Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration
Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien
Wohlfahrtspflege

Zugang zum Gesundheitssystem

für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz

Impressum

Herausgebende
Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)

Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer bei der
Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration

Anschriften
Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer bei der
Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration
Postanschrift: Bundeskanzleramt, 11012 Berlin

Gleichbehandlungsstelle
EU-Arbeitnehmer
www.eu-gleichbehandlungsstelle.de

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.
Postanschrift: Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin

Autorin:
Prof. Dr. Dorothee Frings

Stand
November 2019

Gestaltung
design.idee, büro für gestaltung, Erfurt

Bildnachweis
Seite 14: by-studio/StockAdobe.com

Druck
Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt/Main

Bildnachweise
Seite 5 links: Bundesregierung/Chaperon, Seite 5 rechts: Henning Schacht

Erscheinungsort
Berlin

Erscheinungsmonat
November 2019

Gefördert durch

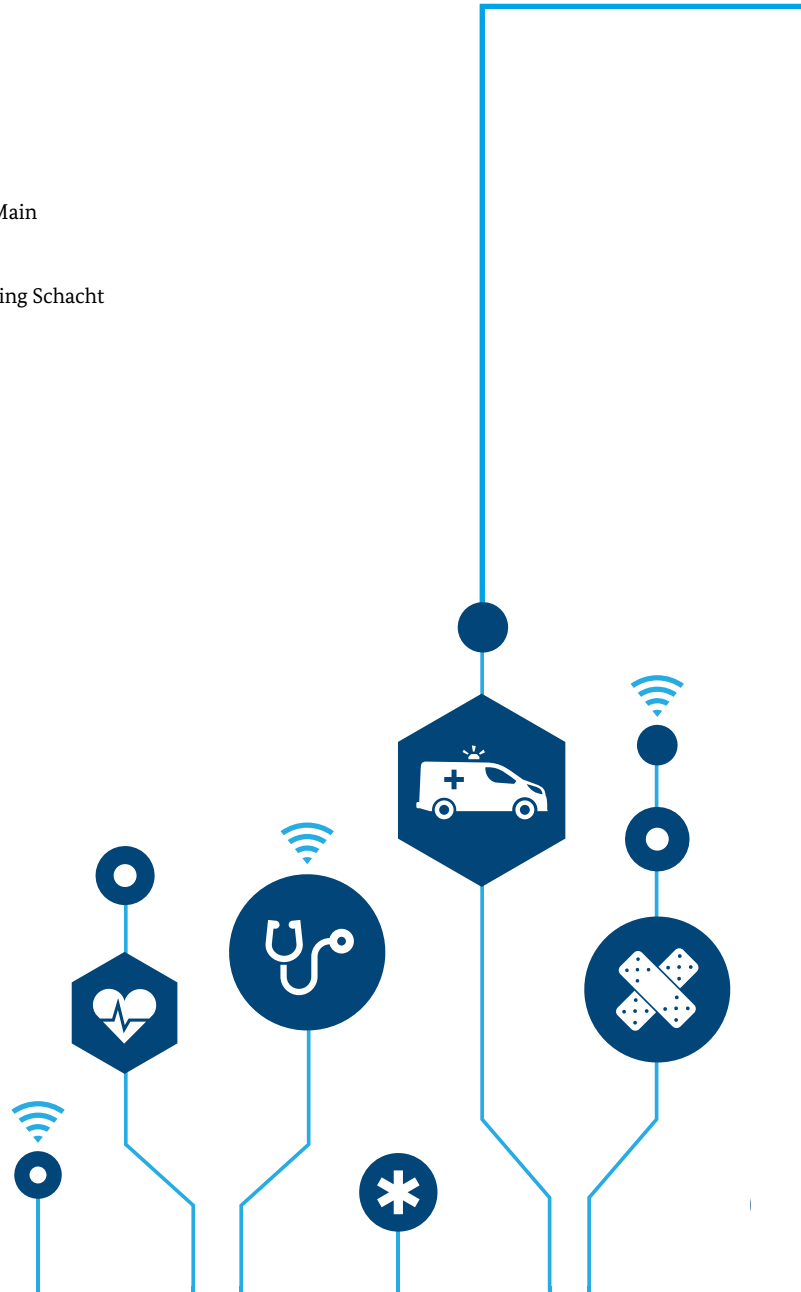
Die Beauftragte der Bundesregierung
für Migration, Flüchtlinge und Integration
Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer

MBE
Migrationsberatung
für erwachsene Zuwanderer

Gefördert durch:

Bundesministerium
des Innern, für Bau
und Heimat

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

mit dieser Broschüre möchten wir einen Beitrag zur besseren Gesundheitsversorgung von Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern in unserem Land leisten. Eine Vielzahl von ihnen macht von ihrem Recht auf Arbeitnehmerfreizügigkeit in der Europäischen Union Gebrauch und lebt und arbeitet in Deutschland.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege beraten Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in bundesweit über 1.000 Migrationsberatungsstellen für Erwachsene Zuwanderer (MBE) und anderen Fachdiensten. Aus der Beratungspraxis wissen wir: Fragen zur Krankenversicherung sind eine der häufigsten Beratungsinhalte. Wichtig ist uns daher, die Beraterinnen und Berater dabei zu unterstützen, Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern gezielt zu helfen, damit der Zugang zur Gesundheitsversorgung lückenlos sichergestellt werden kann. Die Gründe für einen fehlenden Zugang sind häufig Unkenntnis über die eigenen Rechte, auch aufgrund der komplexen Materie.
Auf den nächsten Seiten finden Sie übersichtliche Informationen, praktische Tipps und Beispiele für die

Beratungsarbeit. Wir thematisieren die Europäische Krankenversicherungskarte, die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, den Themenkomplex Beitragsrückstände und die Notfallhilfe nach Sozialgesetzbuch XII für Personen ohne Versicherungsschutz.

Mit dieser gemeinsamen Veröffentlichung setzen wir die gute Zusammenarbeit in vielen Migrationsthemen zwischen dem Arbeitsstab der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. fort. Wir begründen gleichzeitig eine neue Kooperation mit der Gleichbehandlungsstelle für EU-Arbeitnehmer, die im Arbeitsstab der Integrationsbeauftragten angesiedelt ist.

Allen Beraterinnen und Beratern gilt Anerkennung und großer Dank. Sie setzen sich täglich für die Belange von Menschen ein, die Beratungs- und Unterstützungsbedarf haben.

Wir wünschen Ihnen viele gute Anregungen beim Lesen.

Berlin, 01.11.2019

Ihre Annette Widmann-Mauz
Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Ihre Gerda Hasselfeldt
Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Inhalt

1 Einführung 9

2 Gesundheitsversorgung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland über die Europäische Gesundheitskarte (EHIC) 10

2.1 Wie wird die Gesundheitsversorgung innerhalb der EU gewährleistet? 10

2.1.1 Wen betrifft die Europäische Gesundheitskarte? 10
2.1.2 Was bedeutet der Begriff „Sachleistungsaushilfe“ 11
2.1.3 Was bedeutet „vorübergehender“ Aufenthalt? 11
2.1.4 Kann Sachleistungsaushilfe auch während einer vorübergehenden Erwerbstätigkeit in Deutschland erbracht werden? 12

2.2 Wie funktioniert die Sachleistungsaushilfe mittels der Europäische Gesundheitskarte (EHIC oder PEB)? 14

2.2.1 Was ist die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)? 14
2.2.2 Wer stellt die EHIC aus? 14
2.2.3 Lässt sich der Anspruch auf Sachleistungen auch ohne EHIC nachweisen? 14
2.2.4 Welche Besonderheiten gelten in ausgewählten Mitgliedstaaten? 15
2.2.5 Kann der Versicherungsschutz auch nachträglich festgestellt und bereits erbrachte Leistungen abgerechnet werden? 17
2.2.6 Brauchen Familienangehörige eine eigene EHIC? 18
2.2.7 Wann wird die EHIC ungültig? 18
2.2.8 Kann die EHIC verlängert werden, ohne dass die Inhaberinnen und Inhaber in den Mitgliedstaat zurückkehren, in dem die Karte ausgestellt wurde? 18

2.3 Welche Leistungen bekomme ich mit der EHIC? 19

2.3.1 Welche Leistungsgrundsätze gelten beim Einsatz der EHIC? 19
2.3.1.1 Was gilt bei chronischen Krankheiten, die schon bei Einreise bestanden? 19
2.3.1.2 Was gilt für einen notwendigen Krankenhausaufenthalt? 19
2.3.1.3 Was gilt bei Schwangerschaft und Geburt? 19
2.3.1.4 Was gilt bei Schwangerschaftsabbrüchen? 20
2.3.1.5 Was gilt für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen? 20
2.3.1.6 Was gilt für Heilmittel wie Physiotherapie und Hilfsmittel wie Prothesen? 20
2.3.1.7 Was gilt für Impfungen? 20
2.3.1.8 Was gilt, wenn Pflegeleistungen erforderlich werden? 20
2.3.1.9 Was gilt für Zuzahlungen bzw. Eigenanteile? 20
2.3.1.10 Was gilt für Leistungen in spezialisierten Einrichtungen (u.a. Nierendialyse, Chemotherapie)? 21
2.3.1.11 Was gilt für Dolmetscherkosten? 21
2.3.2 Kann die EHIC auch verwendet werden, wenn die Einreise nach Deutschland erfolgt, um sich hier behandeln zu lassen? 21
2.3.3 Wie erfolgt die Abrechnung auf Grundlage der EHIC? 21
2.3.4 Was kann ich tun, wenn meine EHIC nicht akzeptiert wird? 22

3 Gesundheitsversorgung durch Sachleistungsaushilfe bei einem längerfristigen Aufenthalt für bestimmte Personengruppen 23

3.1 Können Rentnerinnen und Rentner mit einer Rente aus einem anderen Mitgliedstaat dauerhaft Gesundheitsleistungen in Deutschland in Anspruch nehmen? 23

3.2 Können auch Familienangehörige von Rentnerinnen und Rentnern Sachleistungsaushilfe in Deutschland erhalten? 25

3.3 Wie sind Grenzgängerinnen und Grenzgänger versichert? 25

3.4 Wie werden Familienangehörige versichert, wenn die/der Stammberechtigte in einem anderen Mitgliedstaat versichert ist? 26

3.5 Unter welchen Voraussetzungen können entsandte Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer Gesundheitsleistungen in Deutschland in Anspruch nehmen? 27

3.6 Können Studierende auch während eines mehrjährigen Studiums weiter im Herkunftsland versichert bleiben? 28

4 Gesundheitsversorgung durch die Mitgliedschaft in einer deutschen Krankenversicherung 30

4.1 Wie funktioniert das Krankenversicherungssystem in Deutschland? 30

4.2 Wer ist in der GKV pflichtversichert? 31

4.2.1 Was gilt für Beschäftigte und Auszubildende? 31

4.2.2 Was gilt für unangemeldet Erwerbstätige? 31

4.2.3 Was gilt für Selbständige sowie Freiberuflerinnen und Freiberufler (einschließlich Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter) ohne private Vorversicherung? 31

4.2.4 Was gilt für Minijobberinnen und Minijobber sowie Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter? 32

4.2.5 Was gilt für Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten? 33

4.2.6 Was gilt für Arbeitsuchende mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland? 34

4.2.7 Was gilt für Arbeitslosengeld I-Empfängerinnen und Empfänger? 35

4.2.8 Was gilt für Empfängerinnen und Empfänger von SGB II-Leistungen? 35

4.2.9 Was gilt für Rentnerinnen und Rentner mit deutscher Rente? 35

4.2.10 Was gilt für Studierende ohne Versicherung im Herkunftsstaat? 36

4.2.11 Was gilt für Schülerinnen und Schüler in der Berufsausbildung? 37

4.2.12 Was gilt für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Maßnahmen der Arbeitsagentur, der Jobcenter und der Jugendberufshilfe? 37

4.2.13 Was gilt für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Freiwilligendiensten? 38

4.2.14 Was gilt für Au-pair? 38

4.2.15 Was gilt für Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung? 38

4.2.16 Was gilt für Familienangehörige von Versicherten? 38

4.2.17 Welche weiteren Personen sind in der Auffangversicherung pflichtversichert? 40

4.3 Wer kann sich freiwillig in der GKV versichern? 41

4.4 Wann wird eine freiwillige Versicherung automatisch begründet? 42

4.5 Welche Rechte stehen Antragstellerinnen und Antragstellern gegenüber der GKV zu? 43

4.5.1 Gegen welche Entscheidungen können Rechtsmittel eingelegt werden? 43

4.5.2 Wann ist es sinnvoll, einen Eilantrag beim Sozialgericht zu stellen? 44

4.5.3 Welche Informationen müssen die Krankenkassen zur Verfügung stellen? 44

4.5.4 Welche Vertretungs- und Beistandsrechte haben Beratungsstellen und Interessensverbände? 45

4.5.5 Welche Ansprüche bestehen auf Dolmetscherinnen und Dolmetscher? 46

4.5.6 Wo und wie können informelle Beschwerden eingelegt werden? 46

4.6 Wer kann oder muss sich in einer privaten KV versichern? 46

5 Beitragsrückstände und Zuschläge in der Krankenversicherung 48

5.1 Gesetzliche Krankenversicherung 48

5.1.1 Wie kommt es zu Beitragsrückständen in der GKV? 48

5.1.2 Wie wird der Beginn der Pflichtversicherung berechnet? 48

5.1.3 Welche Folgen haben die Beitragsrückstände? 49

5.1.3.1 Verjährung von Beitragsschulden 49

5.1.3.2 Antrag auf Herabsetzung auf den Ruhensbeitrag 50

5.1.3.3 Antrag auf Stundung und Ratenzahlung 50

5.1.3.4 Antrag auf Ermäßigung und Erlass 50

5.1.4 Wie wirken sich Beitragsschulden auf die Leistungsansprüche aus? 50

5.1.5 Wann kann die Versicherung wegen Beitragsrückständen beendet werden? 51

5.2 Private Krankenversicherung 51

5.2.1 Wie wird der Beginn der Versicherungspflicht berechnet? 51

5.2.2 Welche Zuschläge werden berechnet, wenn in der Vergangenheit gegen die gesetzliche Versicherungspflicht verstoßen wurde? 51

5.2.3 Was geschieht mit Beitragsschulden während eines laufenden Versicherungsvertrags? 51

5.2.4 Welche Folgen haben die Beitragsrückstände? 52

5.2.5 Kann eine private Versicherung wegen Beitragsschulden gekündigt werden? 53

6 Personen ohne Versicherungsschutz 54

6.1 Was geschieht, wenn Menschen mittellos sind und nicht über einen Versicherungsschutz verfügen? 54

6.1.1 Wer ist von Leistungen nach SGB II und damit von einer Versicherung durch das Jobcenter ausgeschlossen? 54

6.1.2 Was sind Überbrückungsleistungen der Sozialämter? 55

6.1.3 Welche Leistungen gibt es für Touristinnen und Touristen sowie Besucherinnen und Besucher ohne Versicherungsschutz in einer Notlage? 55

6.1.4 Welche Leistungen gibt es für Wohnungslose ohne Versicherungsschutz? 56

6.1.5 Welche Leistungen gibt es für chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen ohne Versicherungsschutz? 56

6.1.6 Welche Leistungen gibt es für Schwangere ohne Versicherungsschutz? 56

6.1.7 Welche Leistungen erhalten Kinder und Jugendliche bei Inobhutnahme oder in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe? 57

6.2 Was geschieht, wenn die Ausländerbehörde durch Bescheid festgestellt hat, dass kein Freizügigkeitsrecht besteht? 57

6.3 Was geschieht, wenn Personen ohne Versicherungsschutz als Notfall im Krankenhaus aufgenommen oder von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behandelt werden müssen? 57

6.4 Was geschieht, wenn die Identität und der Wohnsitz einer Person nicht festgestellt werden können? 58

6.5 Welche Möglichkeiten der Krankenhilfe durch kommunale Fonds/Länderfonds bestehen? 58

6.6 Welche Möglichkeiten der Krankenhilfe durch nichtstaatliche Organisationen bestehen? 59

7 Übersicht zu verschiedenen Einkommens- oder Lebenslagen 60

7.1 Tabelle 60

7.2 Welche weiteren gesundheitsbezogenen Leistungen können in Anspruch genommen werden? 63

8 Anhang 64

8.1 Abkürzungsverzeichnis 64

8.2 Aufnahmebogen 66

8.3 Übersicht über die Freizügigkeit 68

8.4 Patientenerklärung 71

8.5 Anzeige zur Auffangversicherung 72

8.6 Verzeichnis der Verbindungsstellen 73

8.7 Antragsformulare und Bescheinigungen 77

8.8 Weiterführende Materialien 97

1 Einführung

In der Europäischen Union (EU) leben über 500 Millionen Menschen. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für diese Menschen entspricht einem der wichtigsten sozialen Grund- und Menschenrechte. Auf die Gewährleistung haben sich die Staaten Europas in der Europäischen Sozialcharta des Europarats und die Mitgliedstaaten der EU in der Grundrechtecharta der EU verpflichtet.

Weil die EU einen gemeinsamen Wirtschaftsraum bildet, in dem die Grenzen durchlässig sind und die Mobilität von Arbeitskräften, Dienstleisterinnen und Dienstleistern sowie Spediteurinnen und Spediteuren eine wichtige Quelle der ökonomischen Entwicklung darstellt, muss die Verantwortung für eine grenzüberschreitend koordinierte Gesundheitsversorgung neben den Mitgliedstaaten auch von den Organen der EU übernommen werden.
Hierfür hat der Unionsgesetzgeber Regularien geschaffen, die eigentlich dafür sorgen sollten, dass für alle Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten an jedem Ort innerhalb der EU sowie in den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und der Schweiz ein angemessener Zugang zur medizinischen Versorgung sichergestellt wird.

So ideal wie gedacht funktioniert das System aber nicht. Das Niveau und die Organisation der Gesundheitssysteme sind weiterhin sehr unterschiedlich.
In Deutschland gibt es etwa die Aufteilung in ein öffentliches und ein privates Versicherungssystem. Auch ist der Status vieler Menschen, die innerhalb der EU wandern unklar und in der Folge auch die Zuordnung zum jeweiligen nationalen Versicherungssystem.

Vielen Menschen fehlen auch die finanziellen Mittel, um die teuren Krankenversicherungen zu bezahlen. Oft sind sie gesetzlich versichert, ohne es zu wissen und die nicht bezahlten Beiträge wachsen zu einem Schuldenberg an und führen zu einer stark eingeschränkten medizinischen Versorgung. Oder sie sind verpflichtet, sich privat zu versichern.

Diese Handreichung richtet sich an die Beratungsstellen der Migrationsberatung für Erwachsene Zuwanderer (MBE) und an alle Beratungsstellen, die Unionsbürgerinnen und Unionsbürger betreuen und informieren, einschließlich der Regeldienste im Sozial- und Gesundheitswesen. Sie soll eine Systematik und konkrete Handlungsvorschläge bieten, um Fragen des Zugangs zum Gesundheitssystem ohne großen Aufwand zu klären und Ansprüche durchsetzen zu können.

In der Praxis wird es allerdings immer wieder Fragestellungen geben, die keiner der dargestellten Konstellationen entsprechen und die zu komplex sind, um sie mit einer Handreichung zu lösen. In diesen Fällen sollten Clearingstellen „Migration und Gesundheit“ oder Fachanwältinnen und Fachanwälte für Sozialrecht konsultiert werden.

2 Gesundheitsversorgung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland über die Europäische Gesundheitskarte (EHIC)

Alle in Deutschland gesetzlich versicherten Personen verfügen über eine Europäische Gesundheitskarte (European Health Insurance Card, EHIC), die sich auf der Rückseite der Gesundheitskarte der jeweiligen Krankenkasse (KK) befindet. Genauso haben alle Personen, die in einem anderen Unions- oder EWR-Staat oder der Schweiz gesetzlich bzw. staatlich versichert sind, normalerweise eine EHIC auf ihrer Krankenversicherungskarte. Sie ist Ausdruck der Koordinierung von Gesundheitsleistungen innerhalb der EU/EWR/Schweiz.

2.1 Wie wird die Gesundheitsversorgung innerhalb der EU gewährleistet?

Die EHIC dokumentiert die Anbindung an eine Gesundheitsversorgung in einem der Mitgliedstaaten (siehe 2.1.1) und verleiht den Inhabern einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat.

Hintergrund ist die Regelung in der europäischen Koordinierungsverordnung (EG) Nr. 883/2004, nach der alle Personen, die in einem Mitgliedstaat einem öffentlichen Krankenversicherungssystem oder Gesundheitsfonds angeschlossen sind (Versicherte), während eines vorübergehenden Aufenthalts (siehe 2.1.3) in einem anderen Mitgliedstaat Anspruch auf Sachleistungsaushilfe haben (Art. 19 VO 883/2004).

2.1.1 Wen betrifft die Europäische Gesundheitskarte?

Die EHIC dokumentiert den öffentlichen Versicherungsschutz oder die staatliche Gesundheitsversorgung in einem der Staaten, für den die EU-Koordinierung im Bereich der sozialen Sicherungssysteme gilt.

Dazu gehören zunächst alle Mitgliedstaaten der EU: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich (noch), Zypern. Hinzu kommen die weiteren Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR): Island, Liechtenstein und Norwegen sowie zusätzlich die Schweiz.

Wenn im Folgenden von Unionsbürgerinnen und Unionsbürger gesprochen wird, sind auch die Staatsangehörigen dieser Staaten gemeint.

Berechtigt sind danach Personen, die über einen Versicherungsschutz oder die Berechtigung auf eine staatliche Gesundheitsversorgung (Gesundheitsfonds) in einem Mitgliedstaat verfügen. Das sind:

- Staatsangehörige der EU-Mitgliedstaaten, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz sowie
- deren Familienangehörige im Sinne der Bestimmungen des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.
- Staatenlose und anerkannte Flüchtlinge (nach der Genfer Flüchtlingskonvention) mit Wohnsitz in der EU/EWR/Schweiz sowie deren Familienangehörige, soweit sie zu mehreren Mitgliedstaaten einen versicherungsrechtlichen Bezug haben.
- Drittstaatsangehörige, die über einen Wohnsitz und einen Aufenthaltstitel verfügen (EuGH vom 21.6.2017 – C-449/16 Martinez Silva), sowie deren Familienangehörige (VO 1231/2010). Allerdings gilt dies nur eingeschränkt: So können Drittstaatsangehörige ihre EHIC nicht für eine medizinische Behandlung in Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz verwenden.

2.1.2 Was bedeutet der Begriff „Sachleistungsaushilfe“

Gesundheitsleistungen, die den Bürgerinnen und Bürgern z.B. gegen Vorlage der Gesundheitskarte zur Verfügung gestellt und die mit den Versicherungen abgerechnet werden, werden als Sachleistungen (im Unterschied zu Geldleistungen) bezeichnet. Sachleistungsaushilfe ist die Leistung in einem Mitgliedstaat für die Versicherten eines anderen Mitgliedstaates. Die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser etc.) rechnen diese Leistungen mit einer Versicherung vor Ort ab und diese lassen sich die Kosten, vermittelt über die nationalen Verbindungsstellen der Mitgliedstaaten, von den Versicherungen der anderen Mitgliedstaaten ersetzen.

Beispiel 1:
Joshua ist in Deutschland bei der AOK versichert und reist im Urlaub nach Frankreich. Mit einem verstauchten Fuß wird er im Krankenhaus behandelt. Hier legt er nur seine EHIC vor und erhält die Behandlung ohne eigene Bezahlung, weil französische Versicherte ebenfalls nur ihre Karte (Carte vital) vorlegen. Wird ein stationärer Aufenthalt erforderlich, muss Joshua (nach französischem Recht) eine Zuzahlung pro Tag leisten.

Joshua sucht wegen eines Hautausschlages auch einen Arzt auf. Dort muss er direkt 30 € bezahlen, die er von der AOK in Deutschland erstattet erhält (wahlweise auch von der französischen Versicherung), weil auch französische Versicherte niedergelassene Ärzte direkt bezahlen und die Kosten (zum Teil) von der Versicherung ersetzt erhalten.

Beispiel 2:
Franca ist in Italien versichert und verfügt über eine italienische EHIC. Während ihres Aufenthalts in Deutschland zum Besuch eines sechsmonatigen Sprachkurses tritt bei ihr eine Wurzelentzündung an einem Zahn auf. Franca erhält unter Vorlage der EHIC die erforderliche zahnärztliche Behandlung ohne Zuzahlung. In Italien wäre diese Behandlung nicht von der Versicherung übernommen worden. In Deutschland erhält sie jedoch die medizinisch erforderlichen Leistungen, die Versicherte in Deutschland auch erhalten. Wird allerdings ein Zahnersatz angeraten, so kann Franca diese Leistung nicht kostenfrei erhalten, weil sie während des verbleibenden Aufenthalts medizinisch nicht notwendig ist. Wenn der Zahnersatz ausnahmsweise notwendig wäre, um etwa eine Fehlstellung anderer Zähne zu vermeiden, würde Franca nur den Festzuschuss erhalten, den deutsche Versicherte auch bekommen.

2.1.3 Was bedeutet „vorübergehender“ Aufenthalt?

Das EU-Recht unterscheidet zwischen dem Wohnort (gewöhnlichen Aufenthalt) und dem (vorübergehenden) Aufenthaltsort. Es ist durchaus möglich, in verschiedenen Staaten der EU mehrere Wohnsitze anzumelden; es kann aber nach dem EU-Recht immer nur einen Wohnort = gewöhnlichen Aufenthalt geben. Wo der Wohnort oder gewöhnliche Aufenthalt liegt, bestimmt sich nach dem Mittelpunkt des Lebensinteresses einer Person, also nach den familiären Bindungen, der Erwerbstätigkeit, Wohneigentum und sonstigen Aufenthaltsmotiven (Art. 11 VO 987/2009). Entscheidend ist die Bewertung aller Lebensumstände und auf

dieser Grundlage der Vergleich zwischen mehreren Aufenthaltsorten in verschiedenen Staaten. Ein vorübergehender Aufenthalt kann auch länger andauern, die gelegentlich genannte Begrenzung auf drei Monate gibt es für die Sachleistungsaushilfe nicht (Europäische Kommission, Erläuterungen zur modernisierten Koordinierung der sozialen Sicherheit, Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009, Notwendige Sachleistungen S.1). Kommt es während eines Urlaubs zu einer schweren Erkrankung, gilt selbst ein Verbleib von mehreren Jahren in dem anderen Mitgliedstaat noch als vorübergehender Aufenthalt (EuGH vom 05.06.2014 – C-255/13).

Beispiel 1:
Marika ist 20 Jahre alt und alleinstehend. Sie lebt mit ihren Eltern, Geschwistern und Großeltern im Haus ihrer Eltern in Griechenland. Vor sechs Monaten ist sie nach Deutschland gezogen, sie lebt in einer Wohngemeinschaft in Berlin und besucht Sprachkurse zur Vorbereitung auf ein Studium.
Die Gesamtumstände sprechen für Griechenland als Wohnort, weil sie in Deutschland noch keine Bindungen aufgebaut hat, denen mehr Gewicht zukommt als ihren Bindungen in Griechenland.

Variante:
Marika ist seit drei Monaten schwanger. Der Kindesvater, türkischer Staatsangehöriger, lebt seit zehn Jahren in Berlin und verfügt über eine Niederlassungserlaubnis. Marika möchte mit dem Kindesvater in Berlin zusammenziehen und die elterliche Sorge für das Kind gemeinsam ausüben.
Die Gesamtumstände sprechen für Deutschland als Wohnort, weil Marika hier eine eigene Familie gründen wird und einen dauerhaften Hausstand einrichten will, sodass die Bindungen zu dieser Familie und diesem Ort stärker sind als zu ihrem Herkunftsort.

Beispiel 2:
Florean ist 45 Jahre alt, verheiratet und Vater von zwei minderjährigen Kindern. Die Familie lebt in Rumänien. Florean begibt sich alleine nach Dortmund, um Arbeit zu suchen. Er kommt zunächst bei einem Freund unter, bei dem er auch seinen Wohnsitz anmeldet.
Die Gesamtumstände sprechen für Rumänien als Wohnort, weil sich die Familie dort befindet und Florean in Deutschland lediglich Ausschau nach Arbeit hält, ohne sich bereits auf einen neuen Lebensmittelpunkt festzulegen.

Variante:
Florean findet eine Beschäftigung für 10 Wochenstunden und verdient 400 € im Monat. Er mietet eine eigene Wohnung an, seine Ehefrau kommt aus Rumänien und findet ebenfalls eine Tätigkeit in vergleichbarem Umfang. Die Kinder bleiben zunächst bei der Großmutter in Rumänien, bis die Eltern das Leben der ganzen Familie in Dortmund aus ihrem Einkommen finanzieren können.
Die Gesamtumstände sprechen für Deutschland als Wohnort, weil Florean und seine Ehefrau sich für eine schrittweise Verlagerung des Lebensmittelpunkts nach Deutschland entschieden haben und damit zugleich anstreben, den Lebensmittelpunkt in Rumänien aufzugeben.

2.1.4 Kann Sachleistungsaushilfe auch während einer vorübergehenden Erwerbstätigkeit in Deutschland erbracht werden?

Grundsätzlich richtet sich die Krankenversicherung vorrangig nach dem Ort der Erwerbstätigkeit (Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004). Wer also in Deutschland regelmäßig erwerbstätig ist, muss sich – unabhängig vom Wohnort – auch in Deutschland versichern.
Dafür muss zunächst geklärt werden, was eine Erwerbstätigkeit ist:

Es kommt darauf an, ob die Tätigkeit im Einklang mit dem jeweiligen nationalen Arbeitsrecht (EuGH vom 26.11.1998 – C-1/97 Birden, Rn. 51) oder gegebenenfalls dem Gewerbe- und Steuerrecht steht. Allerdings muss die europarechtliche Bedeutung des Begriffs berücksichtigt werden. Danach gelten alle Personen als erwerbstätig, die „eine tatsächliche und echte Tätigkeit ausüb[en], wobei solche Tätigkeiten außer Betracht bleiben, die wegen ihres geringen Umfangs völlig untergeordnet und unwesentlich sind." (EuGH vom 24.1.2008 – C-294/06 Payir).

Nach der Rechtsprechung der deutschen Sozialgerichte reicht es für den Status als „erwerbstätig" aus, wenn zwischen fünf und acht Wochenstunden bzw. mit einem Arbeitsentgelt von 100 bis 200 € pro Monat gearbeitet wird (BSG, Urteil vom 12.09.2018 – B 14 AS 18/17 R; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 22.08.2017 – L 18 AS 1626/17 B ER; LSG NRW, Beschluss vom 21.08.2017 – L 12 AS 2015/16 B ER).

Auch bezahlte Praktika und Au-pair (EuGH vom 24.1.2008 – C-294/06 Payir) gelten als Ausübung einer Erwerbstätigkeit, nicht dagegen Reha-Maßnahmen oder Arbeitsgelegenheiten. Freiwilligendienste (EuGH 14.10.2010 – C-428/09 Union syndicale Solidaires Isère) oder Tätigkeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen (EuGH, 26.3.2015, Az. C-316/13 Fenoll) können je nach konkreter Ausgestaltung als Beschäftigung gelten.

Wer also in diesem Sinne erwerbstätig ist, muss sich in Deutschland krankenversichern (Beschäftigungsland-Prinzip: Art. 11 Abs. 3 lit. a VO 883/2004).

In bestimmten Ausnahmefällen wird jedoch die Sozialversicherung in einem anderen Mitgliedstaat fortgeführt (siehe auch: Verwaltungskommission, Beschluss S1, Erwägungsgrund 6). In den folgenden Fällen entsteht keine Versicherungspflicht in Deutschland, wenn eine Versicherung oder ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat besteht:

- **Entsandte Arbeitskräfte** bleiben bis zu 24 Monate am Sitz des entsendenden Betriebs versichert (siehe 3.5). Bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern in Deutschland muss die A1-Bescheinigung vorgelegt werden, die von der Versicherung bzw. dem Gesundheitsdienst im Mitgliedsstaat des Betriebssitzes ausgestellt wird und belegt, dass die Arbeitnehmerin und der Arbeitnehmer dem Sozialversicherungssystem des Entsendelandes unterliegt. Familienangehörige können ihre EHIC in der Zeit der Beschäftigung des Stammberechtigten ebenfalls in Deutschland verwenden.

- **Urlaubstätigkeiten** in Deutschland, die nicht berufsmäßig ausgeübt werden, gelten bis zu drei Monaten bei einer 5-Tage-Woche oder bis zu 70 Arbeitstagen im Kalenderjahr als geringfügige Beschäftigungen. Sie sind von der Versicherungspflicht ausgenommen und unterliegen nur der Beitragspflicht der Arbeitgeber (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV, § 115 SGB IV). Die Unfallversicherung erfolgt über den Betrieb. Während derartiger Beschäftigungszeiten wird die Versicherung im Mitgliedstaat des Wohnortes in der Regel fortgeführt und in Deutschland kann die EHIC verwendet werden. Die Beschäftigung muss jedoch gegenüber der Versicherung im Herkunftsland angezeigt werden (Art. 15 Abs. 1 VO 987/2009).

- Als **Saisonarbeit** werden Tätigkeiten in der Gastronomie, in Hotels und in der Landwirtschaft von bis zu acht Monaten bezeichnet (§ 188 Abs. 4 Satz 6 SGB V). Handelt es sich um kurzfristige, nicht berufsmäßige Tätigkeiten (siehe voriger Punkt), so sind sie sozialversicherungsfrei. Längere Beschäftigungen sind auch dann in Deutschland sozialversicherungsfrei, wenn mit der A1-Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Sozialversicherungspflicht aus einer Erwerbstätigkeit im Herkunftsstaat besteht. Ohne A1-Bescheinigung entsteht die Sozialversicherungspflicht in Deutschland von Anfang an.

- **Selbständige**, deren Betrieb oder freiberufliche Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat angemeldet ist, und die in Deutschland Dienstleistungen erbringen oder in sonstiger Weise beruflich tätig werden, bleiben im Mitgliedstaat ihrer Geschäftsanmeldung versichert und können die EHIC in Deutschland nutzen, auch wenn sie hier längere Zeit oder öfter zu tun haben (auch Saisonarbeit).

- **Studierende** mit einer studentischen Nebentätigkeit können unter bestimmten Umständen (siehe 3.6) im Herkunftsstaat versichert bleiben.

2.2 Wie funktioniert die Sachleistungsaushilfe mittels der Europäische Gesundheitskarte (EHIC oder PEB)?

2.2.1 Was ist die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)?

Die EHIC (European Health Insurance Card) wird von jedem Versicherungsträger oder Gesundheitsfonds der Mitgliedstaaten ausgestellt und berechtigt zu Gesundheitsleistungen – die in diesem Kapitel im Einzelnen erläutert werden – in den anderen Mitgliedstaaten. Das Muster für die EHIC ist einheitlich festgelegt (Verwaltungskommission: Beschluss S 2). Die Rückseite der Karte unterscheidet sich von Land zu Land:

Besonderheiten:

Schweiz: Die Karten werden ohne das Europäische Emblem ausgestellt und sind in dieser Form gültig.

Slowakei: Die slowakischen Versicherungsträger Dovera zdravotna poistovna, a.s., und Union zdravotná poist'ovna, a.s., stellen Karten mit dem Ablaufdatum 31.12.9999 oder 31.12.2999 aus. Diese Karten sind unbefristet gültig.

2.2.2 Wer stellt die EHIC aus?

Die Krankenversicherungsträger oder der Nationale Gesundheitsfonds eines anderen Mitgliedstaats, wenn dieser für die Gesundheitsversorgung der betroffenen Personen zuständig ist:

- Es muss entweder eine Erwerbstätigkeit in diesem Mitgliedstaat ausgeübt werden oder der Wohnort (= gewöhnlicher Aufenthalt, Lebensmittelpunkt, siehe 2.1.3) in diesem Staat liegen.

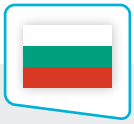
- Es müssen ein Versicherungsverhältnis und ein Leistungsanspruch bestehen. Je nach Mitgliedstaat kann das Versicherungsverhältnis wegen ausstehender Beitragszahlungen, einem fehlenden Versicherungsgrund oder Abwesenheit beendet oder ruhend gestellt werden. In beiden Fällen wird keine EHIC ausgestellt. Eventuell kann durch die Nachzahlung von Beiträgen das Versicherungsverhältnis oder der Leistungsanspruch wieder aufgenommen werden.

2.2.3 Lässt sich der Anspruch auf Sachleistungen auch ohne EHIC nachweisen?

Ja, durch die Provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB). Eine solche Bescheinigung wird manchmal von den Versicherungsträgern im Herkunftsland ausgestellt, wenn die Zeit für die Anfertigung der EHIC nicht reicht.

Die PEB oder auch die EHIC kann von Deutschland aus bei den Versicherungsträgern angefordert werden. Dies geschieht grundsätzlich durch eine freigewählte Krankenkasse (KK). Dafür steht das System EESSI zum elektronischen Datenaustausch zur Verfügung. Die Anfrage erfolgt mit dem Formular S044. Bis zum 1.7.2019 lief noch eine Übergangsfrist, seither müssen alle Krankenversicherungsträger an das System angeschlossen sein. Die Kommunikation über EESSI kann nur durch die KK erfolgen. Deshalb dürfen die Versicherten nicht aufgefordert werden, sich selbst eine Bescheinigung ihrer Versicherung/ihres Gesundheitsdienstes zu beschaffen. Weigert sich eine KK, die Anfrage vorzunehmen, sind Beschwerden an die Deutsche Verbindungsstelle Krankenkassen Ausland (DVKA) zu richten. Es kommt jedoch bei einigen Versicherungsträgern immer wieder zu Problemen bei der Kontaktaufnahme. Siehe dazu die Einzelheiten für bestimmte Mitgliedstaaten.

2.2.4 Welche Besonderheiten gelten in ausgewählten Mitgliedstaaten?



Bulgarien:
In Bulgarien besteht eine nationale Versicherung, der National Health Insurance Fund.

Alle bulgarischen Staatsangehörigen und alle sonstigen Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Bulgarien sind pflichtversichert. Bulgarische Staatsangehörige unterliegen auch dann der Versicherung, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb von Bulgarien haben, solange sie keine zweite Staatsangehörigkeit annehmen. Sie können sich jedoch von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie sich mehr als 183 Tage pro Jahr außerhalb von Bulgarien aufhalten. Kehren sie nach Bulgarien zurück, müssen sie entweder 12 Monatsbeiträge nachzahlen oder sechs Monate warten, bis der Leistungsanspruch wieder besteht.

Bulgarische Staatsangehörige, die in Deutschland leben, müssen ihre Mitgliedsbeiträge regelmäßig bezahlen, sonst ruhen ihre Leistungsansprüche und die EHIC wird nicht ausgestellt oder verlängert. Der Versicherungsstatus kann auf der Homepage der Nationalen Einkommensagentur (nur bulgarisch) – https://inetdec.nra.bg/index.html - geprüft werden. Durch die Nachzahlung von Beiträgen für maximal fünf Jahre kann der Status aktiviert werden und eine Versicherungskarte angefordert werden. Rückwirkend werden keine Kosten übernommen, die entstanden sind, während der Versicherungsschutz ruhte.

Es gibt keine Familienversicherung, für jeden Erwachsenen müssen eigene Beiträge gezahlt werden. Minderjährige sind beitragsfrei versichert, auch wenn der Versicherungsschutz der Eltern ruht. In Bulgarien wird die EHIC für einen Gültigkeitszeitraum von 1 Jahr (Beschäftigte), 5 Jahren (Kinder) und 10 Jahren (Rentner) ausgestellt.

Nationale Kontaktstelle:
National Health Insurance Fund
1, Krichim Str.
1407 Sofia
BULGARIEN
Telefon: +359 2 965 9116
E-Mail: jvatkova@nhif.bg, TBukovski@nhif.bg
www.nhif.bg

Griechenland:
In Griechenland besteht ein staatliches Sozialversicherungssystem auf der Basis von Sachleistungen. Pflichtversichert sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitslose sowie Rentenempfängerinnen und Rentenempfänger. Es besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung.
Die EHIC wird für einen Gültigkeitszeitraum von 1 Jahr (Beschäftigte und Selbständige), 1 – 3 Jahren (Rentner) und 6 Monate (Studierende) ausgestellt.

Nationale Kontaktstelle:
National Organization for the Provision of Health Services – EOPYY
Apostolou Pavlou 12
151 23 Marousi Athens
GRIECHENLAND
Telefon: +30 210 8110935, +30 210 8110936
Fax: +30 210 8110944
E-Mail: ncp_gr@eopyy.gov.gr
www.eopyy.gov.gr

Italien:

In Italien besteht ein steuerfinanzierter nationaler Gesundheitsdienst für alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt oder Erwerbstätigkeit in Italien. Abhängige Familienangehörige sind beitragsfrei einbezogen.
Es gibt in Deutschland sog. Patronate (des Instituto Nationale Confederale di Assistenza; staatlich anerkannte Stellen für Arbeitersozialberatung) an verschiedenen Standorten, die italienische Wanderarbeiterinnen und Wanderarbeiter im Bereich des Arbeits- und Sozialrechts unterstützen und auch bei der Ausstellung von Bescheinigungen der italienischen Versicherung behilflich sein können.
https://www.patronato-inca.eu/de/

Nationale Kontaktstelle:
Ministry of Health
(Ministerio della Salute)
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma
ITALIEN
Telefon: +39 06 59 941
E-Mail: ncpitaly@sanita.it
www.sanita.it

Polen:

Polen verfügt über eine staatliche Einheitsversicherung, in der aber nicht alle Einwohner versichert sind, sondern nur Erwerbstätige, Landwirte, Rentnerinnen und Rentner, Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe, Studierende, Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Reha-Maßnahmen und die Familienangehörigen der Versicherten. Für andere Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung.
Die EHIC wird für einen Gültigkeitszeitraum von maximal 1 Jahr bzw. 5 Jahren (Rentner) ausgestellt. Der Antrag auf Ausstellung einer PEB wird nur bei Angabe der PESEL–Nummer bearbeitet. Die PESEL –Nummer ist dem polnischen Personalausweis oder dem Führerschein zu entnehmen.

Nationale Kontaktstelle:
Krajowy Punkt Kontaktowy ds. transgranicznej opieki zdrowotnej
Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ
ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa
POLEN
Telefon: +48 22 572 61 13
Telefax: +48 22 572 63 19
E-Mail: ca17@nfz.gov.pl
www.kpk.nfz.gov

Rumänien:

Die medizinische Versorgung wird von einem nationalen Versicherungsträger, der „Casa Nationala de Asigurari de Sanatate“ (CNAS) durchgeführt. Zusätzlich gibt für Sondergruppen noch die Krankenkasse der Nationalen Ordnungs- und Sicherheitsinstitutionen (Casa OBSNAJ) und die Krankenkasse des Transportministeriums (CAMTCT).

Auf der Homepage der CNAS (www.cnas.ro) lässt sich unter „Verificare asigurat/Insurant check“ der Versichertenstatus anhand der ID (rum. Cod numeric personal - CNP) ermitteln: **http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html** (nur rumänisch). Zusätzlich wird auch angegeben, ob eine Versichertenkarte ausgestellt wurde.

Alle rumänischen Staatsangehörigen mit Wohnsitz in Rumänien und Ausländerinnen und Ausländer mit gewöhnlichem Aufenthalt sind versichert. Viele Gruppen, u.a. Minderjährige, Arbeitslose sowie Sozialhilfebezieherinnen und Sozialhilfebezieher sind von den Beitragszahlungen befreit. Ehegatten sind beitragsfrei mitversichert.

In Rumänien selbst gelingt es nur in seltenen Fällen, eine EHIC zu erhalten. Das hohe Ausmaß der Korruption auch im Gesundheitswesen scheint dabei eine Rolle zu spielen.

Auch die Versuche der deutschen Krankenversicherungen, eine PEB (Provisorische Ersatzbescheinigung) zu erhalten, sind oft nicht erfolgreich. Die rumänische Versicherung geht bei Anfragen

deutscher Krankenkasse wohl davon aus, dass eine Übersiedlung nach Deutschland und damit eine Aufgabe des gewöhnlichen Aufenthalts in Rumänien erfolgt sind und löscht den Versicherten-Status.

Die EHIC wird für einen Gültigkeitszeitraum von einem Jahr ausgestellt.

Nationale Kontaktstelle:
National Contact Point Cross-border Healthcare
Calea Călăraşilor, nr. 248, bl. S19, sect. 3,
Bucureşti, Romania
Telefon: +40 372 309 135
Telefax: +40 372 309 283
E-Mail: pnc@casan.ro
www.cnas-pnc.ro

Spanien:
In Spanien besteht ein steuerfinanziertes öffentliches Gesundheitssystem (asistencia sanitaria). Der Versicherungsschutz ist abhängig von einem gewöhnlichen Aufenthalt in Spanien. Es besteht eine kostenlose Familienversicherung.

Wird die EHIC oder PEB von Deutschland aus angefordert, wird die Ausstellung oft verweigert. Es wird wohl auch hier vermutet, dass eine Verlagerung des Wohnsitzes erfolgt ist.

Die EHIC wird für einen Gültigkeitszeitraum von 12 Monaten bis zwei Jahren ausgestellt.

Nationale Kontaktstelle:
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid
SPANIEN
Telefon: +34 901 400 100
Telefax: +34 91 59 64 480
E-Mail: infoncpspain@mscbs.es
www.mscbs.gob.es

Eine Übersicht über die Krankenversicherungssysteme, die Mitgliedschaften, Beiträge und Leistungen findet sich unter: **https://www.missoc.org/missoc-information/missoc-vergleichende-tabellen-datenbank/?lang=de.**

2.2.5 Kann der Versicherungsschutz auch nachträglich festgestellt und bereits erbrachte Leistungen abgerechnet werden?

Ja! Der Versicherungsträger im EU-Ausland wird mit dem Antrag auf eine PEB (Formular S044, siehe Anhang) gefragt, seit wann der Versicherungsschutz besteht. Es kommt vor, dass in dem Formular das Datum der Antragstellung oder Ausstellung der PEB eingetragen wird. Dann muss hier eine Korrektur angefordert werden, wenn der Versicherungsschutz schon länger bestand (siehe Mehlhorn 2018, 5.10, S. 301). Bei manchen Versicherungen (u.a. Bulgarien, Rumänien) müssen rückständige Beiträge zunächst nachbezahlt werden, bevor der Versicherungsschutz wieder aktiviert wird. Eine rückwirkende Abrechnung ist dann meist nicht möglich.

Wichtig für Sozialämter und Krankenhäuser:
Wenn der Versicherungsschutz auch für die Vergangenheit bestätigt wird, können die erbrachten Leistungen rückwirkend innerhalb von 12 Monaten seit dem Ende der Behandlung abgerechnet werden (§ 111 SGB X). Die Verjährung tritt erst vier Jahre nach der Abrechnung ein (§ 113 SGB X).

Niedergelassene Ärzte sind nur dann verpflichtet, die Abrechnung über die EHIC vorzunehmen, wenn diese spätestens an dem auf die Behandlung folgenden Arbeitstag vorgelegt wird. Die PEB kann noch bis zum Ende des Quartals nachgereicht werden (KBV, Vertragsärztliche Versorgung, Stand 1.10.2018, 2.9).

Wer als pflichtversichert in Deutschland Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war, obwohl eine vorrangige Versicherung im Ausland bestand (z.B. Studierende), der/dem werden die bereits gezahlten Beiträge zurückerstattet.

2.2.6 Brauchen Familienangehörige eine eigene EHIC?

Ja. Wer mitversicherter Familienangehöriger ist, richtet sich für die Sachleistungsaushilfe nach den Rechtsvorschriften am Wohnort der Versicherten (Art. 1 lit. I Nr. 1 lit. ii VO 883/2004). Bei einem vorübergehenden Aufenthalt ist dies also die Versicherung bzw. der Gesundheitsdienst des Herkunftsstaates (etwas anderes gilt, wenn der Wohnort in Deutschland liegt, siehe 3.2 und 3.4). In den verschiedenen Mitgliedstaaten gibt es unterschiedliche Regelungen zur Versorgung von Familienangehörigen. Eine beitragsfreie Familienversicherung wie in Deutschland gibt es nur in Belgien, Estland (nur Ehepartner), Frankreich (nur minderjährige Kinder), Griechenland, Irland (einkommensabhängig), Italien, Kroatien, Lettland (nur minderjährige Kinder), Luxemburg, Österreich (unter weiteren Voraussetzungen), Polen, Rumänien (nur Ehegatten) (Quelle: Missoc, ohne Gewähr).

In den übrigen Mitgliedstaaten besteht eine individuelle Absicherung für jede einzelne Person, wobei Minderjährige meist beitragsfrei versichert sind.

Bei älteren Kindern und Ehegatten wird jedoch auch geprüft, ob in Hinblick auf eine eigene Erwerbstätigkeit ein Wechsel der Zuständigkeit eingetreten ist (Art. 32 VO 883/2004) und damit eine Versicherungspflicht in Deutschland (siehe für Studierende auch 3.6).

In jedem Fall muss der Versicherungsschutz durch eine eigene EHIC nachgewiesen werden. Der Antrag auf eine EHIC oder PEB kann/muss von einer frei gewählten KK gestellt werden, dabei kann ggf. auf die EHIC der Eltern/eines Elternteils verwiesen werden.

2.2.7 Wann wird die EHIC ungültig?

Die EHIC enthält immer ein Gültigkeitsdatum. Bis zu diesem Datum ist die EHIC selbst dann als gültig zu behandeln, wenn eigentlich schon eine Zuständigkeit der GKV in Deutschland begründet wurde oder durch Beitragsrückstände der Leistungsanspruch nicht mehr besteht. Das ist die sog. Garantiefunktion der EHIC (Art. 5, 24 Abs. 2, Art. 25 Abs. 2 VO 987/2009). Der Versicherungsträger, der die EHIC ausgestellt hat, muss die Kosten übernehmen. Eventuell kann er aber gegenüber den Versicherten selbst Regressansprüche geltend machen. Versicherte bzw. ihre Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind verpflichtet, ihrem Versicherungsträger jede Erwerbstätigkeit vorab anzuzeigen (Art. 15 Abs. 1 VO 987/2009). Die aushelfende KK in Deutschland kann auch bei der Versicherung des anderen Mitgliedstaates nachfragen, ob die Gültigkeit widerrufen werden soll.

Beispiel:
Wanko aus Bulgarien verfügt über eine EHIC mit einer Gültigkeit bis 31.10.2019. Er begibt sich nach Deutschland, mietet zum 1.1.2019 eine Wohnung in Leipzig und beginnt am 1.4.2019 mit einer geringfügigen Beschäftigung im Umfang von 10 Wochenstunden. Die Zuständigkeit der deutschen GKV könnte schon durch die Wohnsitznahme begründet sein. Spätestens jedoch mit Arbeitsaufnahme erlangt Wanko den Status als Arbeitnehmer und damit wird der Versicherungsträger am Ort der Erwerbstätigkeit zuständig (Art. 11 Abs. 3 lit. a) VO 883/2004). Setzt er seine EHIC jedoch bis zum 31.10.2019 weiter ein, so können Ärzte und Krankenhäuser darüber problemlos abrechnen. Es kann Wanko jedoch passieren, dass er anschließend bei Aufnahme in die deutsche GKV als pflichtversichert seit dem 1.1.2019 oder dem 1.4.2019 eingestuft wird und die aufgelaufenen Schulden (siehe 5.1) zahlen muss.

2.2.8 Kann die EHIC verlängert werden, ohne dass die Inhaberinnen und Inhaber in den Mitgliedstaat zurückkehren, in dem die Karte ausgestellt wurde?

Ja. Versicherte können unmittelbar bei ihrem Versicherungsträger die Verlängerung oder Neuausstellung der EHIC beantragen. Sie können sich aber auch an eine KK ihrer Wahl wenden, um über diese den Antrag bei ihrem Versicherungsträger stellen zu lassen.

2.3 Welche Leistungen bekomme ich mit der EHIC?

2.3.1 Welche Leistungsgrundsätze gelten beim Einsatz der EHIC?

Die EHIC berechtigt zu den Sachleistungen, auf die auch Kassenpatientinnen und Kassenpatienten in Deutschland einen Anspruch haben. Ausgenommen sind nur Leistungen, die bis zu der beabsichtigten Rückkehr in das Herkunftsland – bzw. den Staat der Versicherung – zurückgestellt werden können, „ohne die Gesundheit des Betroffenen zu gefährden oder sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen“ (KBV u. GKV: Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1. Juli 2004, in der Fassung vom 1. Oktober 2018, § 1 Abs. 1). Bis 2010 wurden nur Leistungen der Notfallversorgung erbracht, deshalb hält sich bis heute hartnäckig die Annahme, die Leistungen würden nur bei plötzlich auftretenden, schmerzhaften oder lebensgefährlichen Erkrankungen erbracht. Die VO 883/2004 hat die Leistungen jedoch erweitert, sodass nun alle Leistungen zu erbringen sind, die sich nicht auf die Zeit nach der beabsichtigten Rückkehr verschieben lassen (Beschluss Nr. S 3 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit v. 12.6.2009, ABl. EU C-106/40 v. 24.4.2010, Erwägung 2 und 3).

2.3.1.1 Was gilt bei chronischen Krankheiten, die schon bei Einreise bestanden?

Menschen mit chronischen Krankheiten sollen nicht wegen ihrer Erkrankung in der Mobilität eingeschränkt werden. Ihre Behandlung kann deshalb ebenfalls über die EHIC erfolgen. „Dies betrifft nicht nur Behandlungen, die während des Auslandsaufenthalts plötzlich erforderlich werden, sondern auch die Fortsetzung von im Wohnstaat begonnenen Leistungen, die fortgeführt werden müssen, … “ (Europäische Kommission, Erläuterungen zur modernisierten Koordinierung der sozialen Sicherheit, Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009, N-Notwendige Sachleistungen, S. 4). Soweit die Behandlung jedoch in spezialisierten Einrichtungen erbracht werden muss, soll die Patientin und der Patient vorab eine Vereinbarung mit der spezialisierten Einrichtung treffen (siehe 2.3.1.10).

2.3.1.2 Was gilt für einen notwendigen Krankenhausaufenthalt?

In der Regel werden die behandelnden niedergelassenen Ärzte einen Überweisungsschein mit den Angaben zur vorgelegten EHIC bzw. PEB ausstellen. Grundsätzlich ist aber auch eine Selbsteinweisung möglich. Dann muss im Krankenhaus die EHIC bzw. PEB und ein Identitätsnachweis vorgelegt sowie die Patientenerklärung (siehe 2.3.4) ausgefüllt werden.

Können Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in einer Notfallsituation keine EHIC bzw. PEB vorlegen, so haben sie die Möglichkeit, ihren Versicherungsschutz nachträglich durch eine KK ihrer Wahl klären zu lassen (siehe 2.2.4). Die Krankenhäuser sind verpflichtet, Patientinnen und Patienten aus den Mitgliedstaaten darüber zu informieren (DVKA, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Hinweise, 2013, S. 14).

2.3.1.3 Was gilt bei Schwangerschaft und Geburt?

Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (Vorsorgeuntersuchungen, Hebammenhilfe, Entbindung etc.) gelten grundsätzlich als medizinisch notwendige Leistungen (Art. 19 Abs. 2 VO 883/2004, Beschluss Nr. S 3 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit v. 12.6.2009, ABl. EU C-106/40 v. 24.4.2010). Voraussetzung ist aber, dass die Einreise nicht zum Zweck der Niederkunft erfolgte. Die nationale Kontaktstelle schreibt dazu:

„Wichtig für eine Kostenübernahme im Rahmen der Europäischen Krankenversicherungskarte ist nur, dass der Bezug von medizinischen Leistungen während der Schwangerschaft oder bei der Entbindung nicht der einzige Grund für Ihren Aufenthalt in Deutschland ist.“ (**https://www.eu-patienten.de** , unter dem Stichwort „Schwangerschaft“ mit weiteren konkreten Hinweisen)

Wer sich also in Deutschland aufhält, um im Zusammenhang mit der Geburt auf die Unterstützung seiner Familie oder des Kindesvaters zurückzugreifen, kann alle erforderlichen Sachleistungen (keine Haushaltshilfe) über die EHIC erhalten.

2.3.1.4 Was gilt bei Schwangerschaftsabbrüchen?

Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs werden abgesehen von medizinischen oder kriminologischen Indikationen nicht von der GKV übernommen, also auch nicht als Sachleistungsaushilfe erbracht.

Frauen mit Wohnsitz in Deutschland (hier reicht die Meldeanschrift) und niedrigem Einkommen (bis zu 1.142 € für Alleinstehende) erhalten die Kosten für den Abbruch über eine KK ihrer Wahl, der die Kosten vom jeweiligen Bundesland erstattet werden (§ 22 SchKG). Es handelt sich also nicht um eine Sachleistungsaushilfe, sondern eine davon unabhängige Leistung. Umfassende Beratung bieten die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen (https://**www.familienplanung.de/beratung/beratungsstellensuche**).

2.3.1.5 Was gilt für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen?

Während eines vorübergehenden Aufenthalts sind Zahnersatz-Leistungen und kiefernorthopädische Behandlungen in der Regel nicht notwendig. Ausnahmen können aber bestehen, wenn die Behandlung erforderlich ist, um Schmerzen oder etwa eine wesentliche Verformung des Kiefers zu vermeiden. Auch bei längeren Aufenthalten kann sich die Versorgung mit Zahnersatz als notwendig erweisen. Die Entscheidung treffen die behandelnden Zahnärzte. Dagegen ist die Behandlung von schmerzhaften Zahnerkrankungen generell nicht aufschiebbar.

2.3.1.6 Was gilt für Heilmittel wie Physiotherapie und Hilfsmittel wie Prothesen?

Hier ist eine generelle Aussage kaum möglich. Es kommt auf den Zweck der Behandlung und auf die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts an. Wenn nach einer notwendigen Operation Therapien erforderlich sind, um die Bewegungsfähigkeit wiederherzustellen, so sind diese meist nicht aufschiebbar. Das gilt z.B. auch für Kompressionsstrümpfe zur Vermeidung einer Thrombose. Dagegen kann das Einsetzen künstlicher Gelenke (Hüfte, Knie etc.) häufig aufgeschoben werden; manchmal sind sie aber sofort notwendig, um die Mobilität zu erhalten. Die behandelnde Fachärztin und der behandelnde Facharzt trifft die Entscheidung, ob eine Behandlung während des voraussichtlichen Aufenthalts erforderlich ist (Europäische Kommission, Erläuterungen zur modernisierten Koordinierung der sozialen Sicherheit. Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009, N-Notwendige Sachleistungen, S. 1).

2.3.1.7 Was gilt für Impfungen?

Impfungen für Erwachsene sind bei einem vorübergehenden Aufenthalt in der Regel nicht abgedeckt, es sei denn sie sind aus Gründen der öffentlichen Gesundheit erforderlich oder in Hinblick auf eine längere Aufenthaltsdauer erforderlich. Die Impfungen für Kinder sind schon in Hinblick auf die öffentliche Gesundheit erforderlich und können daher über die EHIC abgerechnet werden.

2.3.1.8 Was gilt, wenn Pflegeleistungen erforderlich werden?

Pflegeleistungen gelten im Rahmen der Sozialrechtskoordinierung als Leistungen bei Krankheit (EuGH vom 5.3.1998 – C-160/96 Molenaar). „Im Rahmen der Leistungsaushilfe entfällt die Prüfung der Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 SGB XI." (Gemeinsames Rundschreiben zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 13.02.2018, S. 14) Für die Sachleistungsaushilfe wird allein auf die Versicherteneigenschaft abgestellt. Da nur Pflegesachleistungen gewährt werden, kann nur ambulante Pflege durch einen Pflegedienst, stationäre Pflege, Pflegehilfsmittel und Maßnahmen der Wohnraumanpassung gewährt werden.

Der Antrag ist über eine selbstgewählte KK zu stellen. Pflegegeld kann nur bei der eigenen Versicherung im Herkunftsland beantragt werden, es ist jedoch nur in sehr wenigen Systemen der Mitgliedstaaten vorgesehen, so z.B. in Österreich. Auch die Verhinderungspflege (Erstattung der Aufwendungen bei vorübergehender Verhinderung des pflegenden Angehörigen) ist als Geldleistung zu werten (BSG, Urteil vom 20.04.2016 – B 3 P 4/14 R, Rn. 36), ebenso das Pflegeunterstützungsgeld (Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt für bis zu zehn Tage) nach § 44a SGB XI. Beides wird in Deutschland nicht als Sachleistung mit der EHIC erbracht.

2.3.1.9 Was gilt für Zuzahlungen bzw. Eigenanteile?

Bei Verwendung der EHIC in Deutschland müssen dieselben Zuzahlungen oder Eigenanteile geleistet werden, wie sie für gesetzlich Versicherte festgelegt sind.

2.3.1.10 Was gilt für Leistungen in spezialisierten Einrichtungen (u.a. Nierendialyse, Chemotherapie)?

Derartige Behandlungen müssen ebenfalls erbracht werden, wenn sie während eines vorübergehenden Aufenthalts erforderlich werden. Die Betroffenen sollen aber, wenn die Behandlung bereits vor der Einreise nach Deutschland absehbar ist, eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer (der besonderen medizinischen Einrichtung) treffen, um die Verfügbarkeit

sicherzustellen. Es handelt sich dabei aber nicht um eine Genehmigungspflicht wie bei der Einreise zum Zweck der Behandlung.

In der Vereinbarung der KBV und der GKV heißt es dazu:

„Die Inanspruchnahme von Dialysebehandlung oder Sauerstofftherapie oder einer anderen lebenswichtigen medizinischen Behandlung, die nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen verfügbar ist oder in Einrichtungen, die mit entsprechenden Geräten und/oder entsprechendem Fachpersonal ausgestattet sind, kann von einer vorherigen Vereinbarung zwischen dem im Ausland Versicherten und der die medizinische Leistung erbringenden Einrichtung abhängig gemacht werden, um sicherzustellen, dass die Behandlung während des vorübergehenden Aufenthalts des im Ausland Versicherten in Deutschland verfügbar ist." (Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1. Juli 2004, in der Fassung vom 1. Oktober 2018, § 1 Abs. 2).

2.3.1.11 Was gilt für Dolmetscherkosten?

Die Kosten einer für den Heilerfolg erforderlichen Sprachmittlung sind nicht im Leistungsspektrum der GKV enthalten, weil es sich nicht um Tätigkeiten handelt, die der ärztlichen Berufsausübung zuzurechnen sind (grundlegend BSG, Urteil vom 19.7.2006 – B 6 KA 33/05 B; so auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23.1.2018 – L 4 KR 147/14). Sie können deshalb auch nicht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe übernommen werden.

Die Sozialrechtskoordinierung (Art. 76 Abs. 7 VO 883/2004) verpflichtet EU-weit nur dazu, im sozialrechtlichen Verfahren (z.B. Kommunikation mit der KK) alle EU-Sprachen zu akzeptieren, also Anträge oder Schreiben in einer anderen EU-Sprache zu bearbeiten. Die Verpflichtung der Sozialleistungsträger, alle Amtssprachen der EU zu akzeptieren, ist dem Gesetzeszweck entsprechend auch auf die mündliche Kommunikation zu erstrecken (so auch BA, Weisung 201611028 vom 21.11.2016 – Inanspruchnahme von Dolmetscher- und Übersetzungsdiensten, **https://con.arbeitsagentur.de/prod/apok/metasuche/suche/information?volltext=Weisung%20201611028%20vom%2021.11.2016**). Davon wird aber nur das Sozialverwaltungsverfahren, nicht aber die medizinische Behandlung erfasst.

Für die Heilbehandlung werden Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, auch wenn sie SGB II-Leistungen beziehen, darauf verwiesen, die Kosten der Sprachmittlung selbst zu tragen. Sind sie dazu finanziell nicht in der Lage, kommt nur die Übernahme durch das Sozialamt nach § 73 SGB XII in Frage (bislang nur: SG Hildesheim vom 1.12.2011 – S 34 SO 217/10).

2.3.2 Kann die EHIC auch verwendet werden, wenn die Einreise nach Deutschland erfolgt, um sich hier behandeln zu lassen?

Nein. Für eine geplante medizinische Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat wird eine Genehmigung des Versicherungsträgers im Herkunftsstaat benötigt. Der Versicherungsträger händigt dafür das Formular S2 (bisher E 112) aus.

In der Patientenerklärung (siehe 2.3.4) wird auch danach gefragt, ob die Einreise zum Zweck der Behandlung erfolgte. Wird diese Frage bejaht, dürfen Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser die Behandlung ablehnen oder von einer Kostenübernahme abhängig machen, es sei denn, es liegt ein medizinischer Notfall vor. Wenn sich Schwangere nach Deutschland begeben, um hier während der Schwangerschaft, der Entbindung und der Nachbetreuung familiäre Hilfe oder die Hilfe des Kindesvaters in Anspruch zu nehmen, liegt der Zweck der Reise in der Familienunterstützung und ist nicht allein auf die medizinische Versorgung ausgerichtet. Die EHIC kann deshalb zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft, zur Entbindung, Hebammenhilfe etc. eingesetzt werden.

Die Einreise zum Zweck der Behandlung kann seit 2013 auch nach den Regelungen der Patientenrichtlinie 2011/24/EU erfolgen. Allerdings müssen die Patienten in Vorleistung treten und erhalten nur den Betrag von ihrer Versicherung erstattet, der bei einer Behandlung im Staat der Versicherung angefallen wäre.

2.3.3 Wie erfolgt die Abrechnung auf Grundlage der EHIC?

Die EHIC wird direkt bei den Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern vorgelegt. Sie kann aber nicht maschinell eingelesen werden.

Zusätzlich muss das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (siehe Anhang) ausgefüllt werden. Es steht allen Ärztinnen und Ärzten im „Praxisverwaltungssystem“ auch in Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Kroatisch, Niederländisch, Polnisch, Rumänisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch zur Verfügung. In dem Formular muss eine KK ausgewählt werden, über die die Abrechnung erfolgen soll. Die Wahl der KK bleibt für die gesamte Behandlung verbindlich und kann nicht gewechselt werden (KBV u. GKV, Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1. Juli 2004, Stand 1.10.2018, § 1 Abs. 4). Es wird auch nach dem Datum der beabsichtigten Rückkehr gefragt. Wenn dieses Datum nicht feststeht, sollte nicht das frühestmögliche, sondern das späteste mögliche Datum gewählt werden. Sonst könnte eine Behandlung in Hinblick auf die Rückkehr in den Wohnsitz-Staat abgelehnt werden.

Auch ein Pass oder Personalausweis muss zum Nachweis der Identität vorgelegt werden.

Die Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Leistungserbringer stellen der ausgewählten KK die Kosten im selben Umfang wie bei Kassenpatientinnen und Kassenpatienten in Rechnung. Die Kassen zahlen unabhängig davon, ob es ihnen gelingt, die ausgelegten Beträge von der Versicherung in dem anderen Mitgliedstaat erstattet zu bekommen.

Kennen sich Arzthelferinnen und Arzthelfer oder Krankenhausverwaltungen mit dem Prozedere nicht aus, so kann auf die Informationsseite der DVKA (www.dvka.de) und entsprechende Merkblätter verwiesen werden:

https://www.dvka.de/media/dokumente/leistungserbringer/Merkblatt_EHIC.pdf

https://www.dvka.de/media/dokumente/leistungserbringer/Merkblatt_Krankenhaeuser.pdf

https://www.dvka.de/media/dokumente/leistungserbringer/Merkblatt_Zahnaerzte.pdf

Die Verordnung von Medikamenten, Heil- oder Hilfsmitteln wird von den Ärzten auf den üblichen Formularen vorgenommen. Zusätzlich zu den Personaldaten und dem Institutionskennzeichen der gewählten deutschen Krankenkasse wird eingefügt „die Ziffer 1 für die Angabe „Versichertenart“ (FK 3108) und die Ziffer 7 für die Angabe „Besondere Personengruppe“ (FK 4131) ein (im Personalienfeld Positionen 2 und 4 im Feld „Status“ / Druckzeile 6, Positionen 24 und 26).“ (**http://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_krankenversichert_Ausland.pdf**, aufgerufen 20.1.2019).

2.3.4 Was kann ich tun, wenn meine EHIC nicht akzeptiert wird?

In vielen Fällen hilft bereits ein Verweis auf die Informationen der DVKA für die jeweilige Berufsgruppe, siehe 2.3.4.

Insbesondere in Krankenhäusern kommt es darauf an, mit den zuständigen Verwaltungsmitarbeiterinnen und Verwaltungsmitarbeitern oder der Verwaltungsleitung zu sprechen.

Auch kann eine selbstgewählte KK um Unterstützung gebeten werden.

Wird die Karte von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dennoch nicht akzeptiert, bestehen folgende Möglichkeiten:

Kassenärztliche Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und stellen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie sind nach Regionen geordnet und können im Internet für die verschiedenen Bundesländer ermittelt werden.
Alle Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen über ein Beschwerdemanagement, das Verfahren wird meist auf der Homepage erläutert oder kann sonst telefonisch erfragt werden.

SOLVIT

Falls es Schwierigkeiten mit einer Behörde oder GKV in Deutschland gibt und die Betroffenen der Ansicht sind, dass die Regelungen des EU-Rechts nicht eingehalten wurden, kann die kostenlose **Service-Einrichtung SOLVIT** *helfen:* ***http://ec.europa.eu/solvit/index_de.htm****.*
SOLVIT soll den Betroffenen helfen, die Rechte der EU bei den Behörden durchzusetzen. Dazu gibt es ein Online-Formular in allen Sprachen der EU. Innerhalb einer Woche soll SOLVIT Kontakt mit den Betroffenen aufnehmen.

3 Gesundheitsversorgung durch Sachleistungsaushilfe bei einem längerfristigen Aufenthalt für bestimmte Personengruppen

Unionsbürgerinnen und Unionsbürger mit einem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland (siehe 2.1.3) müssen normalerweise in Deutschland gesetzlich oder privat versichert sein. Es gibt jedoch bestimmte Gruppen (Rentnerinnen und Rentner, Grenzgängerinnen und Grenzgänger), für die Sonderregelungen durch die EU-Sozialrechtskoordinierung bestimmt werden. Auch gibt es Personen, die sich längerfristig, aber dennoch vorübergehend in Deutschland aufhalten (Entsandte, Studierende).

Für alle im Folgenden **nicht** aufgeführten Personen bleibt es bei dem Grundsatz, dass die KV dem Recht am Ort der Erwerbstätigkeit und – soweit keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen wird – am Ort des gewöhnlichen Aufenthalts folgt (siehe 2.1).

3.1 Können Rentnerinnen und Rentner mit einer Rente aus einem anderen Mitgliedstaat dauerhaft Gesundheitsleistungen in Deutschland in Anspruch nehmen?

In allen Mitgliedstaaten gilt die Regel, dass Bezieherinnen und Bezieher einer staatlichen (oder staatlich organisierten) Rente auch in das System der öffentlichen Krankenversicherung einbezogen werden. In Deutschland gilt dies nicht für vorher überwiegend Privatversicherte.

Grundsatz: Krankenversicherung folgt Rente

Dieser Grundsatz bleibt erhalten, wenn Rentnerinnen und Rentner ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat verlegen (Art. 24 VO 883/2004).

- Rentnerinnen und Rentner, die ausschließlich eine Rente aus einem anderen Mitgliedstaat beziehen, bleiben in diesem Staat versichert, wenn sie ihren Wohnsitz nach Deutschland verlegen.

Beispiel:
Filomela, 74 Jahre alt, griechische Staatsangehörige, hat bislang ausschließlich in Griechenland gelebt. Sie bezieht eine griechische Rente von knapp 500 €. Ihr Sohn lebt mit seiner Familie in Stuttgart und Filomela möchte zu ihm übersiedeln. Sie bleibt auch dann in der griechischen gesetzlichen Versicherung, wenn sie endgültig nach Stuttgart zieht und kann in Deutschland die Leistungen der GKV einschließlich der Pflegesachleistungen (nicht Pflegegeld) als Sachleistungsaushilfe in Anspruch nehmen.

- Auch Personen, die schon längere Zeit in Deutschland leben, hier aber nie gearbeitet haben und nun ausschließlich eine Rente aus einem anderen Mitgliedstaat beziehen, sind über diese Rente in den Versicherungsschutz des anderen Mitgliedstaates einbezogen. Eine in Deutschland bestehende Familienversicherung oder Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (s. 4.2.17) endet; eine bestehende Privatversicherung kann gekündigt werden.

- Bei Personen, die eine deutsche Rente und eine Rente eines anderen Mitgliedstaates (oder auch mehrere Renten aus verschiedenen Staaten) beziehen, folgt die KV der deutschen Rente, wenn

der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland liegt (Art. 23 VO 883/2004). Besteht keine Pflichtversicherung als Rentenbezieherin und Rentenbezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V, weil die Vorversicherungszeiten in Deutschland nicht erfüllt wurden, können die Zeiten eines gesetzlichen Versicherungsschutzes in einem anderen Mitgliedstaat entweder für die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 SGB V angerechnet werden oder es greift die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Voraussetzung ist dabei immer, dass vor dem Rentenbezug keine Privatversicherung bestand. Dagegen tritt die Zugangssperre nach § 5 Abs. 11 SGB V auch dann nicht, wenn kein materielles Aufenthaltsrecht besteht (vor allem wenn die Rente den Lebensunterhalt nicht abdeckt). Die Ausnahme von der Zugangssperre nach § 5 Abs. 11 SGB V ergibt sich aus Art. 23 VO 883/2004, wonach sich die Zuständigkeit des deutschen Krankenversicherungssystems aus dem Wohnort und dem Bezug (auch) einer deutschen Rente ergibt (GKV, RdSchr. 18e vom 14.12.2018, A.2.4.2.2).

- Leben Rentnerinnen und Rentner in Deutschland und beziehen Renten aus zwei anderen Mitgliedstaaten, aber keine deutsche Rente, so folgt die KV der Rente, für die eine längere Beitragszeit besteht. Bei gleich langen Beitragszeiten der Rente, für die zuletzt Beiträge erbracht wurden (Art. 24 Abs. 2 lit. b) VO 883/2004).

- Probleme bereitet die Versicherung von Rentnerinnen und Rentnern, die nur eine Rente aus einem anderen Mitgliedstaat beziehen, in Deutschland aber geringfügig beschäftigt sind. Auch für Rentnerinnen und Rentner gilt der Grundsatz, dass die Zuständigkeit der KV durch eine Erwerbstätigkeit begründet wird (Art. 11 Abs. 3 lit. a) i.V.m. Art. 31 VO 883/2004). Die GKV vertritt die Auffassung, dass mit jeder noch so geringfügigen Erwerbstätigkeit die Zuständigkeit des deutschen Versicherungssystems entsteht und eine freiwillige Weiterversicherung nach § 9 Abs. 1 SGB V (bei Anrechnung der Vorversicherungszeiten in dem anderen Mitgliedstaat) beantragt werden muss oder nachrangig die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eintritt. Diese Auffassung lässt sich anzweifeln, ist aber die Grundlage für die Entscheidungen der KK.

Beispiel 1:
Lorenzo, 65 Jahre alt, italienischer Staatsangehöriger, hat von 1974 bis 1990 in München gearbeitet und in die deutsche RV einbezahlt. Dann ist er nach Italien zurückgekehrt. Er war dort bis zu seinem 65. Geburtstag beschäftigt und hat Rentenansprüche erworben. Jetzt möchte er nach Bochum übersiedeln, weil zwei seiner Kinder dort leben. Lorenzo hat Ansprüche aus der deutschen und aus der italienischen RV. Die KV folgt der gesetzlichen Rente aus Deutschland, weil hier der gewöhnliche Aufenthalt von Lorenzo liegt. Da Lorenzo nicht unter die Versicherung für Rentenbezieherinnen und Rentenbezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V fällt, kann er sich entweder freiwillig versichern oder fällt in die Auffangversicherung. Obwohl sein Aufenthaltsrecht nach § 4 Freizügigkeitsgesetz/EU davon abhängig ist, dass sein Lebensunterhalt gesichert ist und ein Krankenversicherungsschutz besteht, gilt für ihn die Zugangssperre zur Auffangversicherung nach § 5 Abs. 11 SGB V nicht.

Beispiel 2:
Gabriela, spanische Staatsangehörige, 70 Jahre alt, bezieht nur eine spanische Rente. Sie zieht nach Mannheim zu ihren Kindern. Durch die Rente ist sie auch in Spanien versichert. Nun nimmt sie eine Nebentätigkeit als Zeitungszustellerin (einmal wöchentlich) auf, durch die sie 120 € monatlich verdient. Sie müsste nun in die deutsche GKV wechseln und einen Mindestbeitragssatz von ca. 180 € monatlich zahlen.

Wer den Versicherungsschutz von einer Rente in einem anderen Mitgliedstaat ableitet, muss sich bei einer freigewählten KK registrieren lassen (Art. 24 Abs. 1 VO 987/2009). Die Versicherung im Staat des Rentenbezugs wird durch die Bescheinigung S1 (siehe Anhang, zuvor E 121) nachgewiesen. Personen, die schon in Deutschland leben und keine entsprechende Bescheinigung besitzen, lassen diese durch die KK anfordern. Ist unklar, welche Versicherung zuständig ist, so kann dies durch eine Nachfrage bei der Verbindungsstelle des jeweiligen

(bzw. bei mehreren Renten auch mehrerer) Staates geklärt werden (Verzeichnis der Verbindungsstellen im Anhang).

Die aushelfende KK in Deutschland stellt auf der Grundlage der S1-Bescheinigung eine Gesundheitskarte aus, die derjenigen für Versicherte entspricht, allerdings keine EHIC enthält. Es wird kein Versicherungsstatus begründet, die Karte dient nur der Abrechnung mit der GKV.

Hinweis:
Die Gesundheitskarte vermittelt nur Ansprüche auf Sachleistungen, dazu gehören auch Pflegeleistungen. Geldleistungen, insbesondere Pflegegeld, werden nicht erbracht.

3.2 Können auch Familienangehörige von Rentnerinnen und Rentnern Sachleistungsaushilfe in Deutschland erhalten?

Familienangehörige mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland von Rentnerinnen und Rentnern, die ebenfalls ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und über ihre ausländische Rente Sachleistungsaushilfe erhalten, werden in die Sachleistungsaushilfe einbezogen, wenn sie nach deutschem Recht familienversichert sind (Art. 1 lit. i Nr. 1 lit. ii VO 883/2004, § 10 SGB V). Erfasst werden Ehegatten, Kinder und Pflegekinder bis zum 18. Lebensjahr bzw. bis zum 23. Lebensjahr ohne Erwerbstätigkeit und bis zum 25. Lebensjahr in Ausbildung sowie die Kinder der versicherten Kinder. Ohne Altersbegrenzung versichert sind Kinder mit einer Behinderung, die vor dem 25. Lebensjahr eingetreten ist, und durch die sie an einer existenzsichernden Erwerbstätigkeit gehindert sind. Die Familienangehörigen müssen nicht mit der Rentnerin und dem Rentner zusammenleben, sie müssen sich aber an die KK wenden, der die S1-Bescheinigung der Stammberechtigten und des Stammberechtigten vorliegt.

Beispiel:
Kristian lebt mit einer bulgarischen Rente in Deutschland bei seiner 30-jährigen Tochter in Hannover. Auf der Grundlage der vorgelegten S1-Bescheinigung hat er von der Barmer eine Gesundheitskarte erhalten. Nun beginnt sein 20-jähriger Sohn ein Studium in Jena. Er wendet sich an die Vertretung der Barmer in Jena und verweist auf die Kartennummer seines Vaters. Auch er erhält eine Gesundheitskarte der Barmer als Familienangehöriger (beitragsfrei).

Familienangehörige mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland von Personen, die im EU-Ausland leben und dort als Rentnerinnen und Rentner versichert sind, erhalten in Deutschland Sachleistungsaushilfe, wenn sie der Familienversicherung der Rentnerin und des Rentners in einem anderen Mitgliedstaat angehören (Art. 26 VO 883/2004). Um dies festzustellen, können die Familienangehörigen oder eine von ihnen beauftragte KK ihrer Wahl einen Antrag auf dem Formblatt S017 (siehe Anhang) an die Versicherung im Herkunftsstaat stellen.

Beispiel:
Vincent erhält in Schweden eine Altersrente und lebt in Stockholm. Seine Ehefrau Majken trennt sich (ohne Scheidung) von Vincent und begibt sich nach Deutschland, wo sie eine dreijährige Ausbildung als Psychotherapeutin (kein Status als Arbeitnehmerin oder Studentin) absolviert. Sie kann sich von der Versicherung von Vincent bescheinigen lassen (Antrag S017), dass sie familienversichert ist und erhält dann von einer KK ihrer Wahl eine Gesundheitskarte.

3.3 Wie sind Grenzgängerinnen und Grenzgänger versichert?

Grenzgängerinnen und Grenzgänger sind Personen, die in einem Mitgliedstaat wohnen und in einem anderen arbeiten. Es muss sich nicht immer um zwei angrenzende Staaten handeln; entscheidend ist, dass mindestens einmal wöchentlich an den Wohnort zurückgekehrt wird. Für die KV ist der Träger am Arbeitsort zuständig. Gesundheitsleistungen können sie aber sowohl in dem Land in Anspruch nehmen, in dem sie versichert sind als auch in dem Land, in dem ihr Wohnsitz liegt.

Liegt der **Arbeitsort im europäischen Ausland** und der Wohnort in Deutschland, so lassen sie sich von ihrer KV am Arbeitsort eine S1-Bescheinigung (siehe Anhang) ausstellen und erhalten von einer frei gewählten KK eine Gesundheitskarte. Familienangehörige (Personenkreis nach § 10 SGB V) werden in den Versicherungsschutz in Deutschland einbezogen und erhalten eine eigene Gesundheitskarte, solange sie nicht selbst versichert sind (Art. 18 Abs. 2 VO 883/2004). Liegt der Arbeits- und Versicherungsort in Dänemark, Irland, Kroatien, Finnland, Schweden oder im Vereinigten Königreich, so haben die Familienangehörigen nur in Deutschland (Wohnort) einen Leistungsanspruch (Anhang III zur VO 883/2004).

Liegt der **Arbeitsort in Deutschland**, sind Beschäftigte in der GKV versichert, Selbständige eventuell freiwillig in der GKV (siehe 4.3). Sie können sich aber auch an ihrem Wohnort behandeln lassen und erhalten dafür eine Karte des dortigen Versicherungsträgers.
Das doppelte Leistungsrecht gilt auch für Rentnerinnen und Rentner, wenn eine Behandlung im Beschäftigungsstaat fortgesetzt wird, die schon vor dem Renteneintritt begonnen wurde (Art. 28 VO 883/2004). Hier wird die S 3-Bescheinigung ausgestellt.

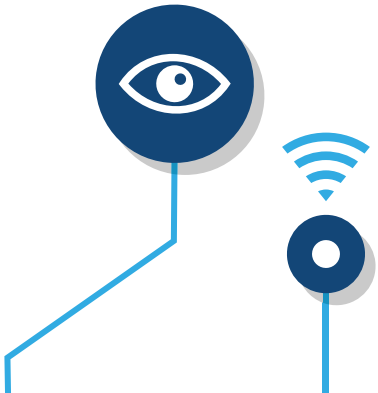
Beispiel:
Fatima arbeitet in Nimwegen (Niederlande) und wohnt in Kleve (Deutschland). Sie ist in der niederländischen gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Fatima wendet sich an die AOK in Kleve und lässt sich unter Vorlage des Formulars S1 eine Gesundheitskarte ausstellen. So kann sie alle medizinischen Leistungen auch in Deutschland in Anspruch nehmen. Ihr Ehemann, der in Deutschland nur geringfügig arbeitet, kann ebenfalls eine Gesundheitskarte der AOK erhalten.

Fatima geht 2019 in Altersrente, bleibt in Kleve wohnen und bezieht sowohl eine deutsche als auch eine niederländische Rente. Sie wurde bisher von einer Ärztin in Nimwegen wegen ihres Diabetes behandelt. Sie kann diese Behandlung fortsetzen.

3.4 Wie werden Familienangehörige versichert, wenn die/der Stammberechtigte in einem anderen Mitgliedstaat versichert ist?

Hinweis:
Familienangehörige von Unionsbürgerinnen und Unionsbürger können selbst sowohl Unionsbürgerinnen und Unionsbürger als auch Drittstaatsangehörige sein. Für sie gilt das EU-Recht nicht wegen ihrer Staatsangehörigkeit, sondern wegen des Familienbezugs zu Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern.

Personen, die als Familienangehörige von Versicherten bei diesen mitversichert sind, können in Deutschland Sachleistungsaushilfe in Anspruch nehmen, auch wenn sie hier ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben (Art. 17 VO 883/2004). Voraussetzung ist ein Versicherungsschutz in der Eigenschaft als Familienangehöriger (falls im nationalen Recht keine darüberhinausgehenden Regelungen getroffen wurden: Ehegatten, minderjährige Kinder und Kinder, denen Unterhalt gewährt wird, Art. 1 lit. 1 Nr. 2 VO 883/2004) in dem Mitgliedstaat, in dem die Stammberechtigte und der Stammberechtigte versichert bzw. leistungsberechtigt ist. Für die Sachleistungsaushilfe in Deutschland benötigen sie eine Bescheinigung S072 (bzw. E109), die über eine freigewählte KK beim Versicherungsträger angefordert werden kann.



Beispiel:
Jurek, 12 Jahre alt, lebt mit seiner Mutter, serbische Staatsangehörige, nicht erwerbstätig, geduldet, in Deutschland. Sein Vater Theo ist polnischer Staatsangehöriger, lebt und arbeitet in Danzig und ist gesetzlich krankenversichert. Familienangehörige sind in der polnischen Versicherung kostenfrei mitversichert. So ist auch Jurek mitversichert, obwohl er seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat. Seine Mutter kann sich an eine beliebige KK wenden, die dann die Versicherungsbescheinigung S072 bei der polnischen Versicherung anfordert.

Ist nur ein Elternteil in einem anderen Mitgliedstaat versichert und der andere in Deutschland Mitglied der GKV (auch freiwillig), so hat die deutsche Familienversicherung Vorrang (Art. 32 Abs. 2 VO 883/2004; Zweifel äußert Bieback in Fuchs 2018, Art. 32 Rn. 9).

Beispiel (Fortsetzung):
Die Mutter von Jurek nimmt in Deutschland eine sozialversicherte Beschäftigung auf. Jurek ist nun über die Mutter familienversichert. Die polnische Familienversicherung endet.

Beziehen Ehegatten und Kinder ab 15 Jahren allerdings SGB II-Leistungen, so werden sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a und Abs. 5a Satz 2 SGB V selbst pflichtversichert, es sei denn, sie waren zuvor privat versichert. Sozialgeldempfänger bleiben weiter familienversichert.

3.5 Unter welchen Voraussetzungen können entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Gesundheitsleistungen in Deutschland in Anspruch nehmen?

Erfasst werden hier nicht nur Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, sondern auch Drittstaatsangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat beschäftigt und sozialversichert sind. Entsandte Arbeitskräfte müssen zuvor mindestens einen Monat in diesem anderen Mitgliedstaat beschäftigt gewesen sein, nicht jedoch zwingend beim gleichen Arbeitgeber (Art. 14 VO 987/2009, Beschluss Nr. A2 der Verwaltungskommission). Sie dürfen höchstens für 24 Monaten an einem Arbeitsort in Deutschland eingesetzt werden (Art. 12 Abs. 2 VO 883/2004) und dabei keine andere entsandte Arbeitskraft ablösen, selbst wenn diese von einem anderen Betrieb entsandt wurde (EuGH vom 6.9.2018 – C-527/16).

Entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterliegen gemäß Art. 12 Abs. 1 VO 883/2004 weiterhin den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates, in dem sie gewöhnlich tätig sind. Dieser Mitgliedstaat stellt ihnen die Bescheinigung A1 (siehe Anhang) aus, mit der ihr Versichertenstatus bescheinigt wird. Diese Bescheinigung müssen sie immer bei sich führen.

Leider kommt es immer wieder zur Ausstellung der A1-Bescheinigung, obwohl die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Herkunftsland nicht ordnungsgemäß versichert sind. Die vom zuständigen Träger eines Mitgliedstaates ausgestellten Dokumente sind jedoch für die Sozialleistungsträger in Deutschland so lange verbindlich, wie sie nicht für ungültig erklärt werden. Bei Zweifeln muss die deutsche KK zunächst ein Dialogverfahren mit der Versicherung im Herkunftsstaat durchführen (Art. 76 Abs. 6 VO 987/2009), dann erst kann die Verwaltungskommission der EU-Kommission angerufen werden. Nur wenn ein Missbrauch oder Betrug nachgewiesen wird, dürfen Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland trotz einer A1-Bescheinigung eingezogen werden (EuGH, Urteil vom 06.02.2018 — C-359/16 Rn. 55 f.; EuGH , Urteil vom 11.07.2018 — C-356/15).

Werden entsandte Arbeitnehmerinnen in Deutschland schwanger, so gelten für sie die deutschen Mutterschutzregelungen (MSchG). Der Mutterschutzlohn muss vom entsendenden Arbeitgeber gezahlt werden. Es besteht kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld in Deutschland (§ 2 AEntG, §§ 18, 19 Nr. 6, 1 Abs. 2 MSchG).

Die Familienangehörigen von Entsandten sind nach den Regeln der KV des Herkunftsstaates versichert und müssen sich eine eigene EHIC ausstellen lassen.
In einigen Großstätten gibt des spezialisierte Beratungsstellen für entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, „Faire Mobilität“ (**http://www.faire-mobilitaet.de**), die vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) organisiert werden; für die Beratung ist eine Mitgliedschaft in der Gewerkschaft nicht erforderlich.

Hinweis:
*Auch bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bleibt der Versicherungsträger im Entsendestaat zuständig. Die in Deutschland erforderlichen Sachleistungen werden vom zuständigen Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften, Kommunen etc.) erbracht und über die Verbindungsstelle der Unfallversicherung mit dem Versicherungsträger im Entsendestaat abgerechnet (**https://www.dguv.de/de/internationales/deutsche_verbindungsstelle/index.jsp**).*

Auch Selbständige fallen unter die Entsenderegelungen, wenn sie in einem anderen Mitgliedstaat ein Gewerbe oder eine freiberufliche Tätigkeit seit mindestens zwei Monaten betreiben und vorübergehend in Deutschland Dienstleistungen erbringen. Auch sie müssen die A1-Bescheinigung mitführen.

3.6 Können Studierende auch während eines mehrjährigen Studiums weiter im Herkunftsland versichert bleiben?

Der Aufenthalt zu Studienzwecken in einem anderen Mitgliedstaat gilt als „vorübergehender Aufenthalt" im Sinne der Koordinierungsverordnung 883/2004 (siehe 2.1.3), auch wenn er mehrere Jahre andauert. Voraussetzung ist jedoch, dass weiterhin ein Bezug zur Familie im Herkunftsland besteht und eine Rückkehr nach dem Ende des Studiums oder zu einem früheren Zeitpunkt beabsichtigt ist. Auch Unterhaltsleistungen der Eltern sprechen für einen gewöhnlichen Aufenthalt am Wohnort der Eltern (Art. 11 VO 987/2009).

Studierende können deshalb während des gesamten Studiums in ihrem Herkunfts-Mitgliedstaat versichert bleiben. Wegen der langen Aufenthaltsdauer können sie sich an eine freigewählte KK in Deutschland wenden, um eine Gesundheitskarte zu erhalten, mit der sie die Leistungen der GKV uneingeschränkt in Anspruch nehmen können.

Kompliziert wird es, wenn Studierende aus anderen Mitgliedstaaten während ihres Studiums in Deutschland einer Nebentätigkeit nachgehen. Sie sind dann sowohl Studierende als auch Erwerbstätige (EuGH vom 21.2.2013 – C 46/12 *Styrelsen*). Bezahlte Praktika gelten als Beschäftigung, auch wenn sie nicht unter das MiLoG (§ 22) fallen oder wenn es sich um ein Pflichtpraktikum handelt.

Für Erwerbstätige gilt an sich die Regel, nach der das Versicherungssystem am Ort der Erwerbstätigkeit unabhängig vom gewöhnlichen Aufenthalt zuständig ist (siehe 4.2.1). Deshalb vertritt die DVKA die Position, nach der jede Form der Erwerbstätigkeit die Zuständigkeit des deutschen Versicherungssystems bewirkt und damit der Versicherungsschutz des Herkunftsstaates endet (Schreiben der DVKA vom 27.11.2018 an das Deutsche Studentenwerk).

Problematisch ist dabei, dass Studierende nach deutschem Recht als Beschäftigte von der Versicherungspflicht befreit sind (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, sog. Werkstudentenprivileg), also durch eine Beschäftigung oder ein Praktikum nicht pflichtversichert werden. Diese Regelung gilt allerdings nur für Beschäftigungen bis zu 20 Wochenstunden. Wird dieser Umfang überschritten, gelten sie nicht mehr als Studierende, weil das Studium nicht mehr ihre Haupttätigkeit ist (BSG vom 10.12.1998 - B 12 KR 22/97 R; BSG vom 11.11.2003 - B 12 KR 5/03 R) und Deutschland ist unzweifelhaft der zuständige Mitgliedstaat.

Die DVKA geht davon aus, dass Studierende mit einer Beschäftigung unterhalb der Schwelle von 20 Stunden dann in die studentische Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V fallen. Für diese Versicherung gilt jedoch der Vorrang der Familienversicherung und der Versicherung in einem anderen Mitgliedstaat (Sachleistungsaushilfe). In der deutschen Familienversicherung nach § 10 SGB V ist ein geringfügiger Nebenverdienst während einer Ausbildung unbeachtlich. Auch in anderen Mitgliedstaaten bleibt die Familienversicherung erhalten, wenn Kinder in Ausbildung einen Nebenverdienst erwirtschaften. Deshalb ist fraglich, ob die Regelungen der Familienversicherung der ausländischen Versicherungsträger – auch im Sinne einer Gleichbehandlung von inländischen und ausländischen Tatbeständen – nicht so lange beachtet werden müssen, wie in Deutschland keine Versicherung durch die Beschäftigung erfolgt.

Die Frage ist bislang weder vom EuGH noch von einem deutschen Sozialgericht entschieden worden. Aus den bisherigen Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (vom 23.4.2015 (AZ: C-382/13 C. E. Franzen, H. D. Giesen, F. van den Berg. /. Raad van bestuur van de Sociale verzekeringsbank; Bosmann (EuGH vom 20.

5. 2008 – C-352/06; EuGH vom 12. 6. 2012 – C-611/10 und C-612/10 *Hudzinski und Wawrzyniak*) lässt sich jedoch ableiten, dass für Personen, die keinen Versicherungsschutz wegen ihrer Erwerbstätigkeit in der GKV in Deutschland erhalten (wie neben den Studierenden auch Minijobberinnen und Minijobber), auf die Rechtsvorschriften des Wohnortstaates abzustellen ist, sofern dies (1) nicht zu Doppelleistungen führt und (2) zum Wohnortstaat weiterhin eine enge Verbindung besteht. Das würde bedeuten, dass für Studierende mit gewöhnlichem Aufenthalt im Herkunftsland, dieses der zuständige Staat bleibt, auch wenn die Studierenden in Deutschland einer Nebenbeschäftigung nachgehen. Ob Sachleistungsaushilfe gewährt wird, würde sich dann nach den Rechtsvorschriften der jeweiligen Mitgliedstaaten richten und wäre von den dortigen Trägern zu entscheiden. Studierende sind allerdings verpflichtet, ihren Leistungsträger vor Aufnahme einer Erwerbstätigkeit hierüber zu unterrichten (Art. 15 Abs. 1 Satz 1 VO 987/2009).

Beispiel 1:
Jakub aus Polen, 21 Jahre alt, studiert in Berlin Maschinenbau und ist über seine Eltern in Polen versichert. Im 3. Semester muss er ein Pflichtpraktikum von zwei Monaten absolvieren. Er erhält eine Aufwandsentschädigung von 300 € pro Monat. Dieser Betrag kann nicht als Entlohnung gewertet werden, weil damit nur Fahrtkosten, Verpflegungsmehraufwand etc. ausgeglichen werden sollen. Es liegt keine Beschäftigung vor und damit bleibt die Zuständigkeit bei der polnischen Krankenversicherung.

Beispiel 2:
Mareike aus Österreich, 27 Jahre alt, ist dort in der freiwilligen Studentenversicherung und verfügt über eine EHIC, die bis zum 31.12.2019 gültig ist. Sie studiert im 3. Semester Medizin in Hamburg und arbeitet am Wochenende als Sitzwache im Krankenhaus. Für durchschnittlich sechs Stunden in der Woche erhält sie 400 € pro Monat. Die Tätigkeit unterliegt keiner Versicherungspflicht in Deutschland. Nach deutschem Sozialrecht wäre Mareike in der studentischen Pflichtversicherung versichert. Ihre österreichische Versicherung ist jedoch vorrangig. Nach dieser Versicherung darf sie maximal 10.000 € jährlich mit studentischen Nebentätigkeiten verdienen. Diese Grenze ist nicht überschritten. Es kommt auch nicht zu einer Kollision mit Leistungen aus der deutschen Pflichtversicherung. Deshalb bleibt es bei der vorrangigen Sachleistungsaushilfe. Sie muss ihre Versicherung aber in jedem Fall über ihre Tätigkeit informieren.

Beispiel 3:
Lilja aus Finnland studiert in Berlin in einem dualen Studiengang BWL. Der betriebliche Ausbildungsteil wird von einem Lebensmittelkonzern übernommen. Darüber ist Lilja als Arbeitnehmerin nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert. Ihre finnische Versicherung endet mit der Aufnahme des dualen Studiums.

Anders als nach der Auffassung der DVKA sollte demnach die studentische Pflichtversicherung erst dann und ab dann einsetzen, wenn die Versicherung des anderen Mitgliedstaates feststellt, dass wegen der Erwerbstätigkeit kein Versicherungsschutz mehr während der Ausbildung besteht.

Hinweis:
Es empfiehlt sich für Studierende mit gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat, den Versicherungsträger des Herkunftsstaates um eine Auskunft zu bitten, ob und bis zu welchem Nebenverdienst die Versicherung/Absicherung bestehen bleibt.

Hinweis:
Bei Unfällen in der Hochschule und auf dem Weg zur Hochschule sind Studierende in Deutschland unfallversichert, sobald sie in der Hochschule eingeschrieben sind. Die ausländische KV ist hiervon nicht berührt. ERASMUS-Studierende bleiben über ihre Hochschule im Mitgliedstaat unfallversichert. Über die Leistungen und das Antragsverfahren informieren die Hochschulen.

4 Gesundheitsversorgung durch die Mitgliedschaft in einer deutschen Krankenversicherung

4.1 Wie funktioniert das Krankenversicherungssystem in Deutschland?

Wie in den meisten anderen Mitgliedstaaten gibt es in Deutschland eine staatlich organisierte Gesundheitsversorgung, die es nicht den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern überlässt, ob sie sich für das Lebensrisiko Krankheit absichern wollen. Aber der Gesundheitssektor ist nur zum Teil staatlich organisiert; die Aufteilung in den Bereich der GKV und den der Privatversicherung verkompliziert das System.

In der **GKV** sind die Beiträge und die wesentlichen Leistungen gesetzlich festgelegt (SGB V). Die Beiträge hängen allein vom Einkommen, nicht vom Kostenrisiko ab. Familienangehörige sind kostenlos mitversichert. Es gibt aber nicht nur eine KK, sondern insgesamt 110 Kassen (Stand: 01. Januar 2018). Pflichtversicherte können sich entscheiden, welche KK die gesetzlich vorgesehene Pflichtmitgliedschaft umsetzt, indem sie die Beiträge einzieht, die Gesundheitskarte ausstellt und Leistungen bewilligt. Dadurch entsteht der Eindruck, einen Versicherungsvertrag abzuschließen. Tatsächlich ist die Pflichtversicherung jedoch automatisch eingetreten.

Angehörige der Mitgliedstaaten, die in Deutschland unangemeldet arbeiten oder hier nur ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, sind eventuell krankenversichert, ohne es selbst zu wissen oder bei einer GKV registriert zu sein.

Wer früher schon in bei einer KK versichert war (egal ob Pflicht- oder freiwilliges Mitglied), muss diese KK zur Klärung des Versicherungsstatus kontaktieren. Mehrfachversicherungen gibt es nicht; Beiträge, die an die falsche KK gezahlt wurden, werden zurückerstattet.

Beispiel:
Tomasz, 27 Jahre alt und polnischer Staatsangehöriger, lebt schon seit 2010 in Stuttgart und ist durchgängig bei seiner Mutter gemeldet. Aus der polnischen Versicherung ist er schon vor vier Jahren ausgeschieden, in Deutschland bestand kein Kontakt zu einer Versicherung. Tomasz hat nur durch gelegentliche unangemeldete Arbeit zum Lebensunterhalt beigetragen.

*Denkbar wäre eine **Pflichtversicherung** während der unangemeldeten Beschäftigung, dies lässt sich aber nicht mehr rekonstruieren.*

*Die **Familienversicherung** scheidet wegen des Alters von Tomasz aus.*

*Die **Auffangversicherung** nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (s. 4.2.17) setzt voraus, dass Tomasz in Deutschland ein Recht zum Aufenthalt hat, welches nicht von der Existenzsicherung und einer Absicherung im Krankheitsfall abhängig ist (§ 5 Abs. 11 SGB V). Das Aufenthaltsrecht könnte sich aus den Unterhaltsleistungen der Mutter ergeben (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 FreizügG/EU). Ein entsprechender Nachweis ist jedoch nicht erforderlich, weil Tomasz bereits ein Daueraufenthaltsrecht (§ 4a Abs. 1 FreizügG/EU) erworben hat (weil er nie Sozialleistungen in Anspruch genommen hat und zumindest fünf Jahre lang eine Krankenversicherung bestand) und in der GKV pflichtversichert ist, weil er zuvor nicht privat versichert war. Tomasz ist hier wohl schon seit vier Jahren (Ende der polnischen Versicherung) pflichtversichert und hat entsprechende Beitragsschulden (siehe 5.1).*

> ***Hinweis:***
> *Die Auffangversicherung (als Pflichtversicherung) setzt bei Angehörigen der Mitgliedstaaten nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V voraus, dass diese sich in Deutschland auf ein Freizügigkeitsrecht (siehe Aufstellung im Anhang) berufen können.*

Die **privaten Krankenversicherungen** (als Vollversicherung) sind für die Personen vorgesehen, die nicht pflichtversichert oder freiwillig versichert sind, oder sich von der Pflichtmitgliedschaft befreien lassen können. Die Beiträge richten sich nach dem Kostenrisiko, also dem Alter und den Vorerkrankungen; es gibt keine kostenlose Familienversicherung. Für junge, gesunde Menschen kann die Privatversicherung attraktiv erscheinen, mit Familiengründung und zunehmendem Alter wird sie zu einer hohen finanziellen Belastung. Wer sich jedoch für eine Privatversicherung entschieden hat, für den gilt das Prinzip: Einmal privat, immer privat! Neben den regulären Tarifen gibt es bei den Privatversicherungen einen Basistarif, in den bestimmte Gruppen ohne Prüfung des Alters oder von Vorerkrankungen aufgenommen werden müssen.

4.2 Wer ist in der GKV pflichtversichert?

Die Pflichtversicherung ist vorrangig vor anderen Formen der Gesundheitsvorsorge (freiwillige Versicherung, Privatversicherung, Beihilfe, Krankenhilfe des Sozialamts etc.). Deshalb sollen im Folgenden die wichtigsten Gründe genannt werden, die dazu führen, dass eine Person (auch ohne ihr eigenes Wissen) pflichtversichert ist.

4.2.1 Was gilt für Beschäftigte und Auszubildende?

Als „beschäftigt" gelten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Kennzeichnend ist das weisungsabhängige Dienstverhältnis, bei dem im Betrieb eines anderen mit den Mitteln eines anderen gegen Entgelt gearbeitet wird. Versicherungspflicht in der GKV besteht erst ab einem Einkommen von 451 € monatlich (§ 7 SGB V).

Die Versicherungspflicht ist nicht vom Wohnort abhängig, sie gilt für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die bei einem Arbeitgeber mit Sitz in Deutschland beschäftigt sind, auch wenn sie in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (Grenzgängerinnen und Grenzgänger) oder für bestimmte Tätigkeiten befristet ins Ausland entsandt sind.

Auszubildende (in einer nach dem BBiG anerkannten betrieblichen Ausbildung) gelten als Beschäftigte (§ 7 Abs. 2 SGB IV) und sind immer versicherungspflichtig, unabhängig von der Höhe der Ausbildungsvergütung. Bis zu einer Vergütung von 325 € monatlich werden die Beiträge allein vom Ausbildungsbetrieb gezahlt. Versicherungspflichtig sind auch Auszubildende in außerbetrieblichen Einrichtungen, z.B. Berufsbildungswerken (nicht aber schulische Ausbildungen) und Teilnehmerinnen und Teilnehmer an **dualen Studiengängen** (§ 5 Abs. 4a SGB V).

4.2.2 Was gilt für unangemeldet Erwerbstätige?

Die Krankenversicherung entsteht als Pflichtversicherung auch ohne eine Anmeldung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV, § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Melden sich Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einer KK, so wird diese ein Prüfverfahren einleiten. Es besteht dann nicht nur für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber das Risiko strafrechtlicher Verfolgung, auch gegen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können Bußgelder verhängt werden, wenn sie an dem Verstoß gegen die Meldepflicht mitgewirkt haben (z.B. § 111 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV), oder Strafverfolgung wegen Betrugs, wenn sie das Einkommen beim Bezug von Sozialleistungen oder beim Finanzamt nicht angegeben haben.

4.2.3 Was gilt für Selbständige und Freiberuflerinnen und Freiberufler (einschließlich Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter) ohne private Vorversicherung?

Wer in Deutschland eine selbständige gewerbliche bzw. freiberufliche Tätigkeit aufnimmt, fällt wegen der Erwerbstätigkeit unter die Regelungen der deutschen Sozialversicherung. Eine Pflichtversicherung für Selbständige gibt es im System der GKV nicht, dagegen kann unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 SGB V

Musterschreiben:

An die KK xy,

ich beantrage, festzustellen, dass ich seit dem 1.6.2019 nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversichert bin. Ich reiste erstmals Mitte 2018 nach Deutschland ein und meldete mich zum 1.8.2018 in Gera an. Ich wollte mich zunächst am Arbeitsmarkt in Deutschland orientieren, behielt dabei aber meinen Lebensmittelpunkt bei meiner Familie in Sibiu (Rumänien) bei. Zum 1.6.2019 nahm ich eine freiberufliche Tätigkeit im Escort-Service auf. Zum Nachweis füge ich bei:

- die Anmeldung beim Finanzamt,
- den Vertrag mit der Vermittlungsagentur,
- eine Einnahmen/Ausgaben-Aufstellung für den Zeitraum vom 1.6.2019 bis zum 30.9.2019.

Ich war zu keinem Zeitpunkt weder in Deutschland noch in Rumänien privat versichert. Meine rumänische Pflichtversicherung blieb bis zum 31.5.2019 erhalten, da ich bis zu diesem Zeitpunkt nicht erwerbstätig war und meinen Lebensmittelpunkt weiter in Sibiu hatte. Zum Nachweis der Versicherungszeiten fordern Sie bitte die entsprechende Bescheinigung (S041) bei der rumänischen Kontaktstelle an (Verpflichtung aus Art. 2 Abs. 2 VO 987/2009).

Ich bitte um eine schriftliche, begründete, rechtsmittelfähige Entscheidung.

freiwillig der GKV beigetreten werden (siehe 4.3) oder eine Privatversicherung (siehe 4.5) abgeschlossen werden.

Falls weder eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV noch eine private Versicherung begründet wird, entsteht die Pflichtmitgliedschaft in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Dies geschieht aber nicht, wenn zuvor eine Privatversicherung im Herkunftsstaat bestand. Meist lässt sich durch die Vorversicherung nachweisen, dass keine Privatversicherung bestand. Dazu kann (und muss) jede freigewählte KK eine Bescheinigung vom Träger des Herkunftsstaats (Formular S041 – früher E104 – siehe Anhang) anfordern.

Hier kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten, weil die KK die Pflichtmitgliedschaft nicht feststellen wollen, z.B. weil die selbständige Tätigkeit nicht hinreichend belegt sei.

Für Selbständige richten sich die **Beiträge** in der Auffangversicherung nach den gleichen Regeln wie für freiwillig Versicherte (siehe 4.3 und 4.4).

4.2.4 Was gilt für Minijobberinnen und Minijobber sowie Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter?

Als **Minijobberinnen und Minijobber** werden geringfügig Beschäftigte bezeichnet, deren Einkommen 450 € im Monat nicht übersteigt (§§ 8, 8a SGB IV). Geringfügige Beschäftigungen unterliegen dem Arbeitsrecht (Lohnfortzahlung, Urlaub, Arbeitsschutz etc.) und gelten europarechtlich als Beschäftigungen, zumindest ab einem Umfang von ca. fünf Wochenstunden (siehe 2.1.4).

Damit wird die Zuständigkeit des deutschen Versicherungssystems ausgelöst (Art. 11 Abs. 3 a VO 883/2004). Weil die Beschäftigung selbst nicht pflichtversichert ist, greift die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, es sei denn die Person ist freiwillig (siehe 4.3 und 4.4) oder privat versichert. Dadurch wird auch die Beitragspflicht ausgelöst. Sie beginnt **mit der Arbeitsaufnahme**, wenn zuvor noch kein gewöhnlicher Aufenthalt (Lebensmittelpunkt) in Deutschland begründet wurde. Die KK rechnen oft ab der Anmeldung bei den Meldebehörden in Deutschland; das stimmt jedoch nur, wenn mit der Anmeldung bereits der gewöhnliche Aufenthalt nach Deutschland verlegt wurde (Art. 11 VO 987/2009; siehe 2.1.3) und zusätzlich die Auffangversicherung

durch die Arbeitsuche ausgelöst wurde. Allein das bedingungsfreie Recht zum Aufenthalt in den ersten drei Monaten reicht nicht für den automatischen Eintritt der Versicherungspflicht, weil der Auffangversicherung nach der verbindlichen Position der DVKA in dieser Zeit die Zugangssperre des § 5 Abs. 11 SGB V für nicht erwerbstätige Unionsbürgerinnen und Unionsbürger entgegen steht (GKV, RdSchr. 18e, A.2.5.2 Abs. 4).

Beispiel 1:
Iljana, 20 Jahre, aus Slowenien begibt sich im Dezember 2018 nach München und meldet sich in einer studentischen WG an. Sie sucht nach Möglichkeiten, ein Studium der Pharmazie aufzunehmen. Sie wird von ihren Eltern finanziert und ist über sie in Slowenien versichert. Im August 2019 gibt sie ihr Vorhaben auf und nimmt einen Minijob in einer Gaststätte auf. Iljana wird erst mit Arbeitsaufnahme in der Auffangversicherung versichert, weil sie vorher weder Arbeit gesucht hat noch ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte.

Beispiel 2:
Lukas, 42 Jahre, aus Tschechien zieht am 1.2.2019 zusammen mit seiner Lebensgefährtin Zuzana nach Berlin, mietet hier eine Wohnung an und beide begeben sich auf Arbeitsuche. Erst zum 1.9.2019 findet Lukas eine geringfügige Beschäftigung bei einem Logistik-Unternehmen. Er ist bereits seit Februar 2019 in der Auffangversicherung, weil er seinen gewöhnlichen Aufenthalt nach Deutschland verlegt hat und als Arbeitsuchender auch freizügigkeitsberechtigt war (siehe auch 4.2.6).

Der Mindestbeitrag liegt für 2019 bei ca. 180 – 190 € (einschließlich Pflegeversicherung) im Monat.

Hinweis:
Vorrangig sind bei Minijobberinnen und Minijobbern immer die Leistungsansprüche gegenüber dem Jobcenter nach SGB II zu prüfen, die in der Regel mit einer Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V verbunden sind.

Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter können ebenfalls unter die Regeln für geringfügig Beschäftigte fallen, wenn sie höchstens drei Monate (bei einer 5-Tage-Woche) oder 70 Arbeitstage in Deutschland arbeiten und diese Tätigkeit nicht berufsmäßig ausüben (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV). Dafür ist eine andere Berufstätigkeit, eine Ausbildung, ein Studium oder ein Status als Rentnerin und Rentner im Herkunftsland erforderlich, wobei die Saisonarbeit lediglich in den Urlaubszeiten oder während einer Freistellung ausgeübt wird. Für geringfügig Beschäftigte werden nur pauschale Beiträge nach § 249b SGB V von den Arbeitgebern an die GKV abgeführt, eine Pflichtversicherung entsteht nicht. Weil der eigentliche Tätigkeitsschwerpunkt im Herkunftsland liegt, bleibt dort auch die Zuständigkeit für den Versicherungsschutz (Art. 13 Abs. 1 lit. a VO 883/2004). Die Absicherung im Krankheitsfall kann durch den Einsatz der EHIC erfolgen, die möglichst bereits mitgebracht werden sollte. Die eigene Versicherung muss aber stets über die Arbeitsaufnahme unterrichtet werden (Art. 15 Abs. 1 VO 987/2009), um prüfen zu können, ob der Versicherungsschutz weiterhin besteht.

Als Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter gelten auch Arbeitnehmerinnen, und Arbeitnehmer, die bis zu acht Monaten einer befristeten Beschäftigung in Deutschland nachgehen (§ 188 Abs. 4 Satz 5 f. SGB V). Diese Personen sind reguläre Beschäftigte und unterliegen ab dem 1. Tag des Arbeitsverhältnisses in Deutschland der Sozialversicherungspflicht. Ihre Tätigkeit muss jedoch als Saisonarbeit an die GKV gemeldet werden, damit die KK die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über ihr Recht auf freiwillige Weiterversicherung informiert (siehe 4.3 und 4.4).

Können Saisonarbeitnehmerinnen und Saisonarbeitnehmer allerdings durch die A1-Bescheinigung nachweisen, dass sie weiterhin dem Versicherungsschutz ihres Herkunftslandes unterliegen, so werden sie in Deutschland nicht sozialversicherungspflichtig.

4.2.5 Was gilt für Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten?

Für selbständig tätige Künstlerinnen und Künstler (Musik, darstellende oder bildende Kunst) sowie Publizistinnen und Publizisten (Journalismus, Schriftstellerinnen und Schriftsteller) gilt ggf. die besondere Pflichtversicherung in der Künstlersozialversicherung (KSVG, § 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Diese Gruppe wird in Hinblick auf die oft prekäre Einkommenssituation

gegenüber anderen Selbständigen begünstigt, indem die Hälfte des Versicherungsbeitrags von der öffentlichen Hand übernommen wird. Es handelt sich zwar um eine Pflichtversicherung, die Feststellung dieser Versicherung ist aber mit einer Prüfung verbunden, bei der der Nachweis erbracht werden muss, dass die Betroffenen einer der beiden Gruppen zuzuordnen sind und die entsprechende Tätigkeit den Schwerpunkt der gesamten beruflichen Tätigkeit bildet und auf Erwerbseinkommen ausgerichtet ist. Es gibt eine Mindesteinkommensgrenze von 3.900 € Jahreseinkommen, sie gilt jedoch nicht in den ersten Jahren der Berufstätigkeit (§ 3 KSVG).

Ausgenommen von dieser Versicherung sind u.a. auch Studierende, Personen nach Erreichen der Regelaltersgrenze, Personen ab 55 Jahre, wenn sie in den letzten fünf Jahren privat versichert waren, und Personen mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (4.537,50 € pro Monat für 2019) oder mit mehr als einer Angestellten und einem Angestellten.

Hinweis:
Die Voraussetzungen für die Künstlersozialversicherung sind vorrangig vor anderen Versicherungsgestaltungen zu prüfen. Für Angehörige der Mitgliedstaaten, die international tätig sind, kann sich auch die Verlegung des Geschäftssitzes nach Deutschland lohnen.

4.2.6 Was gilt für Arbeitsuchende mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland?

Arbeitsuchende behalten oft ihren Lebensmittelpunkt noch im Herkunftsstaat, weil es sich zunächst um den Versuch handelt, sich in Deutschland eine Existenz aufzubauen (zur Abgrenzung Wohn- und Aufenthaltsort siehe 2.1.3). Für den Versicherungsschutz bleibt dann das Herkunftsland verantwortlich. Die Gesundheitsversorgung muss als Sachleistungsaushilfe über die EHIC erfolgen.

Wird dagegen der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland begründet, so entsteht eine Versicherungspflicht in Deutschland (Art. 11 Abs. 3 lit.e VO 883/2004).

Soweit ein Versicherungsschutz nicht von Familienangehörigen (§ 10 SGB V, siehe 4.2.16) abgeleitet werden kann, entsteht die Pflichtversicherung in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Voraussetzung für diese Versicherung ist der Nachweis, dass zuvor im Herkunftsland eine gesetzliche oder gar keine, aber jedenfalls keine private Versicherung bestand. Die Bescheinigung S041 wird von einer frei gewählten KK angefordert. Die Vorversicherung kann auch mit einer abgelaufenen EHIC belegt werden.

Arbeitsuchenden wird oft die Zugangssperre des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V entgegen gehalten, weil ihr Aufenthalt vom Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes abhängig sei (GKV, RdSchr. 18e, A.2.5.2 Abs. 4). Diese Sperre gilt jedoch nicht für Arbeitsuchende, denen Freizügigkeit unabhängig vom Vorliegen eines KV-Schutzes zusteht (EuGH vom 26.02.1991 — C-292/89 Antonissen; vom 15.9.2015 – C-67/14 *Alimanovic*).

Als arbeitsuchend gelten nach § 2 Abs. 1a FreizügG/EU Personen in den ersten sechs Monaten des Aufenthalts und danach nur noch, wenn sie konkret belegen können, dass ihre Arbeitsuche erfolgversprechend ist. Voraussetzung ist immer eine Meldung als arbeitsuchend bei der Arbeitsagentur. Die GKV verlangt jedoch darüber hinaus, dass „... der Arbeitsuchende aufgrund seiner Qualifikation und des aktuellen Bedarfs am Arbeitsmarkt voraussichtlich mit seiner Bewerbung erfolgreich sein wird." (GKV, RdSchr. 18e vom 14.12.2018, A.2.5.2 Abs. 7). Auch können in Zweifelsfällen konkrete Nachweise über Bewerbungen verlangt werden.

Gelten sie nicht als Arbeitsuchende, so ist die Auffangversicherung gem. § 5 Abs. 11 SGB V versperrt.

Hinweis:
Für neue eingereiste Arbeitsuchende ist es besonders schwer, von einer KK die Feststellung der Pflichtversicherung zu erhalten, weil sowohl der gewöhnliche Aufenthalt als auch die Arbeitssuche angezweifelt werden. Den Anspruch durchzusetzen lohnt sich, wenn in absehbarer Zeit mit einer Arbeitsaufnahme gerechnet werden kann. In diesen Fällen kann anwaltlicher Beistand ratsam sein.

Nach einer vorangegangenen Erwerbstätigkeit bleibt der freizügigkeitsrechtliche Status als Erwerbstätiger und Erwerbstätige noch einige Zeit erhalten, wenn die Erwerbstätigkeit unfreiwillig aufgegeben werden musste. Die Arbeitslosigkeit muss bei der Arbeitsagentur gemeldet sein. Als „unfreiwillig" gilt die Beendigung eines befristeten Vertrags, jede nicht selbst verschuldete Kündigung, ein Aufhebungsvertrag aus wichtigem Grund, eine Schwangerschaft bei Selbständigen und die Aufgabe einer selbständigen Tätigkeit wegen Auftragsmangel (EuGH vom 20.12.2017 — C-442/16 Florea Gusa). Der Status als Erwerbstätiger und Erwerbstätige bleibt erhalten:

- für die Dauer von sechs Monaten nach jeder Erwerbstätigkeit, unabhängig davon wie lange die Tätigkeit ausgeübt wurde (§ 2 Abs. 3 Satz 2 FreizügG/EU, EuGH vom 4.6.2009 — C-22/08 *Vatsouras/Koupatantze*).

- für eine zeitlich nicht befristete Arbeitsuche nach einem Jahr Erwerbstätigkeit (§ 2 Abs. 3 Nr. 2 FreizügG/EU), dabei werden mehrere Arbeitsverhältnisse zusammengerechnet, wenn die Unterbrechungen deutlich kürzer als die Arbeitszeiten waren (BSG, Urteil vom 13.07.2017 — B 4 AS 17/16 R).

Solange der Status als erwerbstätig erhalten bleibt und kein anderer Versicherungsgrund, keine freiwillige Versicherung (siehe auch 4.4) und keine Privatversicherung vorliegt, tritt die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als Pflichtversicherung ein. Die Zugangssperre des § 5 Abs. 11 SGB V greift nicht, weil sich das Recht zum Aufenthalt aus dem Erwerbstätigenstatus ergibt und nicht von einem Krankenversicherungsschutz abhängig ist.

Hinweis:
Vorrangig zu prüfen ist stets, ob ein Anspruch auf Arbeitslosengeld (siehe 4.2.7) besteht oder Personen mit einem Erwerbstätigenstatus und ihre Familienangehörigen leistungsberechtigt nach SGB II und damit nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder Nr. 2a SGB V pflichtversichert sind.

4.2.7 Was gilt für Arbeitslosengeld I-Empfängerinnen und Empfänger?

Nach einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von mindestens einem Jahr (in Ausnahmefällen sechs Monate) besteht ein Anspruch auf ALG I gegenüber der Arbeitsagentur. Damit verbunden ist auch die Mitgliedschaft in der GKV (§ 5 Abs. 2 SGB V). Ausgenommen sind Personen ab dem 55. Geburtstag, die in den letzten fünf Jahren privat versichert waren. Ihnen wird jedoch ein Zuschuss zur Privatversicherung gezahlt.

4.2.8 Was gilt für Empfängerinnen und Empfänger von SGB II-Leistungen?

Wer vom Jobcenter Arbeitslosengeld II (ALG II) bezieht, ist pflichtversichert, es sei denn, unmittelbar vor dem Leistungsbeginn bestand eine Privatversicherung oder diese hätte abgeschlossen werden müssen. Hierbei wird von den Jobcentern auch geprüft, ob in einem anderen Mitgliedstaat eine Privatversicherung bestand. Von der GKV ausgenommen sind aber nur Personen mit einer privaten Vollversicherung statt einer gesetzlichen Versicherung (in den meisten Mitgliedstaaten nicht möglich); Zusatzversicherungen gelten nicht als Privatversicherungen im Sinne des § 5 Abs. 5a SGB V. Privatversicherten werden die Kosten des reduzierten Basistarifs (siehe 4.5) vom Jobcenter erstattet (§ 26 Abs. 1 SGB II). Ehegattinnen und Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern sowie erwerbsfähige Kinder (ab 15 Jahren) sind nicht familienversichert, sondern selbst als ALG II-Bezieherinnen und Bezieher versichert (§ 5 Abs. 2a SGB V).

Familienversichert sind dagegen Empfängerinnen und Empfänger von Sozialgeld (u.a. Kinder bis zum 15. Geburtstag).

4.2.9 Was gilt für Rentnerinnen und Rentner mit deutscher Rente?

Mit Rentenzahlung und schon mit dem Antrag auf eine Alters-, Erwerbsunfähigkeits-, Witwen- oder Waisenrente beginnt die Pflichtmitgliedschaft in der GKV, wenn die Betroffenen zumindest in der zweiten Hälfte ihres Berufslebens ganz überwiegend gesetzlich (pflicht- oder freiwillig) versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V). Die Versicherungspflicht in Deutschland wird durch die deutsche Rente begründet, die Beitragshöhe berücksichtigt aber auch weitere ausländische Renten oder Zusatzversorgungen.

4.2.10 Was gilt für Studierende ohne Versicherung im Herkunftsstaat?

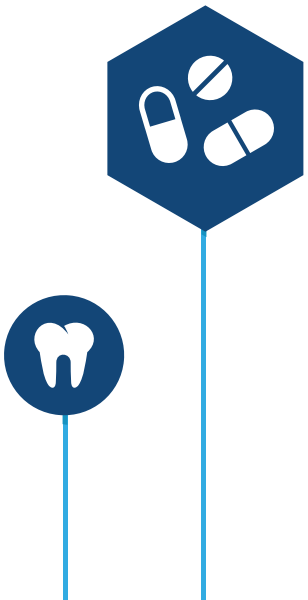
Studierende werden mit Aufnahme eines Fachstudiums an einer Hochschule oder Akademie in der GKV pflichtversichert (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V). Vorrangig ist ein Versicherungsschutz in einem anderen Mitgliedstaat, wenn dort ein gewöhnlicher Aufenthalt erhalten bleibt (siehe 3.6).

Vorrangig ist auch die Familienversicherung nach § 10 SGB V. Endet diese, lebt die studentische Pflichtversicherung wieder auf.

Die studentische Versicherung endet in der Regel mit dem 30. Geburtstag oder dem Ende des 14. Fachsemesters. Eine Verlängerung ist (auf Antrag) möglich, wenn

- die Studienvoraussetzungen (Abitur oder Hochschulzulassung) erst zu einem späten Zeitpunkt erworben wurden und keinen früheren Studienabschluss möglich gemacht haben.
- familiäre Gründe, insbesondere die Erziehung von Kindern oder die Pflege naher Angehöriger die Aufnahme oder die Fortsetzung eines Studiums verzögert haben.
- sonstige persönliche Gründe, insbesondere langfristige Erkrankungen oder Behinderungen zu einer Studienverzögerung geführt haben.

Nach dem Ende der studentischen Versicherung kann die GKV freiwillig fortgesetzt werden (siehe 4.3 und 4.4). Studierende können sich auch von der Pflichtversicherung befreien lassen, wenn sie eine Privatversicherung nachweisen. Es gibt dann jedoch während des Studiums keinen Weg zurück in die GKV.



Hinweis:

Studierende aus anderen Mitgliedstaaten sollten sich überlegen, ob Angebote von Privatversicherern im Ernstfall ausreichen. Sie schließen in der Regel Vorerkrankungen aus, medizinische Reha-Leistungen, Psychotherapien etc., zum Teil auch die Kosten bei Schwangerschaft und Geburt. Kinder und Ehegatten sind nicht mitversichert.

Die Pflichtversicherung als Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer entsteht für Studierende erst bei einer Wochenarbeitszeit von mehr als 20 Stunden (siehe 3.6). Teilnehmende an Orientierungs- oder Vorpraktika sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V pflichtversichert, aber nur, wenn sie nicht nach dem MiLoG bezahlt werden (in dem Fall gilt das Praktikum als versicherungspflichtige Beschäftigung nach 1 Nr. 1 SGB V).

Studierende sind nicht pflichtversichert, solange sie an einem Studienkolleg teilnehmen oder in sonstiger Weise die Aufnahme eines Fachstudiums vorbereiten (BSG vom 29.9.1992 — 12 RK 15/92).

Promotionsstudierende sind ebenfalls nicht pflichtversichert (BSG, Urteil vom 07.06.2018 — B 12 KR 1/17 R). Sie können sich freiwillig versichern, wenn sie zuvor pflichtversichert (Studierende oder als Familienversicherte) waren, nicht aber, wenn sie sich von der Versicherungspflicht haben befreien lassen. Endet der Versicherungsschutz in einem anderen Mitgliedstaat noch während des Studiums und wird dadurch die studentische Pflichtversicherung ausgelöst, wird die Versicherung nach dem Ende des Studiums als obligatorische freiwillige Versicherung (siehe 4.4) fortgeführt.

Endet der Versicherungsschutz in einem anderen Mitgliedstaat dagegen erst nach dem Ende des Fachstudiums, so können Studierende sich für die freiwillige Versicherung nicht auf die Vorversicherungszeiten im Ausland berufen, weil sie noch nie einen Kontakt zur GKV hatten (Art. 14 Abs. 4 VO 883/2004) und ihr Freizügigkeitsrecht als Promovierende nicht unabhängig von einem Krankenversicherungsschutz besteht (§ 4 FreizügG/EU).

Beispiel:
Florim studiert zunächst in seinem Herkunftsstaat Rumänien und anschließend drei Jahre bis zum Master in Hannover. Nach dem Studienabschluss löscht die rumänische KV seinen Versicherungsstatus, weil sie von einem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland ausgeht, weil Florim nach dem Studium nicht nach Rumänien zurückgekehrt ist.

Florim will mit einem Stipendium in Hannover promovieren, kann sich jedoch nicht freiwillig versichern, sondern wird auf eine Privatversicherung verwiesen.

Nimmt er nach dem Studium eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf – egal von welcher Dauer – , so schafft er einen Bezug zum deutschen System der GKV (Art. 14 Abs. 4 VO 883/2004) und kann sich nun auch auf die Vorversicherungszeit in Rumänien berufen. Die GKV wird aber in der Regel auch unabhängig von der Vorversicherung als obligatorische freiwillige Versicherung (siehe 4.4) fortgesetzt.

4.2.11 Was gilt für Schülerinnen und Schüler in der Berufsausbildung?

Anders als bei einer betrieblichen Ausbildung sind Auszubildende während einer schulischen Ausbildung nicht automatisch pflichtversichert. Bis zum 25. Geburtstag können sie familienversichert über die Eltern sein. Leben die Eltern in einem anderen Mitgliedstaat, hängt die Versicherung von den dortigen Bedingungen einer Familienversicherung ab. Dabei wird angenommen, dass Auszubildende ihren gewöhnlichen Aufenthalt bei ihren Eltern behalten, solange sie in Deutschland keine eigene Familie gegründet haben. Besteht dieser Versicherungsschutz nicht, so müssen sie sich in Deutschland versichern. Sie haben die Möglichkeit sich freiwillig zu versichern, wenn sie oder ihre Eltern zuvor schon Mitglied in der GKV in Deutschland waren oder hier gearbeitet haben (Art. 14 Abs. 4 VO 883/2004). Dann erhalten sie einen besonders günstigen Tarif für Auszubildende (entspricht dem Studententarif). Leiten sie ihr Aufenthaltsrecht nicht von Eltern oder Ehepartnern oder aus einer vorausgegangenen Erwerbstätigkeit ab, so scheitert sowohl die freiwillige Versicherung als auch die Auffangversicherung daran, dass das Aufenthaltsrecht von einem nachgewiesenen Krankenversicherungsschutz abhängig ist (§ 4 FreizügG/EU), solange noch kein Daueraufenthaltsrecht besteht. Es bleibt dann nur die Privatversicherung.

Hinweis:
Angehörige der Mitgliedstaaten in einer schulischen Ausbildung müssen für ihren Lebensunterhalt selbst aufkommen. Nehmen sie allerdings zusätzlich eine Nebenbeschäftigung von mindestens fünf Wochenstunden auf, so gelten sie gleichzeitig als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (siehe 2.1.4) und haben Ansprüche auf Schüler-BAföG. Die Förderung umfasst auch einen Anteil der Kosten der freiwilligen GKV und Gesetzlichen Pflegeversicherung (86 € monatl. für 2019). Wenn BAföG bezogen wird (bzw. nur wegen Einkommensanrechnung abgelehnt wurde) können weitere Kosten gegenüber dem Jobcenter geltend gemacht werden (§ 7 Abs. 6 Nr. 2 lit. a) SGB II).

4.2.12 Was gilt für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Maßnahmen der Arbeitsagentur, der Jobcenter und der Jugendberufshilfe?

Maßnahmen und andere Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung der Arbeitsagentur und der Jobcenter unterliegen der Versicherungspflicht. Dabei können die Leistungen auch von anderen Reha-Trägern (außer dem Bundesversorgungsamt) erbracht werden. Sie werden jedoch überwiegend von der Arbeitsverwaltung organisiert. Versicherungspflichtig sind auch betriebliche Maßnahmen wie z.B. die Einstiegsqualifizierung (§ 54a SGB II) oder betriebliche Praktika (u.a. § 45 SGB III).

Maßnahmen der Vorbereitung auf Ausbildung oder allgemein das Erwerbsleben, die von freien Trägern der Jugendhilfe durchgeführt werden (z.B. in Werkstätten) sind ebenfalls versicherungspflichtige Tätigkeiten (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V).

4.2.13 Was gilt für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Freiwilligendiensten?

Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Freiwilligendiensten (soziales oder ökologisches Jahr) im In- und Ausland sind pflichtversichert, wobei die Beiträge allein von den Trägern der Freiwilligendienste zu tragen sind (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB IV). Anerkannt werden nur Freiwilligendienste zwischen sechs und 24 Monaten für Teilnehmerinnen und Teilnehmer bis zum 27. Geburtstag. Für den Bundesfreiwilligendienst (keine Altersbegrenzung) ist die Versicherungspflicht in § 13 Abs. 2 Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) geregelt.

4.2.14 Was gilt für Au-pair?

Junge Menschen aus den Mitgliedstaaten, die in Deutschland als Au-pair beschäftigt werden, gelten auch als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Sinne der EU-Koordinierung. Sie sind aber keine Beschäftigten im Sinne des § 7 SGB IV und unterliegen nicht der Pflichtversicherung. Generell wird davon ausgegangen, dass ihr gewöhnlicher Aufenthalt bei ihrer Herkunftsfamilie erhalten bleibt, sodass auch hier die Sachleistungsaushilfe auf der Grundlage der EHIC/PEB von dem Träger des Herkunftsstaates weiter gewährt werden kann, weil es nicht zu einer Doppelleistung kommt (siehe 2.1.4). Endet die Versicherung im Herkunftsstaat, besteht die Möglichkeit innerhalb von drei Monaten die Aufnahme als freiwilliges Mitglied in der GKV zu beantragen (§ 9 Abs. 1 SGB V). Sonst entsteht die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, wenn keine Privatversicherung abgeschlossen wurde. Der monatliche Mindestbeitrag beträgt 177 € (einschließlich Pflegeversicherung) für 2019.

4.2.15 Was gilt für Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung?

Personen, die in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung aufgenommen sind, sind in der GKV pflichtversichert. Die Beiträge werden von der Werkstatt übernommen. Das gleiche gilt, wenn Menschen mit Behinderung in eine Wohneinrichtung aufgenommen wurden und in dieser Einrichtung einer Tätigkeit nachgehen, die mit Erwerbsarbeit vergleichbar ist. Vorrangig tritt aber die Familienversicherung nach § 10 SGB V ein, wenn die Behinderung bereits vor dem 25. Geburtstag eingetreten ist und die Versicherung von einem Elternteil abgeleitet werden kann.

4.2.16 Was gilt für Familienangehörige von Versicherten?

Die Familienangehörigen von Versicherten sind beitragsfrei familienversichert (§ 10 SGB V), es sei denn, sie werden über den anderen Elternteil der Privatversicherung zugeordnet oder sie sind selbst vorrangig pflichtversichert (z.B. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer).

Familienangehörige sind:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner (keine eheähnlichen Lebensgemeinschaften!),
- Kinder, immer bis zum 18. Geburtstag,
- Kinder ohne Erwerbseinkommen bis zum 23. Geburtstag,
- Kinder in Ausbildung bis zum 25. Geburtstag,
- Kinder, die aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen, ohne Altersbegrenzung, wenn die Behinderung zu einem Zeitpunkt eingetreten ist, zu dem sie familienversichert waren,
- Stiefkinder, die vom Versicherten überwiegend unterhalten werden,
- Kinder in Adoptionspflege,
- Enkelkinder (Kinder von familienversicherten Kindern),
- Pflegekinder, die bei den Pflegeeltern in einem familienähnlichen Verhältnis leben.

Familienangehörige sind auch dann versichert, wenn sie in einem anderen Mitgliedstaat wohnen oder sich dort aufhalten (siehe auch 3.4).

Sonstige Familienangehörige, die nach EU-Recht das Aufenthaltsrecht von Erwerbstätigen ableiten, z.B. in auf- und absteigender Linie, wenn ihnen Unterhalt gewährt wird, oder die nichtehelichen Lebenspartnerinnen und Lebenspartner (EuGH vom 05.06.2018 – C-673/16 Coman) sind nicht in der

Familienversicherung mitversichert. Die nicht familienversicherten Angehörigen werden aufgrund ihres gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland der Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) zugeordnet (es sei denn, sie sind durch eine Erwerbstätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat oder eine Rente aus einem anderen Mitgliedstaat dem Versicherungssystem dieses Staates zugeordnet).

Falls die Familienangehörigen selbst die Staatsangehörigkeit eines Drittstaates haben, können sie Probleme bei der KK bekommen, weil nach dem reinen Wortlaut des § 5 Abs. 11 Satz 1 AufenthG für sie eine Zugangssperre gilt, weil sie nicht über einen Aufenthaltstitel, sondern über eine Aufenthaltskarte nach § 5 Abs. 1 FreizügG/EU verfügen. Der Gesetzgeber hat es nämlich versäumt, die Situation von Drittstaatsangehörigen, für die das FreizügG/EU und das gesamte EU-Recht gilt, in diese Regelung aufzunehmen. Da es sich allerdings offensichtlich um eine planwidrige Lücke handelt, müssen diese Angehörigen ebenso behandelt werden wie Familienangehörige mit einer Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates, da eine Differenzierung sowohl gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz nach Art. 4 VO 883/2004 als auch gegen Art. 48 des EU-Vertrags (AEUV) verstoßen würde, der den Familienangehörigen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Selbständigen die gleiche soziale Sicherheit garantiert wie den Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern selbst.

Beispiel 1:
Radu, rumänischer Staatsangehöriger, lebt und arbeitet versicherungspflichtig in München. Seine Ehefrau und Tochter leben in Spanien und sind dort nicht krankenversichert. Sie erhalten eine deutsche Gesundheitskarte mit einer EHIC und können damit Gesundheitsleistungen als Sachleistungsaushilfe in Spanien erhalten.

Beispiel 2:
Aneta, tschechische Staatsangehörige, sozialversichert beschäftigt in Wiesbaden, lebt mit ihrem brasilianischen Ehemann und dessen 26jährigem Sohn (arbeitsuchend) zusammen. Der Ehemann ist über Aneta familienversichert, nicht aber der Sohn, weil er die Altersgrenze überschritten hat. Er ist Inhaber einer Aufenthaltskarte EU und ihm steht ein Aufenthaltsrecht nach § 3 FreizügG/EU als Familienangehöriger zu, weil er von Aneta Unterhaltsleistungen erhält. Er ist deshalb in der Auffangversicherung pflichtversichert. Die Zugangssperre nach § 5 Abs. 11 SGB V ist auf ihn nicht anzuwenden.

Kinder sind nicht familienversichert, wenn ein Elternteil (bzw. der Ehegattin und Ehegatte, Lebenspartnerin und Lebenspartner der Versicherten und des Versicherten) privat versichert ist, mehr als z.Zt. 5.062,50 € monatlich brutto (Versicherungspflichtgrenze 2019) verdient und zugleich ein höheres Einkommen hat als der pflichtversicherte Elternteil. Kinder werden dann diesem Elternteil und damit der Privatversicherung zugeordnet.

Sobald Kinder selbst eine Ausbildung, eine Beschäftigung, einen Freiwilligendienst aufnehmen, ist die eigene Pflichtversicherung vorrangig vor der Familienversicherung. Das gilt nicht für die studentische Pflichtversicherung (siehe 4.2.10), diese ist gegenüber der Familienversicherung nachrangig (§ 5 Abs. 7 SGB V).

Beispiel:
Marie, 22 Jahre alt, war ein Jahr lang über den Bundesfreiwilligendienst versichert. Im Anschluss daran könnte sie sich freiwillig versichern (§ 9 Abs. 1 SGB V). Der obligatorische Übergang in die freiwillige Versicherung (siehe 4.4) erfolgt jedoch nicht, weil die Familienversicherung wieder auflebt (§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

4.2.17 Welche weiteren Personen sind in der Auffangversicherung pflichtversichert?

Die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V greift immer dann, wenn Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland sonst keinen Versicherungsschutz haben, und wenn sie nicht schon bisher dem System der privaten Versicherung zugeordnet waren. Zeiten einer gesetzlichen Versicherung in einem anderen Mitgliedstaat werden den Zeiten einer Mitgliedschaft in der GKV gleichgestellt (Art. 5 b) VO 883/2004; GKV, RdSchr. 18e vom 14.12.2018, A.2.4.2.2 Abs. 7). Der Nachweis erfolgt durch die S041-Bescheinigung der bisherigen Versicherung im Herkunftsstaat oder sonstige Versicherungsnachweise wie etwa eine abgelaufene EHIC.

Zuziehende aus anderen Mitgliedstaaten werden jedoch oft durch die gesetzliche Zugangssperre nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V ausgeschlossen. Die Pflichtversicherung greift bei Erwerbslosen nur, wenn ein Recht zum Aufenthalt unabhängig vom Nachweis eines Krankenversicherungsschutzes besteht. Das gilt für:

- Daueraufenthaltsberechtigte nach § 4a FreizügG/EU.
- Personen (nicht nur Angehörige der Mitgliedstaaten), die die Personensorge für ein Kind einer und eines derzeitigen oder ehemaligen Beschäftigten aus einem anderen Mitgliedstaat ausüben, solange dieses Kind eine Bildungseinrichtung besucht (§ 3 Abs. 4 FreizügG/EU und Art. 10 VO 492/2011).
- Angehörige der Mitgliedstaaten, denen ein Aufenthaltsrecht aus familiären Gründen zusteht (abgeleitet von Deutschen oder Drittstaatsangehörigen mit Aufenthaltstitel) nach der Grundsatzentscheidung des BSG vom 30.1.2013 (AZ: B 4 AS 54/12 R).
- Angehörige der Mitgliedstaaten, die sich auf ein Aufenthaltsrecht berufen können, welches ihnen zustünde, wenn sie wie Drittstaatsangehörige nach dem AufenthG zu beurteilen wären (§ 11 Abs. 1 Satz 11 FreizügG/EU, z.B. Opfer von Menschenhandel).
- Familienangehörigen der vorgenannten Gruppen nach § 3 FreizügG/EU.

(Für die Einzelheiten siehe die Aufstellung zur Freizügigkeitsberechtigung im Anhang.)

Hinweis:
Die Daueraufenthaltsberechtigung ist immer vorrangig zu prüfen, weil dann fast immer eine gesetzliche Versicherung möglich wird.

Diese Personen sind in der Auffangversicherung pflichtversichert, wenn

- ihr Lebensmittelpunkt in Deutschland liegt (gewöhnlicher Aufenthalt),
- sie nicht vorrangig einer sonstigen Pflichtversicherung zuzuordnen sind,
- sie nicht freiwillig versichert sind,
- sie keine Krankenhilfe vom Sozialamt nach §§ 48 ff. SGB XII oder AsylbLG beziehen und
- sie bisher weder in Deutschland noch in einem anderen Mitgliedstaat privat versichert waren.

Die KK prüfen die Anforderungen eigenständig, können jedoch die Ausländerbehörden oder die Jobcenter zur Aufklärung des Sachverhalts einbinden (GKV, RdSchr. 18e vom 14.12.2018, A.2.5.2, Abs. 5).

Beispiel 1:
Wanja, bulgarische Staatsangehörige, 30 Jahre alt, kommt nach Schwerin, als sie im 3. Monat schwanger ist. Der Kindesvater Georg hat die deutsche Staatsangehörigkeit. Wanja möchte mit ihm zusammenleben, Georg ist jedoch erwerbsunfähig und hat kein Einkommen. Wanja stellt keinen Leistungsantrag beim Jobcenter, auch weil sie noch über Erspartes verfügt.

Sie ist in der Auffangversicherung pflichtversichert, weil sie ein Recht zum Aufenthalt aus familiären Gründen (Vorwirkung des abgeleiteten Aufenthaltsrechts vom deutschen Kind) hat. Sie muss Beiträge

ab dem Zeitpunkt zahlen, zu dem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Schwerin begründet hat. Dies kann der Zeitpunkt der Einreise sein, oder auch ein späterer Zeitpunkt, wenn sie zunächst nur Besuchsabsichten hatte, dann aber beschloss, sich in Deutschland niederzulassen.

Beispiel 2:
Stasia, georgische Staatsangehörige, 34 Jahre alt, kam 2012 nach Frankreich und ehelichte den französischen Staatsangehörigen Paul. Noch 2012 wurde ihre gemeinsame Tochter geboren. 2016 siedelte die Familie nach Köln um, wo Paul eine Stelle als Exportkaufmann annahm. 2018 trennten sich die Ehepartner, Paul ging nach Frankreich zurück. Stasia blieb jedoch mit der Tochter in Köln, wo die Tochter die erste Klasse der Grundschule besucht.

Stasia kann sich auch ohne EU-Staatsangehörigkeit auf ein Bleiberecht nach § 3 Abs. 4 FreizügG/EU berufen. Falls Stasia keine Leistungen des Jobcenters in Anspruch nimmt, weil sie vom Unterhalt des Kindesvaters, Kindergeld, Kinderzuschlag und Wohngeld lebt, fällt sie in die Auffangversicherung. Das geschieht nicht, wenn sie über den Ehemann versichert ist oder eine vom Ehemann abgeleitete Versicherung nach seinem Wegzug obligatorisch in eine freiwillige Versicherung umgewandelt wurde (siehe 4.4).

4.3 Wer kann sich freiwillig in der GKV versichern?

Der Zugang zur freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ist nicht voraussetzungslos!

Grundsätzlich handelt es sich um eine freiwillige Weiterversicherung, die also eine vorangegangene Pflichtversicherung voraussetzt (§ 9 Abs. 1 Nr. 1, 2, 4, 5, 6 SGB V). Die Vorversicherungszeiten können durch die Versicherung oder Teilnahme an einem nationalen Gesundheitsdienst in einem anderen Mitgliedstaat erfüllt worden sein (DVKA, Leitfaden freiwillige V., 2012, S. 12). Die KK nehmen in Übereinstimmung mit der Auffassung der DVKA und dem Gesundheitsministerium nur Personen mit einem gewöhnlichen Aufenthalt und einem materiellen Freizügigkeitsrecht (also z. B. Aufenthalt zur Arbeitsuche in den ersten sechs Monaten, Erwerbstätige, unfreiwillig arbeitslos Gewordene, Familienangehörige von Erwerbstätigen, Daueraufenthaltsberechtigte) als Freiwillige in die GKV auf. Diese Regelung ergibt sich nicht unmittelbar aus der VO 883/2004 oder dem SGB V, sondern beruht auf einer analogen Anwendung der Zugangssperre des § 5 Abs. 11 SGB V. Eine obligatorische Weiterversicherung (siehe 4.4) gibt es nicht, deshalb muss der Aufnahmeantrag innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des Versicherungsschutzes im Herkunftsland (mindestens 12 Monate unmittelbar zuvor oder 24 Monate innerhalb der letzten fünf Jahre, § 9 Abs. 1 SGB V) gestellt werden. Bei Fristüberschreitung oder unzureichender Vorversicherung droht jedoch kein Rechtsverlust, weil dann die Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) einsetzt. Für die erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung, die wegen der Höhe des Einkommens nicht pflichtversichert ist, wird keine Vorversicherung verlangt (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

Beispiel 1:
Vassilia war bislang in Griechenland versichert. Am 1.5.2019 beginnt sie als IT-Administratorin in Nürnberg eine freiberufliche Tätigkeit. Sie kann sich nun freiwillig in der GKV weiterversichern.
Giacomo ist aus Italien nach Deutschland übergesiedelt und sucht hier nach einer Arbeit. Die italienische Versicherung endet wegen der Wohnortverlagerung. Auch er kann sich freiwillig versichern, weil er in der Zeit der Arbeitsuche für zumindest sechs Monate unabhängig von der Sicherung des Lebensunterhalts und dem Bestand eines Krankenversicherungsschutzes freizügigkeitsberechtigt ist.

Die Vorversicherungszeiten können durch das Formular S041 nachgewiesen werden, oder durch entsprechende sonstige Unterlagen (GKV, Leitfaden freiwillige Versicherung, 2012, S. 18).

Freiwillig weiterversichern können sich auch Personen, deren Beschäftigung in Deutschland endet, wenn sie als Grenzgängerin und Grenzgänger in einem anderen Mitgliedstaat wohnen.

Wer aber als **Grenzgängerin und Grenzgänger in einem anderen Mitgliedstaat beschäftigt und versichert war**, kann sich nur dann in der GKV freiwillig weiterversichern, wenn zu irgendeinem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft in der GKV bestand (Art. 14 Abs. 4 VO 883/2004) oder in Deutschland eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wird oder ein sonstiger Freizügigkeitsgrund besteht.

Beiträge:
Der Beitrag richtet sich nach der Höhe des Einkommens. Es gibt jedoch einen Mindestbeitrag, der auch gezahlt werden muss, wenn kein Einkommen vorhanden ist. Für 2019 liegt er einschließlich Pflegeversicherung bei 180 € - 190 € pro Monat. Für Selbständige mit geringem Einkommen wurden die Beiträge durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz zum 1.1.2019 ebenfalls auf diesen Mindestbetrag gesenkt.

4.4 Wann wird eine freiwillige Versicherung automatisch begründet?

Um den Verlust des Versicherungsschutzes bzw. das Entstehen von Beitragsrückständen ohne Kenntnis der Versicherten zu vermeiden, wird nach dem Ende einer Pflichtversicherung (Familienversicherung, studentische Versicherung, Ende einer Beschäftigung oder des ALGI oder II-Bezugs) die GKV als obligatorische Anschlussversicherung (freiwillige Versicherung) fortgesetzt, es sei denn es wird ein anderer Versicherungsschutz nachgewiesen (§ 188 Abs. 4 SGB V). Auf die sonst geforderten Vorversicherungszeiten wird verzichtet.

Die obligatorische Anschlussversicherung setzt eine unmittelbar vorangegangene Pflichtmitgliedschaft in der deutschen GKV voraus und kann deshalb nicht an eine gesetzliche Versicherung in einem anderen Mitgliedstaat anschließen (GKV: Grundsätzliche Hinweise zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V vom 14.12.2018).
Bei Angehörigen der Mitgliedstaaten kann aber nach dem Ende einer Beschäftigung bzw. des anschließenden ALG I oder ALG II-Bezugs der Versicherungsschutz des Herkunftslandes wieder aufleben.

Beispiel:
Darius, 20 Jahre alt, ist bei seinen Eltern in Litauen aufgewachsen. Er absolviert in Magdeburg ein Freiwilliges Soziales Jahr. In dieser Zeit ist er in der GKV versichert. Nach dem Ende verbleibt er in Deutschland, um sich auf ein Studium vorzubereiten.

Er fällt nun wieder in das litauische Versicherungssystem. Er muss diesen Versicherungsschutz durch eine EHIC/PEB gegenüber seiner KK nachweisen, damit die obligatorische freiwillige Versicherung nicht einsetzt.

Durch eine Neuregelung zum 1.1.2019 in § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V entsteht keine Weiterversicherung, wenn die KK den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der Versicherten nicht ausfindig machen können. Für Angehörige der Mitgliedstaaten, die zwischen verschiedenen Staaten pendeln, entsteht damit eine erhöhte Gefahr, den Krankenversicherungsschutz zu verlieren und später keinen Zugang mehr zur GKV zu bekommen.

Hinweis:
Endet der ALG II-Leistungsbezug wegen des Verlustes des Erwerbstätigenstatus (siehe 4.2.6), kann die obligatorische Weiterversicherung besonders wichtig sein, weil der Zugang zur Auffangversicherung eventuell gerade wegen des fehlenden Krankenversicherungsschutz versperrt ist (§ 5 Abs. 11 SGB V). Die Erreichbarkeit sollte unbedingt sichergestellt werden, notfalls auch durch eine Zustellanschrift für Wohnungslose.

Beispiel:
Jacob aus Rumänien lebt wohnungslos in Hamburg. Er verfügt über eine Erreichbarkeitsadresse (Zustellbevollmächtigung nach § 14 SGB X) bei einer Beratungsstelle für Wohnungslose. Er arbeitete vier Monate lang auf dem Bau und verlor dann seinen Arbeitsplatz, weil das Bauprojekt endet. Anschließend bezieht er sechs Monate lang ALG II. Der Leistungsbezug endet mit dem Ende des Arbeitnehmerstatus nach § 2 Abs. 3 Satz 2 FreizügG/EU wegen der Ausschlussklausel des § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 lit. b SGB II. Jacob begibt sich daraufhin nach Stuttgart, weil er sich dort bessere Arbeitsmöglichkeiten erhofft. Für seine KK ist er nicht mehr erreichbar und seine Mitgliedschaft (obligatorische Anschlussversicherung) wird beendet. Jacob schlägt sich mit unangemeldeten Tagelöhner-Jobs durch. Ein Jahr später erleidet er einen Herzinfarkt. Es gibt für ihn keinen Weg zurück in die GKV, eine Privatversicherung kann er nicht bezahlen. So kann Jacob nur eine Notfallversorgung im Rahmen der Überbrückungsleistungen durch das Sozialamt (siehe 6.1) erhalten.

Saisonarbeitnehmerinnen und Saisonarbeitnehmer (vorübergehende sozialversicherungspflichtige Tätigkeit bis zu acht Monaten) werden nach dem Ende der Beschäftigung nicht automatisch weiterversichert. Sie müssen die freiwillige Weiterversicherung ausdrücklich beantragen, und zwar innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Beschäftigung und unter Nachweis des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts (auch wohnungslos) in Deutschland (§ 188 Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V). Auch sie müssen aber keine Vorversicherungszeit nachweisen. Es genügt also, dass sie sozialversichert beschäftigt waren. Der Antrag wird am besten persönlich bei der bisherigen KK gestellt. Vorzulegen ist ein Nachweis über die aktuelle Anmeldung in Deutschland – ersatzweise eine Bescheinigung der Organisation, durch welche die Zustelladresse gewährleistet wird (z.B. Wohnungslosenhilfe).

4.5 Welche Rechte stehen Antragstellerinnen und Antragstellern gegenüber der GKV zu?

4.5.1 Gegen welche Entscheidungen können Rechtsmittel eingelegt werden?

Die Krankenkassen verschicken oft Schreiben, aus denen sich nicht eindeutig ergibt, ob es sich lediglich um eine allgemeine Mitteilung oder um einen Verwaltungsakt (Bescheid) handelt, gegen den Rechtsmittel möglich sind. Handelt es sich um die Entscheidung eines konkreten Antrags, liegt immer ein Verwaltungsakt vor, z.B.:

- Es wird festgestellt, dass keine Pflichtversicherung besteht.
- Die Aufnahme als freiwilliges Mitglied wird abgelehnt.
- Es wird festgestellt, dass Beitragsschulden in einer bestimmten Höhe bestehen.
- Es wird festgestellt, dass die Leistungsansprüche ruhen.
- Die bestehende Versicherung wird gekündigt.
- Eine bestimmte Leistung wird abgelehnt.

Gegen diese Entscheidungen kann Widerspruch erhoben werden. Findet sich auf der schriftlichen Entscheidung eine Rechtsmittelbelehrung, so beträgt die **Frist** - wie angegeben – einen Monat. Findet sich diese Belehrung nicht, so beträgt die Frist ein Jahr.

Wurde die Entscheidung nur mündlich vermittelt, z.B. „Das geht nicht“, „Wir können sie nicht versichern“, „So eine Behandlung wird von uns nicht übernommen“, so kann auch dagegen ein Widerspruch erhoben werden. Problematisch ist dabei der Nachweis, ob und mit welchem Inhalt die Entscheidung getroffen worden ist. Es besteht ein Rechtsanspruch auf eine schriftliche begründete Entscheidung (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB X), aber dies muss auch umgehend eingefordert werden!

4.5.2 Wann ist es sinnvoll, einen Eilantrag beim Sozialgericht zu stellen?

Sozialgerichte können auf Antrag eine einstweilige Anordnung treffen, um einen bestimmten Rechtszustand (z.B. Feststellung einer Pflichtmitgliedschaft) vorläufig zu regeln oder die GKV zu einer Leistung zu verpflichten. Voraussetzung ist sowohl eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass den Antragstellerinnen und Antragstellern ein Recht zusteht als auch ein besonderes Interesse an der schnellen Entscheidung.

Der Antrag macht daher nur Sinn, wenn die schnelle Regelung unverzichtbar ist, um ein Recht nicht zu verlieren, weil die Betroffenen sich die Leistung auch nicht anderweitig beschaffen können.

Beispiel 1:
Bei Miguel aus Spanien wurde ein Tumor festgestellt, der operativ entfernt werden muss; andernfalls sinken die Überlebenschancen. Miguel ist seit fünf Monaten in Deutschland, hat hier eine Wohnung für sich, seine Ehefrau und seinen Sohn angemietet und sucht nach Arbeit. Die KV lehnt es ab, seine Pflichtversicherung festzustellen, weil Miguel kein einkommensunabhängiger Aufenthaltsgrund zustehe (Zugangsschranke nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V).

Als Arbeitsuchendem steht Miguel jedoch zumindest in den ersten sechs Monaten ein einkommensunabhängiges Aufenthaltsrecht zu (§ 2 Abs. 1a FreizügG/EU). Die Erkrankung unterbricht zwar die Arbeitsuche, beendet sie aber nicht, weil Miguel voraussichtlich nach zwei bis drei Monaten wieder arbeitsfähig sein wird. Miguel benötigt die Feststellung der Pflichtversicherung, weil er die hohen Kosten der OP auch nicht vorläufig selbst bezahlen kann. Das SG kann also eine einstweilige Anordnung zum Bestehen der Versicherung erlassen.

Beispiel 2:
Nike aus Griechenland arbeitet als selbständige Dolmetscherin in München und erzielt ein Jahreseinkommen von ca. 60.000 €. Sie möchte einer KK als freiwilliges Mitglied beitreten, weil sie unmittelbar zuvor in Griechenland drei Jahre bei einer Kommunalverwaltung gearbeitet hat und dort gesetzlich versichert war.

Nike hat zwar ein Recht auf die freiwillige Versicherung (siehe 4.3), aber es besteht bei ihr keine Dringlichkeit für die Feststellung. Sie hat keine Erkrankung – zumindest keine, die mit für sie unbezahlbaren Kosten verbunden wäre. Nike kann darauf verwiesen werden, gegen die Entscheidung der GKV Widerspruch einzulegen und gegen eine eventuelle Ablehnung zu klagen.

In der Regel ist die Einschaltung einer Fachanwältin und eines Fachanwaltes empfehlenswert, es sei denn, es handelt sich um eine eindeutig falsche Entscheidung der KK.

Wenn die Angelegenheit einfach ist oder anwaltliche Vertretung in Hinblick auf die Dringlichkeit nicht zu erreichen ist, kann jederzeit kostenfrei ein Antrag bei der Rechtsantragstelle des zuständigen Sozialgerichts gestellt werden.

4.5.3 Welche Informationen müssen die Krankenkassen zur Verfügung stellen?

Jede KK ist ein öffentlicher Sozialleistungsträger und als solcher unmittelbar an die Verfahrensrechte des SGB X gebunden.

Nach § 25 SGB X besteht ein Rechtsanspruch auf Akteneinsicht, der lediglich ein laufendes Verfahren oder ein bestehendes Versicherungsverhältnis voraussetzt. Dieses Recht können die Versicherten selbst oder jede und jeder von ihnen bestimmte Bevollmächtigte (siehe 4.5.4) geltend machen.

Ausgenommen vom Recht auf Akteneinsicht sind personenbezogene Daten Dritter. Medizinische Inhalte

der Akte darf die KK auch durch eine Medizinerin und einen Mediziner vermitteln lassen.

Die KK sind auch nach dem Informationsfreiheitsgesetz des Bundes (IFGB) verpflichtet, den Bürgerinnen und Bürgern alle Informationen zur Verfügung zu stellen, die sie bei der Durchführung ihrer Aufgaben verwenden oder berücksichtigen. Dieses Recht ist unabhängig von einem laufenden Verfahren und kann deshalb auch von jeder Beratungsstelle eingefordert werden. Ausgenommen sind personenbezogene Daten von Dritten. Der Antrag ist an die jeweilige KK zu richten und soll innerhalb eines Monats beantwortet werden (§ 7 Abs. 5 Satz 2 IFGB).

4.5.4 Welche Vertretungs- und Beistandsrechte haben Beratungsstellen und Interessensverbände?

Versicherte können sich jederzeit durch eine Person ihrer Wahl und damit auch durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen vertreten lassen (§ 13 Abs. 1 SGB X).

Beratungsstellen sollten hierfür eine schriftliche Vollmacht ausstellen lassen und der KK vorlegen. In Hinblick auf die DSGV sollte die Vollmacht auch auf die Rechte der Klientinnen und Klienten hinweisen:

Beispiel für eine Vollmacht:

Ich, xx
geb.: xx
wohnhaft: xx

bevollmächtige
Frau xx oder eine andere Mitarbeiterin der Beratungsstelle xx
mit der Vertretung gegenüber der Krankenkasse xx.

Alle erhobenen und gegenüber der Beratungsstelle xx bekannt gewordenen Daten unterliegen der absoluten Vertraulichkeit und dem Offenbarungsverbot nach § 203 StGB. Es erfolgt keine Weitergabe von personenbezogenen Daten an Personen und Institutionen, die von dieser Vollmacht nicht erfasst sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die zu meiner Person erhobenen Daten elektronisch gespeichert werden.
Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, soweit sie zur Erfüllung des erteilten Auftrags erforderlich sind, an die Krankenkasse xx weitergegeben werden.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich gemäß Art. 15 DSGV jederzeit berechtigt bin, von der Bevollmächtigten und der Beratungsstelle xx Auskünfte über alle zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten und gemäß Art. 17 DSGV jederzeit die Berichtigung, Sperrung oder Löschung aller oder einzelner dieser Daten verlangen kann.

Datum, Unterschrift

Es besteht immer das Recht, eine Begleitperson zu allen Terminen bei der KK mitzunehmen (§ 13 Abs. 4 SGB X). Ausgeschlossen sind nur Personen, die kommerziell tätig werden ohne dazu befugt zu sein oder die geistig nicht in der Lage sind, ein Anliegen vorzubringen (§ 13 Abs. 5 und 6 SGB X).

Die Beraterinnen und Berater müssen jedoch darauf achten, dass sie über die erforderlichen Fachkenntnisse und eine vom Rechtsdienstleistungsgesetz geforderte Anleitung verfügen, wenn sie im Bereich der Rechtsberatung tätig werden (§§ 8 Abs. 1 Nr. 5, 7 Abs. 2, 6 Abs. 2 Satz 2 RDG).

4.5.5 Welche Ansprüche bestehen auf Dolmetscherinnen und Dolmetscher?

Die Angehörigen der Mitgliedstaaten sind berechtigt, die Kommunikation mit der KK vollständig in der Sprache ihres Herkunftslandes durchzuführen. Dieses Recht gilt nach Art. 76 Abs. 7 VO 883/2004 für alle öffentlichen Sozialleistungsträger. Die KK bieten bereits viele Informationen mehrsprachig an, sie müssen jedoch auch Dolmetscherinnen und Dolmetscher auf eigene Kosten bereitstellen, um mündliche Anträge aufzunehmen und Schriftstücke zu übersetzen. Auch dürfen alle Unterlagen aus den Mitgliedstaaten, Bescheinigungen, Krankschreibungen, Rezepte etc. in der Originalsprache vorgelegt werden. Die KK dürfen keine Übersetzungen verlangen. Das scheint nicht bei allen KK bekannt zu sein, ein entsprechender Hinweis hilft jedoch in der Regel.

Dagegen bleibt der Anspruch auf Sprachmittlung bei der medizinischen Behandlung weiterhin ungeklärt (siehe 2.3.1.11).

4.5.6 Wo und wie können informelle Beschwerden eingelegt werden?

Die **Fachaufsicht** über die meisten KK führt das Bundesversicherungsamt:
www.bundesversicherungsamt.de

Nur wenn die Tätigkeit der KK auf bis zu drei Bundesländer beschränkt ist, sind die Landesministerien zuständig. Das gilt insbesondere für die AOK.

Die **Kassenärztliche Vereinigung** (siehe auch 2.3.5).

Die **unabhängige Patientenberatung** bezieht sich nur auf medizinische Fragen: bundesweite **Telefon-Hotline 0800 0 117722**.

Das Bundesministerium für Gesundheit verfügt über ein **Bürgertelefon** zur Krankenversicherung: **030 / 340 60 66 01.**

SOLVIT, Service-Einrichtung der EU-Kommission (siehe auch 2.3.5).

4.6 Wer kann oder muss sich in einer privaten KV versichern?

Kann: Wer nicht pflichtversichert ist.
Muss: Wer nicht pflichtversichert in der GKV ist und keinen Zugang zur freiwilligen GKV hat.

Die private Krankenversicherung ist im deutschen Gesundheitssystem vorgesehen für

- Beamte, bei denen die Kosten zum Teil von der Beihilfe getragen werden,
- selbständig Erwerbstätige, denen pauschal ein höheres Einkommen unterstellt wird, und
- Besserverdienende.

Privatversicherungen können Leistungen und Beiträge weitgehend frei gestalten und dürfen bei Vorerkrankungen die Beiträge erhöhen oder den Vertragsabschluss ablehnen.

Zunehmend sind Personen auf die Privatversicherung angewiesen, weil sie keinen Zugang zur GKV finden. Bei den Angehörigen der Mitgliedstaaten ist dies vor allem auf die Zugangssperre nach § 5 Abs. 11 SGB V (siehe 4.2.17) zurückzuführen.

Weil die Privatversicherung damit auch zu einer „Notlösung“ wird, um die gesetzliche Versicherungspflicht zu erfüllen, sind alle Privatversicherungen gesetzlich verpflichtet, einen „**Basistarif**“ nach § 152 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) anzubieten, der die gleichen Leistungen enthält wie die GKV, nicht von einer

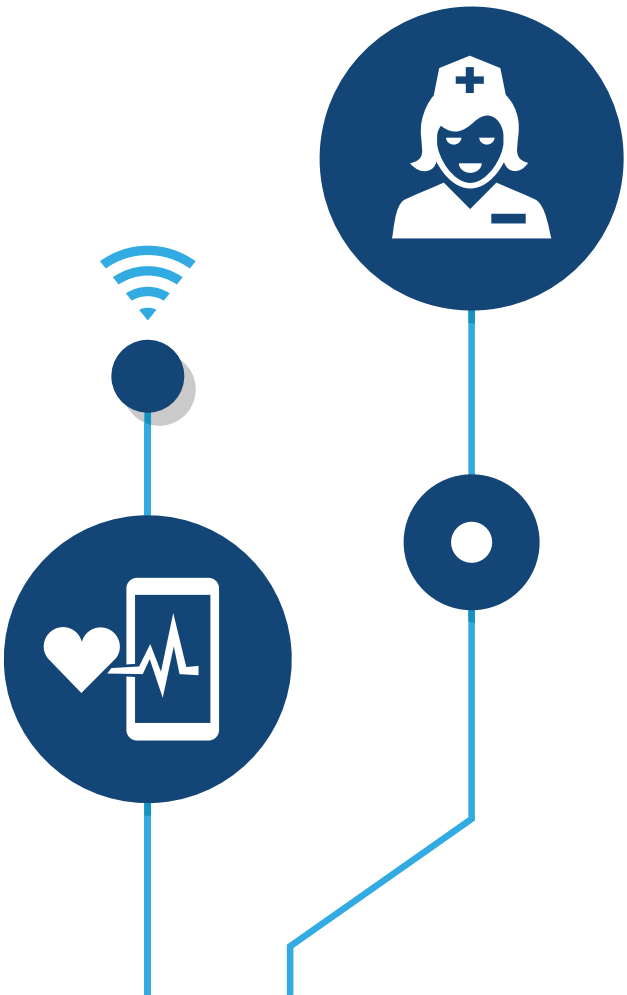
Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden und nicht mehr kosten darf als der Höchstsatz der GKV, für 2019 ca. 800 € monatlich (§ 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Es müssen auch niedrigere Tarife mit Selbstbehalten angeboten werden.

Dieser Tarif muss auf die Hälfte, also ca. 400 € reduziert werden, wenn die Versicherten nachweisen, dass ihr Einkommen die Hartz IV-Bedarfssätze nicht oder nur unwesentlich überschreitet. Das Jobcenter bzw. das Sozialamt sind verpflichtet, die Höhe des Einkommens zu prüfen und eine Bescheinigung für die Privatversicherung auszustellen.

Die Privatversicherungen (PV) stellen kaum Informationen über diesen gesetzlich vorgeschriebenen Tarif zur Verfügung. Auch werden Antragstellerinnen und Antragsteller immer wieder abgewiesen. Dies geschieht unter Berufung auf eine Entscheidung des BGH (vom 16.7.2014 – IV ZR 55/14). Im Kern ging es bei der Entscheidung darum, die Sozialämter nicht zu Lasten der PV aus der Verpflichtung zur Gewährung von Krankenhilfe zu entlassen. Die Entscheidung enthält jedoch auch einen Hinweis, nachdem der Basistarif nur für Personen gedacht sei, die privat versichert waren oder dem System der Privatversicherung aufgrund ihrer Einkommensart zuzuordnen sind. Das ist ein Argument der PV, um nicht erwerbstätige, bisher in Deutschland nicht versicherte Personen abzuweisen. Dem steht zwar die Entscheidung des BVerwG (vom 18.4.2013 – 10 C 10.12) entgegen, nachdem Ausländerinnen und Ausländer, die von der Auffangversicherung ausgeschlossen sind, einen Anspruch auf Aufnahme im Basistarif der PV haben.

Im Ergebnis werden Personen, die gesetzlich verpflichtet sind, eine KV abzuschließen, von jedem Zugang zu einer Versicherung ausgeschlossen. Eine Klärung kann nur durch Musterklagen herbeigeführt werden.

Es gibt eine Schlichtungsstelle für Streitigkeiten mit Privatversicherungen:
Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
http://www.pkv-ombudsmann.de
und die **Aufsichtsbehörde**:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Internet: **http://www.bafin.de**



5 Beitragsrückstände und Zuschläge in der Krankenversicherung

5.1 Gesetzliche Krankenversicherung

5.1.1 Wie kommt es zu Beitragsrückständen in der GKV?

Die Mitgliedschaft in der GKV entsteht ohne jedes Zutun der Betroffenen oder der KK auch rückwirkend (§ 186 Abs. 11 SGB V). Für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger entstehen Beitragsschulden häufig, wenn die Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) durch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder die Begründung eines Wohnsitzes in Deutschland entstanden ist, ohne dass ein Kontakt zu einer KK bestand.

Beitragsrückstände können auch entstehen, wenn Beiträge für die obligatorische Weiterversicherung (siehe 4.4), die studentische Pflichtversicherung (siehe 4.2.10), die Künstlersozialversicherung (siehe 4.2.5) oder eine freiwillige Versicherung nicht gezahlt wurden.
Für freiwillig Versicherte können sehr hohe Beitragsschulden auflaufen, wenn der Höchstbetrag festgesetzt wurde (§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V), weil keine Angaben zum Einkommen gemacht wurden. Mit der Neuregelung durch das Versichertenentlastungsgesetz in § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V können Versicherte seit dem 1.1.2019 noch 12 Monate nach der Beitragsfestsetzung ihr tatsächliches Einkommen nachweisen und die zurückliegenden Beiträge anpassen lassen.

Keine Beitragsrückstände entstehen, wenn Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Beiträge nicht an die GKV abgeführt haben, denn hier bleiben allein die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zur Nachzahlung verpflichtet.

5.1.2 Wie wird der Beginn der Pflichtversicherung berechnet?

Die Mitgliedschaft in der GKV entsteht für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger erstmals mit Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in Deutschland oder mit der Begründung eines gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland, solange keine Erwerbstätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat ausgeübt wird.

Beispiel 1:
Erwerbstätigkeit ohne Wohnsitz
Die ungarische Staatsangehörige Sonja lebt mit ihrer Familie in Budapest (gewöhnlicher Aufenthalt). Sie begibt sich nach München, um hier eine freiberufliche Tätigkeit als Dolmetscherin aufzunehmen. Sie ist bisher als Familienangehörige über ihren Ehemann in der ungarischen gesetzlichen Versicherung versichert. An dem Tag der Aufnahme ihrer Tätigkeit (Anmeldung beim Finanzamt oder erster Vertragsabschluss) entsteht die Pflichtmitgliedschaft in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, weil Sonja zuvor nicht privat versichert war und sie keinen Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft in der GKV gestellt hat. Gleichzeitig endet die Familienversicherung in Ungarn.

Beispiel 2:
Wohnsitz ohne Erwerbstätigkeit
Der polnische Staatsangehörige Piotr zieht zu seiner deutschen Ehefrau nach Berlin und schreibt sich für einen Sprachkurs „Deutsch“ ein. Er war bislang in Polen beschäftigt und darüber in der gesetzlichen Versicherung. Seine Ehefrau ist privat versichert, sodass eine Familienversicherung in Deutschland (§ 10 SGB V) nicht möglich ist. Piotr hat jedoch am Tag der melderechtlichen Wohnsitznahme in Berlin dort seinen gewöhnlichen Aufenthalt begründet, weil

aus den Gesamtumständen deutlich wird, dass er seinen Lebensmittelpunkt nach Berlin verlegt hat. Damit entsteht die Pflichtmitgliedschaft in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, weil Piotr in Polen gesetzlich und nicht privat versichert war. Piotr ist auch nicht von der Auffangversicherung ausgeschlossen (§ 5 Abs. 11 SGB V), weil sein Recht zum Aufenthalt als Ehepartner einer Deutschen nicht von der Sicherung des Lebensunterhalts und einer KV abhängt.

Fortsetzung des Beispiels:
Wendet sich Anton etwa am 1.3.2019 an eine KK, um seine Versicherungssituation klären zu lassen und wird dabei festgestellt, dass er seit 1.6.2014 pflichtversichert ist, so kann er sich auf die Verjährung für alle Beiträge bis Ende 2014 berufen. Er kann aber nicht mit der Schuldentilgung abwarten und sich Anfang 2020 auf die Verjährung der Beiträge bis Ende 2015 berufen. Für diese Beiträge wurde die Verjährung durch den Bescheid über die Nachzahlung gehemmt.

5.1.3 Welche Folgen haben die Beitragsrückstände?

Grundsätzlich müssen Pflichtversicherte die Beitragsrückstände ab dem Zeitpunkt des Beginns der Pflichtversicherung bezahlen. Häufig erhalten die Versicherten von ihrer KK zunächst eine Rechnung (es handelt sich rechtlich um einen Bescheid/Verwaltungsakt) über die gesamten Beitragsrückstände.

Es gibt nun verschiedene Möglichkeiten, diese Schulden zu reduzieren:

5.1.3.1 Verjährung von Beitragsschulden

Beitragsschulden verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie fällig geworden sind (§ 25 Abs. 1 SGB IV).

Beispiel:
Anton meldet am 1.6.2014 ein Gewerbe in Hamburg an. Die Beiträge für 2014 waren zum 1.1.2019 verjährt.

Die Verjährung wird allerdings durch Zahlungsaufforderungen oder Verhandlungen über die Zahlungsmodalitäten (und die damit einhergehende Anerkennung der Ansprüche) und Mahnungen gehemmt.

Die Verjährung lässt die Forderung nicht automatisch erlöschen, die Beitragsschuldnerinnen und Beitragsschuldner müssen sich darauf berufen.

Formulierungsvorschlag:

.. Gegen den Bescheid vom xx.xx.yy über Beitragsrückstände in Höhe von xxx lege ich Widerspruch ein.

Begründung:

Die Rückstände sind bis einschließlich des Beitrags für den Monat xxx nach § 25 Abs. 1 SGB IV verjährt.

Die Mitgliedschaft begann am 01.xx.yy mit der Aufnahme der Erwerbstätigkeit/der Begründung des gewöhnlichen Aufenthalts [Achtung: auf die richtige Berechnung achten!!].

Die Verjährung ist eingetreten zum Ende des Jahres yy + 4 [Ablauf des Jahres der Entstehung + 4 Jahre].

Die Verjährung konnte nicht gehemmt werden, weil die Beitragsrückstände erstmals am xx.xx.yy + 5 festgestellt wurden.

Falls die Widerspruchsfrist (ein Monat, ohne oder mit falscher Rechtsmittelbelehrung ein Jahr) bereits abgelaufen ist, kommt ein Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X in Betracht.

5.1.3.2 Antrag auf Herabsetzung auf den Ruhensbeitrag

Für aufgelaufene Beitragsschulden aus einer bislang nicht angezeigten Auffangversicherung kann die Herabsetzung auf den Ruhensbeitrag von monatlich ca. 55 € und gleichzeitigem Erlass der Säumniszinsen beantragt werden. Möglich ist das nur, wenn für den gesamten zurückliegenden Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen wurden oder diese Leistungen nachträglich der KK gegenüber erstattet werden.

Umgekehrt können die vollen Beitragsschulden gezahlt werden und damit ein rückwirkender Leistungsanspruch erworben werden, z.B. wenn ein Krankenhaus hohe Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt hat.

Die Reduzierung auf den Ruhensbeitrag ist nicht möglich, wenn laufende Beiträge aus einer festgestellten Versicherung (während des Besitzes einer Gesundheitskarte) nicht gezahlt wurden.

Auch die Schulden aus einer obligatorischen Anschlussversicherung (freiwillige Versicherung) können nicht auf einen Ruhensbeitrag reduziert werden.

5.1.3.3 Antrag auf Stundung und Ratenzahlung

Anträge auf Stundung und Ratenzahlung sollten immer gestellt werden, wenn die Schulden nicht sofort gezahlt werden können. Sonst wird die Forderung an das Hauptzollamt zur Vollstreckung weitergereicht.

Eine reine Stundung ohne Angebot auf Ratenzahlung sollte nur angeboten werden, wenn sich aus einer besonderen Lebenssituation ein überschaubarer Zeitraum der Zahlungsunfähigkeit ergibt.

In der Regel soll eine Ratenzahlung angeboten werden, die den tatsächlichen Leistungsmöglichkeiten entspricht. Liegt das Einkommen gerade beim menschenwürdigen Existenzminimum (SGB II/SGB XII-Bedarfe) oder darunter, sollte keine Ratenvereinbarung geschlossen werden, sondern eine Bescheinigung beim Jobcenter bzw. dem Sozialamt zur Vorlage bei der KK eingeholt werden (siehe 5.2.4.4). Liegt das Einkommen unter der Pfändungsfreigrenze (1.140 € netto für Alleinstehende, Stand 1.1.2019) sind Raten bis zu 50 € angemessen. Liegt das Einkommen oberhalb der Pfändungsfreigrenze und ist es noch nicht mit weiteren Schuldentilgungen belastet oder ist verwertbares Vermögen vorhanden, so müssen sich die Raten auch daran orientieren, welcher Betrag etwa durch eine Gehaltspfändung vollstreckbar wäre.

5.1.3.4 Antrag auf Ermäßigung und Erlass

Die Ermäßigung oder der Erlass von Schulden sollen die KK gewähren, wenn eine Einziehung „unbillig“ wäre. Davon wird in der Regel nur ausgegangen, wenn die Schuldentilgung zum wirtschaftlichen Ruin führen würde, weil etwa eine Erwerbstätigkeit aufgegeben werden müsste oder das Existenzminimum nicht mehr gewährleistet wäre. In der Praxis erlassen die KK die Schulden nur dann, wenn bei Menschen im Rentenalter oder bei dauerhaft Erwerbsunfähigen Leistungen nach SGB XII bezogen werden und ein Vermögenszufluss nicht mehr zu erwarten ist.

5.1.4 Wie wirken sich Beitragsschulden auf die Leistungsansprüche aus?

Belaufen sich die Beitragsrückstände auf mindestens zwei Monatsbeiträge und sind die Rückstände erfolglos angemahnt worden, so ruhen die Leistungsansprüche. Dadurch wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet und es bleibt ein Leistungsanspruch auf Behandlung bei akuten oder schmerzhaften Erkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen und bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V). Nicht gezahlt wird jedoch Mutterschaftsgeld, Krankengeld und Haushaltshilfe. Für Familienversicherte werden die Leistungen ohne Einschränkungen fortgesetzt.

Der volle Versicherungsschutz lebt wieder auf, wenn

- alle Beitragsschulden bezahlt sind oder
- eine Ratenzahlungsvereinbarung getroffen wurde und die Raten auch tatsächlich gezahlt werden oder
- Hilfebedürftigkeit nach SGB II/SGB XII eintritt. Das gilt immer, wenn Leistungen zum Lebensunterhalt vom Jobcenter oder Sozialamt bezogen werden. Es kommt aber nicht auf den Leistungsbezug an; auch Personen, die nur über ein Einkommen verfügen, welches nicht oder nur geringfügig über dem Bedarf nach SGB II/SGB XII unter Berücksichtigung der Freibeträge liegt, können sich die Bedürftigkeit vom Jobcenter oder vom Sozialamt bescheinigen lassen (§ 19 Abs. 6 VVG). Das gilt auch für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, die unter die Leistungsausschlüsse nach SGB II/SGB XII fallen. Die KK muss auch von sich aus prüfen, ob

das Einkommen nicht ausreicht, um die Beitragsschulden zu begleichen (BSG vom 08.03.2016 — B 1 KR 31/15 R). Ratenzahlungsvereinbarung müssen nicht mehr eingehalten werden, weil Hilfebedürftigkeit besteht.
Mit dem Ende der Hilfebedürftigkeit ruhen auch die Leistungsansprüche wieder.

5.1.5 Wann kann die Versicherung wegen Beitragsrückständen beendet werden?

Bislang konnte eine GKV nicht gekündigt werden. Mit der Neuregelung in § 191 Nr. 4 SGB V endet die freiwillige Versicherung nun, wenn innerhalb von sechs Monaten keine Beiträge gezahlt, keine Behandlung über die KK abgerechnet wurde und der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt von der KK nicht ermittelt werden kann. Die Wirkung tritt rückwirkend ab dem Ende der Beitragszahlung ein. Für Angehörige der Mitgliedstaaten besteht ein erhöhtes Risiko, so dauerhaft den Versicherungsschutz zu verlieren, weil sie durch die Zugangssperre des § 5 Abs. 11 SGB V nicht mehr in die Auffangversicherung zurückkehren können.

Hinweis:
Auch wenn keine Beiträge mehr gezahlt werden, sollte der KK immer die Anschrift bzw. eine Kontaktadresse (z.B. bei einer Wohnungslosenein-richtung) mitgeteilt werden.

5.2 Private Krankenversicherung

Die Pflichten aus einem privaten Vertragsverhältnis beginnen an sich erst mit dem Vertragsabschluss. Da in Deutschland jedoch eine gesetzliche Verpflichtung besteht, eine Krankenversicherung abzuschließen (§ 193 Abs. 3 VVG), hat der Gesetzgeber für Zeiten einer bestehenden Versicherungspflicht vor dem Vertragsabschluss sog. Prämienzuschläge (Strafzahlungen) festgelegt.

5.2.1 Wie wird der Beginn der Versicherungspflicht berechnet?

Die Verpflichtung, sich privat zu versichern, beginnt ebenso wie bei der gesetzlichen Versicherung entweder mit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder mit dem Beginn des gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland. Auch hier muss darauf geachtet werden, dass der gewöhnliche Aufenthalt nicht automatisch mit der Anmeldung eines Wohnsitzes beginnt, sondern erst dann, wenn der Lebensmittelpunkt einer Person in Deutschland liegt (siehe 2.1.3).

5.2.2 Welche Zuschläge werden berechnet, wenn in der Vergangenheit gegen die gesetzliche Versicherungspflicht verstoßen wurde?

Die Prämienzuschläge berechnen sich nach dem Beginn der Versicherungspflicht und nach der Höhe der Beiträge. Die Privatversicherungen dürfen hierbei vom Basistarif ausgehen, weil nur in Bezug auf diesen Tarif eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss besteht. Die Prämienzuschläge dürfen aber nur von dem reduzierten Betrag (ca. 400 €) errechnet werden, wenn auch für die Vergangenheit nachgewiesen wird, dass nur ein Einkommen bis zu den Bedarfssätzen nach SGB II/SGB XII erzielt wurde.

Der Prämienzuschlag beginnt mit dem 2. Monat nach Beginn der Versicherungspflicht und beträgt für die ersten fünf unversicherten Monate 100% des Beitrags und für die weiteren Monate 1/6 des Monatsbeitrags (§ 193 Abs. 4 VVG). Lässt sich nicht ermitteln, seit wann die Versicherungspflicht bestand, so wird von einer unversicherten Zeit von fünf Jahren ausgegangen (§ 193 Abs. 4 Satz 3 VVG), die Strafzuschläge belaufen sich dann auf ca. 5.600 € für eine Person.

5.2.3 Was geschieht mit Beitragsschulden während eines laufenden Versicherungsvertrags?

Werden Beiträge während eines laufenden Vertrags in Höhe von mindestens zwei Monatsbeiträgen trotz Mahnung nicht gezahlt, so ruhen die Leistungsansprüche bis auf eine Notfallversorgung (siehe 5.1.3.5). Die Versicherung wird auf den Notfalltarif umgestellt. Dies geschieht nicht für die Vergangenheit, sodass die bisher aufgelaufenen Schulden in voller Höhe bestehen bleiben. Beitragsrückstände dürfen verzinst werden.

5.2.4 Welche Folgen haben die Beitragsrückstände?

5.2.4.1 Säumniszuschlag

Werden fällige Beiträge aus einem laufenden Vertrag nicht gezahlt, so kommt zu der Hauptforderung ein Säumniszuschlag von 1 % des Prämienrückstands pro Monat hinzu (§ 193 Abs. 6 VVG), das sind 12 % Zuschlag pro Jahr. Dieser Aufschlag wird aber nicht auf die Prämienzuschläge für unversicherte Zeiten erhoben.

5.2.4.2 Ruhen der Leistungsansprüche und Umstellung auf den Notlagentarif

Sind Prämienrückstände für mindestens zwei Monate aufgelaufen, so muss die Versicherung zunächst ein erstes Mal mahnen und dann im Abstand von zwei Monaten ein zweites Mal. Erfolgt dann keine Zahlung, so ruhen die Leistungsansprüche ab dem folgenden Monat. Gleichzeitig wird die Versicherung auf einen Notlagentarif umgestellt, dadurch sinkt die monatliche Prämie auf einen Betrag von 100 bis 125 €. Die Leistungen entsprechen den Leistungen beim Ruhen der Ansprüche aus der gesetzlichen Versicherung (siehe 5.1.3.5).

Der volle Versicherungsschutz entsteht erst wieder, wenn alle Rückstände, Säumniszuschläge und Mahnkosten bezahlt sind.

5.2.4.3 Stundung und Ratenzahlung

Eine Stundung und Ratenzahlung ist nur für rückständige Prämienzuschläge für unversicherte Zeiten vorgesehen (§ 193 Abs. 4 Satz 5 VVG). Die Stundung setzt voraus, dass eine Einigung über eine Ratenzahlung zustande kommt. Die privaten Versicherungen sind zu einer derartigen Ratenzahlung meist nur bereit, wenn Monatsraten von mindestens 100 € angeboten werden. Eine Stundungsvereinbarung macht also nur dann Sinn, wenn die finanziellen Möglichkeiten diese monatliche Belastung unter Wahrung des Existenzminimums zulassen.

5.2.4.4 Bezug von Leistungen zum Lebensunterhalt vom Jobcenter (SGB II) oder vom Sozialamt (SGB XII, AsylbLG)

Werden Leistungen zum Lebensunterhalt vom Jobcenter oder vom Sozialamt bezogen, bleibt der volle Leistungsanspruch erhalten bzw. das Ruhen des Vertrags endet (§ 193 Abs. 6 Satz 5 VVG). Falls bei Antragstellung ein anderer Tarif als der Basistarif mit der KV besteht, muss auf Antrag die sofortige Umstellung auf den Basistarif erfolgen (§ 193 Abs. 5 Satz 1 VVG). Die Umstellung ist wichtig, weil der Basistarif für Hilfebedürftige auf die Hälfte reduziert wird und nur die Kosten dieses reduzierten Basistarifs vom Jobcenter bzw. dem Sozialamt übernommen werden (§ 26 Abs. 1 SGB II, § 32 Abs. 4 SGB XII). Eine Bescheinigung über die Hilfebedürftigkeit müssen Jobcenter oder Sozialämter schon bei Antragstellung ausstellen, wenn die erforderlichen Einkommensbelege vorgelegt werden.

Die bestehenden Schulden werden durch den Leistungsbezug nicht beeinflusst (siehe auch zur Verjährung), sie sind lediglich während des Leistungsbezugs nicht vollstreckbar. Da es sich um Schulden handelt, können sie auch weder vom Jobcenter noch vom Sozialamt übernommen werden.

5.2.4.5 Geringverdienerinnen und Geringverdiener sowie sonstige kleine Einkommen

Übersteigt das monatliche Einkommen die Bedarfe nach SGB II/SGB XII unter Berücksichtigung der Freibeträge nicht oder nur geringfügig, so bleibt ebenfalls der volle Leistungsanspruch erhalten und es erfolgt keine Umstellung in den Notlagentarif. Das gilt auch für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, die unter die Leistungsausschlüsse nach SGB II/SGB XII fallen. Zunächst bedarf es dafür einer Bescheinigung des zuständigen Jobcenters (für Erwerbsfähige) oder Sozialamts (insbesondere für Rentnerinnen und Rentner) über die Hilfebedürftigkeit. Auf die Ausstellung besteht ein Rechtsanspruch (§ 193 Abs. 6 Satz 5 VVG). Es müssen dem Amt dafür aber alle Einkommensnachweise vorgelegt werden.

5.2.4.6 Verjährung

Für private Versicherungen gelten die Verjährungsfristen nach dem BGB. Soweit nicht Abweichendes vereinbart ist, beträgt diese Frist drei Jahre (§ 195 BGB), gerechnet ab dem Ende des Jahres, in dem die Prämie hätte bezahlt werden sollen (§ 199 BGB). Die Prämienzuschläge für unversicherte Zeiten in der Vergangenheit werden aber erst mit dem Vertragsbeginn fällig und entsprechend beginnt dann auch erst die Verjährungszeit.

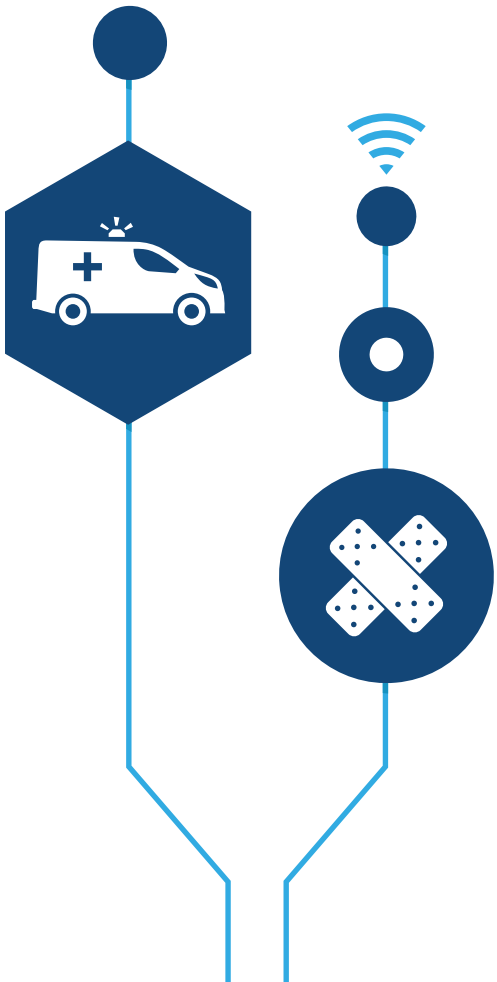
Wichtig:
Die Verjährungsfrist läuft nur, wenn die Versicherung ihre Forderung nicht geltend macht; jeder gerichtliche Antrag, Mahnbescheid, jedes Schiedsverfahren und jede Verhandlung über die Forderung unterbrechen die Verjährung.

Die KV kann jederzeit einen gerichtlichen Titel über ihre Leistungsansprüche erwirken und aus diesem Titel vollstrecken. Gibt es kein Einkommen oberhalb der Pfändungsfreigrenze (1.140 € für Alleinstehende bis 6/2019) und sind auch keine Vermögenswerte vorhanden, so können die Versicherten verpflichtet werden, eine sog. eidesstattliche Versicherung abzugeben. Tun sie dies auf gerichtliche Aufforderung nicht freiwillig, so können sie zum Zweck der Abgabe der Erklärung festgenommen werden. Es droht aber keine Haft; sobald die Erklärung abgegeben wird, sind die Betroffenen wieder auf freien Fuß zu setzen.

Wurden die bestehenden Ansprüche der Versicherung bereits gerichtlich festgestellt, so beträgt die **Verjährungsfrist 30 Jahre** (§ 197 BGB).

5.2.5 Kann eine private Versicherung wegen Beitragsschulden gekündigt werden?

Nein! Eine Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages wegen Prämien- oder Beitragsrückständen bleibt weiterhin ausgeschlossen. Das Bereinigungsverfahren nach dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11.12.2018, BGBl. v. 14.12.2018, S. 2387, ist auf Privatversicherte nicht anzuwenden.



6 Personen ohne Versicherungsschutz

6.1 Was geschieht, wenn Menschen mittellos sind und nicht über einen Versicherungsschutz verfügen?

Hinweis:
Bürgerinnen und Bürger der EU/EWR/Schweiz verfügen oft nicht über einen Versicherungsnachweis. Das bedeutet nicht, dass sie nicht versichert sind. Vorrangig muss also die Zugehörigkeit zu einem Versicherungssystem sowohl im Inland als auch in einem anderen Mitgliedstaat geklärt werden (zur schnellen Orientierung siehe die Tabelle unter 7.1).

Ohne Versicherungsschutz können in Deutschland Angehörige der Mitgliedstaaten leben, denen kein Freizügigkeitsrecht (siehe Anhang) zusteht, das sind u.a. erwerbslose Menschen ohne Familienbindungen, die durch langfristige Erkrankungen oder Behinderung, durch Schwangerschaft oder Familienpflichten keine Erwerbstätigkeit aufnehmen können.

Haben sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland, sind sie zwar verpflichtet, sich zu versichern (§ 193 Abs. 3 VVG), werden aber weder von einer KK noch einer privaten Versicherung aufgenommen (siehe 4.5). Liegt ihr Lebensmittelpunkt in einem anderen Mitgliedstaat, ohne dass dort ein Versicherungsschutz besteht oder dieser nachgewiesen werden kann, bleibt ihnen in Deutschland nur der unzulängliche Schutz einer Reise- oder Auslandsversicherung.

Auch eine Pflichtversicherung über den Leistungsbezug nach SGB II kommt nicht in Frage.

6.1.1 Wer ist von Leistungen nach SGB II und damit von einer Versicherung durch das Jobcenter ausgeschlossen?

Angehörige der Mitgliedstaaten sind nach § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB II von Leistungen der Jobcenter ausgeschlossen, wenn sie

- nicht erwerbstätig sind und der Erwerbstätigenstatus auch nicht nachwirkt (siehe 4.2.6),
- nicht über familiäre Bindungen zu Erwerbstätigen, Deutschen oder Aufenthaltsberechtigten verfügen,
- kein Daueraufenthaltsrecht haben,
- noch keine fünf Jahre in Deutschland wohnen.

Im Einzelnen sind die Leistungsausschlüsse sehr umstritten (siehe Vorlage zum EuGH: LSG NRW vom 14.2.2018 - L 19 AS 1104/18), oft ist die Rechtsdurchsetzung nur durch ein sozialgerichtliches Verfahren möglich.

In Notlagen bleiben ggf. nur die Überbrückungsleistungen der Sozialhilfe (siehe 6.1.1).

Der Leistungsausschluss endet nach einem ununterbrochenen gewöhnlichen Aufenthalt von fünf Jahren, dafür muss aber regelmäßig die Anmeldung bei der Meldebehörde nachgewiesen werden; eine Zustellanschrift reicht nicht (so LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 16.8.2018 — L 23 SO 146/18 B ER; LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 4.5.2018 — L 6 AS 59/18 B ER). Andere Entscheidungen lassen es hingegen ausreichen, wenn eine Anmeldung zum Beginn des Aufenthalts vorlag, der weitere Aufenthalt dagegen in anderer Weise belegt wird (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 06.06.2017 — L 15 SO 112/17 B ER; SG Duisburg, Beschluss v. 13.3.2018 — S 49 AS 472/18 ER). Der Leistungsanspruch entsteht nach fünf Jahren Aufenthalt nur, wenn keine Verlustfeststellung der Ausländerbehörde erfolgte. Ob die ausländerrechtliche Verfügung auch bestandskräftig sein muss (d.h. auch ein eventuelles Klageverfahren rechtskräftig abgeschlossen ist), ist

in der Rechtsprechung umstritten (Leistungsausschluss ab Zugang des Bescheids der Ausländerbehörde: LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 26.05.2017 — L 15 AS 62/17 B ER; erst ab Rechtskraft: Sächsisches LSG, Beschluss v. 20.03.2018 - L 3 AS 73/18 B ER; Hessisches LSG v. 10.07.2018 - L 9 AS 142/18 B ER).

6.1.2 Was sind Überbrückungsleistungen der Sozialämter?

Der Leistungsausschluss im SGB II wurde Ende 2016 auf die Sozialhilfe und insbesondere die Ermessensleistungen (§ 23 Abs. 3 SGB XII) übertragen. Zur Wahrung des Respekts vor der Menschenwürde als oberstes Verfassungsgebot hat der Gesetzgeber lediglich einen Anspruch auf Überbrückungsleistungen zur Vorbereitung der Ausreise geschaffen. Der Anspruch ist im Regelfall auf einen Monat innerhalb von zwei Jahren begrenzt und auf Sachleistungen zur Finanzierung des physischen Überlebens beschränkt. Die Gesundheitsversorgung wird reduziert auf eine **Notversorgung**, so wie sie in § 4 AsylbLG geregelt ist; d.h. es werden nur akute und schmerzhafte Erkrankungen behandelt. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie erforderliche Impfungen sind erfasst. In besonders gelagerten Einzelfällen werden zur Vermeidung einer besonderen Härte andere Leistungen (z.B. Pflege) oder Leistungen über einen Monat hinaus (z.B. Reiseunfähigkeit) erbracht. Leistungen über den festgelegten oder den Zeitraum von einem Monat hinaus müssen aber zur Überwindung einer besonderen Härte erbracht werden. Ein Teil der Sozialgerichte stellt dabei insbesondere auf Situationen ab, in den es ohne diese Leistungen zu einer Verletzung der Menschenwürde oder eines anderen Grundrechts kommen würde (LSG NRW, Beschluss vom 28.3.2019 — L 7 AS 115/18 B ER; für die existenzsichernden Leistungen u.a. LSG Berlin Brandenburg, Beschluss vom 28.01.2019 - L 18 AS 141/19 B ER, Rn. 5; anders aber LSG Berlin-Brandenburg vom 7.1.2019 — L 23 SO 279/18 B ER). Die Leistungen dürfen jedoch immer nur zur Überbrückung einer zeitlich befristeten Bedarfslage erbracht werden. Allerdings dürfen die Leistungen nicht etwa davon abhängig gemacht werden, dass die Bereitschaft zur freiwilligen Ausreise erklärt wird (Schreiben des BMAS vom 26. Juli 2018; LSG NRW, Beschluss vom 28.3.2018 — L 7 AS 115/2018 B ER; LSG Hamburg, Beschluss vom 21.02.2018 — L 4 SO 10/18 B ER).

Die Leistungsbeschränkung auf Überbrückungsleistungen gilt auch für die Sozialhilfe nicht mehr, wenn die Betroffenen sich mindestens fünf Jahre ohne wesentliche Unterbrechung in Deutschland aufhalten.

6.1.3 Welche Leistungen gibt es für Touristinnen und Touristen sowie Besucherinnen und Besucher ohne Versicherungsschutz in einer Notlage?

Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, die während eines kurzen Aufenthalts in Deutschland plötzlich erkranken oder bei denen Schmerzzustände auftreten und die keinen Versicherungsschutz in einem anderen Mitgliedstaat nachweisen können, stehen ebenfalls nur die Überbrückungsleistungen des Sozialamts für eine Notversorgung zur Verfügung. Die Leistungsbewilligung erfolgt oft nicht sofort, mit der Behandlung kann aber nicht gewartet werden. Notfallbehandlung müssen alle Mediziner auch ohne Kostenzusage vornehmen, weil sie sich sonst wegen „unterlassener Hilfeleistung“ strafbar machen können. Für die Krankenhäuser sowie Ärztinnen und Ärzte ist es aber hilfreich, wenn der Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt — zum Beispiel per Fax von der Beratungsstelle – schon gestellt wurde.

Formulierungsvorschlag:

An das Sozialamt xx

Frau Y, bulgarische Staatsangehörigkeit, hält sich besuchsweise in Berlin bei einer Bekannten auf.

Anschrift (auch einer zustellungsbevollmächtigen Organisation)

- Passkopie -

Bei Frau Y sind unerwartet heftige Schmerzen im Bauchraum aufgetreten. – Laut anliegendem Attest wurde von der Malteser Migrantenmedizin bei Frau Y eine Viruserkrankung festgestellt. – In der Beratungsstelle zz konnte festgestellt werden, dass Frau Y eine unversorgte Wunde am Fuß hat.

Es wird gebeten, einen Behandlungsschein oder Kostenübernahme als Überbrückungsleistung nach § 23 Abs. 3 Satz 2 und Satz 3 Nr. 3 SGB XII – wenn möglich per Fax – zu erteilen.

6.1.4 Welche Leistungen gibt es für Wohnungslose ohne Versicherungsschutz?

Wohnungslose mit einem Erwerbseinkommen (auch geringfügig) sind in der GKV versichert (siehe 4.2.1 und 4.2.4).

Wohnungslose, die bereits ein Daueraufenthaltsrecht erworben haben (siehe 4.2.17 und Anhang zur Freizügigkeit), sind pflichtversichert in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Oft scheitert der Status als „Daueraufenthaltsberechtigte" jedoch daran, dass für den gesamten Zeitraum einen Krankenversicherungsschutz nachgewiesen werden muss. Waren die Betroffenen bereits einmal versichert, so bleibt dieser Versicherungsschutz auch ohne Beitragszahlung erhalten (obligatorische Anschlussversicherung, siehe 4.4), es sei denn sie waren nicht mehr erreichbar (siehe 5.1.5).

Wohnungslose mit einem gewöhnlichen Aufenthalt (siehe 6.1.1) von mindestens fünf Jahren können Leistungen des Jobcenters oder der Sozialhilfe (dauerhaft nicht erwerbsfähig oder ab dem Regelrenten-Alter) in Anspruch nehmen und sind darüber entweder versichert (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) oder erhalten Krankenhilfe (§ 48 SGB XII).

Sonstige nicht erwerbstätige Wohnungslose werden grundsätzlich auf die Möglichkeit der Ausreise verwiesen. Wohnungslose haben so oft nur einen Anspruch auf die reduzierten Überbrückungsleistungen des Sozialamts, die auf maximal einen Monat innerhalb von zwei Jahren beschränkt sind. Diese Überbrückungsleistungen müssen allerdings auch länger als einen Monat und in Höhe der vollen Regelleistung erbracht werden, wenn die Rückkehr aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar ist (so LSG NRW, Beschluss vom 28.3.2018 – L 7 AS 115/2018 B ER, im Falle eines heroinsüchtigen Wohnungslosen in laufender Behandlung). Auch unabhängig von der Rückkehrmöglichkeit müssen Leistungen gewährt werden, wenn angesichts der besonderen Hilflosigkeit einer Person die Leistungsverweigerung nicht mit der staatlichen Verpflichtung zur Gewährleistung der Menschenwürde vereinbar wäre (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 8.3.2018 - L 25 AS 337/18 B ER). Diese Auffassung wird aber nicht von einer Mehrheit der Sozialgerichte geteilt.

Für eine medizinische Notfallbehandlung kann immer die Kostenübernahme durch das Sozialamt als Überbrückungsleistung beantragt werden, auch wenn innerhalb der letzten zwei Jahre bereits Überbrückungsleistungen gezahlt wurden. Der Anspruch auf Leistungen, die zum Erhalt der Gesundheit unabweislich erforderlich sind, ergibt sich nach Teilen der Rechtsprechung aus der Härtefallregelung und auch unmittelbar aus dem verfassungsrechtlich garantierten Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG).

6.1.5 Welche Leistungen gibt es für chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen ohne Versicherungsschutz?

Bei lebensbedrohenden Erkrankungen müssen die Überbrückungsleistungen auch für mehrere Monate und auf dem Niveau der regulären Sozialhilfe gewährt werden (aufgrund einer Dialyse pflichtigen Nierenerkrankung: LSG Baden-Württemberg vom 28.3.2018 — L 7 AS 430/18 ER-B; aufgrund einer schweren Krebserkrankung: LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 8.3.2018 — L 25 AS 337/18 B ER; LSG Hessen, Beschluss vom 13.06.2017 — L 4 SO 79/17 B ER).

Andere Gerichte sehen selbst bei schwersten Erkrankungen keinen Anspruch auf Verlängerung der Überbrückungsleistungen, solange die Transportfähigkeit gewahrt ist (LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 4.5.2018 — L 6 AS 59/18 B ER).

6.1.6 Welche Leistungen gibt es für Schwangere ohne Versicherungsschutz?

Die Überbrückungsleistungen nach § 23 Abs. 3 SGB XII umfassen Ansprüche auf alle Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft entsprechend dem Katalog der GKV.

Überbrückungsleistungen müssen über den Zeitraum von einem Monat hinaus erbracht werden, wenn die Rückkehr in Hinblick auf eine Schwangerschaft oder die Zeit des Mutterschutzes nicht zumutbar ist. Die Rückreise während einer bestehenden Schwangerschaft ist auf dem Luftweg nur bis zum Beginn des 7. Schwangerschaftsmonats möglich, weil die Fluggesellschaft danach den Transport ablehnen darf. Als absolute Grenze für eine zumutbare Ausreise gilt der Beginn der Mutterschutzfrist sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin. In der Zeit davor kommt es darauf an, ob die

Ausreise nach ärztlichem Attest in Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken oder -erkrankungen unzumutbar ist. Nach der Geburt bleibt die Ausreise zumindest während des Mutterschutzes von i.d.R. acht Wochen unzumutbar, darüberhinaus, wenn die Gesundheit des Kindes oder der Mutter eine Ausreise nicht zulassen.

Leistungen der „Bundesstiftung Mutter und Kind“ (keine Rechtsansprüche) können eventuell zusätzlich über die Schwangerschaftsberatungsstellen beantragt werden.

6.1.7 Welche Leistungen erhalten Kinder und Jugendliche bei Inobhutnahme oder in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe?

Für Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe werden die Kosten für Gesundheitsleistungen vom Jugendamt übernommen (§ 40 SGB VIII). Die Regel ist unabhängig vom Alter der jungen Menschen und gilt auch bei Volljährigkeit solange eine stationäre Jugendhilfeleistung erbracht wird.

Die Gesundheitsleistungen entsprechen den Leistungen der GKV und es besteht ein Anspruch auf die Ausstellung einer Gesundheitskarte (§ 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Allerdings wird dieser Anspruch immer noch von vielen Jugendämtern nicht umgesetzt, sondern lediglich Behandlungsscheine ausgestellt.

6.2 Was geschieht, wenn die Ausländerbehörde durch Bescheid festgestellt hat, dass kein Freizügigkeitsrecht besteht?

Wenn die Ausländerbehörde einen Bescheid erlassen hat, in dem festgestellt wird, das kein Freizügigkeitsrecht mehr besteht, dieser Bescheid rechtskräftig ist und die darin festgesetzte Ausreisefrist abgelaufen ist, entsteht eine vollziehbare Ausreisepflicht. Damit fallen die Betroffenen unter die Regelungen des § 1 Abs. 1 Nr. 4 oder Nr. 5 AsylbLG. Sie haben dann (nur noch) Leistungsansprüche nach § 4 AsylbLG (siehe 6.1.1). Hinzu kommen die Ansprüche nach § 6 AsylbLG, die „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind“. Allerdings gilt dies nur, wenn die Ausreisepflicht vor Ablauf einer Aufenthaltsdauer von 15 Monaten in Deutschland entsteht, sonst besteht nach § 2 AsylbLG ein Anspruch auf Leistungen analog zum SGB XII und damit auch auf die Krankenhilfe nach §§ 48 ff. SGB XII in dem Umfang, der den Leistungen der GKV entspricht. Die Betroffenen erhalten eine Gesundheitskarte einer frei gewählten KK, ohne dort Mitglied zu sein (§ 264 Abs. 2 SGB V).

Die Sozialämter verweigern Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern häufiger die Leistungen und argumentieren, das AsylbLG sei auf sie generell nicht anwendbar. Das ist falsch (LSG NRW, Beschluss vom 14. November 2018 – L 19 AS 1434/18 B ER; SG Münster vom 21.2.2019 — S 19 AY 3/29 ER). Es empfiehlt sich zur Sicherung des Existenzminimums einen Eilantrag beim zuständigen Sozialgericht zu stellen, auch mündlich bei der Rechtsantragstelle des Gerichts.

6.3 Was geschieht, wenn Personen ohne Versicherungsschutz als Notfall im Krankenhaus aufgenommen oder von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte behandelt werden müssen?

Werden Krankenhäuser oder Ärztinnen und Ärzte in einem medizinischen Notfall tätig, so werden die Aufwendungen nach § 25 Satz 1 SGB XII vom Sozialamt erstattet, wenn die Betroffenen einen Anspruch auf Sozialhilfe (auch Überbrückungsleistungen!) gehabt hätten, diesen aber nicht rechtzeitig geltend machen konnten.

Um die Voraussetzungen zu erfüllen, müssen folgende Anforderungen beachtet werden:

- Die Notsituation muss dargelegt werden. Es darf vor der Behandlung keine Zeit zur Unterrichtung des Sozialamts und dessen Entschließung zur Hilfegewährung verfügbar gewesen sein.

- Die Anzeige beim Sozialamt muss unverzüglich erfolgen, wenn das Krankenhaus oder die Ärztinnen und Ärzte erkennen können, dass es sich um eine unversicherte und mittellose Person handelt. In der Regel ist diese Situation gegeben, sobald die Patienten befragt werden können. Sie kann jedoch auch später eintreten, wenn zunächst davon ausgegangen wurde, dass eine Versicherung besteht. Bestehen Zweifel am Versicherungsschutz, so muss unverzüglich eine Anzeige beim Sozialamt erfolgen. Unterlagen können nachgereicht werden.

- Der Leistungsanspruch – bei Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern meist nach § 23 Abs. 3 Satz 3 und Satz 5 Nr. 3 SGB XII – muss nachgewiesen werden. Dazu gibt es oft ein Formular des jeweiligen Sozialamts zur Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Sonst kann auch ein entsprechendes Formular aus dem Internet genutzt werden (z.B. des Landkreistags NRW, **https://www.lkt-nrw.de/service/formulare**).

6.4 Was geschieht, wenn die Identität und der Wohnsitz einer Person nicht festgestellt werden können?

Es kommt vor, dass Menschen vor allem in niederschwelligen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe auftauchen oder sogar für längere Zeit immer wieder dort verweilen, die ihre Identität weder nachweisen noch vermitteln können. Wenn deutliche Anhaltspunkte für eine erforderliche medizinische Behandlung bestehen, können verschiedene Schritte eingeleitet werden.
Bei akuter Gefahr für Selbst- oder Fremdverletzungen wird der psychiatrische Notdienst nach den PsychKG der Länder eingeschaltet.

In sonstigen Fällen wird ein Antrag beim Betreuungsgericht gestellt. Zeitgleich kann das örtliche Sozialamt eingeschaltet werden, um eine akut erforderliche medizinische Behandlung sofort einzuleiten. Reicht die Zeit hierfür nicht, so kann die ärztliche Behandlung in einem medizinischen Eilfall als Nothilfe (siehe 6.3) unmittelbar gegenüber dem Sozialamt geltend gemacht werden.

Eine geschützte Unterbringung kann durch das Sozialamt/Wohnungsamt oder nachrangig das Ordnungsamt (Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung) erfolgen.

Falls die Rückkehr ins Herkunftsland unter betreuten Bedingungen und die dortige Aufnahme und Betreuung geregelt werden muss, kann das Bundesamt für Justiz eingeschaltet werden, wenn ein Mitgliedstaat des Haager Erwachsenenschutzabkommens betroffen ist (**www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Buergerdienste/ErwSUE/ErwSUE_node.html**; Mitgliedstaaten des Haager Erwachsenenschutzabkommens: Estland, Finnland, Frankreich, Lettland, Monaco, Österreich, Portugal, Schweiz, Tschechische Republik, Schottland, Zypern).

6.5 Welche Möglichkeiten der Krankenhilfe durch kommunale Fonds/Länderfonds bestehen?

Es existieren Notfallfonds in verschiedenen Kommunen, u.a. Berlin, München und Münster. Die Mittel sind begrenzt und die Kriterien nicht auf alle medizinischen Bedarfslagen von Angehörigen der Mitgliedstaaten ausgerichtet.

Wichtige Zugänge zu diesen Fonds sind die örtlichen Gesundheitsämter, die Clearingstellen und die Behandlungszentren für Menschen ohne Versicherung (siehe 6.6).

6.6 Welche Möglichkeiten der Krankenhilfe durch nichtstaatliche Organisationen bestehen?

Da insbesondere Unionsbürgerinnen und Unionsbürger rechtlich oder praktisch nicht immer eine Absicherung im Krankheitsfall durchsetzen können, gibt es in zahlreichen Städten zivilgesellschaftliche Angebote der solidarischen Gesundheitsversorgung. Behandlungen werden dort anonym und kostenlos durch ehrenamtlich engagierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt oder auf Spendenbasis bezahlt. Auf folgenden Internetseiten gibt es dazu mehr Informationen:

- Menschen ohne Krankenversicherung open.med (Ärzte der Welt e.V.) **https://www.aerztederwelt.org/wem-wir-beistehen/menschen-ohne-krankenversicherung**
- Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (Malteser Hilfsdienst e.V.): **https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung/unsere-standorte.html**
- Medibüros und Medinetze **http://medibueros.m-bient.com/standorte.html**
- Bayerisches Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V.

In einigen Städten gibt es spezialisierte Clearingstellen, die bei der Klärung und Herstellung eines Krankenversicherungsschutzes behilflich sind, z. B. in

- **Berlin:** **https://www.berliner-stadtmission.de/was-wir-machen/chancen-geben/menschen-ohne-krankenversicherung-clearingstelle**
- **Bremen:** **https://www.inneremission-bremen.de/beratungen/humanitaere_sprechstunde_ clearing/**
- **Dortmund: Soziales Zentrum Dortmund e.V.** **https://soziales-zentrum.org**
- **Duisburg:** **https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/397-flyer-clearingstelle_duisburg.pdf**
- **Gelsenkirchen:** **https://beratungsdienste.meinediakonie.de/de/page/5697070107197440/ Clearingstelle+zur+Sicherstellung+des+regelhaften+Zugangs+zum+Gesundheitsversorgungssystem**
- **Hamburg:** **https://www.fz-hh.de/de/projekte/clearingstelle_mv.php**
- **Köln:** **https://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/gesundheit/migration-und-gesundheit-clearingstelle**
- **München:** **In Planung auf Grundlage eines Stadtratbeschlusses 2018**
- **Münster:** **https://www.ggua.de/arbeitsbereiche/klar-fuer-gesundheit/** **https://www.caritas-ms.de/hilfe-beratung/migrationsdienst/klar-fuer-gesundheit/klar-fuer-gesundheit**

Einen umfassenden Überblick über weitere Angebote der solidarischen Gesundheitsversorgung und von Clearingstellen zur Klärung eines Krankenversicherungsschutzes gibt es hier:

http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/

und

https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/eugs-de/eu-buerger/infothek/sozialleistungen/gesundheit

7 Übersicht zu verschiedenen Einkommens- oder Lebenslagen

7.1 Tabelle

Die folgende Tabelle ersetzt nicht die Erläuterungen der Details der Gesundheitsversorgung, sondern dient nur einer schnellen Zuordnung:

Einkommens- und Lebenslage	Versicherungsart	Rechtsgrundlagen	Anforderungen Ausschlussgründe/ Vorrangregelungen
Beschäftigte Einkommen bis 4.537,50 € monatl. brutto auch Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat + Familienangehörige	Pflichtmitgliedschaft GKV Sachleistungsaushilfe im Staat des Wohnortes Beitragsfreie Familienversicherung	§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Art. 17, Art. 18 VO 883/2004 § 10 SGB V	Keine geringfügige Beschäftigung Nicht mehr ab 55 Jahre, wenn zuvor privat versichert (§ 6 Abs. 3a SGB V)
Nicht angemeldete Beschäftigte, Scheinselbständige	Pflichtmitgliedschaft GKV	§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	Nachzahlung nur durch Arbeitgeber, aber eventuell Bußgeld bei Aufdeckung sonst wie vor
Beschäftigte Einkommen ab 4.537,51 € monatl. brutto + Familienangehörige	Freie Wahl zwischen freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV und Privatversicherung bei Beschäftigungsbeginn. Später kein Wechsel mehr von der PV zur GKV möglich Beitragsfreie Familienversicherung in der GKV, nicht in der Privatversicherung	§§ 6 Abs. 1, 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V § 10 SGB V	Bei der ersten Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses ist keine Vorversicherungszeit erforderlich, Beschäftigungen vor oder während der Ausbildung bleiben unberücksichtigt.
Betriebliche Ausbildungen + Familienangehörige	Pflichtmitgliedschaft GKV Beitragsfreie Familienversicherung	§ 5 Abs. 1 Nr. 1, § 7 Abs. 1 Nr. 1 SGB V § 10 SGB V	Unabhängig von der Höhe des Ausbildungsentgeltes.

Einkommens- und Lebenslage	Versicherungsart	Rechts-grundlagen	Anforderungen Ausschlussgründe/ Vorrangregelungen
Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter bis zu 3 Mon. bzw. 70 Tagen, wenn keine berufsmäßige Tätigkeit; Bis zu 8 Mon., wenn ein Beschäftigungs-verhältnis in einem anderen EU-Staat besteht;	Versicherungsfrei, EHIC oder Auffangversicherung	§ 7 Abs. 1 SGB V, § 8 SGB IV; § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	Versicherung im Herkunftsstaat entscheidet, ob sie weiter zuständig ist.
	Versicherung im Land der Hauptbeschäftigung, EHIC oder Gesundheitskarte	§ 188 Abs. 4 SGB V, Art. 13 VO 883/2004	A1 Bescheinigung wird vorgelegt oder angefordert.
sonst wie Beschäftigte		§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	
Entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bis zu 24 Monaten.	Versicherung im Herkunfts-/ Entsendestaat	Art. 12 VO 883/2004	A1 Bescheinigung wird vorgelegt; Es wird keine andere entsandte Person ersetzt
Minijobberinnen und Minijobber	Freiwillige Versicherung	§ 9 Abs. 1 SGB V	Unmittelbar zuvor 12 Monate oder innerhalb der letzten 5 Jahre 24 Monate in einer gesetzlichen KV – auch in einem anderen Mitgliedstaat; Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Ende der gesetzlichen KV.
	Pflichtmitgliedschaft GKV (Auffangversicherung)	§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	Zuletzt in einer gesetzlichen Versicherung – auch in einem anderen Mitgliedstaat - oder gar nicht versichert Vorrang: Versicherung bei aufstockendem Leistungsbezug nach SGB II, § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V oder SGB XII, § 48 SGB XII
+ Familienangehörige	Beitragsfreie Familienversicherung	§ 10 SGB V	
Selbständige oder Freiberuflerinnen und Freiberufler (auch Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter)	Freiwillige Versicherung	§ 9 Abs. 1 SGB V	Siehe vor Ausschluss: Zuletzt Privatversichert, auch in einem anderen Mitgliedstaat
	Pflichtmitgliedschaft GKV (Auffangversicherung)	§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V	
+ Familienangehörige	Beitragsfreie Familienversicherung, Privatversicherung, keine Familienversicherung	§ 10 SGB V	
Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit Wohnort in Deutschland	Versicherung am Arbeitsort, Sachleistungsaushilfe, Gesundheitskarte	Art. 17 VO 883/2004	Versicherungsnachweis
+ Familienangehörige	Sachleistungsaushilfe	Art. 32 VO 883/2004	Nicht wenn selbst erwerbstätig.

Einkommens- und Lebenslage	Versicherungsart	Rechts-grundlagen	Anforderungen Ausschlussgründe/ Vorrangregelungen
Arbeitsuchende **Erstmalig nach Einreise** + Familienangehörige **Nach Verlust einer Beschäftigung oder Aufgabe einer Selbstständigkeit**	Pflichtmitgliedschaft GKV (Auffangversicherung) Obligatorische freiwillige Weiterversicherung	§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V § 188 Abs. 4 SGB V	Nachweis der Arbeitsuche Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland Zuvor in einer gesetzlichen Versicherung oder gar nicht versichert **Vorrang:** Pflichtversicherung als ALG I-Empfängerin und Empfänger, § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Pflichtversicherung als ALG II-Empfängerin und Empfänger, § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V Familienversicherung, § 10 SGB V
Rentnerinnen und Rentner mit deutscher Rente (auch bei weiterer ausländischer Rente) + Familienangehörige	Pflichtmitgliedschaft in der GKV Beitragsfreie FamilienV	§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V, Art. 23 VO 883/2004 § 10 SGB V	Deutsche Rente Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland Ausnahme: keine ausreichenden Beiträge in der GKV. Bei gesetzlicher KV in einem anderen Mitgliedstaat greift die Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V), selbst wenn der Lebensunterhalt nicht gesichert ist.
Rentnerinnen und Rentner mit Rente aus einem oder mehreren anderen Mitgliedstaaten (keine deutsche Rente)	Leistungen als Sachleistungsaushilfe, Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland: Gesundheitskarte einer frei gewählten GKV;	Art. 24 VO 883/2004	Bei fehlender Versicherung im Mitgliedstaat und ohne Vorversicherung in der GKV: Nur Privatversicherung, Anspruch auf Basistarif ist ungeklärt.
Studierende + Familienangehörige	Versicherung im Herkunfts-/ Wohnortstaat, Gesundheitskarte sonst: studentische Pflichtversicherung Familienversicherung	Art. 19 VO 883/2004 § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V § 10 SGB V	Vorrangig sind: Status als Erwerbstätige (ab 20 Wochenstunden), Familienversicherung über Eltern in der GKV Versicherungsschutz im EU-Ausland, Alter (in der Regel nur bis zum 30. Geburtstag) Studiendauer (14. Semester)

7.2 Welche weiteren gesundheitsbezogenen Leistungen können in Anspruch genommen werden?

Neben den Gesundheitsleistungen durch gesetzliche und private Krankenversicherungen sowie die Sozial- und Jugendämter gibt es weitere öffentliche Gesundheitsleistungen, die auch den Angehörigen der Mitgliedstaaten zur Verfügung stehen.

Auf derartige Leistungen kann hier nur hingewiesen werden ohne sie detailliert zu erläutern.

- Leistungen nach den Gesetzen über psychisch Kranke (PsychKG) der einzelnen Bundesländer. In der Öffentlichkeit sind die PsychKGs meist nur als Grundlage für Zwangseinweisungen in die Psychiatrie bekannt, sie enthalten aber immer auch Leistungsansprüche. Diese werden z.B. durch die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) umgesetzt. In machen Großstädten sind sie sogar spezielle Sprechstunden für Migrantinnen und Migranten verfügbar, d.h. die Beratung und Behandlung kann in verschiedenen Sprachen angeboten werden.

- Die Frühförderstellen bieten für Kinder mit Behinderungen im nicht schulpflichtigen Alter Früherkennung, Frühbehandlung und pädagogische Frühförderung im Rahmen eines ganzheitlichen Frühförderkonzepts und arbeiten eng mit den sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) zusammen. Sie sind unabhängig vom Versicherungsstatus für Eltern und Kinder mit einem Wohnsitz in Deutschland zugänglich. Es empfiehlt sich aber eine Empfehlung eines Kinderarztes einzuholen.

- Leistungen der Gesundheitsämter nach dem Infektionsschutzgesetz: § 19 Abs. 1 Satz 1 des IfSG verpflichtet die Gesundheitsämter, Beratung und Untersuchung bei sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose anzubieten oder durch andere medizinische Einrichtungen sicherzustellen. Die Leistung kann auch anonym in Anspruch genommen werden, solange keine meldepflichtige Krankheit vorliegt. Die Gesundheitsämter bieten auch kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr einen HIV-Test an.

- Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (schul- und hochschulbegleitende Hilfen) hängen davon ab, ob der Lebensmittelpunkt in Deutschland liegt (EuGH vom 25.7.2018 - C-679/16). Ein Rechtsanspruch besteht nur, wenn eine Erwerbstätigkeit, eine Familienbeziehung, ein gesicherter Lebensunterhalt oder ein Daueraufenthalt vorliegt.

- Die Schwangerschaftsberatungsstellen bieten wichtige Beratungen und vermitteln zusätzliche Leistungen vor und nach der Geburt, u.a. die Leistungen der Bundesstiftung Mutter und Kind.

8 Anhang

8.1 Abkürzungsverzeichnis

AA	*Arbeitsagentur*
ABl. EG	*Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften*
ABl. EU	*Amtsblatt der Europäischen Union*
Abs.	*Absatz*
AEUV	*Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union*
Alg	*Arbeitslosengeld*
AOK	*Allgemeine Ortskrankenkasse*
Art.	*Artikel*
AsylbLG	*Asylbewerberleistungsgesetz*
AufenthG	*Aufenthaltsgesetz*
BAföG	*Bundesausbildungsförderungsgesetz*
BA	*Bundesagentur für Arbeit*
BAMF	*Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*
BFDG	*Bundesfreiwilligendienstgesetz*
BGB	*Bürgerliches Gesetzbuch*
BGBl.	*Bundesgesetzblatt*
BGH	*Bundesgerichtshof*
BMAS	*Bundesministerium für Arbeit und Soziales*
BMG	*Bundesministerium für Gesundheit*
BRK	*Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen*
BSG	*Bundessozialgericht*
BT-Drs.	*Bundestagsdrucksache*
BVerfG	*Bundesverfassungsgericht*
BVerwG	*Bundesverwaltungsgericht*
CEDAW	*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*
DVKA	*Deutsche Verbindungsstelle Krankenkassen Ausland*
DSGV	*Datenschutzgrundverordnung*
EESSI	*Electronic Exchange of Social Security Information*
EG	*Europäische Gemeinschaft*
EGMR	*Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte*
EHIC	*European Health Insurance Card – Europäische Gesundheitskarte*
EMA	*Europa-Mittelmeer-Abkommen*
EMRK	*Europäische Menschenrechtskonvention*
EU	*Europäische Union*
EuGH	*Europäischer Gerichtshof*
EWR	*Europäischer Wirtschaftsraum*
IFGB	*Informationsfreiheitsgesetz des Bundes*
FreizügG/EU	*Freizügigkeitsgesetz EU*
GG	*Grundgesetz*

GKV	*Gesetzliche Krankenversicherung*
GPfV	*Gesetzliche Pflegeversicherung*
GRC	*Charta der Grundrechte der Europäischen Union*
jurisPK	*juris-Praxiskommentar*
KBV	*Kassenärztliche Bundesvereinigung*
KK	*Krankenkasse*
KRK	*Kinderrechtskonvention der UN*
KSVG	*Künstlersozialversicherungsgesetz*
KV	*Krankenversicherung*
LGBTI*	*Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual/Transgender, Intersexual und andere Formen*
LSG	*Landessozialgericht*
MiLOG	*Mindestlohngesetz*
MSA	*Haager Minderjährigen Schutzabkommen*
OLG	*Oberlandesgericht*
OVG	*Oberverwaltungsgericht*
PEB	*Provisorische Ersatzbescheinigung (ersetzt EHIC)*
PV	*Privatversicherung*
RDG	*Rechtsdienstleistungsgesetz*
SchKG	*Schwangerschaftskonfliktgesetz*
SG	*Sozialgericht*
SGb	*Die Sozialgerichtsbarkeit – Zeitschrift für das aktuelle Sozialrecht*
SGB I	*Sozialgesetzbuch I Allgemeiner Teil*
SGB II	*Sozialgesetzbuch II Grundsicherung für Arbeitsuchende*
SGB III	*Sozialgesetzbuch III Arbeitsförderung*
SGB IV	*Sozialgesetzbuch IV Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherungen*
SGB V	*Sozialgesetzbuch V Krankenversicherung*
SGB VIII	*Sozialgesetzbuch VIII Kinder- und Jugendhilferecht*
SGB IX	*Sozialgesetzbuch IX Rehabilitation/Teilhabe*
SGB X	*Sozialgesetzbuch X Verwaltungsverfahren*
SGB XII	*Sozialgesetzbuch XII Sozialhilfe*
SGG	*Sozialgerichtsgesetz*
StGB	*Strafgesetzbuch*
VAG	*Versicherungsaufsichtsgesetz*
VG	*Verwaltungsgericht*
VGH	*Verwaltungsgerichtshof*
VO	*Verordnung*
VVG	*Versicherungsvertragsgesetz*
VwGO	*Verwaltungsgerichtsordnung*
ZAR	*Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik*

8.2 Aufnahmebogen/Beratungs-Checkliste

Anliegen	☐ EHIC verwenden ☐ EHIC beschaffen ☐ Versicherungsstatus in der GKV klären ☐ Privatversicherung abschließen ☐ Beitragsschulden	
Name		
Anschrift		☐ Wohnungslos ☐ Unterkunft ohne Anmeldemöglichkeit ☐ Wohnheim
angemeldet (zuletzt) seit		
Staatsangehörigkeit		
Alter, Geburtsdatum		
Pass/Personalausweis		
EHIC, gültig bis		
Frühere Aufenthalte in Deutschland		
Familienangehörige	**Kinder und Stiefkinder bis zum 21. Geburtstag:** **1. Name, geb., Aufenthalt, Kita/Schulbesuch** **Ehepartner/eingetragene Lebensgemeinschaft:** **Elternteil der Kinder:**	
Weitere Verwandte mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland	**Eltern:** **Kinder ab 21 Jahren:** **Geschwister:** **Sonstige:**	
Beschäftigungen in Deutschland (Zeiten so genau wie möglich, Sitz der Arbeitgeber)		
Selbständige Erwerbstätigkeiten in Deutschland		
Arbeitslos	**Seit wann?** **Als arbeitsuchend gemeldet?** **Grund der Beendigung der Erwerbstätigkeit?**	
Erwerbstätigkeiten in EU/EWR/ Schweiz		

Mitgliedschaft in einem gesetzlichen Gesundheitssystem in EU/EWR/ Schweiz	**Nachweise vorhanden?**
Mitgliedschaft in einer Privatversicherung in EU/EWR/ Schweiz	**Nachweise vorhanden?**
Mitgliedschaft in der GKV in Deutschland (zu irgendeinem Zeitpunkt)	**KK?**
Privatversichert in Deutschland	
Aktuelle Erkrankungen/ Schwangerschaft	
Behandelnde Ärzte	
Sonstige Aufenthaltsgründe	
Anwaltliche Vertretung	
Dolmetscherinnen und Dolmetscher	
Weitere Beratungsstellen/ Ehrenamtlerinnen und Ehrenamtler	

8.3 Übersicht über die Freizügigkeit

Ein Freizügigkeitsrecht besteht für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger wie folgt:

- **In den ersten drei Monaten nach der Einreise voraussetzungslos**
  Die DVKA gibt – in Absprache mit dem Bundesgesundheitsministerium – vor, dass in dieser Zeit auch bei einer Verlegung des Wohnsitzes, keine Pflichtmitgliedschaft in der Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) entsteht.

- **Zum Zweck der Arbeitsuche**
  Die Arbeitsuche begründet das Freizügigkeitsrecht unabhängig vom Einkommen. Liegt der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland (Verlegung des Lebensmittelpunkts), so kann eine freiwillige

  Weiterversicherung (§ 9 Abs. 1 SGB V) beansprucht werden, wenn die Voraussetzungen durch eine Vorversicherung in einem anderen Mitgliedstaat erfüllt werden und die Antragsfrist von drei Monaten eingehalten wird. Ansonsten greift die Pflichtmitgliedschaft in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

  Die Arbeitsuche muss immer nachgewiesen werden. In den ersten sechs Monaten reicht die Registrierung als arbeitsuchend und der Nachweis von Bewerbungen o.ä. Anschließend muss auch belegt werden, dass weiterhin Aussicht auf ein Arbeitsverhältnis besteht (§ 2 Abs. 1a FreizügG/EU).

- **Als Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer, auch für eine Berufsausbildung**
  Bei Beschäftigungen von geringem Umfang wird die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer-Eigenschaft immer wieder bestritten. Der EuGH stellt jedoch fest, dass jede Beschäftigung, die dem Arbeitsrecht unterliegt, und vom Umfang her nicht völlig unbedeutend ist, zum Status als Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer führt (EUGH, Urteil vom 4.2.2010 – C-14/09 Genc). Die Sozialgerichte sehen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer-Eigenschaft u.a.:
  - → BSG, Urteil vom 12.9.2018 – B 14 AS 18/17 R: bei einem monatlichen Einkommen von zunächst 100 und später 250 Euro.
  - → LSG NRW, Beschluss vom 16.12.2016 – L 12 AS 1420/16 B ER: bei einem Einkommen von 156 bis 172 € monatlich.
  - → LSG Bayern, Beschluss vom 6.2.2017 – L 11 AS 887/16 B ER: fünf Wochenstunden und 187 € Monatseinkommen
  - → LSG Berlin-Brandenburg; Beschluss vom 27.2.2017 — L 18 AS 2884/16: fünf Wochenstunden und 180 € monatlich.
  - → LSG NRW, Beschluss vom 7.10.2016 – L 12 AS 965/16 B: bei einem monatlichen Einkommen oberhalb der Freibetragsgrenze nach § 11b Abs. 2 SGB II (100 €).

- **Nach einer unfreiwilligen Beendigung** des Arbeitsverhältnisses bleibt der Status als Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer erhalten
  - → bei Beschäftigungen unter einem Jahr für die Dauer von sechs Monaten (§ 2 Abs. 3 Nr. 2 FreizügG/EU).
  - → bei Beschäftigungen von mehr als einem Jahr ohne eine starre Obergrenze (§ 2 Abs. 3 Nr. 3 FreizügG/EU), aber es muss auch hier eine reale Arbeitsuche nachgewiesen werden (siehe Arbeitsuche).
  - → bei Aufnahme einer schulischen Ausbildung für die Dauer der Ausbildung – auch bei freiwilliger Beendigung der Beschäftigung –, wenn zwischen der Ausbildung und der früheren Erwerbstätigkeit ein inhaltlicher Zusammenhang besteht. (§ 2 Abs. 3 Nr. 3 FreizügG/EU).
  - → bei vorübergehender Krankheit. In aller Regel beendet die Erkrankung das Beschäftigungsverhältnis und damit auch die Mitgliedschaft in der GKV nicht.

- **Als selbstständig Erwerbstätige**
  Der Selbstständigenstatus setzt voraus, dass die erforderlichen Anmeldungen (Gewerbeschein, Finanzamt, Kammer, Zulassung) vorliegen und auf Gewinnerzielung gerichtete Aktivitäten (z. B. in Form von Werbung, Auftragsakquise, Anschaffung von Produktionsmitteln) entfaltet werden. Auch freiberufliche Tätigkeiten (z. B. Dolmetscherinnen und Dolmetscher, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter) sind selbständige Erwerbstätigkeiten.

  Die selbstständige Tätigkeit darf wie bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nicht völlig unwesentlich sein und es muss zumindest das Ziel bestehen, perspektivisch einen Gewinn zu erwirtschaften.

Die Sozialgerichte sehen die Selbständigen-Eigenschaft u.a.:

- → LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 5.4.2016 — L 2 AS 102/16 B ER: Einnahmen als Schrottsammlung von rund 188 € monatlich.
- → LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 20.12.2016 – L 25 AS 2611/16 B ER: Einnahmen von 520 € innerhalb von zwei Monaten aus Sperrmüllentsorgung.

- **Nach einer unfreiwilligen Aufgabe der selbständigen Tätigkeit** bleibt der Status unter denselben Voraussetzungen erhalten wie bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (Art. 7 Abs. 3 UnionsbürgerRL). Dazu gehört eine unverschuldete Geschäftsaufgabe aus gesundheitlichen Gründen oder wegen einer Schwangerschaft, ebenso wegen mangelnden Aufträgen oder Insolvenz. Auch hier ist eine Registrierung als arbeitsuchend bei der Arbeitsagentur oder dem Jobcenter sowie in Zweifelsfällen der Nachweis von Bewerbungen etc. erforderlich.

- **Als Dienstleistungserbringende sowie Empfängerinnen und Empfängern**
  Angehörige der Mitgliedstaaten, die sich in Deutschland vorübergehend aufhalten, um hier Dienstleistungen (z.B. als Spediteurinnen und Spediteure, Monteurinnen und Monteure, Künstlerinnen und Künstler, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter) zu erbringen oder solche zu empfangen (z.B. Krankenbehandlung, Hotelaufenthalt, Opernbesuch) sind freizügigkeitsberechtigt. Die Zuständigkeit für den Krankenversicherungsschutz bleibt jedoch immer im Staat ihrer schwerpunktmäßigen Berufsausübung (Art. 13 VO 883/2004) oder ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

- **Als Nicht-Erwerbstätige**
  Nicht Erwerbstätige sind immer dann freizügigkeitsberechtigt, wenn sie ihren Lebensunterhalt sichern können (Nachweise dürfen hierzu in der Regel nicht gefordert werden) und über einen Krankenversicherungsschutz verfügen. Können sie sich nicht auf ein anderes Freizügigkeitsrecht berufen, können sie die Voraussetzungen für den Zugang zur freiwilligen Versicherung (§ 9 Abs. 1 SGB V) nicht durch Versicherungszeiten in einem anderen Mitgliedstaat belegen. Auch die Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) ist durch die Regelung in § 5 Abs. 11 SGB V gesperrt.

- **Als Familienangehörige von Freizügigkeitsberechtigten – unabhängig von der eigenen Staatsangehörigkeit**
  - → Ehepartnerinnen und Ehepartner oder eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner (auch wenn sie dauernd getrennt leben).
  - → Kinder, Stiefkinder, Enkel oder Stiefenkel bis zum 21. Geburtstag.
  - → Verwandte oder Verwandte des Ehepartners in absteigender oder aufsteigender Linie (keine Geschwister!), denen zumindest ein Teil des Unterhalts gewährt wird. Auch Naturalunterhalt (Betreuung, Pflege, kostenloses Wohnrecht usw.) wird als Unterhaltsleistung gewertet. Nach einer Entscheidung des LSG NRW (vom 28.5.2015 — L 7 AS 372/15 B ER) reichen bereits 100 € monatlicher Unterhalt, um das Freizügigkeitsrecht von Verwandten abzuleiten.

- **Nach dem Tod oder Wegzug der Unionsbürgerin und dem Unionsbürger** behalten die Familienangehörigen ein eigenständiges Aufenthaltsrecht,
  - → wenn sie sich vor dem Tod des Unionsbürgers mindestens ein Jahr als seine Familienangehörigen im Bundesgebiet aufgehalten haben und selbst erwerbstätig, in einer Ausbildung oder arbeitsuchend sind (§ 3 Abs. 3 FreizügG/EU).
  - → als minderjährige Kinder in Schul- oder Berufsausbildung und als Elternteil, der das Sorgerecht tatsächlich ausübt (§ 3 Abs. 4 FreizügG/EU).

- **Nach einer Scheidung** von der Unionsbürgerin und dem Unionsbürger behält die Partnerin und der Partner ein eigenständiges Freizügigkeitsrecht, wenn
  - → die Ehe mindestens drei Jahre bestanden hatte, davon mindestens ein Jahr im Bundesgebiet. Es kommt hierbei nicht auf den Zeitpunkt der Trennung an, sondern auf den Zeitpunkt der „Einleitung des gerichtlichen Scheidungsverfahrens“. (§ 3 Abs. 5 Nr. 1 FreizügG/EU).
  - → die elterliche Sorge für gemeinsame Kinder oder Kinder der Unionsbürgerin oder dem Unionsbürger übertragen wurde (§ 3 Abs. 5 Nr. 2 FreizügG/EU).
  - → es zur Vermeidung einer Härte erforderlich ist, insbesondere weil das Festhalten an der Ehe unzumutbar ist (§ 3 Abs. 5 Nr. 3 FreizügG/EU).

Zusätzlich muss die geschiedene Partnerin und der Partner selbst erwerbstätig, in einer Ausbildung oder arbeitsuchend sein (§ 3 Abs. 5 FreizügG).

Bestand bislang eine Familienversicherung, abgeleitet von der KV der Stammberechtigten und des Stammberechtigten (§ 10 SGB V), so wird diese als obligatorische Weiterversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) fortgesetzt.

- **Familienangehörige von (ehemaligen) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern**
  Kinder (auch Stiefkinder) von jetzigen oder ehemaligen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern haben ein eigenständiges Aufenthaltsrecht unabhängig von der Sicherung des Lebensunterhalts, wenn sie sich in einer schulischen oder beruflichen Ausbildung befinden. Einbezogen werden auch die Elternteile, die das Sorgerecht tatsächlich ausüben. Dieses Aufenthaltsrecht ergibt sich aus Art. 10 VO 492/2011. Es spielt keine Rolle, ob die Arbeit selbstverschuldet verloren ging, wie lange die Beschäftigung ausgeübt worden war und wie lange dies bereits her ist (EuGH, Urteil vom 23.2.2010 – C-480/08 Teixeira; EuGH, Urteil vom 23.2.2010 – C 310/08 Ibrahim).

  Weil der Gesetzgeber diesen Personenkreis von Leistungen nach SGB II und SGB XII ausgeschlossen hat, legte das LSG NRW (vom 14.2.2019 – L 19 AS 1104/18) die Frage der Vereinbarkeit mit dem EU-Recht dem EuGH vor. Da es sich auch um ein Aufenthaltsrecht im Sinne des § 2 FreizügG/EU handelt (so BVerwG vom 11.9.2019 – BVerwG 1 C 48.18) greift die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V immer dann, wenn keine vorrangige freiwillige oder private Versicherung besteht.

- **Mit Daueraufenthaltsrecht**
  Das Daueraufenthaltsrecht von Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern sowie ihren Familienangehörigen führt dazu, dass der Zugang zum System der GKV in gleicher Weise besteht wie für deutsche Staatsangehörige mit Wohnsitz in Deutschland. Es entsteht: nach fünf Jahren eines im Wesentlichen durchgängigen freizügigkeitsberechtigten Aufenthalts. Dabei zählen Zeiten
  - → der Arbeitsuche,
  - → der Erwerbstätigkeit oder des Erhalts dieses Status,
  - → Zeiten, in denen der Lebensunterhalt gesichert war und ein Krankenversicherungsschutz bestand und
  - → Zeiten, in den das Aufenthaltsrecht von einem Familienangehörigen abgeleitet wurde.

  In einigen Fällen entsteht das Daueraufenthaltsrecht auch schon nach weniger als fünf Jahren (siehe § 4a Abs. 2 und 3 FreizügG/EU). Über das Bestehen des Daueraufenthaltsrechts stellt die Ausländerbehörde eine Bescheinigung aus. Drittstaatsangehörige Familienangehörige erhalten eine unbefristete „Daueraufenthaltskarte“.

- **Aufenthaltsrecht nach der Meistbegünstigungsklausel des § 11 Abs. 1 Satz 11 FreizügG** Freizügigkeitsberechtigt sind auch Angehörige der Mitgliedstaaten, denen zwar keine Freizügigkeit nach der Unionsbürgerrichtlinie zusteht, denen jedoch ein Aufenthaltsrecht zustünde, wenn sie Drittstaatsangehörige wären (Schlechterstellungsverbot). Dies betrifft vor allem die Eltern deutscher Kinder oder die Ehepartnerinnen und Ehepartner von Deutschen mit der Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates, die in Deutschland keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und deren Lebensunterhalt nicht gesichert ist (§ 28 AufenthG). Ebenso kann es sich um in Deutschland geborenen Unionsbürgerinnen und Unionsbürger mit einem aufenthaltsberechtigten drittstaatsangehörigen Elternteil handeln (§ 33 AufenthG). Betroffen von dieser Regelung sind auch Opferzeuginnen und Opferzeugen von Menschenhandel (§ 25 Abs. 4a AufenthG) oder Personen, bei denen ein inlandsbezogenes Abschiebehindernis (Krankheit, Schwangerschaft, unbegleitete Minderjährige) vorliegt (§ 25 Abs. 5 AufenthG). Diesen Personen ist auch der Zugang zur freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV (§ 9 Abs. 1 SGB V) oder in die Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) eröffnet.

8.4 Patientenerklärung

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine **Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)** oder eine **Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)** vorlegt.

Deutsch

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.

☐ Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:

Name, Vorname des Patienten

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich

Anschrift im Heimatstaat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

☐ **Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland** oder ☐ **Durchreise**

c/o (Hotel, Familie etc.)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tel.-Nr./E-Mail

Identität nachgewiesen durch ☐ Reisepass ☐ Personalausweis

Nr.

Datum

☐ **Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben**

Unterschrift des Patienten

Hinweis an den Arzt
Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Vorgangsnummer Rettungsdienst:

KV RW Auftragsnummer Monat Jahr

(7.2017)

Download des Formulars: *https://www.zast.de/fileadmin/user_upload/Formular_81_Deutsch_ausfuellbar.pdf*
Das Formular kann hier in weiteren Sprachen heruntergeladen werden:
ftp://ftp.kbv.de/ita-update/Abrechnung/EXT_ITA_AHEX_Erklaerung_EHIC_PEB.pdf

8.5 Anzeige zur Auffangversicherung

Anlage 1
Seite 1

Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI

1. Angaben zur Person

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: ☐ ja ☐ nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland*)

☐ Eigene Versicherung		☐ Familienversichert
☐ Gesetzlich versichert		☐ Privatversichert
vom	bis	Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert ☐ ja ☐ ist mir nicht bekannt**)

2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z.B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? _____

***) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland" auszufüllen.**
****) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf" ausfüllen.**

3. Ergänzende Angaben

3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit _____ in Deutschland ***).

3.2 Ich bin am _____ aus _____ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt ***).

3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/ -versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ☐ ja ☐ nein

3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten ☐ ja ☐ nein
Ich bin am _____ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).
Grund:_____

*****) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.**

4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z.B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbständiger)

Ich bin (tätig als):	Ich war zuletzt (tätig als):
Wenn Arbeitnehmer: Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen: ☐ ja ☐ nein	

5. Regelmäßige monatliche Einnahmen (bitte Nachweis z.B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, letzten Steuerbescheid beilegen)

Einnahmen/Einkommen aus	Selbständiger Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlg.	Miete, Pacht Zinsen	Rente, Pension	Sonst. Einnahmen

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, (Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung): _____

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und wem gegenüber: _____

6. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut (Zweigstelle) und Ort	
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters	**Wird von der Krankenkasse ausgefüllt** Voraussetzungen erfüllt: ☐ ja ☐ nein Versicherungsbeginn: Monatlicher Beitrag:

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:
Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mailadresse ist freiwillig

Version 1.0, Stand 20.03.2007

Download des Formulars: *https://bkk-sbh.de/wp-content/uploads/2015/08/anzeige_pflichtversicherung_nichtversicherter.pdf*

8.6 Verzeichnis der Verbindungsstellen

Verzeichnis der Verbindungsstellen für Krankheit und Mutterschaft in der EU/EFTA

EU-Code/ Staat	Bezeichnung und Adresse	Kontakt
AT Österreich	**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger** Haidingergasse 1 Postfach 600 1031 Wien	PosteingangAllgemein @sozialversicherung.at www.hauptverband.at
BE Belgien	**INAMI** Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité Avenue de Tervuren 211 1150 Bruxelles **ONSS/Sécurité Sociale d'Outre-Mer** Place Victor Horta 11 1060 Saint-Gilles	communication@inami.fgov.be www.inami.fgov.be contact@onss.fgov.be www.international.socialsecurity.be
BG Bulgarien	**National Social Security Institute** EU Integration and Agreements Bul. Aleksander Stambolijski 62 - 64 1303 Sofia	noi@nssi.bg www.noi.bg
CY Zypern	**Department of Medical and Public Health Services** 1 Prodomou & 17 Chilonos Str. 1448 Nicosia	ministryofhealth@cytanet.com.cy www.moh.gov.cy
CZ Tschechien	**Kancelář zdravotního pojištění** Náměstí W. Churchilla 2 113 59 Praha 3	info@kancelarzp.cz www.kancelarzp.cz
DE Deutschland	**GKV-Spitzenverband** Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung — Ausland Pennefeldsweg 12c 53177 Bonn	post@dvka.de www.dvka.de
DK Dänemark	**Styrelsen for Patientsikkerhed** **Danish Patient Safety Authority** International Health Insurance Islands Brygge 67 2300 Kobenhavn S	stps@stps.dk www.stps.dk
EE Estland	**Eesti Haigekassa** Lastekodu 48 10144 Tallinn	info@haigekassa.ee www.haigekassa.ee

EU-Code/ Staat	Bezeichnung und Adresse	Kontakt
EL Griechenland	**IKA** Idryma Koinonikon Asfaliseon Odos Agiou Konstantinou 8 102 41 Athen **OPAD** Ypourgio Ygeias Prònias Makedonias Str. 6-8 104 33 Athen **YEA** Ypourgeio Ethniki Amynas Mesogeion 138 115 25 Athen **NAT** Dèvtero Apomachikò Tamìo Odòs Ethnikìs Antistàseos 1 185 35 Athen Piräus **YPKT** Ypourgio Pedias ke Thriskevmaton Mitropoleos 15 101 85 Athen	dasika@ika.gr www.ika.gr
ES Spanien	**INSS** Instituto Nacional de la Seguridad Social Subdirección General de Gestión de Prestaciones Padre Damián 4 28036 Madrid **ISFAS** Instituto nacional de las Fuerzas Armadas Huesca, 31 28020 Madrid **ISM** Instituto Social de la Marina Génova 20 28004 Madrid **MUFACE** Mutualidad Gen. De Funcionarios Civiles Del Estado Paseo Juan XXIII, 26 28071 Madrid **MUGEJU** Mutualidad General Judicial Marques del Duero, 7 28001 Madrid	prestaciones.inss@seg-social.es www.seg-social.es isfasregistro@oc.mde.es www.mde.es/isfas

EU-Code/ Staat	Bezeichnung und Adresse	Kontakt
FI Finnland	**Kansaneläkelaitos** The Social Insurance Institution of Finland Health and Income Security Department P.O. Box 400 00381 Helsinki	inter.helsinki@kela.fi www.kela.fi
FR Frankreich	**CLEISS** Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale 11 rue de la Tour des Dames 75436 Paris Cedex 09	webmestre@cleiss.fr www.cleiss.fr
HR Kroatien	Croatian Health Insurance Fund Head Office Margaretska 3 Zagreb 10000	ncp-croatia@hzzo.hr www.hzzo.hr
HU Ungarn	**National Institute of Health Insurance Fund Management** Váci út 73/A 1139 Budapest XIII	www.neak.gov.hu
IE Irland	**Department of Health** Block 1 Miesian Plaza 50-58 Lower Baggot Street Dublin 2 D02 XW14	info@health.gov.ie www.dohc.ie
IT Italien	**Ministero della Salute** Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione DG per i Rapporti con l'UE e per i Rapporti Internazionali Ufficio II Via Giorgio Ribotta, 5 00144 Roma	www.salute.gov.it.
LT Litauen	**Valstybine ligoniu kasa** Europos square 1 03505 Vilnius	vlk@vlk.lt www.vlk.lt
LU Luxemburg	**Caisse Nationale de Santé** 125, route d´Esch 2980 Luxembourg	cns@secu.lu www.cns.lu
LV Lettland	**Nacionalais Veselibas Dienests** 31 Cesu street 1012 Riga	nvd@vmnvd.gov.lv www.vmnvd.gov.lv
MT Malta	**Entitlement Unit** Ministry of Health, the Elderly and Community Care 23, St. John Street 02 Valletta	entitlement.health@gov.mt www.sahha.gov.mt

EU-Code/ Staat	Bezeichnung und Adresse	Kontakt
NL Niederlande	**CAK** Int. Business Return Service I.B.R.S./C.C.R.I. No: 91042 2509 VC Den Haag	www.zorginstituutnederland.nl
PL Polen	**Narodowy Fundusz Zdrowia** ul. Grójecka 186 02-390 Warszawa	infolinia@nfz.gov.pl www.nfz.gov.pl
PT Portugal	**Instituto da Segurança Social, IP** Unidade de Coordenação Internacional Avenida da República, n.°4-6.° 1069-062 Lisboa	ISS-Iinternacionais@seg-social.pt www.seg-social.pt
RO Rumänien	**Casa Nationala de Asigurari de Sanatate** Calea Calarasilor 248 Bloc S 19, sector 3 030634 Bukarest	cabinet.presedinte@casan.ro www.cnas.ro
SE Schweden	**Försäkringskassan** Box 1164 621 22 Visby	kundcenter@forsakringskassan.se www.forsakringskassan.se
SI Slowenien	**Zavod za zdravstveno** zavarovanje Slovenije Miklošičeva cesta 24 1507 Ljubljana	www.zzzs.si
SK Slowakei	**Úrad pre dohl'ad nad** zdravotnou starostlivost'ou Zellova Street No. 2 829 24 Bratislava 25	predseda@udzs.sk www.udzs.sk
UK **Vereinigtes Königreich**	**Overseas Healthcare Team** Durham House Washington Tyne and Wear NE38 7SF Kingdom	overseas.healthcare@dwp.gsi.gov.uk www.dwp.gov.uk
EFTA		
LI Liechtenstein	**Amt für Gesundheit** Aeulestrasse 51 Postfach 684 9490 Vaduz	info.ag@llv.li www.ag.llv.li
IS Island	**Tryggingastofnun Ríkisins** The State Social Security Institute Laugavegur 114 105 Reykjavík	international@tr.is www.tr.is
NO Norwegen	**HELFO** Seksjon Utland Postboks 6721 Etterstad 0609 Oslo	utland@helfo.no
CH Schweiz	**Gemeinsame Einrichtung KVG** Gibelinstrasse 25 4503 Solothurn	www.kvg.org

8.7 Antragsformulare und Bescheinigungen

Die folgenden Formulare und Bescheinigungen lassen sich hier herunter laden: https://www.kvg.org/de/dokumente-eu-efta-_content---1--1054.html

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

S1

Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch und der Anspruch Ihrer Familienangehörigen auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft (d. h. Gesundheitsversorgung, ärztliche Behandlung usw.) in Ihrem Wohnstaat bescheinigt.
Familienangehörige sind nur dann anspruchsberechtigt, wenn sie die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaats festgelegten Bedingungen erfüllen.
Die Bescheinigung muss dem Krankenversicherungsträger des Wohnorts (**) so bald wie möglich übermittelt werden.
Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat	
1.2 Nachname	
1.3 Vorname(n)	
1.4 Geburtsname (***)	
1.5 Geburtsdatum	
1.6 Anschrift im Wohnstaat	
1.6.1 Straße, Nr.	1.6.3 Postleitzahl
1.6.2 Ort	1.6.4 Ländercode UK
1.7 Status	

☐ 1.7.1 Versicherte/r ☐ 1.7.2 Familienangehörige/r einer/eines Versicherten
☐ 1.7.3 Rentner/in ☐ 1.7.4 Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin
☐ 1.7.5 Rentenantragsteller/in

2. GELDLEISTUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

☐ 2.1 Der/Die Inhaberin erhält Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 17, 22, 24, 25, 26 und 34, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 24 und 28.
(**) In Spanien muss das entsprechende Dokument der Provinzialdirektion der staatlichen Sozialversicherungsanstalt (INSS) des Wohnorts und in Schweden sowie Portugal dem jeweiligen Sozialversicherungsträger des Wohnorts übermittelt werden.
(***) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

©Europäische Kommission

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

S1

Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

3. ANGABEN ZUR PERSON DES/DER VERSICHERTEN

(auszufüllen, wenn der/die Inhaber/in einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat, der auf der Versicherung einer anderen Person beruht)

3.1	Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat		
3.2	Nachname		
3.3	Vorname(n)		
3.4	Geburtsname (*)		
3.5	Geburtsdatum		
3.6	Anschrift des/der Versicherten (wenn von der unter 1.6 angegebenen Anschrift abweichend)		
3.6.1	Straße, Nr.	3.6.3	Postleitzahl
3.6.2	Ort	3.6.4	Ländercode

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ VON/BIS:

4.1	Beginn	4.2	Ende

5. AUSSTELLENDER TRÄGER

5.1	Name		
5.2	Straße, Nr.		
5.3	Ort		
5.4	Postleitzahl	5.5	Ländercode
5.6	Kenn-Nummer des Trägers		
5.7	Faxnummer		
5.8	Telefonnummer		
5.9	E-Mail		
5.10	Datum		
5.11	Unterschrift		

STEMPEL

(*) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

S3

Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch auf bestimmte medizinische Behandlungen im Staat Ihrer vormaligen Erwerbstätigkeit bescheinigt.
Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsorts vorlegen, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: http://ec.europa.eu/social-security-directory/

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat	
1.2 Nachname	
1.3 Vorname(n)	
1.4 Geburtsname (**)	
1.5 Geburtsdatum	
1.6 Aktuelle Anschrift	
1.6.1 Straße, Nr.	1.6.3 Postleitzahl
1.6.2 Ort	1.6.4 Ländercode
1.7 Persönliche Versichertennummer im Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit	
1.8 Status	

☐ 1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/ Ehemalige Grenzgängerin

☐ 1.8.2 Familienangehörige/r eines ehemaligen Grenzgängers/ einer ehemaligen Grenzgängerin

2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG

Die oben genannte Person hat Anspruch auf

☐ 2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (***)

2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit

☐ 2.2 Behandlung im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit (***)

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 28, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 29.
(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.
(***) Bitte den Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit angeben.

©Europäische Kommission

Koordinierung der Systeme
der sozialen Sicherheit

S3

Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1	Name		
3.2	Straße, Nr.		
3.3	Ort		
3.4	Postleitzahl	3.5	Ländercode
3.6	Kenn-Nummer des Trägers		
3.7	Faxnummer		
3.8	Telefonnummer		
3.9	E-Mail		
3.10	Datum		
3.11	Unterschrift		

STEMPEL

Download des Formulars: *https://www.kvg.org/stream/de/download---0--0--0--78.pdf*

S040

Verwaltungskommission
für die Koordinierung
der Systeme der sozialen Sicherheit

Auskunftsersuchen zu Zeiten - Art des Versicherungsrisikos: Krankheit und Mutterschaft

Artikel 6 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Artikel 12 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Anzahl der Anhänge:	[integer].....
Sendedatum:	[DD/MM/YYYY].....

Sendeträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....
Empfängerträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....

1. Aktenzeichen	
1.1 Aktenzeichen des Sendeträgers[1]*	[65].....
1.2 Aktenzeichen des Empfängerträgers[2]	[65].....

SED version 3.2

S040

2. Person*

2.1 Person[3]*

2.1.1 Persönliche Identifikationsnummer beim absendenden Träger [65].....

2.1.2 Nachname(n)* [155].....

2.1.3 Vorname(n)* [155].....

2.1.4 Geburtsdatum* [DD/MM/YYYY].....

2.1.5 Geschlecht

❑ Weiblich
❑ Männlich
❑ Nicht bekannt

2.1.6 Geburtsname(n) [155].....

2.1.7 Vorname(n) bei Geburt [155].....

2.1.8 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person mittels Persönlicher Identifikationsnummer

2.1.8.1 Persönliche Identifikationsnummer beim empfangenden Träger[4] [65].....

2.1.9 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger nicht vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person ohne Persönliche Identifikationsnummer

2.1.9.1 Geburtsort[5]

2.1.9.1.1 Geburtsort* [155].....

2.1.9.1.2 Geburtsregion [155].....

2.1.9.1.3 Geburtsland [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

2.1.9.2 Geburtsname des Vaters[6] [155].....

2.1.9.3 Vorname des Vaters [155].....

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter[7] [155].....

2.1.9.5 Vorname der Mutter [155].....

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit[8] [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Anschrift der Person

3.1 Anschrift

3.1.1 Straße [155].....

3.1.2 Ort [65].....

3.1.3 Postleitzahl [25].....

3.1.4 Region[9] [65].....

3.1.5 Land [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 In diesem Land wohnhaft seit [DD/MM/YYYY].....

SED version 3.2

S040

4. Ersuchen*	
4.1 Da wir als zuständiger Träger handeln, nach dessen Rechtsvorschriften der Erwerb, die Aufrechterhaltung, die Dauer oder das Wiederaufleben des Anspruchs auf Leistungen von der Zurücklegung bestimmter Zeiten abhängig sind, bitten wir Sie, die relevanten Zeiten einer Versicherung, Beschäftigung, selbstständigen Erwerbstätigkeit bzw. Wohnzeiten, die die betreffende Person gemäß Ihren Rechtsvorschriften zurückgelegt hat, zu bestätigen.*	[500].....
4.2 Betreffende Leistungsart*	❑ Krankheit ❑ Mutterschaft ❑ Vaterschaft
4.3 Form der betreffenden Leistung*	❑ Geldleistung ❑ Sachleistung
4.4 Betroffener Zeitraum[10]*	
4.4.1 vom	[DD/MM/YYYY].....
4.4.2 bis zum	[DD/MM/YYYY].....

5. Zusätzliche Informationen[11]	
5.1 Zusätzliche Angaben	[500].....

Unterschrift des Sendeträgers:	
Datum	[DD/MM/YYYY].....
Unterschrift	Stempel

SED version 3.2

S041

Verwaltungskommission
für die Koordinierung
der Systeme der sozialen Sicherheit

Antwort auf Auskunftsersuchen zu Zeiten - Art des Versicherungsrisikos: Krankheit und Mutterschaft

Artikel 6 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Artikel 12 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Anzahl der Anhänge:	[integer].....
Sendedatum:	[DD/MM/YYYY].....

Sendeträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....
Empfängerträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....

1. Aktenzeichen	
1.1 Aktenzeichen des absendenden Trägers[1]*	[65].....
1.2 Aktenzeichen des empfangenden Trägers[2]*	[65].....

SED version 3.2

Download des Formulars: *https://www.kvg.org/de/dokumente-eu-efta-_content---1--1054.html*

S041

2. Person*

2.1 Person[3]*

2.1.1 Persönliche Identifikationsnummer beim absendenden Träger	[65].....
2.1.2 Nachname(n)*	[155].....
2.1.3 Vorname(n)*	[155].....
2.1.4 Geburtsdatum*	[DD/MM/YYYY].....

2.1.5 Geschlecht

❑ Weiblich
❑ Männlich
❑ Nicht bekannt

2.1.6 Geburtsname(n)	[155].....
2.1.7 Vorname(n) bei Geburt	[155].....

2.1.8 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person mittels Persönlicher Identifikationsnummer

2.1.8.1 Persönliche Identifikationsnummer beim empfangenden Träger[4]	[65].....

2.1.9 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger nicht vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person ohne Persönliche Identifikationsnummer

2.1.9.1 Geburtsort[5]

2.1.9.1.1 Geburtsort*	[155].....
2.1.9.1.2 Geburtsregion	[155].....
2.1.9.1.3 Geburtsland	[World list ISO3166-1-alpha-2 code].....
2.1.9.2 Geburtsname des Vaters[6]	[155].....
2.1.9.3 Vorname des Vaters	[155].....
2.1.9.4 Geburtsname der Mutter[7]	[155].....
2.1.9.5 Vorname der Mutter	[155].....

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit[8]	[World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Anschrift der Person

3.1 Anschrift

3.1.1 Straße	[155].....
3.1.2 Ort	[65].....
3.1.3 Postleitzahl	[25].....
3.1.4 Region[9]	[65].....
3.1.5 Land	[World list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 In diesem Land wohnhaft seit	[DD/MM/YYYY].....

SED version 3.2

S041

4. In Beantwortung Ihres S040 teilen wir Ihnen Folgendes mit:*

❑ Wir teilen mit, dass die betreffende Person keine Zeiten nach unseren Rechtsvorschriften zurückgelegt hat.

❑ Wir bestätigen die angefragten, von der betreffenden Person nach unseren Rechtsvorschriften zurückgelegten, Zeiten.

5. Versicherungszeitraum

5.1 vom [DD/MM/YYYY].....

5.2 bis zum [DD/MM/YYYY].....

5.3 Art der Versicherung

❑ Pflichtversicherung

❑ Freiwillige Versicherung

❑ Freiwillige Weiterversicherung

6. Beschäftigungszeitraum

6.1 vom [DD/MM/YYYY].....

6.2 bis zum [DD/MM/YYYY].....

7. Zeit einer selbstständigen Erwerbstätigkeit

7.1 vom [DD/MM/YYYY].....

7.2 bis zum [DD/MM/YYYY].....

8. Wohnzeit

8.1 vom [DD/MM/YYYY].....

8.2 bis zum [DD/MM/YYYY].....

9. Weitere Informationen[10]

9.1 Zusätzliche Angaben [500].....

Unterschrift des Sendeträgers:

Datum [DD/MM/YYYY].....

Unterschrift Stempel

SED version 3.2

S044

Verwaltungskommission
für die Koordinierung
der Systeme der sozialen Sicherheit

Beantragung einer Anspruchsbescheinigung - vorübergehender Aufenthalt

Artikel 19 und 27 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Artikel 25 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Anzahl der Anhänge:	[integer].....
Sendedatum:	[DD/MM/YYYY].....

Sendeträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....
Empfängerträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....

1. Aktenzeichen	
1.1 Aktenzeichen des absendenden Trägers[1]	[65].....
1.2 Aktenzeichen des empfangenden Trägers[2]	[65].....

SED version 3.2

S044

2. Person*

2.1 Person[3]*

2.1.1 Persönliche Identifikationsnummer beim absendenden Träger [65].....

2.1.2 Nachname(n)* [155].....

2.1.3 Vorname(n)* [155].....

2.1.4 Geburtsdatum* [DD/MM/YYYY].....

2.1.5 Geschlecht

❑ Weiblich
❑ Männlich
❑ Nicht bekannt

2.1.6 Geburtsname(n) [155].....

2.1.7 Vorname(n) bei Geburt [155].....

2.1.8 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person mittels Persönlicher Identifikationsnummer

2.1.8.1 Persönliche Identifikationsnummer beim empfangenden Träger[4] [65].....

2.1.9 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger nicht vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person ohne Persönliche Identifikationsnummer

2.1.9.1 Geburtsort[5]

2.1.9.1.1 Geburtsort* [155].....

2.1.9.1.2 Geburtsregion [155].....

2.1.9.1.3 Geburtsland [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

2.1.9.2 Geburtsname des Vaters[6] [155].....

2.1.9.3 Vorname des Vaters [155].....

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter[7] [155].....

2.1.9.5 Vorname der Mutter [155].....

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit[8] [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Anschrift (der Person, für die eine Anspruchsbescheinigung beantragt wird)

3.1 Straße [155].....

3.2 Ort [65].....

3.3 Postleitzahl [25].....

3.4 Region[9] [65].....

3.5 Land [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

SED version 3.2

S044

4. Beantragter Anspruchsbeginn/beantragtes Anspruchsende[10]*	
4.1 Anfangsdatum*	[DD/MM/YYYY].....
4.2 Ende*	[DD/MM/YYYY].....

Unterschrift des Sendeträgers:	
Datum	[DD/MM/YYYY].....
Unterschrift	Stempel

S045

Verwaltungskommission
für die Koordinierung
der Systeme der sozialen Sicherheit

Anspruchsbescheinigung - vorübergehender Aufenthalt

Artikel 19 und 27 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Artikel 25 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Anzahl der Anhänge:	[integer].....
Sendedatum:	[DD/MM/YYYY].....

Sendeträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....
Empfängerträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....

1. Aktenzeichen	
1.1 Aktenzeichen des absendenden Trägers[1]	[65].....
1.2 Aktenzeichen des empfangenden Trägers[2]	[65].....

SED version 3.2

S045

2. Person*

2.1 Person[3]*

2.1.1 Persönliche Identifikationsnummer beim absendenden Träger [65].....

2.1.2 Nachname(n)* [155].....

2.1.3 Vorname(n)* [155].....

2.1.4 Geburtsdatum* [DD/MM/YYYY].....

2.1.5 Geschlecht

❑ Weiblich
❑ Männlich
❑ Nicht bekannt

2.1.6 Geburtsname(n) [155].....

2.1.7 Vorname(n) bei Geburt [155].....

2.1.8 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person mittels Persönlicher Identifikationsnummer

2.1.8.1 Persönliche Identifikationsnummer beim empfangenden Träger[4] [65].....

2.1.9 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger nicht vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person ohne Persönliche Identifikationsnummer

2.1.9.1 Geburtsort[5]

2.1.9.1.1 Geburtsort* [155].....

2.1.9.1.2 Geburtsregion [155].....

2.1.9.1.3 Geburtsland [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

2.1.9.2 Geburtsname des Vaters[6] [155].....

2.1.9.3 Vorname des Vaters [155].....

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter[7] [155].....

2.1.9.5 Vorname der Mutter [155].....

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit[8] [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Anschrift (der Person, für die eine Anspruchsbescheinigung ausgestellt wird)

3.1 Straße [155].....

3.2 Ort [65].....

3.3 Postleitzahl [25].....

3.4 Region[9] [65].....

3.5 Land [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

4. Information über Bestehen eines Anspruchs

4.1 Anspruchsbeginn/-ende[10]

SED version 3.2

S045

4.1.1 Anfangsdatum	[DD/MM/YYYY].....
4.1.2 Enddatum	[DD/MM/YYYY].....

5. Information über Nichtbestehen eines Anspruchs

- ❑ Kein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit von diesem Mitgliedstaat im angefragten Zeitraum
- ❑ Anderer Grund
- ❑ In diesem Fall unbekannt

Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn "Information über Nichtbestehen eines Anspruchs" = "Anderer Grund" :

6. Anderer Grund

6.1 Grund [500].....

Unterschrift des Sendeträgers:

Datum [DD/MM/YYYY].....

Unterschrift Stempel

S017

Verwaltungskommission
für die Koordinierung
der Systeme der sozialen Sicherheit

Antwort auf Änderung oder Widerruf der Anspruchsbescheinigung

Artikel 17, 22, 24, 25, 26 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Artikel 24 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Anzahl der Anhänge:	[integer].....
Sendedatum:	[DD/MM/YYYY].....

Sendeträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....
Empfängerträger:	
Ländercode*	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Kenn-Nummer des Trägers*	[25].....
Bezeichnung des Trägers*	[155].....
Straße	[155].....
Ort	[65].....
Postleitzahl	[25].....
Region	[65].....
Land	[EU/EFTA list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefon	[65].....
Fax	[65].....
E-Mail	[255].....

1. Aktenzeichen	
1.1 Aktenzeichen des absendenden Trägers[1]	[65].....
1.2 Aktenzeichen des empfangenden Trägers[2]	[65].....

SED version 3.2

S017

2. Person*

2.1 Person[3]*

2.1.1 Persönliche Identifikationsnummer beim absendenden Träger [65].....

2.1.2 Nachname(n)* [155].....

2.1.3 Vorname(n)* [155].....

2.1.4 Geburtsdatum* [DD/MM/YYYY].....

2.1.5 Geschlecht

❑ Weiblich
❑ Männlich
❑ Nicht bekannt

2.1.6 Geburtsname(n) [155].....

2.1.7 Vorname(n) bei Geburt [155].....

2.1.8 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person mittels Persönlicher Identifikationsnummer

2.1.8.1 Persönliche Identifikationsnummer beim empfangenden Träger[4] [65].....

2.1.9 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger nicht vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person ohne Persönliche Identifikationsnummer

2.1.9.1 Geburtsort[5]

2.1.9.1.1 Geburtsort* [155].....

2.1.9.1.2 Geburtsregion [155].....

2.1.9.1.3 Geburtsland [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

2.1.9.2 Geburtsname des Vaters[6] [155].....

2.1.9.3 Vorname des Vaters [155].....

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter[7] [155].....

2.1.9.5 Vorname der Mutter [155].....

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit[8] [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3. Anschrift (der Person, deren Anspruch annulliert wird bzw. sich ändert)

3.1 Anschrift

3.1.1 Straße [155].....

3.1.2 Ort [65].....

3.1.3 Postleitzahl [25].....

3.1.4 Region[9] [65].....

3.1.5 Land [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 In diesem Land wohnhaft seit [DD/MM/YYYY].....

SED version 3.2

S017

4. Bezugnehmend auf Ihr*

4.1 Dokument* [25].....

4.2 Ausgestellt am* [DD/MM/YYYY].....

Bitte füllen Sie folgendes Feld aus, wenn dieses Dokument eine/n Familienangehörige/n betrifft

5. Familienangehörige/r

5.1 Persönliche Identifikationsnummer beim absendenden Träger [65].....

5.2 Nachname(n)* [155].....

5.3 Vorname(n)* [155].....

5.4 Geburtsdatum* [DD/MM/YYYY].....

5.5 Geschlecht

❑ Weiblich
❑ Männlich
❑ Nicht bekannt

5.6 Geburtsname(n) [155].....

5.7 Vorname(n) bei Geburt [155].....

5.8 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person mittels Persönlicher Identifikationsnummer

5.8.1 Persönliche Identifikationsnummer beim empfangenden Träger[4] [65].....

5.9 Wenn Ihnen die Persönliche Identifikationsnummer der Person beim empfangenden Träger nicht vorliegt, füllen Sie bitte folgende Felder aus:

❑Identifizierung der Person ohne Persönliche Identifikationsnummer

5.9.1 Geburtsort[5]

5.9.1.1 Geburtsort* [155].....

5.9.1.2 Geburtsregion [155].....

5.9.1.3 Geburtsland [World list ISO3166-1-alpha-2 code].....

5.9.2 Geburtsname des Vaters[6] [155].....

5.9.3 Vorname des Vaters [155].....

5.9.4 Geburtsname der Mutter[7] [155].....

5.9.5 Vorname der Mutter [155].....

6. Antwort auf Änderung oder Widerruf der Bescheinigung

6.1 Ausgestellt am [DD/MM/YYYY].....

7. Änderung oder Widerruf*

7.1 Änderung

7.1.1 Beginn der Änderung [DD/MM/YYYY].....

SED version 3.2

S017

7.1.2 Ende der Änderung	[DD/MM/YYYY].....
7.2 Widerruf	
7.2.1 Datum des Widerrufs	[DD/MM/YYYY].....

Unterschrift des Sendeträgers:	
Datum	[DD/MM/YYYY].....
Unterschrift	Stempel

8.8 Weiterführende Materialien

Amtliche Materialien:

Beschluss der Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 5./6.12.2018,
https://www.der-paritaetische.de/fachinfos/beschluss-der-arbeits-und-sozialministerkonferenz-bezueglich-der-dolmetscherkosten-bei-medizinischer/, aufgerufen 4.1.2019

Beschluss Nr. A2 der Verwaltungskom¬mission zur Auslegung des Art. 12 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich der auf entsandte Arbeitnehmer sowie auf Selbständige, die vorübergehend eine Tätigkeit in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat ausüben, anzuwendenden Rechtsvorschriften, vom 12.6.2009, Amtsbl. EU C-106/5 v. 24.4.2010.
https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32010D0424%2802%29, aufgerufen 1.2.2019.

Beschluss Nr. S1 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 12.6.2009, Abl. EU C-106/23 v. 24.4.2010
https://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f_eg_ewr_recht/eg_ewr_recht.html, aufgerufen 1.2.2019.

Beschluss Nr. S 2 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 12.6.2009, Abl. EU C-106/26 v. 24.4.2010
https://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f_eg_ewr_recht/eg_ewr_recht.html, aufgerufen 1.2.2019.

Beschluss Nr. S 3 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit v. 12.6.2009, ABl. EU C-106/40 v. 24.4.2010
https://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f_eg_ewr_recht/eg_ewr_recht.html, aufgerufen 1.2.2019.

weitere Beschlüsse der Verwaltungskommission zum Erstattungsverfahren zwischen den Leistungsträgern der Mitgliedstaaten:
https://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f_eg_ewr_recht/eg_ewr_recht.html, aufgerufen 1.2.2019.

Europäische Kommission, Erläuterungen zur modernisierten Koordinierung der sozialen Sicherheit, Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009, N-Notwendige Sachleistungen.

GKV-DVKA in Zusammenarbeit mit der Deutsche Krankenhausgesellschaft, Merkblatt über die stationäre und ambulante Krankenhausbehandlung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind, vom 1.10.2013
https://www.dkgev.de/media/file/15579.RS448-13_Anlage_Merkblatt_stationaere-ambulante_KH-Behandl.-Personen__die_im_Ausland_krankenvers.sind.pdf., aufgerufen 1.2.2019.

GKV-DVKA: Leitfaden Leistungsaushilfe im Rahmen der EG-Verordnung 883/2004 und Abkommensrecht, 8.Aufl., 2012; anzufordern über:
hans-georg.zimmermann@dvka.de

GKV-DVKA: Leitfaden freiwillige Krankenversicherung im Rahmen der EG-/EWG-Verordnungen und nach Abkommensrecht, 6. Aufl., 2012; anzufordern über:
hans-georg.zimmermann@dvka.de

GKV-DVKA: Leitfaden Krankenversicherung der Rentner im Rahmen der EG-Verordnung 883/2004 und Abkommensrecht, 9. Aufl., 2013; anzufordern über:
hans-georg.zimmermann@dvka.de

GKV: Grundsätzliche Hinweise Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Rundschreiben 18e vom 14.12.2018
https://www.aok-business.de/fachthemen/pro-personalrecht-online/datenbank/anzeigen/poc/docid/8175852%2C1%2C20181214/zurueck/1/, aufgerufen 1.2.2019.

GKV: Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V, Rundschreiben 18f vom 14.12.2018
https://www.aok-business.de/fachthemen/pro-personalrecht-online/datenbank/grundlagen-ansicht/poc/docid/8171147%2C1/, aufgerufen 1.2.2019.

GKV: Gemeinsames Rundschreiben zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 13.02.2018,
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente /pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2018_02_16_GemR_bei_Auslandsaufenthalt.pdf., aufgerufen 1.2.2019.

GKV: Obligatorische Anschlussversicherung für Saisonarbeitnehmer, Rundschreiben 2017/321 vom 15.06.2017
Anzufordern:
info@gkv-spitzenverband.de

GKV: Grundsätzliche Hinweise zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und der Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs vom 6. Dezember 2017
https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/krankenversicherung_studenten.html, aufgerufen 1.2.2019.

KBV u. GKV: Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1. Juli 2004, in der Fassung vom 1. Oktober 2018
https://www.kbv.de/media/sp/20_europ._Kankenversicherungskarte.pdf, aufgerufen 1.2.2019.

Missoc, Gegenseitiges Informationssystem für Soziale Sicherheit der Europäischen Kommission
https://www.missoc.org

Schreiben des BMAS vom 26. Juli 2018 zu den Überbrückungsleistungen
https://ggua.de/fileadmin/downloads/unionsbuergerInnen/Schreiben_BMAS_Ausreisewillen.pdf, aufgerufen 1.2.2019.

Weiterführende Materialien:

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/ Illegalität
Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere, Stand August 2019
info.diakonie.de/Gesundheitsversorgung-fuer-Menschen-ohne-Papiere

Deutscher Caritasverband e.V., Dr. Elke Tießler-Marenda: Arbeitshilfe: Europäische Union, Freizügigkeit der Unionsbürger und Zugang zu Transfer-Leistungen, Stand 10/2018, Freiburg
https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/migration/rechte-von-eu-buergern-in-deutschland

GGUA Flüchtlingshilfe e. V. Projekt Q Claudius Voigt:
Rechtsprechung der Sozialgerichte zum Ausschluss von Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern seit 29. Dezember 2016, Stand 1/2019
www.einwanderer.net voigt@ggua.de

Mehlhorn, Claudia: Strategien und Wege zur Senkung von Krankenhilfekosten in der SGB VIII- und SGB XII-Bearbeitung, Stand 2018, anzufordern gegen 25 € Schutzgebühr unter:
mehlhorn@kv-schulung.de

Mehlhorn, Claudia: Beitragsschulden, 2018; anzufordern unter:
mehlhorn@kv-schulung.de

Weiterführende Literatur:

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (2018): Gesetzliche Krankenversicherung, 2. Aufl., Beck, München.

Berchtold, Josef/Huster, Stefan/Rehborn, Martin (2018): Gesundheitsrecht – SGB V, SGB XI, 2. Aufl. Nomos, Baden-Baden.

Callies, Christian/Ruffert, Matthias (2016): EUV/AEUV – Das Verfassungsrecht der Europäischen Union mit Europäischer Grundrechtecharta, 5. Aufl., Beck, München.

Ehmann, Frank/Karmanski, Carsten/Kuhn-Zuber, Gabriele (2018): Sozialrechtsberatung, 2. Aufl., Nomos, Baden-Baden.

Eichenhofer, Eberhard (2017): Vorschläge der Kommission im Hinblick auf Pflegeleistungen, ZESAR 2017, 371 – 375.

Felix, Dagmar (2016) in: Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas, jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 5 SGB V.

Frings, Dorothee (2017): Migrantinnen und Migranten, in: Fasselt, Ursula/Schellhorn, Helmut: Handbuch Sozialrechtsberatung, 5. Aufl., Nomos, Baden-Baden, S. 599 - 703.

Frings, Dorothee/Janda, Constanze/Keßler, Stefan/Steffen, Eva (2018): Sozialrecht für Zuwanderer, 2. Aufl., Nomos, Baden-Baden.

Fuchs, Maximilian (2017):Europäisches Sozialrecht, 7. Aufl., Nomos, Baden-Baden.

Giesen, Richard/Keikebohm, Ralf/Rolfs, Christian/Udsching, Peter (2019): BeckOK Sozialrecht, SGB V; Beck, München.

Noftz, Wolfgang (2019): Hauck/Noftz SGB V, Ericht Schmitt Verlag, Berlin.

Schreiber, Frank/Wunder, Annett/Dern, Susanne (2012): VO (EG) Nr. 88372004 - Verordnung zur Koordinierung des Systeme der sozialen Sicherheit, Beck, München.