Migrationsdienst auf und prüfen Sie gemeinsam, ob über eine Veränderung des Aufenthaltstitels bei der Ausländerbehörde auch ein Krankenversicherungsschutz erreicht werden kann.

Sofern eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenkasse ausscheidet, kommt grundsätzlich eine private Krankenversicherung in Betracht. Die Versicherungsunternehmen legen das Erfordernis des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts im Bundesgebiet jedoch so aus, dass die Ausländer/innen mindestens eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis von mehr als 12 Monaten inne haben müssen. Damit scheidet ein Großteil der Betroffenen aus der Privaten Krankenversicherung aus.

2.4 Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung

Ab 01.01.2009 besteht für alle Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind und keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben, die Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung (§ 193 VVG in der Fassung ab 01.01.2009). Abzuschließen ist eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (s. unter 3.) führt die Pflicht zur Versicherung in der Privaten Krankenversicherung nicht unmittelbar zum Entstehen eines Versicherungsverhältnisses. Ein solches muss erst durch Vertrag begründet werden.

Kommt der Versicherungspflichtige seiner Pflicht nicht nach, so hat er einen einmaligen Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags.

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, den Versicherungspflichtigen eine Krankheitskostenversicherung im Basistarif zu gewähren (§ 12 Abs. 1b VAG⁵). Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind unzulässig.

Bereits ab 01.07.2007 können Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind und keine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall haben, Versicherungsschutz im Standardtarif verlangen. Die abgeschlossenen Verträge werden dann zum 01.01.2009 automatisch in den Basistarif überführt.

Wichtig:

Verschiedene private Krankenversicherer schließen im Rahmen der Versicherungspflicht bzw. der Versicherungsberechtigung Leistungen in Zusammenhang mit Vorerkrankungen aus. Dies dürfte nach dem Willen des Gesetzgebers unzulässig sein. Eine gerichtliche Klärung dieser Frage steht derzeit aber noch aus.

Dies gilt auch für die Praxis der PKV, die Kosten für die bei Vertragsabschluss laufenden Behandlungen nicht zu übernehmen.

Zu den Beiträgen in der privaten Krankenversicherung insbesondere bei Hilfebedürftigkeit siehe Abschnitt 4.2.

3 Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

3.1 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft in der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse (vgl. dazu unter 3.3) beginnt mit dem ersten Tag ohne einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Für Personen, die bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelungen zum 01.04.2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft am 01.04.2007, und zwar in der Kasse, in der sie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (vgl. auch unter 3.3).

Die Mitgliedschaft endet, wenn ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird. Ausgenommen hiervon sind Versicherungspflichtige, die während der Mitgliedschaft folgende Leistungen erhalten:

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (Sozialhilfe, 3. Kapitel des SGB XII);
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel des SGB XII);
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel des SGB XII);
- Hilfe zur Pflege (7. Kapitel des SGB XII).

⁵ VAG -Versicherungsaufsichtsgesetz

Für diese Personen besteht die Versicherungspflicht und mithin die Mitgliedschaft fort. Ferner endet die Mitgliedschaft, wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

Die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft treten kraft Gesetzes ein. Einer Anzeige oder Meldung bedarf es für die Durchführung der Mitgliedschaft nicht. Da die zuständige Krankenkasse aber regelmäßig keine Kenntnis über eine bestehende Versicherungspflicht hat, haben die Betroffenen der Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht anzuzeigen (vgl. zu den Auswirkungen einer verspäteten Anzeige auf die Beitragspflicht unter 4.). Erst dann bekommen sie auch eine Krankenversicherungskarte und können Leistungen in Anspruch nehmen.

3.2 Auskunfts- und Mitteilungspflichten

Nach § 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V haben Versicherte oder die, die als Versicherte in Betracht kommen, gegenüber der Krankenkasse auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenden Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen. Unter „Auskunft“ ist die Mitteilung gegenwärtiger tatsächlicher oder rechtlicher Umstände zu verstehen.

Wichtig:

Den Auskunfts- und Mitteilungspflichten kommen im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erhebliche Bedeutung zu, da die Informationen nicht bereits durch Dritte ordnungsgemäß gemeldet werden. Bei diesem Personenkreis fehlt im Gegensatz zu allen anderen versicherungspflichtigen Personengruppen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, eine zur Meldung verpflichtende Stelle. Die Meldung obliegt daher dem Versicherungspflichtigen.

Eine unterbliebene Meldung kann erhebliche Konsequenzen hinsichtlich der Beitragstragung haben (vgl. hierzu Abschnitt 4)

3.3 Welche Kasse ist zuständig?

Personen ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V) werden nach § 174 Abs. 5 SGB V bei Eintritt der Versicherungspflicht wieder Mitglied der Krankenkasse, bei der zuletzt eine – ggf. schon viele Jahre zurückliegende – Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat.

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die bislang weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V), aber ihrem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, können im Rahmen der allgemeinen Krankenkassenwahlrechte (§ 173 Abs. 2 SGB V) eine Krankenkasse wählen.

4 Beiträge

4.1 Gesetzliche Krankenversicherung

4.1.1 Beiträge nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V: Wer zahlt?

Wer ein Erwerbseinkommen hat, zahlt hiervon in einer bestimmten Höhe Beiträge an die Krankenkasse. Sie sind von Kasse zu Kasse unterschiedlich und bewegen sich zwischen 12,5 und 16 % des Bruttoeinkommens. Selbständige zahlen diesen Beitrag in voller Höhe, bei Arbeitnehmern zahlt der Arbeitgeber die Hälfte des Beitrags.

Personen, die wegen bisher fehlendem ausreichendem Krankenversicherungsschutz nun nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versichert sind, werden im Beitragsrecht freiwilligen Mitgliedern nach § 227, 240 SGB V gleichgestellt. Bei der Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen ist daher die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Die Versicherten tragen ihre Beiträge grundsätzlich alleine.

Wer Leistungen nach dem SGB II erhält, ist pflichtversichert nach § 5 Abs. Nr. 2a SGB V und bekommt die Beiträge vom Träger der Grundsicherung gezahlt. Die Versicherungspflicht nach Nr. 2a und die Tragung der Beiträge ist jedoch geknüpft an den tatsächlichen Bezug von Leistungen nach dem SGB II. Sie entfällt daher, wenn

- Fortsetzungsanträge im SGB II zu spät gestellt werden für Zwischenzeiten.
- Bei vollständiger Kürzung des Arbeitslosengeldes II als Sanktion, wenn zugleich keine Lebensmittelgutscheine ausgeteilt werden (vgl. 4.1.2).

In diesen Zeiträumen greift die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ein und der Versicherte muss für diese Zeit die Beiträge alleine zahlen.

Wer versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist und laufende Leistungen nach dem SGB XII bezieht, für den zahlt der Träger der Sozialhilfe die Beiträge nach (§ 32 Abs. 1 SGB XII).

4.1.2 Beitragsrückstände in der GKV

Beitragsrückstände können verschiedene Ursachen haben. Am häufigsten sind folgende Fallkonstellationen:

- **verspätete Meldung bei Krankenkasse – Beitragsrückstände für Zeit seit 01.04.2007:** Wer sich erst einige Zeit nach dem 01.04.2007 bei seiner Krankenkasse gemeldet hat oder sich erst jetzt meldet, wird mit Nachforderungen von monatlichen Krankenversicherungsbeiträgen seit 01.04.2007 bis zum Zeitpunkt der Meldung konfrontiert. Begründet ist dies durch die kraft Gesetzes seit 01.04.2007 bestehende Mitgliedschaft in der Krankenkasse, in der man zuletzt versichert war (s. o.).
- **Aussetzung der Beitragszahlungen durch Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende:** Beiträge von Personen, die ALG II beziehen, zahlt nach § 251 Abs. 4 SGB der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende an die Krankenkassen. Wer allerdings Folgeanträge für ALG II zu spät stellt, erhält für den Zeitraum zwischen dem Ende des letzten und Beginn des neuen Bewilligungszeitraum kein ALG II und damit auch nicht die Über-

nahme der Krankenversicherungsbeiträge. Gleiches gilt für ALG II-Bezieher, deren Leistungen infolge einer Sanktion um 100 % gekürzt werden und die auch keine Sachleistungen (Lebensmittelgutscheine) bekommen (vgl. auch 4.1.1.)

- **Überschuldung:** Haushalte, die nicht über einen Arbeitgeber, sondern über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB II versichert sind und weitere Verbindlichkeiten haben, schaffen es mitunter nicht, die Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Auch hier entstehen Beitragsrückstände.

Grundsätzlich ist der Versicherte verpflichtet, die **Beiträge nachzuzahlen**. Ein Widerspruch gegen die Beitragsbescheide hat keine aufschiebende Wirkung, d. h. die Zahlungspflicht besteht weiter, obwohl man Widerspruch eingelegt hat. Wenn keine Zahlung erfolgt, drohen Mahnungen und ggf. die Zwangsvollstreckung. Üblicherweise kommt der Gerichtsvollzieher und prüft, ob vollstreckbare Gegenstände vorhanden sind. Wenn das nicht der Fall ist, muss der Schuldner sein Vermögen offenlegen, also einen Offenbarungseid leisten.

Um die Zwangsvollstreckung abzuwenden, lohnt es sich, entweder Ratenzahlung zu vereinbaren oder – wenn eine unzumutbare Härte vorliegt – die Aussetzung der sofortigen Vollziehung des Beitragsbescheids bei der Krankenkasse gemäß § 86 Abs. 3 SGG zu beantragen (vgl. Muster schreiben unter 5.1).

Gerade bei Personen in sozialen Notlagen, insbesondere Wohnungslose, sind Beitragsrückstände seit 01.04.2007 aufgelaufen, weil sie oft nicht wussten, dass sie sich schon zum 01.04.2007 bei der Krankenkasse hätten melden müssen. Sie erfahren vielleicht erst jetzt durch die Beratung oder durch die Plakataktion hiervon. Das Gesetz sieht in § 186 Abs. 11 S. 4 SGB V vor, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen hat, dass der für die Zeit seit dem 01.04.2007 nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann, wenn sich der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, erst nach dem 01.04.2007 bei seiner Kasse gemeldet hat. Viele Krankenkassen legen den Begriff des Unverschuldens sehr eng aus. Sie sind der Ansicht, dass Nichtwissen nicht schützt, da die Regelungen der Gesundheitsreform im Bundesgesetzblatt verkündet worden sind. In Gesprächen mit dem Bundesministerium für Gesundheit konnte der Deutsche Caritasverband das Ministerium davon überzeugen, dass gerade die Personengruppe der sozial Schwachen, insbesondere Wohnungslosen, von den Krankenkassen regelmäßig als Härtefall angesehen werden soll, bei denen ein Erlass oder aber zumindest eine Ermäßigung der Beiträge in Betracht kommt. Das Ministerium hat diese Rechtsansicht auch den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Rechtsaufsichten der Krankenkassen mitgeteilt. Im Schreiben des Ministeriums vom 21.12.2008 heißt es dazu:

„... Mir wurde allerdings von einer Häufung der Fälle berichtet, in denen ein Beitragsnachlass mit dem bloßen Hinweis auf die Verkündung der Vorschrift im Bundesgesetzblatt abgelehnt wurde. Dies habe zu einer besorgniserregenden Entwicklung insbesondere für wohnungslose Betroffene geführt, die größtenteils niemals in der Lage sein werden, die Beitragsschulden zurückzuzahlen. Ich bitte Sie deshalb, gegenüber Ihren Mitgliedskassen darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel Gebrauch gemacht wird und insoweit ein einheitliche Praxis der Krankenkassen herbeizuführen. Dies ist insbesondere aus der sozialen Schutzfunktion heraus erforderlich, die den Kassen gegenüber den hier betroffenen Personenkreisen erwächst. Eine Praxis in der Anwendung des § 186 SGB V, die dies außer Acht lässt, erscheint mir nicht tolerierbar...“

Das Bundesversicherungsamt hat dieses Schreiben ebenfalls in seiner Zuständigkeit als Aufsichtsbehörde über die bundesunmittelbaren Krankenkassen, z. B. die Ersatzkassen (Barmer, DAK, Techniker Krankenkasse), die Innungskrankenkassen (IKK) oder Betriebskrankenkassen, die in mehr als drei Bundesländern aktiv sind, an die Krankenkassen weitergeleitet.

Bei Personen in sozialen Notlagen ist es daher in der Beratungspraxis sinnvoll, sich entweder im Rahmen eines fristgerechten Widerspruchs gegen den Beitragsbescheid (vgl. Musterschreiben 5.2) oder bei Bestandskraft des Beitragsbescheids in einem Antrag auf Erlass der Beiträge (vgl. Musterschreiben 5.3) auf diese Rechtsauffassung des Bundesministeriums zu berufen. Ggf. hilft auch die gemeinsame Presseerklärung von Bundesministerin Schmidt und von Prälat Dr. Neher, Präsident des Deutschen Caritasverbandes und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (vgl. unter 5.4).

Sobald Beitragsrückstände in Höhe von insgesamt mindestens zwei Monatsbeiträgen aufgelaufen sind und trotz Mahnung nicht gezahlt wird, **ruht** grundsätzlich **der Anspruch auf Leistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 16 Abs. 3a S. 2 SGB V). Das bedeutet: der Versicherte bleibt krankenversichert (und damit natürlich auch weiterhin beitragspflichtig, allerdings in reduzierter Höhe s. o.), erhält jedoch nur noch folgende Leistungen:

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

Die Ruhenswirkung endet erst, wenn

- alle rückständigen Beiträge und die Beiträge für die Zeit des Ruhens gezahlt worden sind oder
- wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II wird oder
- wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB XII wird.

Wer Beitragsschulden hat und dann Lebensunterhalts-Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII bekommt, erhält ab diesem Zeitpunkt trotz der Beitragsschulden wieder den vollen Versicherungsschutz. Sobald der Bezug von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII jedoch endet (z. B. wegen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit), lebt die Ruhenswirkung, d.h. die Einschränkung des Versicherungsschutzes, wieder auf.

Achtung:

Die Ruhenswirkung bezieht sich nach Rechtsauffassung der gesetzlichen Krankenkassen nicht nur auf den Krankenversicherungsschutz der Eltern, sondern auch auf den Umfang des Versicherungsschutzes der familienversicherten Kinder!

Immer wieder verweisen die Krankenversicherungen darauf, dass die Versicherten aufgelaufene Beiträge von **den Sozialämtern oder Trägern der Grundsicherung** für Arbeitsuchende **einfordern** sollen. Hierfür gibt es jedoch keine gesicherte Rechtsgrundlage! Schulden können nach § 22 Abs. 5 SGB II und § 34 Abs. 1 SGB XII nur zur Sicherung der Unterkunft oder einer vergleichbaren Notlage übernommen werden. Wer Leistungen nach SGB II oder SGB XII bezieht, ist jedoch nicht in einer vergleichbaren Notlage, da er trotz Schulden ja den vollen Krankenversicherungsschutz erhält. Daher scheidet eine Schuldenübernahme durch diese Träger aus.

4.2 Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung hat mit Beginn der Versicherungspflicht ab dem 01.01.2009 einen Basistarif anzubieten. Die genauen Konditionen des Tarifs sind noch nicht bekannt, seine Höhe darf aber den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen.

Für privat versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II wird sich vermutlich folgendes **Problem** stellen:

Wenn sich die Einkommenssituation z. B. von Selbstständigen (dramatisch) verschlechtert, können sie vielfach ihren Beitragsverpflichtungen in der privaten Krankenversicherung nicht mehr nachkommen. Nicht selten sind auch Partner und Kinder betroffen, die in der PKV eine eigene Absicherung für den Krankheitsfall benötigen. Bis zum 31.12.2008 werden die betroffenen Personen bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert und erhalten dadurch Krankenversicherungsschutz für die gesamte Familie.

Ab 01.01.2009 werden Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht mehr versicherungspflichtig in der GKV, wenn sie unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert waren oder nicht krankenversichert waren und zu dem der PKV zugeordneten Personkreis zählen (§ 5 Abs. 5a SGB V). Der zuständige Leistungsträger nach dem SGB II wird in diesem Fall als Zuschuss zur privaten Krankenversicherung nur den Betrag zahlen, den er auch für ALG II-Bezieher in der GKV zu zahlen hat (§ 26 Abs. 2 S. 1 Nr. 1, S. 2 SGB II). Dieselbe Regelung gilt auch für versicherungsfreie Bezieher von Sozialgeld.

Der genannte Betrag wird die Prämie für den privaten Krankenversicherungsschutz im Basistarif möglicherweise nicht abdecken. Zwar verringert sich die Prämie im Fall des ALG II-Bezugs auf die Hälfte (vgl. § 12 Abs. 1c S. 6, 2. HS VAG). Orientiert sich der Basistarif aber am derzeitigen durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV (derzeit ca. 500 €), so beträgt die Reduzierung wegen Hilfebedürftigkeit ca. 250 € und übersteigt damit deutlich den Beitrag in Höhe von 118 €, den der SGB-II-Leistungsträger derzeit an die GKV zahlt. Es ist also bei einem Einpersonenhaushalt mit einer Deckungslücke von voraussichtlich 132 € zu rechnen. Sofern weitere Familienangehörige Sozialgeld beziehen und auf die Private Krankenversicherung verwiesen sind, was in (ehemals) Selbständigenhaushalten häufiger der Fall ist, erhöht sich die Deckungslücke entsprechend.

Wichtig:

Das Problem lässt sich nur politisch lösen. Das Ausmaß der Belastung wird maßgeblich davon abhängen, wie hoch die Prämie im Basisstarif ab 01.01.2009 sein wird. Der DCV wird sich dafür einsetzen, dass die Betroffenen nicht auf Beiträgen sitzenbleiben, die sie aus ihren Transferleistungen nicht zahlen können. Wenn bei Ihnen entsprechende Fälle auftreten, in denen privat versicherte hilfebedürftige Menschen im SGB II ab 01.01.2009 mit Beiträgen konfrontiert werden, die der Grundsicherungsträger nicht übernimmt, sind wir dankbar, wenn Sie uns das mitteilen.

5 Anhang

5.1 Musterschreiben: Antrag auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung

Absender

An
Krankenkasse
(Adresse, Sachbearbeiter, Aktenzeichen)

Ort, Datum

Antrag auf Aussetzung der sofortigen Vollziehbarkeit des Beitragsbescheids vom....., Az.....

Sehr geehrte/r Herr/Frau....,

mit Bescheid vom..... werde ich zur Zahlung von Krankenversicherungsbeiträgen in Höhe von € aufgefordert. Mit Schreiben vom erfolgte eine Mahnung und die Androhung der Zwangsvollstreckung im Falle der Nichtzahlung bis spätestens....

Ich beantrage, die sofortige Vollziehbarkeit des Beitragsbescheids vom.... gemäß § 86a Abs. 3 S. 2 SGG auszusetzen.

Begründung:

Die Vollziehung des Beitragsbescheids hätte für mich eine unbillige, nicht durch überwiegend öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge.

....

(Hier Umstände des Einzelfalls schildern, die auf unbillige Härte schließen lassen, z.B.

- Aussichtslosigkeit der Vollstreckung: ALG II-Bezieher ohne Einkommen, kein Vermögen vorhanden,
- Existenzgründung steht bevor, Offenbarungseid führt zu SCHUFA-Eintrag, der künftige Handelsbeziehungen beeinträchtigt
- Vollstreckungssumme sehr gering)

Mit freundlichen Grüßen
(Unterschrift)

5.2 Musterschreiben: Widerspruch gegen Beitragsbescheid

Nur wenn Widerspruchsfrist noch läuft, Ansonsten Musterschreiben 5.3 verwenden!

Absender

An
Krankenkasse

Ort, Datum

Widerspruch gegen Beitragsbescheid vom....., Az.

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den Beitragsbescheid vom, Az...., lege ich hiermit

Widerspruch

ein und beantrage, den Bescheid aufzuheben und die Beitragsforderung auf Null zu reduzieren.

Begründung:

Der Beitragsbescheid ist rechtswidrig, da die Voraussetzungen für einen Erlass der Beiträge nach § 186 Abs. 11 S. 4 SGB V vorliegen und dies auch geboten ist.

Ich bin - Beschreibung des sozialen Notlagen des Betroffenen, insbesondere

- Wohnungslosigkeit
- Sucht
- Analphabetismus
- Psychische Erkrankung
- Sonstige Schwierigkeiten
- Beschreibung sonstiger Umstände, die darauf schließen lassen, dass man von Meldepflicht nichts wusste (Auslandsurlaub, Koma, etc.)
- Gründe, die erläutern, warum Beiträge auch nicht aufzubringen sind (Verschuldung, Arbeitslosigkeit etc.)

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hält in diesen Fällen einen Erlass des Beitrags für geboten. In einem Schreiben an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 20.12.2007 schreibt es:

„... Mir wurde allerdings von einer Häufung der Fälle berichtet, in denen ein Beitragsnachlass mit dem bloßen Hinweis auf die Verkündung der Vorschrift im Bundesgesetzblatt abgelehnt wurde. Dies habe zu einer besorgniserregenden Entwicklung insbesondere für wohnungslose Betroffene geführt, die größtenteils niemals in der Lage sein werden, die Beitragsschulden zurückzuzahlen. Ich bitte Sie deshalb, gegenüber ihren Mitgliedschaften darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel Gebrauch gemacht wird und insoweit ein einheitliche Praxis der Krankenkassen

herbeizuführen. Dies ist insbesondere aus der sozialen Schutzfunktion heraus erforderlich, die den Kassen gegenüber den hier betroffenen Personenkreisen erwächst. Eine Praxis in der Anwendung des § 186 SGB V, die dies außer Acht lässt, erscheint mir nicht tolerierbar....“

Mit freundlichen Grüßen
(Unterschrift)

5.3 Musterschreiben: Antrag auf Erlass der Krankenversicherungsbeiträge

Nur wenn Frist für Widerspruch gegen Beitragsbescheid abgelaufen ist. Ansonsten Musterschreiben 5.2 verwenden.

Absender

An
Krankenkasse

Ort, Datum

Antrag auf Erlass der Krankenversicherungsbeiträge für den Zeitraum vom ...bis.. , vgl. Beitragsbescheid vom... Az.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage, die im Bescheid vom.... festgesetzten und durch Bescheid vom.... angemahnten Krankenversicherungsbeiträge für den Zeitraum vom .. bis zum... zu erlassen.

Begründung: (**Unpassendes bitte streichen!!!**)

Die Beiträge sind zu erlassen, weil ich unverschuldet die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht/zu spät angezeigt habe.

Mit Bescheid vom... wurden gegen mich Krankenversicherungsbeiträge für den Zeitraum vom... bis... in Höhe von € festgesetzt. Diese sind aus folgenden Gründen zu erlassen:

Ich bin - Beschreibung des sozialen Notlagen des Betroffenen, insbesondere

- Wohnungslosigkeit
- Sucht
- Analphabetismus
- Psychische Erkrankung
- Sonstige Schwierigkeiten
- Beschreibung sonstiger Umstände, die darauf schließen lassen, dass man von Meldepflicht nichts wusste (Auslandsurlaub, Koma, etc.)
- Gründe, die erläutern, warum Beiträge auch nicht aufzubringen sind (Verschuldung, Arbeitslosigkeit etc.)

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hält in diesen Fällen einen Erlass des Beitrags für geboten. In einem Schreiben an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vom 20.12.2007 schreibt es:

„... Mir wurde allerdings von einer Häufung der Fälle berichtet, in denen ein Beitragsnachlass mit dem bloßen Hinweis auf die Verkündung der Vorschrift im Bundesgesetzblatt abgelehnt wurde.

Dies habe zu einer besorgniserregenden Entwicklung insbesondere für wohnungslose Betroffene geführt, die größtenteils niemals in der Lage sein werden, die Beitragsschulden zurückzuzahlen. Ich bitte Sie deshalb, gegenüber ihren Mitgliedskassen darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel Gebrauch gemacht wird und insoweit ein einheitliche Praxis der Krankenkassen herbeizuführen. Dies ist insbesondere aus der sozialen Schutzfunktion heraus erforderlich, die den Kassen gegenüber den hier betroffenen Personenkreisen erwächst. Eine Praxis in der Anwendung des § 186 SGB V, die dies außer Acht lässt, erscheint mir nicht tolerierbar....“

Mit freundlichen Grüßen
(Unterschrift)

5.4 Gemeinsame Presseerklärung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vom 13.2.2008:

Gemeinsame Pressemitteilung

Berlin, 13. Februar 2008

Bundesgesundheitsministerium, Wohlfahrtsverbände und Verbraucherzentralen starten gemeinsame Initiative zur Rückkehr in die Krankenversicherung

Die Zahl der Nichtversicherten in Deutschland hat sich seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform am 1. April 2007 stark verringert. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes waren Anfang 2007 etwa 211.000 Personen ohne Krankenversicherung. Nachdem inzwischen über 100.000 Menschen als ehemals Nichtversicherte in die Gesetzliche Krankenversicherung zurückgekehrt sind, einige tausend in die PKV, und dazu viele weitere durch den Aufschwung am Arbeitsmarkt über eine versicherungspflichtige Beschäftigung neuen Versicherungsschutz erhalten haben, hat sich die **Zahl der Nichtversicherten bereits mehr als halbiert.**

Dies ist für Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt Ansporn, weiterhin für die Rückkehr in die Krankenversicherung zu werben. Gemeinsam mit den sechs Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege und dem Verbraucherzentrale Bundesverband macht die Ministerin in einer Plakataktion auf die gesetzlichen Regelungen aufmerksam. Denn mit ihrem dichten Netz lokaler Beratungsstellen verfügen die Verbände über einen guten Zugang zu Unversicherten. Über 25.000 Plakate und 245.000 Flyer werden ab sofort bundesweit aufgehängt und ausgelegt.

Hierzu erklärt **Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt**:

„Ich bin sehr froh, dass sich die Zahl der Unversicherten bereits wenige Monate nach Inkrafttreten der Reform mehr als halbiert hat. Jetzt geht es darum, den noch verbleibenden Unversicherten die Rückkehr in die Krankenversicherung zu erleichtern.“ Die Ministerin unterstreicht: „Seit dem 1. April 2007 müssen Krankenkassenbeiträge bezahlt werden. Dies gilt jedoch nur, wenn der verspätete Eintritt selbst verschuldet ist. Darum mein Appell an die Krankenkassen: Schauen Sie sich die sozialen Härtefälle genau an, prüfen Sie, wie man die Beiträge in erträglichen Raten einfordern, stunden oder auch ganz erlassen kann. Wir haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden aufgefordert, hier eine vernünftige und möglichst einheitliche Lösung zu finden.“

Prälat Dr. Peter Neher, Präsident der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und Präsident des Deutschen Caritasverbandes:

„Die Einführung eines allgemeinen Krankenversicherungsschutzes ist ein Erfolg für alle Menschen, die ihren Versicherungsschutz verloren hatten. Es ist aber wichtig zu betonen, dass die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung nicht nur ein Recht darstellt. Per Gesetz besteht ein Versicherungsverhältnis bereits seit April letzten Jahres. Wegen der Versicherungspflicht sollte sich jeder daher möglichst schnell bei seiner Kasse melden. Doch viele Menschen wissen das nicht. Aus diesem Grund engagiert sich die Freie Wohlfahrtspflege auch bei dieser Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit. Jeder Betroffene soll wissen, dass er schon jetzt einen Krankenversicherungsschutz hat. Wir fordern die Krankenkassen eindringlich auf, für Menschen in sozialen Notlagen die bereits angefallenen Beiträge zu erlassen, um diesen Menschen den uneingeschränkten Zugang zum Versicherungssystem zu ermöglichen. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege werden ihnen bei Problemen mit Rat und Tat zur Seite stehen.“

Weitere Informationen unter www.bmg.bund.de

5.5 Auszug aus dem SGB V mit gekennzeichneten Änderungen durch die Gesundheitsreform

§ 5 Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeiterprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel des Zeitraums ~~auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren; als Zeiten der Pflichtversicherung gelten auch Zeiten, in denen wegen des Bezugs von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus (§ 38 Nr. 2 des Sechsten Buches) oder des Bezugs von Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse (§ 143 des Siebten Buches) eine freiwillige Versicherung bestanden hat~~ *Mitglied oder nach § 10 versichert waren,*
- 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
13. *Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und*
 - a) *zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder*
 - b) *bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.*

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig

war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(In der Fassung ab 01.01.2009)

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 10 eintritt.

(10) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.

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

tungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

(In der Fassung bis 31.12.2008)

1.⁶ Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt *und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat*; dies gilt nicht für Seeleute; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,

(In der Fassung ab 01.01.2009)

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat; ~~dies gilt nicht für Seeleute~~; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,

1a. abweichend von Nummer 1 nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben,

2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,

3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,

5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,

6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,

7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,

8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(In der Fassung bis 31.12.2008)

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II *und für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.*

(In der Fassung ab 01.01.2009)

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für ~~Bezieher von Arbeitslosengeld II~~ und für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4)⁷ Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze *in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überschritten*, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des *dritten* Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. ~~Bei rückwirkender~~ *Rückwirkende* Erhöhungen des Entgelts

⁶ Geändert durch GKV – WSG vom 30.03.2007 mit Wirkung zum 02.02.2007.

⁷ Geändert durch GKV- WSG vom 30.03.2007 mit Wirkung zum 02.02.2007.

endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, *werden dem Kalenderjahr zugerechnet*, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist. *Ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in einem von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren liegt vor, wenn das tatsächlich im Kalenderjahr erzielte regelmäßige Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Für Zeiten, in denen bei fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis kein Arbeitsentgelt erzielt worden ist, insbesondere bei Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung sowie bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, ist ein regelmäßiges Arbeitsentgelt in der Höhe anzusetzen, in der es ohne die Unterbrechung erzielt worden wäre. Für Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit, für Zeiten, in denen als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst nach dem Entwicklungshelfergesetz geleistet worden ist, sowie im Falle des Wehr- oder Zivildienstes ist ein Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze anzunehmen, wenn spätestens innerhalb eines Jahres nach diesen Zeiträumen eine Beschäftigung mit einem regelmäßigen Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen wird; dies gilt auch für Zeiten einer Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3.*

~~(5) Die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See kann die Versicherungspflicht auf Beschäftigte erstrecken, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6 übersteigt, wenn die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung für die Versicherung zuständig ist. (aufgehoben)~~

(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45.900 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41.400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Der Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004 beträgt für die in Absatz 6 genannten Arbeiter und Angestellten 45.594,05 Euro und für die in Absatz 7 genannten Arbeiter und Angestellten 41.034,64 Euro.

(9)⁸ Arbeiter und Angestellte, die nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen und die am 2. Februar 2007 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren oder die vor diesem Tag die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse gekündigt hatten, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, bleiben versicherungsfrei, solange sie keinen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen. Satz 1 gilt auch für Arbeiter und Angestellte, die am 2. Februar 2007 nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2 oder 3 von der Versicherungspflicht befreit waren. Arbeiter und Angestellte, die freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, und nicht die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 erfüllen, gelten bis zum 31. März 2007 als freiwillige Mitglieder.

§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung

(1) Wer eine geringfügige Beschäftigung nach §§ 8, 8a des Vierten Buches ausübt, ist in dieser Beschäftigung versicherungsfrei; dies gilt nicht für eine Beschäftigung

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres,
3. nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres.

§ 8 Abs. 2 des Vierten Buches ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß eine Zusammenrechnung mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung nur erfolgt, wenn diese Versicherungspflicht begründet.

(2) Personen, die am 31. März 2003 nur in einer Beschäftigung versicherungspflichtig waren, die die Merkmale einer geringfügigen Beschäftigung nach den §§ 8, 8a des Vierten Buches erfüllt, und die nach dem 31. März 2003 nicht die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 10 erfüllen, bleiben in dieser Beschäftigung versicherungspflichtig. Sie werden auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit. § 8 Abs. 2 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Zeitpunkts des Beginns der Versicherungspflicht der 1. April 2003 tritt. Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt.

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7,

(In der Fassung bis 31.12.2008)

- 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

(In der Fassung ab 01.01.2009)

- 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld, ~~oder~~ Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) ~~oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a)~~ und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversiche-

⁸ Geändert durch GKV – WSG vom 30.03.2007 mit Wirkung zum 02.02.2007.

rungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,
3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluß an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt; Voraussetzung ist ferner, daß der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist,
4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10),
6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 9 Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen,
3. ~~Personen, die erstmals eine Beschäftigung aufnehmen und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt, (aufgehoben)~~
4. schwerbehinderte Menschen im Sinne des Neunten Buches, wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehegatte oder ihr Lebenspartner in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren, es sei denn, sie konnten wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzungen nicht erfüllen; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen,
5. Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch Beschäftigung im Ausland endete, wenn sie innerhalb von zwei Monaten nach Rückkehr in das Inland wieder eine Beschäftigung aufnehmen,
6. innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt der Versicherungspflicht Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die deswegen bis zum 31. März 2002 freiwillige Mitglieder waren,
7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes leistungsrechtliche Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,
8. innerhalb von sechs Monaten ab dem 1. Januar 2005 Personen, die in der Vergangenheit laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz bezogen haben und davor zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren.

Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. ~~im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 nach Aufnahme der Beschäftigung, (aufgehoben)~~
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 68 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nr. 5 nach Rückkehr in das Inland.

(3) Kann zum Zeitpunkt des Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 1 Nr. 7 eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes nicht vorgelegt werden, reicht als vorläufiger Nachweis der vom Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren nach § 8 Abs. 1 des Bundesvertriebenengesetzes ausgestellte Registrierschein und die Bestätigung der für die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes zuständigen Behörde, dass die Ausstellung dieser Bescheinigung beantragt wurde.

§ 10 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(In der Fassung bis 30.06.2008)

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke.

(In der Fassung ab 01.07.2008)

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. ~~Die Spitzenverbände~~ *Der Spitzenverband Bund* der Krankenkassen ~~vereinbaren~~ *legt* für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke *fest*.

§ 16 Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,
2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten,
3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten,
4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a der Strafprozeßordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit Versicherte gleichartige Leistungen von einem Träger der Unfallversicherung im Ausland erhalten.

(3) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seemannsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, er hat

nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. *Satz 1 gilt entsprechend für Versicherte dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden.*

(4) Der Anspruch auf Krankengeld ruht nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten.

§ 173 Allgemeine Wahlrechte

Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt.

(In der Fassung bis 31.12.2008)

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
- 4a. *die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,*
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für ~~abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1~~ *die Gebiete der Länder*, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; *soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinaus gehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt*; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

(In der Fassung ab 01.01.2009)

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
- 4a. *die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die See-Krankenkasse,*
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; *soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinaus gehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt*; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

(2a) § 2 Abs. 1 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 822-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 22 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532) geändert worden ist, gilt nicht für Personen, die nach dem 31. März 2007 Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden.

- (3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.
- (4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 versicherte behinderte Menschen können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.
- (5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.
- (6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.
- (7) War an einer Vereinigung nach § 171a eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 beteiligt, und gehört die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.*

§ 174 Besondere Wahlrechte

- ~~(1) Für versicherte Rentner, bei denen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See für die Feststellung der Rente zuständig ist, gilt § 173 nur, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs. 2 gilt nicht. (aufgehoben)~~
- (2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 entsprechend.
- (3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.
- (4) Die bei der See-Berufsgenossenschaft beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der See-Krankenkasse, ~~die bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See wählen.~~
- (5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.*

§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

- (1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter beginnt mit dem Tag des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis.
- (2) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter (§ 179 Abs. 2) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die zuständige Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht festgestellt hat, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, andernfalls mit dem Tag der Feststellung. Die Mitgliedschaft besteht auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für drei Wochen nicht beschäftigt wird.
- (2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird.
- (3) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse beginnt. Ist die Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz durch eine unständige Beschäftigung (§ 179 Abs. 2) unterbrochen worden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tage nach dem Ende der unständigen Beschäftigung. Kann nach § 9 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ein Versicherungsvertrag gekündigt werden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem auf die Kündigung folgenden Monat, spätestens zwei Monate nach der Feststellung der Versicherungspflicht.
- (4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.
- (5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.
- (6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger behinderter Menschen beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen.
- (7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.
- (8) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.
- (9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags.
- (10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.
- (11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedsstaates*

der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.

§ 190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

- (1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.
- (2) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet.
- (3) Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 erlischt, endet zu dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Zeitpunkt nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, ~~es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 sind nicht erfüllt.~~
- (4) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter endet, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung.
- (5) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten endet mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet; § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleibt unberührt.
- (6) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, endet mit dem Ende der Maßnahme.
- (7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.
- (8) Die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen endet mit Aufgabe der Tätigkeit.
- (9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.
- (10) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten endet mit dem Tag der Aufgabe der Beschäftigung.
- (11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet
 1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
 2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.
- (11a) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen, die das Beitrittsrecht ausgeübt haben, sowie ihrer Familienangehörigen, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die bis zum 31. März 2002 nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.
- (12) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.
- (13) *Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem*
 1. *ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder*
 2. *der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.**Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.*

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder

1. *in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,*
 2. *über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,*
 3. *einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,*
 4. *Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, noch*
 5. *Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,*
- können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch eine nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.*

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basis-tarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

5.6 Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz in der Fassung ab 01.01.2009

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(1) Die Krankenversicherung kann auf die Person des Versicherungsnehmers oder eines anderen genommen werden. Versicherte Person ist die Person, auf welche die Versicherung genommen wird.

(2) Soweit nach diesem Gesetz die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, ist bei der Versicherung auf die Person eines anderen auch deren Kenntnis und Verhalten zu berücksichtigen.

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

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

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

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

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß

§ 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

(7) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.

5.7 Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung ab 01.01.2009

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,

2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,

3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muß,

4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;

2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(1b) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten

a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,

b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören, und die nicht

bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,

3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrages der Abschluss eines Vertrages im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrages bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder

2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen; dieser Höchstbeitrag errechnet sich aus dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres und der Beitragsbemessungsgrenze; abweichend davon wird im Jahr 2009 zur Berechnung des Höchstbeitrags der allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar 2009 zu Grunde gelegt. Der Höchstbeitrag wird zum Stichtag 1. Juli jedes Jahres auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse des Vorjahres der gesetzlichen Krankenversicherung um den Vom-Hundert-Wert angepasst, um den die Einnahmen des Gesundheitsfonds von einer vollständigen Deckung der Ausgaben des Vorjahres abweichen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(1d) Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Abs. 1a dieses Gesetzes festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium der Finanzen aus.

(2) Versicherungsunternehmen, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen. § 11a Abs. 1 Satz 2 bis 4, Abs. 2 und 2a gilt entsprechend.

(3) Dem Verantwortlichen Aktuar obliegen die folgenden Aufgaben:

1. Er hat sicherzustellen, daß bei der Berechnung der Prämien und der mathematischen Rückstellungen, namentlich der Alterungsrückstellung, die versicherungsmathematischen Methoden (Absatz 1 Nr. 1 und 2) eingehalten und dabei die Regelungen der nach § 12c erlassenen Rechtsverordnung beachtet werden. Dabei muß er die Finanzlage des Unternehmens insbesondere daraufhin überprüfen, ob die dauernde Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen jederzeit gewährleistet ist und das Unternehmen über ausreichende Mittel in Höhe der Solvabilitätsspanne verfügt.

2. Er hat unter der Bilanz zu bestätigen, daß die Alterungsrückstellung nach Nummer 1 berechnet ist (versicherungsmathematische Bestätigung). Das gilt nicht für kleinere Vereine (§ 53 Abs. 1 Satz 1).

§ 11a Abs. 3 Nr. 3 und Abs. 4 Nr. 1 gilt entsprechend.

(4) Für die substitutive Krankenversicherung gilt § 11 Abs. 2 entsprechend. Die Prämien für das Neugeschäft dürfen nicht niedriger sein als die Prämien, die sich im Altbestand für gleichaltrige Versicherte ohne Berücksichtigung ihrer Alterungsrückstellung ergeben würden.

(4a) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres des Versicherten folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von zehn vom Hundert der jährlichen gezillmerten Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341f Abs. 3 des Handelsgesetzbuchs jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12a Abs. 2a zu verwenden. Für Versicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 des Versicherungsvertragsgesetzes sowie bei Tarifen, die regelmäßig spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres enden, gilt Satz 1 nicht.

(4b) Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich über alle beteiligten Unternehmen ermittelt.

(5) Sofern die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, gelten Absatz 1 Nr. 1 bis 4 und die Absätze 2 bis 4 entsprechend.

(6) Substitutive Krankenversicherungen mit befristeten Vertragslaufzeiten nach § 195 Abs. 2 und 3 sowie § 196 des Versicherungsvertragsgesetzes können ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.