



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
Die Beauftragte der Bundesregierung für Antirassismus
Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.

Anschriften

Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer
Postanschrift: Bundeskanzleramt, 11012 Berlin

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



Autorin:

Prof. Dr. Dorothee Frings

Gestaltung

design.ideal, büro für gestaltung, Erfurt

Bildnachweise

Seite 5 links: Integrationsbeauftragte/Krautz

Seite 5 rechts: Diakonie/Thomas Meyer

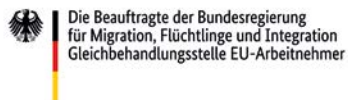
Seite 14: by-studio/StockAdobe.com

Druck

Bonifatius GmbH - Druck - Buch - Verlag, Paderborn

Erscheinungsmonat

Oktober 2022



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



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



Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Corona-Pandemie macht seit 2020 noch einmal sehr deutlich: Eine gute Gesundheitsversorgung und lückenloser Schutz in der Krankenversicherung sind für alle Menschen in unserem Land wichtig. Das gilt auch für EU-Bürgerinnen und -Bürger, die ihre Rechte der Unionsbürgerschaft in Anspruch nehmen. Sie kommen vorwiegend mit der Arbeitnehmerfreizügigkeit zu uns, um hier zu leben und zu arbeiten. Sie leisten einen wichtigen Beitrag auf dem deutschen Arbeitsmarkt. Oft in systemrelevanten Branchen wie der Pflege oder dem Transport, aber auch in der Saisonarbeit und der Ernährungsindustrie.

Existenzielle Fragen zu Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung gehören für Sie als Beraterinnen und Berater in Beratungsstellen für EU-Eingewanderte zum Alltag. Viele der Ratsuchenden wissen nicht um ihre Rechte und Pflichten, die sich aus der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ergeben. Gerade für Menschen in prekären Lebenslagen kann das eine enorme Herausforderung sein.



Wir möchten Sie mit der aktualisierten Ausgabe dieser Broschüre weiterhin bei Ihrer wertvollen Beratungsarbeit unterstützen und Menschen zu ihrem Recht verhelfen. Die positiven Rückmeldungen zur ersten Ausgabe haben uns dazu motiviert, eine zweite Auflage herauszubringen. Sie wurde nun entsprechend der aktuellen Rechtslage überarbeitet. Leitgedanke ist auch bei dieser Auflage die Praxistauglichkeit der aufbereiteten Informationen.

Auf den folgenden Seiten ist alles Wissenswerte zusammengestellt: zur Europäischen Krankenversicherungskarte, zur Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, zu Beitragsrückständen oder der Notfallhilfe für Personen ohne Versiche-

rungsschutz. Zudem informieren wir Sie zur Situation von Staatsangehörigen Großbritanniens und Nordirlands, für die nach dem Brexit neue Regelungen gelten.

Wir danken Ihnen in den Migrationsberatungsstellen für erwachsene Zuwanderer (MBE) und in allen anderen Fachdiensten für Ihre Arbeit. Sie tragen tagtäglich mit dazu bei, dass die Freizügigkeit in der EU fair und gut gelebt werden kann. Sie helfen dabei, dass Menschen ihre Rechte wahrnehmen und Recht bekommen – auch bei ihrer Gesundheitsversorgung.

Wir freuen uns, wenn Ihnen die Broschüre hilfreiche Anregungen gibt und zur erfolgreichen Beratungsarbeit beiträgt.

Berlin, 14. Oktober 2022

Ihre Reem Alabali-Radovan
Beauftragte der Bundesregierung für Migration,
Flüchtlinge und Integration
Beauftragte der Bundesregierung für Antirassismus

Ulrich Lilie
Präsident 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 gilt für die Staatsangehörigen Großbritanniens und Nordirlands sowie für Personen mit einem Wohnsitz in diesen Staaten?	11
2.1.3	Was bedeutet der Begriff „Sachleistungsaushilfe“?	11
2.1.4	Was bedeutet „vorübergehender“ Aufenthalt?	12
2.1.5	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?	15
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?	18
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?	19
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	<i>Was gilt bei chronischen Krankheiten, die schon bei Einreise bestanden?</i>	19
2.3.1.2	<i>Was gilt für einen notwendigen Krankenhausaufenthalt?</i>	20
2.3.1.3	<i>Was gilt bei Schwangerschaft und Geburt?</i>	20
2.3.1.4	<i>Was gilt bei Schwangerschaftsabbrüchen?</i>	20
2.3.1.5	<i>Was gilt für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen?</i>	20
2.3.1.6	<i>Was gilt für Heilmittel wie Physiotherapie und Hilfsmittel wie Prothesen?</i>	20
2.3.1.7	<i>Was gilt für Impfungen?</i>	20
2.3.1.8	<i>Was gilt, wenn Pflegeleistungen erforderlich werden?</i>	21
2.3.1.9	<i>Was gilt für Zuzahlungen bzw. Eigenanteile?</i>	21
2.3.1.10	<i>Was gilt für Leistungen in spezialisierten Einrichtungen (u.a. Nierendialyse, Chemotherapie)?</i>	21
2.3.1.11	<i>Was gilt für Dolmetscherkosten?</i>	21
2.3.2	Kann die EHIC auch verwendet werden, wenn die Einreise nach Deutschland erfolgt, um sich hier behandeln zu lassen?	22
2.3.3	Wie erfolgt die Abrechnung auf Grundlage der EHIC?	22
2.3.4	Was kann ich tun, wenn meine EHIC nicht akzeptiert wird?	23



3	Gesundheitsversorgung durch Sachleistungsaushilfe bei einem längerfristigen Aufenthalt für bestimmte Personengruppen	24
3.1	Können Rentnerinnen und Rentner mit einer Rente aus einem anderen Mitgliedstaat dauerhaft Gesundheitsleistungen in Deutschland in Anspruch nehmen?	24
3.2	Können auch Familienangehörige von Rentnerinnen und Rentnern Sachleistungsaushilfe in Deutschland erhalten?	26
3.3	Wie sind Grenzgängerinnen und Grenzgänger versichert?	27
3.4	Wie werden Familienangehörige versichert, wenn die/der Stammberechtigte in einem anderen Mitgliedstaat versichert ist?	27
3.5	Unter welchen Voraussetzungen können entsandte Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer Gesundheitsleistungen in Deutschland in Anspruch nehmen?	28
3.6	Können Studierende auch während eines mehrjährigen Studiums weiter im Herkunftsland versichert bleiben?	29
4	Gesundheitsversorgung durch die Mitgliedschaft in einer deutschen Krankenversicherung	31
4.1	Wie funktioniert das Krankenversicherungssystem in Deutschland?	31
4.2	Wer ist in der GKV pflichtversichert?	32
4.2.1	Was gilt für Beschäftigte und Auszubildende?	32
4.2.2	Was gilt für unangemeldet Erwerbstätige?	32
4.2.3	Was gilt für Selbständige sowie Freiberuflerinnen und Freiberufler (einschließlich Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter) ohne private Vorversicherung?	32
4.2.4	Was gilt für Minijobberinnen und Minijobber sowie Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter?	33
4.2.5	Was gilt für Künstlerinnen und Künstler sowie Publizistinnen und Publizisten?	34
4.2.6	Was gilt für Arbeitsuchende mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland?	35
4.2.7	Was gilt für Arbeitslosengeld I-Empfängerinnen und Empfänger?	36
4.2.8	Was gilt für Empfängerinnen und Empfänger von SGB II-Leistungen?	36
4.2.9	Was gilt für Rentnerinnen und Rentner mit deutscher Rente?	36
4.2.10	Was gilt für Studierende ohne Versicherung im Herkunftsstaat?	37
4.2.11	Was gilt für Schülerinnen und Schüler in der Berufsausbildung?	38
4.2.12	Was gilt für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Maßnahmen der Arbeitsagentur, der Jobcenter und der Jugendberufshilfe?	38
4.2.13	Was gilt für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Freiwilligendiensten?	39
4.2.14	Was gilt für Au-pair?	39
4.2.15	Was gilt für Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung?	39
4.2.16	Was gilt für Familienangehörige von Versicherten?	39
4.2.17	Welche weiteren Personen sind in der Auffangversicherung pflichtversichert?	40
4.2.18	Ist die Zugangssperre zur Auffangversicherung europarechtswidrig?	41
4.3	Wer kann sich freiwillig in der GKV versichern?	42
4.4	Wann wird eine freiwillige Versicherung automatisch begründet?	43
4.5	Welche Rechte stehen Antragstellerinnen und Antragstellern gegenüber der GKV zu?	44
4.5.1	Gegen welche Entscheidungen können Rechtsmittel eingelegt werden?	44
4.5.2	Wann ist es sinnvoll, einen Eilantrag beim Sozialgericht zu stellen?	45
4.5.3	Welche Informationen müssen die Krankenkassen zur Verfügung stellen?	45
4.5.4	Welche Vertretungs- und Beistandsrechte haben Beratungsstellen und Interessensverbände?	46
4.5.5	Welche Ansprüche bestehen auf Dolmetscherinnen und Dolmetscher?	47
4.5.6	Wo und wie können informelle Beschwerden eingelegt werden?	47
4.6	Wer kann oder muss sich in einer privaten KV versichern?	47

5	Beitragsrückstände und Zuschläge in der Krankenversicherung	49
5.1	Gesetzliche Krankenversicherung	49
5.1.1	Wie kommt es zu Beitragsrückständen in der GKV?	49
5.1.2	Wie wird der Beginn der Pflichtversicherung berechnet?	49
5.1.3	Welche Folgen haben die Beitragsrückstände?	50
5.1.3.1	<i>Verjährung von Beitragsschulden</i>	50
5.1.3.2	<i>Antrag auf Herabsetzung auf den Ruhensbeitrag</i>	51
5.1.3.3	<i>Antrag auf Stundung und Ratenzahlung</i>	51
5.1.3.4	<i>Antrag auf Ermäßigung und Erlass</i>	51
5.1.4	Wie wirken sich Beitragsschulden auf die Leistungsansprüche aus?	51
5.1.5	Wann kann die Versicherung wegen Beitragsrückständen beendet werden?	52
5.2	Private Krankenversicherung	52
5.2.1	Wie wird der Beginn der Versicherungspflicht berechnet?	52
5.2.2	Welche Zuschläge werden berechnet, wenn in der Vergangenheit gegen die gesetzliche Versicherungspflicht verstoßen wurde?	52
5.2.3	Was geschieht mit Beitragsschulden während eines laufenden Versicherungsvertrags?	52
5.2.4	Welche Folgen haben die Beitragsrückstände?	53
5.2.5	Kann eine private Versicherung wegen Beitragsschulden gekündigt werden?	54
6	Personen ohne Versicherungsschutz	55
6.1	Was geschieht, wenn Menschen mittellos sind und nicht über einen Versicherungsschutz verfügen?	55
6.1.1	Wer ist von Leistungen nach SGB II und damit von einer Versicherung durch das Jobcenter ausgeschlossen?	55
6.1.2	Was sind Überbrückungsleistungen der Sozialämter?	56
6.1.3	Welche Leistungen gibt es für Touristinnen und Touristen sowie Besucherinnen und Besucher ohne Versicherungsschutz in einer Notlage?	56
6.1.4	Welche Leistungen gibt es für Wohnungslose ohne Versicherungsschutz?	57
6.1.5	Welche Leistungen gibt es für chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen ohne Versicherungsschutz?	58
6.1.6	Welche Leistungen gibt es für Schwangere ohne Versicherungsschutz?	58
6.1.7	Welche Leistungen erhalten Kinder und Jugendliche bei Inobhutnahme oder in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe?	58
6.2	Was geschieht, wenn die Ausländerbehörde durch Bescheid festgestellt hat, dass kein Freizügigkeitsrecht besteht?	58
6.3	Was geschieht, wenn Personen ohne Versicherungsschutz als Notfall im Krankenhaus aufgenommen oder von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behandelt werden müssen?	59
6.4	Was geschieht, wenn die Identität und der Wohnsitz einer Person nicht festgestellt werden können?	59
6.5	Welche Möglichkeiten der Krankenhilfe durch kommunale Fonds/Länderfonds bestehen?	60
6.6	Welche Möglichkeiten der Krankenhilfe durch nichtstaatliche Organisationen bestehen?	60
7	Übersicht zu verschiedenen Einkommens- oder Lebenslagen	62
7.1	Tabelle	62
7.2	Welche weiteren gesundheitsbezogenen Leistungen können in Anspruch genommen werden?	65
8	Anhang	66
8.1	Abkürzungsverzeichnis	66
8.2	Aufnahmebogen	68
8.3	Übersicht über die Freizügigkeit	70
8.4	Patientenerklärung	74
8.5	Anzeige zur Auffangversicherung	75
8.6	Verzeichnis der Verbindungsstellen	76
8.7	Antragsformulare und Bescheinigungen	80
8.8	Weiterführende Materialien	100

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 Gesundheitsysteme 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, 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 können sein:

- 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 in einem Mitgliedstaat verfügen (EuGH vom 21.6.2017 – C-449/16 Martínez 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 gilt für die Staatsangehörigen Großbritanniens und Nordirlands sowie für Personen mit einem Wohnsitz in diesen Staaten?

Bis zum 31.12.2020 galt das Austrittsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich. Für Sachverhalte, die mit einem grenzüberschreitenden Bezug zum Vereinigten Königreich auf einen Zeitpunkt vor dem 01.01.2021 zurückzuführen sind, gelten die Regelungen zur EHIC und Sachleistungsaushilfe entsprechend dem Austrittsabkommen unbegrenzt fort. Sachverhalte mit Bezug zu Deutschland sind: Wohnsitz in Deutschland, Ort der Erwerbstätigkeit in Deutschland, Rentenbezug in Deutschland, Zuzug zu einer in Deutschland freizügigkeitsberechtigten Person oder Eheschließung bzw. Geburt, wenn die Krankenversicherung von einer in Deutschland freizügigkeitsberechtigten Person abgeleitet werden kann.

Ab dem 01.01.2021 gilt das Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich (Partnerschaftsvertrag). Es wird auf alle grenzüberschreitenden Sachverhalte angewendet, die erst nach dem 01.01.2021 begonnen haben. Im Wesentlichen gelten die bisherigen Regelungen für die Sachleistungshilfe weiter, allerdings werden in Deutschland keine Pflegeleistungen mehr erbracht (Art. KSS 15 ff. Protokoll über die Koordinierung der Sozialen Sicherheit).

Im Vereinigten Königreich wird statt der EHIC nunmehr die Global Health Insurance Card (GHIC) ausgestellt. Die bisher ausgestellten EHICs und Ersatzbescheinigungen (PEB) behalten jedoch ihre Gültigkeit.

2.1.3 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.

2.1.4 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 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



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.

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 2:

Floean ist 45 Jahre alt, verheiratet und Vater von zwei minderjährigen Kindern. Die Familie lebt in Rumänien. Floean 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 Floean in Deutschland lediglich Ausschau nach Arbeit hält, ohne sich bereits auf einen neuen Lebensmittelpunkt festzulegen.

Variante:

Floean 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 Floean und seine Ehefrau sich für eine schrittweise Verlagerung des Lebensmittelpunkts nach Deutschland entschieden haben und damit zugleich anstreben, den Lebensmittelpunkt in Rumänien aufzugeben.

2.1.5 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 vier bis sechs 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 – LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.02.2021; L 25 AS 43/21).

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 Betriebsitzes 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) und diese muss eine A 1-Bescheinigung ausstellen, durch die die Fortführung der Versicherung nachgewiesen wird.

→ 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).

→ **Beschäftigte** im grenzüberschreitenden Transportwesen (z.B. LKW-Fahrten) werden am Firmensitz versichert, sie müssen jedoch stets einen Nachweis über den Sozialversicherungsschutz, die A 1-Bescheinigung, mit sich führen.

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) ausgenommen Liechtenstein und die Schweiz.



Seit 2021 stellt der britische Nationale Gesundheitsdienst die UK Global Health Insurance Card aus, mit der Deutschland ebenfalls Sachleistungsaushilfe erbracht wird:



Die Rückseite der Karte unterscheidet sich von Land zu Land:

Besonderheiten:

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

Slowakei: Die slowakischen Versicherungsträger Dóvera zdravotna poisťovna, a.s., und Únia zdravotná poisťovňa, a.s., stellen Karten mit dem Ablaufdatum 31.12.9999 oder 31.12.2999 aus. Diese Karten sind unbefristet gültig.

Griechenland: die Karte wird mit dem Länderkennzeichen "GR" ausgestellt, obwohl sonst "EL" verwendet wird.

Italien: Es sind Karten ausgegeben worden, bei denen die Felder nur mit Sternchen gefüllt sind; diese Karten sind ungültig.

Niederlande: Es könnten noch sogenannte World Health Insurance Cards im Umlauf sein, die der EHIC sehr ähnlich sehen, jedoch ungültig sind.

Tschechien: Es gibt auch Karten ohne EU-Emblem und ohne die Bezeichnung EHIC; diese Karten berechtigen nicht zur Sachleistungsaushilfe.

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, Rente aus diesem Staat bezogen 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 Kommunikation über EESSI kann nur durch die KK erfolgen. Deshalb dürfen die Versicherten nicht aufgefordert werden, sich selbst eine Bescheinigung ihrer Versicherung/ihrer 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, auch funktioniert die elektronische Kommunikation über EESSI noch nicht problemlos zwischen allen Staaten. 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 mit 28 Regional Health Insurance Funds.

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, und gesetzlich versichert sind, werden in der bulgarischen Versicherung automatisch freigestellt. Wenn sie in

Deutschland nicht versicherungspflichtig sind, müssen sie 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://portal.nra.bg/> – 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: euro-rights@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. Unterhaltsberechtigte Familienangehörige sind mitversichert. 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. Die EHIC wird für einen Gültigkeitszeitraum von 6 Jahren ausgestellt.

Es gibt in Deutschland sog. Patronate (des Istituto Nazionale 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.inca.it/dove-siamo/sedi-nel-mondo.html>

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.salute.gov.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 arbeitslos Gemeldete oder Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe, Studierende, Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Reha-Maßnahmen (auf Antrag) 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.pl



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 Versicherungskarte 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.

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 zwei Jahren ausgestellt.

Nationale Kontaktstelle:

National Contact Point Cross-border Healthcare
Calea Călărășilor, nr. 248, bl. S19, sect. 3,
București, 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). Einbezogen sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Rentnerinnen und Rentner, Arbeitslose und Personen mit angemeldetem Wohnsitz in Spanien. Eine freiwillige Weiterversicherung ist möglich. Es besteht eine kostenlose Familienversicherung.

Wird die EHIC oder PEB von Deutschland 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, +34 915 961 089,
+34 915 96 10 90
Telefax: +34 91 59 64 480
E-Mail: infoncspain@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 (Ausnahme Slowakei, siehe S. 14). 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 31.12.2023. Er begibt sich nach Deutschland, mietet zum 1.10.2022 eine Wohnung in Leipzig und beginnt am 1.1.2023 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 31.12.2023 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 1.10.2022 oder dem 1.1.2023 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 Krankengesellschaft, 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 1.001 € zzgl. der Unterkunftskosten, die 294 € übersteigen, § 19 Abs. 2 SchKG, 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/wer-beraet-mich/>).

2.3.1.5 Was gilt für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen?

Während eines vorübergehenden Aufenthalts sind Zahnersatz-Leistungen und kieferorthopädische 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.

Achtung: Britischen Staatsangehörigen, die erstmalig ab dem 1.1.2021 einen grenzüberschreitenden Sachverhalt zu Deutschland begründet haben (siehe S. 2.1.2), können in Deutschland keine Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

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).

In der Praxis ist es allerdings sehr schwer und langwierig, eine solche Vereinbarung zu erreichen.

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. Im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien heißt es allerdings: „Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V.“ (S. 65) Ein Gesetzentwurf dazu liegt aktuell noch nicht vor.

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

Nein. Wer gezielt zu einer medizinischen Behandlung nach Deutschland einreist, kann die EHIC nicht benutzen. Es gibt zwei Möglichkeiten, die Behandlung dennoch in Anspruch zu nehmen:

- a) Bei dem eigenen Versicherungsträger des anderen EU-Staats wird eine Genehmigung eingeholt, und auf dem Portabel-Dokument S 2 (oder alt E 112) die Behandlung bezeichnet, für die der Versicherungsträger die Kostenübernahme erklärt. Es besteht eine europarechtliche Verpflichtung, die Genehmigung zu erteilen, wenn die Behandlung in dem Mitgliedstaat des Versicherungsträgers nicht möglich ist. Diesen Anspruch durchzusetzen, kann allerdings langwierig werden.
- b) Eine Behandlung auf der Grundlage der Patientenmobilitäts-Richtlinie (2011/24/EU): bei dem zuständigen Versicherungsträger wird vorab die Kostenübernahme bis zu der Höhe beantragt, die dieser auch bei der Behandlung im zuständigen Mitgliedstaat zahlen müsste. Die Behandlung in Deutschland erfolgt dann als Privatpatient, alle Kosten müssen zunächst selbst getragen werden. Die Rechnung

wird dann beim zuständigen Versicherungsträger eingereicht, wobei nur der Betrag erstattet wird, der im zuständigen Mitgliedstaat angefallen wäre. Sinnvoll erscheint dieses Verfahren nur dann, wenn in dem anderen Mitgliedstaat ein vergleichbares oder höheres Preisniveau für die medizinischen Leistungen besteht. In Deutschland muss dabei auch berücksichtigt werden, dass Privatrechnungen einen erheblich höheren Kostenansatz enthalten als die Abrechnungen über die gesetzlichen KK.

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.

Kennt sich das Personal von Arztpraxen oder Krankenhausverwaltungen mit dem Prozedere nicht aus, so kann auf die Informationsseite der DVKA (www.dvka.de) für Leistungserbringer verwiesen werden:

https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/informationsportal_ehic_peg/informationsportal_rahmenseite.html

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 20.7.2022.

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

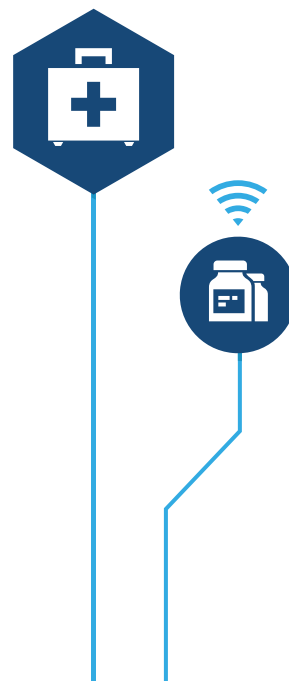
Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und stellen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicher. Sie sind nach Regionen geordnet und können im Internet für die verschiedenen Bundesländer ermittelt werden.

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. Der Grundsatz "Krankenversicherung folgt Rente" gilt auch für Hinterbliebenenrenten, z.B. auch für minderjährige Kinder, die Waisenrente beziehen. Allerdings nur, wenn sie nicht selbst versichert sind.

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.

- Bezieherinnen und Bezieher einer Hinterbliebenenrente aus einem anderen EU-Mitgliedstaat, solange sie in Deutschland weder erwerbstätig sind noch eine eigene deutsche Rente beziehen. Oft handelt es sich dabei um Kinder, minderjährig oder in Ausbildung mit Anspruch auf eine Waisenrente. Handelt es sich allerdings um eine betriebliche Ausbildung, so richtet sich die KV vorrangig nach der Beschäftigung und nicht mehr nach der Rente.
- 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, werden die Zeiten eines gesetzlichen Versicherungsschutzes in einem anderen Mitgliedstaat entweder für die Vorversicherungszeiten in der GKV für Renterin und Renter angerechnet. Voraussetzung ist dabei immer, dass sie in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens mindestens 90 Prozent der gesamten Zeit in einem EU-Staat versichert waren. Kindererziehungszeiten werden angerechnet. Besteht jedoch keine Pflichtversicherung als Renterin oder Rentner, so besteht Zugang zur Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, wenn zuvor keine Privatversicherung bestand. § 5 Abs. 11 SGB V hindert den Zugang zur GKV 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 ist in der GKV der Rentnerinnen und Rentner pflichtversichert, weil er eine deutsche Rente bezieht. Die Vorversicherungszeiten (90 % in der zweiten Hälfte der Erwerbstätigkeit) werden zwar in Deutschland nicht erreicht, ihm werden jedoch die Versicherungszeiten in Italien angerechnet.



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 Mindestbeitragsatz von ca. 180 € monatlich zahlen.

Wer den Versicherungsschutz von einer Rente in einem anderen Mitgliedstaat ableitet, muss sich bei einer freiwilligen 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 und während einer bestehenden

Familienversicherung 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 Kartenummer 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. Das gilt aber nur, solange sie in Deutschland keiner Erwerbstätigkeit nachgehen.



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. Erfasst werden auch Drittstaatsangehörige, wenn sie in einem EU-Staat als Erwerbstätige versichert sind und in einem anderen wohnen. 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 nicht erwerbstätig ist, kann ebenfalls eine Gesundheitskarte der AOK erhalten.

Fatima geht 2022 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 Stamberechtigte 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 darüber hinausgehenden 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 Stamberechtigte und der Stamberechtigte versichert bzw. leistungsberechtigt ist. Für die Sachleistungsaushilfe in Deutschland benötigen sie eine Bescheinigung S072 (bzw. E109), die über eine freigeählte 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 (EuGH vom 3.3.2021 – 523/20). 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. Der Versicherungsträger dieses Mitgliedstaates 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 Großstädten gibt es 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. Die Gesundheitsleistungen bleiben dabei auf die Sachleistungsaushilfe über die EHIC beschränkt, Geldleistungen sind nicht erfasst. Allerdings ist die Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen, sodass auch Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, Zahnersatz, stationäre Reha etc. zu erbringen sind.

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 versicherungsfrei durch eine Beschäftigung bis zu 20 Wochenstunden nicht pflichtversichert werden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, sog. Werkstudierendenprivileg). Wird der Umfang von 20 Wochenstunden 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 un- zweifelhaft der zuständige Mitgliedstaat.

Die DVKA geht davon aus, dass Studierende mit einer Beschäftigung unterhalb der Schwelle von 20 Stunden 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.



Hinweis:

Für die Praxis wird empfohlen, den ausländischen Versicherungsträger über die Erwerbstätigkeit zu informieren und um eine ausdrückliche Feststellung über den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses zu bitten. Die deutsche KV muss sich dann mit dem bisher zuständigen Träger über die Frage der Zuständigkeit verständigen. Kommt es zu keiner Einigung, so können sie die Verwaltungskommission anrufen (Art. 76 Abs. 6 VO 883/2004).



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 31.12.2023 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 Auffassung der DVKV entfällt der Vorrang durch die Erwerbstätigkeit und Mareike ist als Studentin pflichtversichert und muss die Beiträge von aktuell ca. 110 Euro monatlich zahlen.

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:

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 97 Kassen (Stand: 01. Januar 2022). 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 2013 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 tritt ein, wenn die Voraussetzungen nach § 5 SGB vorliegen, unabhängig davon, ob daneben noch eine Privatversicherung im In- oder Ausland besteht. 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 520 € (in 2022/2023) monatlich (§ 7 SGB V). Auch für nicht berufliche Tätigkeiten (Rentnerinnen und Rentner, Studierende, Beschäftigten

während beruflicher Auszeiten) entsteht die Versicherungspflicht unabhängig vom Einkommen erst, wenn die Tätigkeit mehr als drei Monate oder 70 Tage im Jahr andauert. 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



Musterschreiben:

An die KK xy,

ich beantrage, festzustellen, dass ich seit dem 1.6.2022 nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversichert bin. Ich reiste erstmals Mitte 2018 nach Deutschland ein und meldete mich zum 1.8.2021 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 1.6.2022 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 1.6.2022 bis zum 30.9.2022.

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.

Selbständige gibt es im System der GKV nicht, dagegen kann unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 SGB V 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 520 € (in 2022/2023) 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 Gesundheitssystems 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 2021 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 2022 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 1.2.2022 zusammen mit seiner Lebensgefährtin Zuzana nach Berlin, mietet hier eine Wohnung an und beide begeben sich auf Arbeitsuche. Erst zum 1.9.2022 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 2023 bei ca. 210 € (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 (das gilt nicht, wenn sie erstmals unter das Versicherungssystem in Deutschland fallen), und Personen mit einem Einkommen oberhalb der Arbeitentgeltgrenze (5.550 € pro Monat für 2023) 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 in einem anderen EU-Staat eine gesetzliche oder gar keine, aber jedenfalls keine private Versicherung bestand (LSG Sachsen, Urteil vom 27.1.2021 - L 1 KR 732/17). 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 Freizüg/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 Arbeitsuche 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.

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. 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:

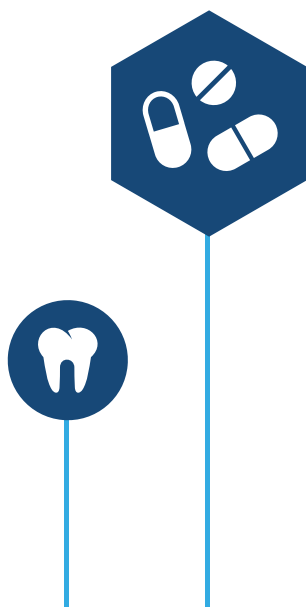
Studierende aus anderen Mitgliedstaaten sollten sich überlegen, ob Angebote von Privatversicherern im Ernstfall ausreichen. Sie schließen in der Regel Vorerkrankungen aus, medizinische Reha-Leistungen, Psychotherapien etc., zum Teil auch die Kosten bei Schwangerschaft und Geburt. Kinder und Ehegatten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

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).

4.2.11 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 scheidet sowohl die freiwillige Versicherung

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 Bundesversorgungsam) 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 ca. 210 € (einschließlich Pflegeversicherung) für 2022.

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 Familien-

angehöriger 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. 5.550 € monatlich brutto (Jahresarbeitsentgeltgrenze 2013) 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. (LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13.5.2020 - L 4 KR 1252/20 ER-B). 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, Elternteile von deutschen minderjährigen Kindern, nahe Angehörige von pflegebedürftigen Personen, z.B. Opfer von Menschenhandel).
- Familienangehörigen der vorgenannten Gruppen nach § 3 FreizügG/EU.

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

4.2.18 Ist die Zugangssperre zur Auffangversicherung europarechtswidrig?

Der EuGH hat am 15.7.2021 (AZ: C-535/19) eine Entscheidung getroffen, die möglicherweise weitgehende Auswirkungen für den Zugang von Unionsbürger*innen zum Krankenversicherungsschutz haben kann.

Nach dieser Entscheidung dürfen wirtschaftlich nicht aktive Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, die in dem Versicherungssystem eines anderen Mitgliedstaates unterliegen, nicht vom Zugang zur GKV ausgeschlossen werden.

Der EuGH leitet diesen Anspruch auf Zugang sowohl aus der Unionsbürgerrichtlinie (Art. 24 Abs. 1 RL 38/2004) als auch aus der Sozialrechtskoordination (Art. 4 VO 883/2004) ab, die das Diskriminierungsverbot des Art. 18 AEUV (Primärrecht) konkretisieren.

Der Entscheidung lag ein Fall zugrunde, in dem die lettische GKV einem italienischen Staatsbürger, der nicht erwerbstätig war, jedoch in Lettland lebt und dort enge familiäre Bindungen hat, den Zugang zur Versicherung verweigerte. Darin sieht der EuGH einen Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot. Wenn das Recht zum Aufenthalt gerade von dem Krankenversicherungsschutz abhängt, darf der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht gleichzeitig verwehrt werden (vgl. § 5 Abs. 11 SGB V). In Deutschland gibt es für Nicht-Erwerbstätige oft gar keinen Zugang zur KV, und wenn dann nur zu einer extrem teuren Privatversicherung.

Gesetzliche Änderungen hat es nach dem EuGH-Urteil bisher nicht gegeben. Entscheidungen deutscher Sozialgerichte gibt es noch keine.



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 Ersparnisse 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 2015 nach Frankreich und ehelichte den französischen Staatsangehörigen Paul. Noch 2015 wurde ihre gemeinsame Tochter geboren. 2019 siedelte die Familie nach Köln um, wo Paul eine Stelle als Exportkaufmann annahm. 2021 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 1.5.2022 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 2023 liegt er einschließlic Pflegeversicherung bei ca. 210 € 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 Aufangversicherung 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 14 Monate lang auf dem Bau und verlor dann seinen Arbeitsplatz, weil das Bauprojekt endet. Anschließend lehnt das Jobcenter die Fortsetzung des Leistungsbezugs ab (eventuell rechtswidrig). 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 einkommensabhängiger Aufenthaltsgrund zusteht (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 Arbeitssuche, 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 DSGVO sollte die Vollmacht auch auf die Rechte der Klientinnen und Klienten hinweisen:



Beispiel für eine Vollmacht:

Ich, xx
geb.: xx
wohnhaft: xx

bevollmächtigte
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 DSGVO jederzeit berechtigt bin, von der Bevollmächtigten und der Beratungsstelle xx Auskünfte über alle zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten und gemäß Art. 17 DSGVO 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

- Beamtinnen und 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 2022 inklusive Pflegeversicherung ca. 930 € monatlich (§ 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)). Es müssen auch niedrigere Tarife mit Selbstbehalten angeboten werden.

Dieser Tarif muss auf die Hälfte, also ca. 460 € reduziert werden, wenn die Versicherten nachweisen, dass ihr Einkommen die Hartz IV-Bedarfsätze 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 (Beamten und Beamte, Selbständige und Besserverdienende) zuzuordnen sind. Das ist ein Argument der PV, um nicht erwerbstätige, bisher in Deutschland nicht versicherte Personen abzuweisen. Damit wird zwar Ausländerinnen und Ausländern entgegen der Entscheidung des BVerwG (vom 18.4.2013 - 10 C10.12) der Zugang zu einem Versicherungssystem vollständig versagt, dennoch wird diese Auffassung von den Zivilgerichten bestätigt (LG München II, Urteil vom 6.4.2021 – 10 O 1137/20; LG Düsseldorf, Urteil vom 19.2.2020 – 9 O 190/19).

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. Versicherte können 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 1.3.2022 an eine KK, um seine Versicherungssituation klären zu lassen und wird dabei festgestellt, dass er seit 1.6.2017 pflichtversichert ist, so kann er sich auf die Verjährung für alle Beiträge bis Ende 2017 berufen. Er kann aber nicht mit der Schuldentilgung abwarten und sich Anfang 2023 auf die Verjährung der Beiträge bis Ende 2018 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 1.6.2017 ein Gewerbe in Hamburg an. Die Beiträge für 2017 waren zum 1.1.2022 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. 60 € 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 (1.330 € netto für Alleinstehende, Stand 1.7.2022) 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 Beitrags-schulden 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. Allerdings reiche es für die Beendigung nicht aus, dass Personen ohne festen Wohnsitz über einen Zeitraum vom sechs Monaten keine Leistungen in Anspruch nehmen. Die Versicherung bleibt erhalten, wenn Versicherte sich nachweislich in Deutschland aufgehalten haben (LSG Hamburg, Urteil vom 16.12.2021 - L 1 KR 9/21).



Hinweis:

Auch wenn keine Beiträge mehr gezahlt werden, sollte der KK immer die Anschrift bzw. eine Kontaktadresse (z.B. bei einer Wohnungsloseneinrichtung) 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. Eine Vorlage ans BVerfG zur Feststellung der Verfassungswidrigkeit des Säumniszuschlags hat dieses aus formalen Gründen abgewiesen (BVerfG vom 4.5.2022 - 2 BvL 1/22).

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; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 22.7.2021 - L 8 SO 246/19). 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.

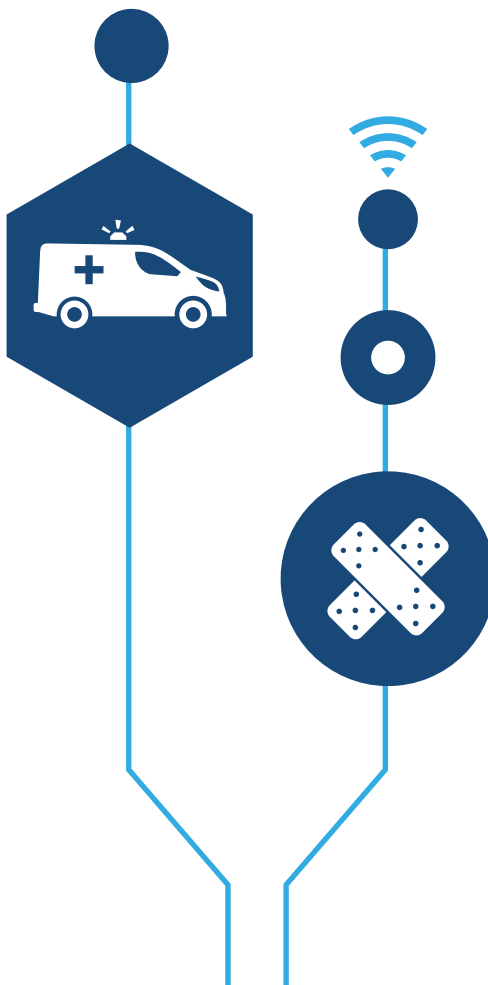
Die KV kann jederzeit einen gerichtlichen Titel über ihre Leistungsansprüche erwirken und aus diesem Titel vollstrecken. Gibt es kein Einkommen oberhalb der Pfändungsfreigrenze (1.330 € für Alleinstehende bis 6/2019) und sind auch keine Vermögenswerte vorhanden, so können die Versicherten verpflichtet 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. Nicht ausgeschlossen ist dagegen eine Kündigung wegen schweren Vertragsverletzungen wie Betrug etc. (BGH, Urteil vom 7.12.2011 – IV ZR 50/11; OLG Hamm, Beschluss vom 13.8.2021 – I-20 U 216/21).



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, es sei denn

- sie sind erwerbstätig oder der Status als Erwerbstätige wirkt noch nach (siehe 4.2.6),
- sie verfügen über familiäre Bindungen zu erwerbstätigen Unionsbürgerinnen oder Unionsbürgern, Deutschen oder sonstigen aufenthaltsberechtigten Unionsbürgerinnen oder Unionsbürgern,
- sie üben das Sorgerecht oder die tatsächliche Betreuung für ein Kind aus, welches sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, wenn ein Elternteil des Kindes zu irgendeinem Zeitpunkt Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer in Deutschland war oder ist,
- ihr Aufenthaltsrecht nicht von einem Kind eines (auch ehemaligen) Arbeitnehmenden ableiten können, welche eine Bildungseinrichtung besucht,
- über ein Daueraufenthaltsrecht verfügen,
- bereits seit fünf Jahren in Deutschland wohnen.

Im Einzelnen sind die Leistungsausschlüsse sehr umstritten, 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, wenn die Betroffenen in den letzten fünf Jahren in Deutschland einen gewöhnlichen Aufenthalt hatten (§ 7 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB II). Für nicht erwerbsfähige Personen findet sich die entsprechende Regelung in § 23 Abs. 3 S. 7 und 8 SGB XII. Der Gesetzeswortlaut fordert einerseits einen durchgängigen gewöhnlichen Aufenthalt, andererseits wird die Frist ab

der ersten Anmeldung einer Wohnung berechnet. Die Rechtsprechung fordert daher überwiegend den Nachweis einer ersten Wohnsitzanmeldung, nicht aber eine durchgängige Meldung, wenn der gewöhnliche Aufenthalt anderweitig dokumentiert werden kann (LSG Berlin-Brandenburg vom 7.2.2022 – L 18 AS 12/22 B ER; LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 13.9.2021 – L 2 AS 446/21 B ER; LSG Baden-Württemberg vom 8.5.2020 – L 7 AS 1070/20 ER-B). Das LSG NRW lässt auch andere Nachweise des gewöhnlichen Aufenthalts zu (vom 19.4.2022 – L 7 AS 1746/21 B ER; vom 5.5.2021 – L 9 SO 56/21 B ER). Auch vorübergehende Abwesenheiten beenden den gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nicht (LSG NRW 15.3.2017 – L 19 AS 32/17 B ER). Der Anspruch entsteht auch, wenn ein Verfahren zur Verlustfeststellung anhängig ist, aber noch keine Bestandskraft eingetreten ist (LSG Hessen, Beschluss vom 13.6.2022 – L 6 AS 196/22 B ER; LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 20.10.2021 – L 8 SO 158/21 B ER; LSG Sachsen 20.3.2018 – L 3 AS 73/18 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 schmerzhaft erkrankungen behandelt. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie erforderliche Impfungen sind erfasst. Im Einzelfall können weitere Leistungen zur Vermeidung einer besonderen Härte erbracht werden (§ 23 Abs. 3 S. 6 SGB XII). Da diese Regelung den einzigen Zugang zu Leistungen bildet, die eine menschenwürdige Existenz sichern können, und damit die Grundrechtsgewährleistung aus Art. 1 Abs. 1 iVm § 20 Abs. 1 GG umsetzt, ist sie den hohen verfassungsrechtlichen Anforderungen entsprechend ausulegen. Die Rechtsprechung geht hier weit auseinander. Einerseits gibt es Entscheidungen, die sowohl auf einem Ausreisewillen als Vorbedingungen der Leistungen bestehen als auch auf eine konkrete Bewertung des Einzelfalls verzichten (LSG Baden-Württemberg vom 27.11.2019 – L 7 SO 3873/19 ER-B). Überwiegend

wird allerdings die verfassungsrechtliche Problematik der Regelung berücksichtigt (LSG Hessen vom 1.7.2020 – L 4 SO 120/18). Das LSG Berlin-Brandenburg (vom 11.7.2019 – L 15 SO 181/18; auch SG Düsseldorf vom 1.7.2022 – S 22 SO 155/21) sieht einen Leistungsanspruch solange kein bestandkräftige Verlustfeststellung vorliegt, allerdings nur auf die reduzierten Leistungen, und damit auch nur auf eine gesundheitliche Notversorgung entsprechend §§ 4 und 6 AsylbLG. Das LSG NRW (vom 28.3.2018 – L 7 AS 115/18 B ER) spricht einem suchtkranken Unionsbürger Leistungen wegen eines Ausreisehindernisses in voller Höhe für sechs Monate zu. Ebenso das LSG Baden-Württemberg (vom 28.3.2018 – L 7 AS 430/18 ER-B) zugunsten einer dialysepflichtigen Unionsbürgerin und das LSG Berlin-Brandenburg (vom 8.3.2018 – L 25 AS 337/18 B ER) auf unbefristete Zeit bei einer Krebserkrankung (so auch LSG Hessen 13.6.2017 – L 4 SO 79/17 B ER; LSG Hamburg 21.2.2018 – L 4 SO 10/18 B ER). Ein Ausreisewille muss nach der überwiegenden Rechtsprechung (LSG Hessen, Urteil vom 1.12.2021 – L 6 AS 1/20; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 21.2.2018 – L 4 SO 10/18 B ER; LSG Hamburg, Beschluss vom 21. Februar 2018 – L 4 SO 10/18 B ER) nicht nachgewiesen werden. Diese Auffassung wird auch vom BMAS geteilt (Schreiben vom 26.7.2018).

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 zustellungsbevollmächtigten 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.

(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).

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).

6.1.4 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

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, dass 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 18 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). Ein Teil der Rechtsprechung spricht die Leistungen nach AsylbLG schon zu, wenn der Bescheid der Ausländerbehörde noch nicht rechtskräftig ist, weil die Ausreisepflicht bereits mit Zugang der Verlustfeststellung des Freizügigkeitsrechts entstehe (LSG NRW, Beschluss vom 16.3.2020 - L 19 AS 2035/19 B ER; SG Münster, Beschluss vom 26.7.2018; S 19 AY 14/18 B ER).

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 Ärzten 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 Hilfestellung 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 niederschweligen 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 (https://www.bundesjustizamt.de/DE/Themen/Familieinternational/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_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?

Bislang nur in Thüringen gibt es das staatlich geförderte Projekt „Anonymer Krankenschein Thüringen“. Die Anonymität soll vor allem Menschen ohne Papiere einen Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglichen. Ausgegeben werden die Krankenscheine von über 30 Ausgabestellen, neben den Beratungsstellen wie Malteser Medizin handelt es sich dabei um Vertrauensärztinnen und -ärzte, <https://www.website.aks-thueringen.de/ausgabestellen/>. Über den anonymen Krankenschein können Leistungen bis zu 500 € abgerechnet werden, für Leistungen über diesem Betrag ist eine vorherige Kostenzusage der Ärztinnen oder Ärzte des Projekts erforderlich. Auch Medikamente und Hilfsmittel können verordnet und abgerechnet werden.

Die Clearingstelle Berlin verfügt seit 2019 über einen Fonds für Behandlungen und kann anonyme Kostenübernahmescheine ausgeben. Auch die Clearingstelle Hamburg verfügt über einen Notfallfonds, der vor allem Menschen ohne Papiere (nicht Angehörige der EU/EWR/Schweiz) eine Basisversorgung sichern soll. Auch andere Clearingstellen (u.a. Leipzig) geben anonyme Krankenscheine aus, wenn anders keine Gesundheitsversorgung zu erreichen ist. In diesen Fällen werden die Kosten jedoch von dem Verein aus Spenden getragen, entsprechend begrenzt sind die Einsatzmöglichkeiten.

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
<https://medibueros.org/>
- 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/clearingstelle>
- **Bielefeld:**
<https://www.ak-asyl.info/mfh/>
- **Bremen:**
<https://www.inneremission-bremen.de/das-leisten-wir/flucht-migration/beraten/#humanitaersprechstundeclearing>
- **Dortmund: Soziales Zentrum Dortmund e.V.**
<https://soziales-zentrum.org/beratungstelle-westhoffstrasse/clearingstelle-gesundheit/>

- **Duisburg:**
<https://www.awo-duisburg.de/migration-und-integration/migrationsfachdienste/clearingstelle-gesundheit>
 - **Frankfurt:**
<https://frankfurt.de/adressen/gesundheitsamt/medizinische-dienste-und-humanitaeresprechstunden/clearingstelle-10>
 - **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
 - **Hannover:**
<http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen/niedersachsen/clearingstelle>
 - **Jena:**
<https://www.website.aks-thueringen.de/>
 - **Koblenz:**
<https://clearingstelle-krankenversicherung-rlp.de/>
 - **Köln:**
<https://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/gesundheit/migration-und-gesundheit-clearingstelle>
 - **Leipzig:**
<https://cab-leipzig.de/wp/>
 - **Ludwigshafen/Worms:**
<https://clearingstelle-krankenversicherung-rlp.de/>
 - **Mainz:**
<https://clearingstelle-krankenversicherung-rlp.de/>
 - **München:**
Condrobs e.V., Konradstraße 2, 80801 München
Tel: 089 71 67 177 - 90,
E-Mail: clearing.gesundheit@condrobs.de
 - **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/infotek/sozialleistungen/gesundheit-krankenversicherung>



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 4.987,50 € (2023) monatl. brutto auch Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat + Familienangehörige	Pflichtmitgliedschaft GKV	§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	Keine geringfügige Beschäftigung Nicht mehr ab 55 Jahre, wenn zuvor privat versichert (§ 6 Abs. 3a SGB V)
	Sachleistungsaushilfe im Staat des Wohnortes	Art. 17, Art. 18 VO 883/2004	
	Beitragsfreie Familien- versicherung	§ 10 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 4.987,51 € (2023) monatl. brutto + Familienangehörige	Freie Wahl zwischen freiwilliger Mitglied- schaft in der GKV und Privatversicherung bei Beschäftigungsbeginn. Später kein Wechsel mehr von der PV zur GKV möglich	§§ 6 Abs. 1, 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V	Bei der ersten Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses ist keine Vorversicherungszeit erforderlich, Beschäftigungen vor oder während der Ausbildung bleiben unberücksichtigt.
	Beitragsfreie Familien- versicherung in der GKV, nicht in der Privatver- sicherung	§ 10 SGB V	
Betriebliche Ausbildungen + Familienangehörige	Pflichtmitgliedschaft GKV	§ 5 Abs. 1 Nr. 1, § 7 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	Unabhängig von der Höhe des Ausbildungsentgeltes.
	Beitragsfreie Familienversicherung	§ 10 SGB V	

Einkommens- und Lebenslage	Versicherungsart	Rechtsgrundlagen	Anforderungen Ausschlussgründe/ Vorrangregelungen
<p>Saisonarbeiterinnen und Saisonarbeiter bis zu 3 Mon. bzw. 70 Tagen, wenn keine berufsmäßige Tätigkeit; Bis zu 8 Mon., wenn ein Beschäftigungsverhältnis in einem anderen EU-Staat besteht;</p> <p>sonst wie Beschäftigte</p>	<p>Versicherungsfrei, EHIC oder Auffangversicherung</p> <p>Versicherung im Land der Hauptbeschäftigung, EHIC oder Gesundheitskarte</p>	<p>§ 7 Abs. 1 SGB V, § 8 SGB IV; § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V</p> <p>§ 188 Abs. 4 SGB V, Art. 13 VO 883/2004</p> <p>§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V</p>	<p>Versicherung im Herkunftsstaat entscheidet, ob sie weiter zuständig ist.</p> <p>A1 Bescheinigung wird vorgelegt oder angefordert.</p>
<p>Entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bis zu 24 Monaten.</p>	<p>Versicherung im Herkunfts-/Entsendestaat</p>	<p>Art. 12 VO 883/2004</p>	<p>A1 Bescheinigung wird vorgelegt; Es wird keine andere entsandte Person ersetzt</p>
<p>Minijobberinnen und Minijobber bis 520 € monatlich (2022/23)</p> <p>+ Familienangehörige</p>	<p>Freiwillige Versicherung</p> <p>Pflichtmitgliedschaft GKV (Auffangversicherung)</p> <p>Beitragsfreie Familienversicherung</p>	<p>§ 9 Abs. 1 SGB V</p> <p>§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V</p> <p>§ 10 SGB V</p>	<p>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.</p> <p>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</p>
<p>Selbständige oder Freiberuflerinnen und Freiberufler (auch Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter)</p> <p>+ Familienangehörige</p>	<p>Freiwillige Versicherung</p> <p>Pflichtmitgliedschaft GKV (Auffangversicherung)</p> <p>Beitragsfreie Familienversicherung, Privatversicherung, keine Familienversicherung</p>	<p>§ 9 Abs. 1 SGB V</p> <p>§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V</p> <p>§ 10 SGB V</p>	<p>Siehe vor Ausschluss: Zuletzt Privatversichert, auch in einem anderen Mitgliedstaat</p>
<p>Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit Wohnort in Deutschland</p> <p>+ Familienangehörige</p>	<p>Versicherung am Arbeitsort, Sachleistungsaushilfe, Gesundheitskarte</p> <p>Sachleistungsaushilfe</p>	<p>Art. 17 VO 883/2004</p> <p>Art. 32 VO 883/2004</p>	<p>Versicherungsnachweis</p> <p>Nicht wenn selbst erwerbstätig.</p>

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

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-, Hochschul-, Arbeits- oder Freizeit-Assistenz; ambulante Hilfen, Wohnumfeld, KFZ-Hilfe etc.) 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
EESI	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	<input type="checkbox"/> EHIC verwenden <input type="checkbox"/> EHIC beschaffen <input type="checkbox"/> Versicherungsstatus in der GKV klären <input type="checkbox"/> Privatversicherung abschließen <input type="checkbox"/> Beitragsschulden
Name	
Anschrift	<input type="checkbox"/> Wohnungslos <input type="checkbox"/> Unterkunft ohne Anmelde- möglichkeit <input type="checkbox"/> 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 arbeitssuchend 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 Schleswig-Holstein, Beschluss vom 7.7.2022 – L 3 AS 51/22 B ER: bei 6 Wochenstunden.

- LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 22.11.2021 – L 29 AS 1199/21 B ER: 6 Wochenstunden, ca. 280 €.
- 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 €).
- Keine Arbeitnehmereigenschaft: BSG, Urteil vom 29.3.2022 – B 4 AS 2/21 R: bei 10 Stunden monatlich und einer Vergütung von 100 €. Auch nach einer aufenthaltsbeendenden Verfügung der Ausländerbehörde kann die Freizügigkeit als Arbeitnehmende jederzeit durch die Aufnahme einer Beschäftigung neu entstehen (LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 30.8.2021 – L 6 AS 10003/21 B ER).

■ 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). Auch muss eine grundsätzliche Verfügbarkeit für den inländischen Arbeitsmarkt bestehen (EuGH, Urteil vom 11.04.2019 – C-483/17; LSG Sachsen, Beschluss vom 12.7.2021 – L 7 AS 651/21 B ER); das ist bei einer dauerhaften Erwerbsunfähigkeit nicht gegeben (VG Hannover, Beschluss vom 12.1.2022 – 5 B 1754/21).
- 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 selbstständige 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 selbstständigen 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. Die Aufgabe einer Tätigkeit im Bereich der Prostitution ist immer unfreiwillig, weil diese Tätigkeit nicht zumutbar ist (SG Berlin, Urteil vom 15.6.2022 - S 134 AS 8396/20). Auch hier ist eine Registrierung als arbeitssuchend 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, Monteuren und Monteure, Künstlerinnen und Künstler, Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter) zu erbringen oder solche zu empfangen (z.B.

Krankenbehandlung, Hotelaufenthalt, Opernbuch) 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 (Kinder, Enkel) oder aufsteigender Linie (Eltern, Großeltern; keine Geschwister!), denen zumindest ein Teil des Unterhalts gewährt wird (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 17.2.2022 – L 1 AS 108/22 B ER). 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.

■ Als nahestehende Person einer Unionsbürgerin oder Unionsbürgers

Mit Wirkung zum Jahresbeginn 2021 wurde eine neue Regelung in § 3a FreizügG/EU eingefügt, nach der auch nahestehende Personen von Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern ein Freizügigkeitsrecht erhalten können. Es muss sich um Verwandte, Lebensgefährtinnen oder Lebensgefährten oder Kinder in Pflege oder Vormundschaft handeln mit

denen ein langfristiges Zusammenleben im Bundesgebiet erwartet werden kann. Bei Verwandten und Minderjährigen ist zudem eine finanzielle Abhängigkeit erforderlich. Die enge Bindung kann durch folgende Umstände ausgedrückt werden:

- Unterhaltsgewährung seit mindestens zwei Jahren,
- bei einem gemeinsamen Zuzug bereits seit mindestens zwei Jahren in Haushaltsgemeinschaft gelebt haben,
- auf die persönliche Pflege der Unionsbürgerin oder des Unionsbürgers nicht nur vorübergehend zwingend angewiesen sind.

Bei nahestehenden Personen kann der Status nicht eigenständig durch Sozialleistungsträger geprüft werden, die Freizügigkeit muss von der Ausländerbehörde nach Prüfung der individuellen Umstände verliehen werden (§ 3a Abs. 2 FreizügG/EU; LSG Hessen, Beschluss vom 29.7.2021 – L 6 AS 209/21 B ER).

- **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 vom 6.10.2020 - C-181/19; BSG, Urteil vom 17.1.2021 - B 14 AS 25/20 R; BSG, Urteil vom 9.3.2022 - B7/14 AS 30/21 R).

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 Mitgliedsstaaten, 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 Mitgliedsstaates, die in Deutschland keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und deren Lebensunterhalt nicht gesichert ist (§ 28 AufenthG; LSG Saarland, Urteil vom 22.2.2022 - L 4 AS 1/19). Ebenso kann es sich um in Deutschland geborenen Unionsbürgerinnen

und Unionsbürger mit einem aufenthaltsberechtigten (auch drittstaatsangehörigen) Elternteil handeln (§ 33 AufenthG). Umstritten ist die Bewertung des Aufenthaltsrechts von nicht freizügigkeitsberechtigten Elternteilen von Kindern mit EU-Staatsangehörigkeit. Ein Teil der Sozialgerichte will diese Elternteile den Elternteilen deutscher Kinder gleichstellen (LSG NRW, Beschluss vom 1.8.2017 - L 19 AS 1131/17), überwiegend wird sich aber dagegen ausgesprochen (LSG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 16.11.2021 - L 2 AS 438/21 B ER; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 9.6.2021 - L 34 AS 850/17; LSG Hessen, Beschluss vom 29.7.2021 - L 6 AS 209/21 B ER). 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.



8.5 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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland*

<input type="checkbox"/> Eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> Familienversichert	
<input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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

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	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVSV) Kundmanngasse 21 1030 WIEN Österreich	www.sozialversicherung.at
BE Belgien	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) Galileelaan 5/01 1210 BRUXELLES	www.riziv.fgov.be
BG Bulgarien	National Health Insurance Fund International Department 1, Krichim Street 1407 SOFIA	www.en.nhif.bg
CY Zypern	Ministry of Health 1 Prodromou Street & 17 Chilonos Street 1448 NICOSIA Zypern	www.moh.gov.cy
CZ Tschechien	Kancelář zdravotního pojištění Nám. W. Churchilla 2 113 59 PRAHA 3 Tschechien	www.kancelarzp.cz
DE Deutschland	GKV-Spitzenverband Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) Pennefeldsweg 12 c 53177 Bonn	www.dvka.de
DK Dänemark	Styrelsen for Patientsikkerhed - Danish Patient Safety Authority International Health Insurance Islands Brygge 67 2300 KØBENHAVN S Dänemark	www.patientombuddet.dk
EE Estland	Estonian Health Insurance Fund (Eesti Haigekassa) Lastekodu 48 10113 Tallinn Estland	info@haigekassa.ee www.haigekassa.ee
EL Griechenland	EOPYY Apostolou Pavlou 12 15123 Marousi, ATHEN Griechenland	www.eopyy.gov.gr

EU-Code/ Staat	Bezeichnung und Adresse	Kontakt
ES Spanien	<p>MINISTERIO DE SANIDAD CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL Paeso del Prado 18-20 28071 MADRID</p> <p>Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) Subdirección General de Gestión de Prestaciones C/Padre Damián núm. 4 y 6 28036 MADRID</p>	www.seg-social.es
FI Finnland	<p>Kela's Centre for International Affairs Valtakatu 40 45700 KUUSANKOSKI</p> <p>Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit</p>	<p>www.kela.fi</p> <p>www.stm.fi</p>
FR Frankreich	<p>Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale 11, rue de la tour des Dames 75436 PARIS CEDEX 09</p>	www.cleiss.fr
HR Kroatien	<p>Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Direkcija Margaretska 3 10000 ZAGREB</p>	www.hzzo.hr
HU Ungarn	<p>Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (National Institute of Health Insurance Fund Management) Váci út 73/A 1139 BUDAPEST XIII</p>	www.neak.gov.hu
IE Irland	<p>Department of Health Block 1 - Miesian Plaza 50-58 Lower Baggot Street DUBLIN 2 (D02 XW14)</p>	health.gov.ie
IT Italien	<p>Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio 8° Viale Giorgio Ribotta, 5 00144 ROMA</p>	www.inps.it
LT Litauen	<p>Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos Europos sq. 1 03505 VILNIUS</p>	www.vlk.lt/sites

EU-Code/ Staat	Bezeichnung und Adresse	Kontakt
LU Luxemburg	Caisse nationale de santé / nationale Gesundheitskasse 125, route d'Esch 1471 LUXEMBOURG	www.secu.lu
LV Lettland	Veselības norēķinu centrs Cēsu iela 31, korpuss 3 (6. ieeja) 2111 Riga	www.vmnvd.gov.lv
MT Malta	Department of Social Security 38, Ordinance Street VALLETTA - CMR 02	entitlement.health@gov.mt www.sahha.gov.mt
NL Niederlande	Het CAK Postbus 84030 2508 AA DEN HAAG Niederlande	www.hetcak.nl
PL Polen	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Biuro Współpracy Międzynarodowej ul. Grójecka 186 02-390 WARSZAWA	www.nfz.gov.pl
PT Portugal	ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde I.P. Parque da Saúde de Lisboa, Edifício 16, Av. do Brasil 53 1700-063 Lisboa	www.acss.min-saude.pt
RO Rumänien	Casa Națională de Asigurări de Sănătate Calea Călărași 248 248, Bloc S19, Sector 3 030634 BUKAREST	www.cnas.ro
SE Schweden	Försäkringskassan 10351 STOCKHOLM	www.forsakringskassan.se
SI Slowenien	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije Miklošičeva 24 1507 LJUBLJANA	www.zzzs.si
SK Slowakei	Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou Styčný orgán pre vecné dávky Želova 2 829 24 BRATISLAVA 25	www.udzs-sk.sk

EU-Code/ Staat	Bezeichnung und Adresse	Kontakt
EFTA		
LI Liechtenstein	Amt für Gesundheit (AG) Postfach 684 Äulestrasse 51 9490 VADUZ	www.llv.li
IS Island	The Social Insurance Administration Laugavegur 114 150 REYKJAVIK	www.tr.is
NO Norwegen	HELFO P. box 2415 3104 Tonsberg	www.helfo.no
CH Schweiz	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestraße 78 4609 Olten	www.kvg.org
UK Vereinigtes Königreich	Overseas Healthcare Team Shared Services Debt Management Client Referral Centre Durham House Room M0135 WASHINGTON (TYNE AND WEAR) NE38 7SF	

8.7 Antragsformulare und Bescheinigungen

Die folgenden Formulare und Bescheinigungen lassen sich hier herunterladen:
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 | |
| <input type="checkbox"/> 1.7.1 Versicherte/r | <input type="checkbox"/> 1.7.2 Familienangehörige/r einer/eines Versicherten |
| <input type="checkbox"/> 1.7.3 Rentner/in | <input type="checkbox"/> 1.7.4 Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin |
| <input type="checkbox"/> 1.7.5 Rentenantragsteller/in | |

2. GELDLLEISTUNGEN 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.

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	
<input type="checkbox"/> 1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/ Ehemalige Grenzgängerin	<input type="checkbox"/> 1.8.2 Familienangehörige/r eines ehemaligen Grenzgängers/ einer ehemaligen Grenzgängerin

2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG

Die oben genannte Person hat Anspruch auf

<input type="checkbox"/> 2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (**)
2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit
<input type="checkbox"/> 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.

S3

Koordination der Systeme
der sozialen Sicherheit**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

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 [65].....
absendenden Träger

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 [65].....
empfangenden Träger⁴

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 Identifikationsnummer2.1.9.1 Geburtsort⁵

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 Vaters⁶ [155].....

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

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter⁷ [155].....

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

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit⁸ [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 Region⁹ [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 [500]..... relevanten Zeiten einer Versicherung, Beschäftigung, selbstständigen Erwerbstätigkeit bzw. Wohnzeiten, die die betreffende Person gemäß Ihren Rechtsvorschriften zurückgelegt hat, zu bestätigen.*

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 Informationen¹¹

5.1 Zusätzliche Angaben [500].....

Unterschrift des Sendeträgers:

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

Unterschrift Stempel

S041

Verwaltungskommission
für die Koordinierung
der Systeme der sozialen Sicherheit



Antwort auf Auskunftersuchen 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 Trägers¹* [65].....
1.2 Aktenzeichen des empfangenden Trägers²* [65].....

SED version 3.2

S041**2. Person***2.1 Person^{3*}

2.1.1 Persönliche

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

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 [65].....
empfangenden Träger⁴

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 Identifikationsnummer2.1.9.1 Geburtsort⁵

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 Vaters⁶ [155].....

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

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter⁷ [155].....

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

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit⁸ [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 Region⁹ [65].....

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

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

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 Informationen¹⁰

9.1 Zusätzliche Angaben [500].....

Unterschrift des Sendeträgers:

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

Unterschrift Stempel

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 [65].....
absendenden Träger

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 [65].....
empfangenden Träger⁴

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 Identifikationsnummer2.1.9.1 Geburtsort⁵

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 Vaters⁶ [155].....

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

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter⁷ [155].....

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

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit⁸ [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 Region⁹ [65].....

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

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	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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 Anspruchs4.1 Anspruchsbeginn/-ende¹⁰

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 [65].....
absendenden Träger

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 [65].....
empfangenden Träger⁴

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 Identifikationsnummer2.1.9.1 Geburtsort⁵

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 Vaters⁶ [155].....

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

2.1.9.4 Geburtsname der Mutter⁷ [155].....

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

2.2 Zusätzliche Angaben zur Person

2.2.1 Staatsangehörigkeit⁸ [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 Region⁹ [65].....

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

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

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 Träger⁴ [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 Geburtsort⁵
- 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 Vaters⁶ [155].....
- 5.9.3 Vorname des Vaters [155].....
- 5.9.4 Geburtsname der Mutter⁷ [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 6.8.2022,

<https://www.der-paritaetische.de/fachinfos/beschluss-der-arbeits-und-sozialministerkonferenz-bezueglich-der-dolmetscherkosten-bei-medizinischer/>, aufgerufen 4.1.2019

Beschluss Nr. A2 der Verwaltungskommission 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 6.8.2022

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 6.8.2022

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 6.8.2022

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 6.8.2022

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 6.8.2022

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

GKV-DVKA: Empfehlung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte und Provisorischen Ersatzbescheinigung vom 6.12.2021, https://www.dkgev.de/suche/?tx_asaggregatesearch_as-sf%5Baction%5D=search&tx_asaggregatesearch_as-sf%5Bcontroller%5D=Search&cHash=76c7492fb4c6803f21236f1800f7f2c3, aufgerufen 6.8.2022

GKV: Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V, Rundschreiben 18f vom 14.12.2018

https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/abschlussversicherung.html, aufgerufen 6.8.2022

GKV: Gemeinsames Rundschreiben zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt vom 13.02.2018,

<https://www.dbfk-unternehmer.de/download/category/42-gemeinsames-rundschreiben-zu-denleistungsrechtlichen-vorschriften-sgb-xi>, aufgerufen 6.8.2022

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 20. März 2020

https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/krankenversicherung_studenten.html, aufgerufen 6.8.2022

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 6.8.2022.

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 6.8.2022.

Weiterführende Materialien:

Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/ Illegalität

Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere, Stand August 2019

<https://www.diakonie.de/broschueren/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere/>, aufgerufen 6.8.2022

Der Paritätische: Zur aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation von Unionsbürger*innen und ihren Familienangehörigen, 4. Aufl. 2021

www.einwanderer.net/uebersichten-und-arbeitshilfen/, aufgerufen 6.8.2022

Der Paritätische: Die Freizügigkeitsrechte in familiären Konstellationen, 2021

<https://www.einwanderer.net/uebersichten-und-arbeitshilfen/>, aufgerufen 6.8.2022

GGUA Flüchtlingshilfe e. V. Projekt Q Claudius Voigt:

Rechtsprechung der Sozialgerichte zum Ausschluss von Unionsbürgerinnen und Unionsbürgern seit 29. Dezember 2016, Stand 6/2022

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

Bundesgesundheitsministerium: Ratgeber Krankenversicherung, Juli 2022

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/ratgeber-krankenversicherung.html>.

Weiterführende Literatur:

- Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (2022): Gesetzliche Krankenversicherung, 8. Aufl., Beck, München.
- Berchtold, Josef/Huster, Stefan/Rehborn, Martin (2018): Gesundheitsrecht – SGB V, SGB XI, 2. Aufl. Nomos, Baden-Baden.
- Callies, Christian/Ruffert, Matthias (2022): EUV/AEUV – Das Verfassungsrecht der Europäischen Union mit Europäischer Grundrechtecharta, 6. Aufl., Beck, München.
- Eichenhofer, Eberhard (2017): Vorschläge der Kommission im Hinblick auf Pflegeleistungen, ZESAR 2017, 371 – 375.
- Felix, Dagmar (2022) in: Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 5 SGB V.
- Frings, Dorothee (2021): Migrantinnen und Migranten, in: Fasselt, Ursula/Schellhorn, Helmut: Handbuch Sozialrechtsberatung, 6. Aufl., Nomos, Baden-Baden, S. 649 – 779.
- Frings, Dorothee/Janda, Constanze/Keßler, Stefan/Steffen, Eva (2018): Sozialrecht für Zuwanderer, 2. Aufl., Nomos, Baden-Baden.
- Fuchs, Maximilian/Janda, Constanze (2022): Europäisches Sozialrecht, 8. Aufl., Nomos, Baden-Baden.
- Rolfs, Christian/Giesen, Richard/Meßling, Miriam/Udsching, Peter (2022): BeckOK Sozialrecht, SGB V; Beck, München.
- Noftz, Wolfgang (2022): Hauck/Noftz SGB V, Erich Schmitt Verlag, Berlin.
- Schreiber, Frank/Wunder, Annett/Dern, Susanne (2012): VO (EG) Nr. 88372004 - Verordnung zur Koordinierung des Systeme der sozialen Sicherheit, Beck, München.

