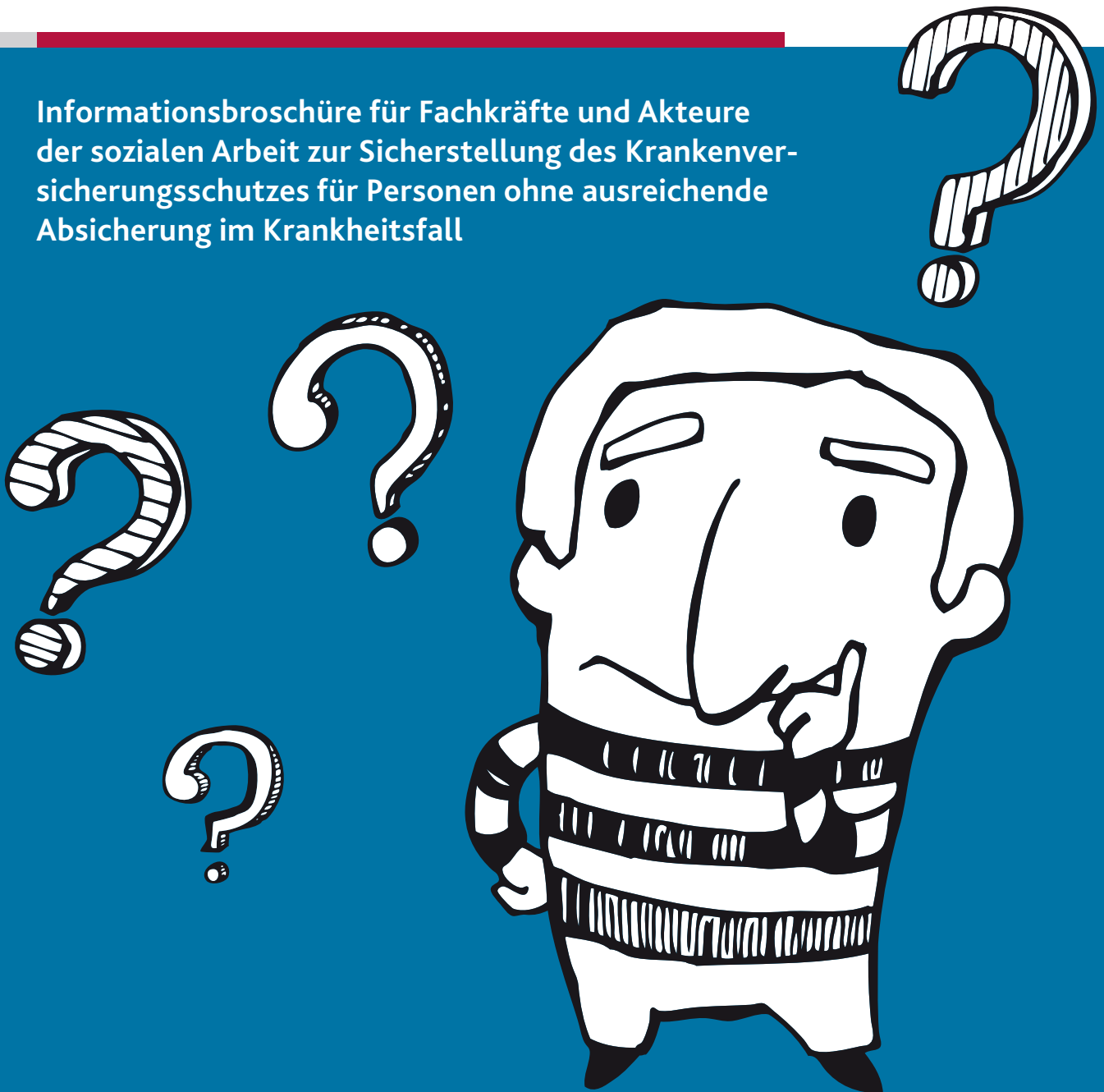




NOCH NICHT KRANKENVERSICHERT? WAS TUN?

Informationsbroschüre für Fachkräfte und Akteure
der sozialen Arbeit zur Sicherstellung des Krankenver-
sicherungsschutzes für Personen ohne ausreichende
Absicherung im Krankheitsfall





GRUSSWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Leben ohne ausreichende Absicherung im Krankheitsfall ist für die meisten Menschen kaum vorstellbar.

Dennoch gibt es Personen, die aufgrund von Ängsten, aus finanziellen Gründen oder auch aus Unwissenheit keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Dazu gehören Menschen, die aus dem Ausland nach Deutschland kommen, Menschen ohne festen Wohnsitz und ehemalige Strafgefangene.

Betroffen sein können beispielsweise aber auch ehemals freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, wenn sie in der Vergangenheit wegen Zahlungsverzug aus der Krankenversicherung ausgeschlossen wurden, ehemals Versicherungspflichtige und Familienversicherte, die nach dem Ende der Versicherung die Fortsetzung ihres Versicherungsschutzes versäumt haben oder Auslandsrückkehrer, die zuvor in Deutschland krankenversichert waren.

So unterschiedlich die Menschen und die Gründe sind, die dazu geführt haben, dass sie nicht krankenversichert sind, so differenziert ist die rechtliche Grundlage.

Diese Broschüre richtet sich an alle, die sich um die Bedürfnisse und Nöte von Menschen kümmern, wenn sich im Krankheitsfall herausstellt, dass ihr Versicherungsschutz



ungeklärt ist. Sie informiert über die gesetzlichen Grundlagen des Krankenversicherungsschutzes in Deutschland und unterscheidet dabei viele unterschiedliche Personengruppen.

Ich freue mich, wenn diese Broschüre den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einrichtungen, Diensten und Beratungsstellen oder ehrenamtlichen Unterstützerinnen und Unterstützern als hilfreiches Nachschlagewerk dient.

Ich hoffe, dass sie dazu beiträgt, betroffenen Menschen den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu erleichtern.

Alexander Schweitzer

Minister für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie
des Landes Rheinland-Pfalz

INHALT

1. Versicherungsrechtliche Betrachtung	08
1.1 Aufbau der gesetzlichen Regelungen	09
1.1.1 Grundsätzliche Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung (PKV)	09
1.1.2 PKV-Versicherungspflicht und Basistarif	09
1.1.2.1 Wahlfreiheit im PKV-Basistarif	09
1.1.2.2 Aufnahmepflicht in den PKV-Basistarif (Kontrahierungszwang)	09
1.1.2.3 Leistungsumfang im PKV-Basistarif	09
1.1.2.4 Pflicht zum Abschluss eines PKV-Vertrages - Vorrang / Nachrang	09
1.1.2.5 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden – Einführung eines Notlagentarifes	11
1.1.3 Versicherung der „Nichtversicherten“ in der gesetzlichen Krankenversicherung	11
1.1.3.1 Zuständige gesetzliche Krankenkasse – Wahlfreiheit unter bestimmten Voraussetzungen	12
1.1.3.2 Versicherungspflicht kraft Gesetzes	12
1.1.3.3 Leistungsumfang in der gesetzlichen Auffangversicherung	12
1.1.3.4 Leistungsausschluss bei missbräuchlicher Inanspruchnahme von Leistungen	12
1.1.4 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden – Freiwillige Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung	12
1.2 Besonderheiten bei ausländischen Staatsbürgern	13
1.2.1 Berufstätige ausländische Mitbürger aus der EU/EWR/Schweiz	13
1.2.1.1 Hauptberuflich Selbständige	13
1.2.1.2 Abhängig Beschäftigte	14
1.2.2 Berufstätige Ausländer (nicht aus EU/EWR/Schweiz)	15
1.2.2.1 Hauptberuflich Selbständige	15
1.2.2.2 Abhängig Beschäftigte	15

1.2.3	Arbeitssuchende ausländische Mitbürger (EU/EWR/Schweiz)	16
1.2.4	Arbeitssuchende ausländische Mitbürger (nicht EU/EWR/Schweiz)	16
1.2.5	Nicht erwerbstätige ausländische Mitbürger (EU/EWR/Schweiz)	16
1.2.6	Nicht erwerbstätige ausländische Mitbürger (nicht aus EU/EWR/Schweiz)	16
1.2.7	Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ausländische Touristen (EU/EWR/Schweiz)	17
1.2.8	Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland – ausländische Touristen (nicht EU/EWR/Schweiz)	18
1.2.9	Studenten aus dem EU/EWR-Ausland und der Schweiz	18
1.2.10	Ausländische Studenten (nicht aus EU/EWR/Schweiz)	19
1.3	Krankenversicherungsschutz nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	20
1.4	Krankenversicherung von Wohnungslosen	21
1.5	Krankenversicherung von Haftentlassenen	22
1.6	Krankenversicherung von Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus „Papierlose“	23
1.7	Krankenbehandlung ausreisepflichtiger EU-Bürger, die nicht ausreisefähig sind	25

2. Beitragsrechtliche Betrachtung 26

2.1	Basistarif der PKV	27
2.1.1	Beitrag im PKV-Basistarif	27
2.1.2	Sozialklauseln und Zuschüsse im PKV-Basistarif (Härtefallregelung)	27
2.1.3.1	Folgen bei nicht rechtzeitigem Abschluss eines PKV-Basistarifs	27
2.1.3.2	Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden – Verzicht auf Prämienzuschlag bei Vertragsabschluss bis 31.12.2013	28
2.2	Versicherung der „Nichtversicherten“ in der gesetzlichen Krankenversicherung (Auffangversicherungspflicht)	29
2.2.1	Beitrag in der Auffangversicherung	29
2.2.2	Zuschüsse zur Auffangversicherung	29
2.2.3	Folgen bei nicht rechtzeitiger Meldung (Beitragsnachzahlungen)	29
2.2.4.1	Folge von Beitragsrückständen – Ruhensregelung	30
2.2.4.2	Folge von Beitragsrückständen – Säumniszuschläge	30
2.2.4.3	Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden – Erlass von Beitragsschulden	30
2.2.5	Verjährung von Beitragsschulden	32

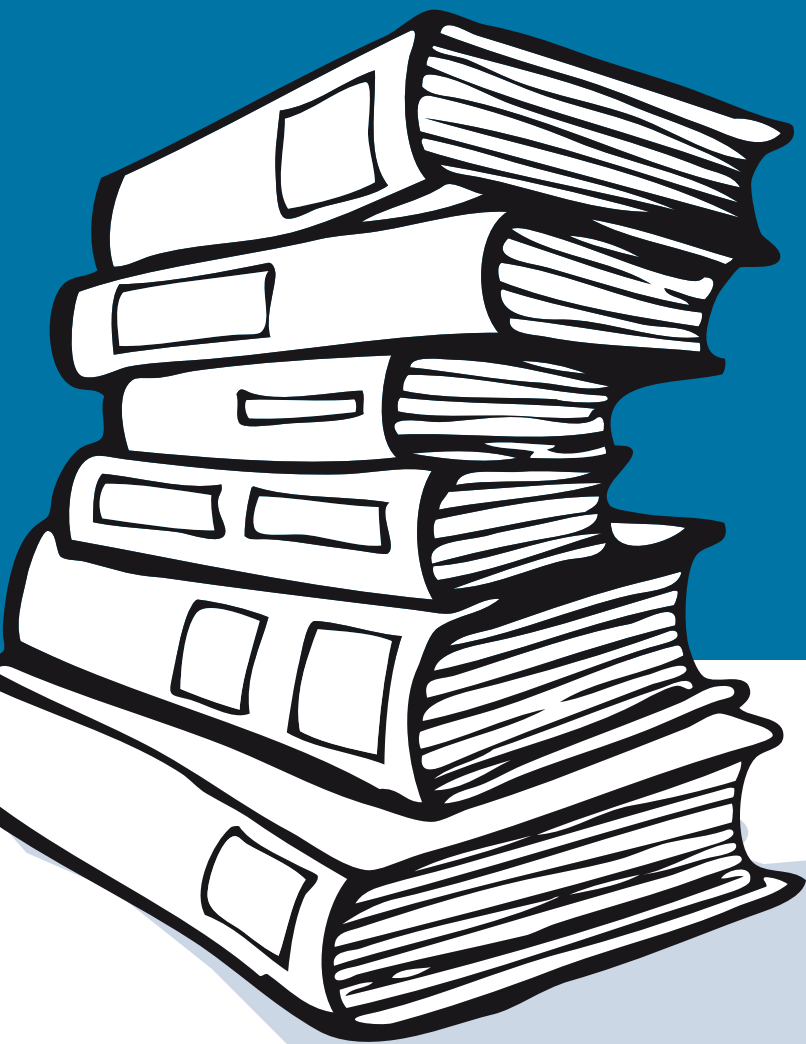
3. Interventionsmöglichkeiten bei Differenzen mit den Krankenversicherungen	34
3.1 Interventionsmöglichkeit bei privaten Krankenversicherungsunternehmen	35
3.2 Interventionsmöglichkeit bei gesetzlichen Krankenkassen	35
4. Beispiele aus der Praxis	36
4.1 Beispiel aus der Praxis: Ein bulgarischer Staatsbürger kommt nach Deutschland	38
4.2 Beispiel aus der Praxis: Haftentlassene	39
4.3 Beispiel aus der Praxis: Wohnungslose	40
5. Weitere Beratungsstellen	42
5.1 Malteser Werke gemeinnützige GmbH	42
5.2 Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)	43
5.3 trESS-Network	43
6. Stichwortverzeichnis	44
7. Abkürzungsverzeichnis	45



HINWEIS

Die Broschüre erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit aller denkbaren Fallkonstellationen und Regelungen. Ziel der Broschüre ist vielmehr, die häufigsten Praxisbeispiele abzubilden.

1. VERSICHERUNGSRECHTLICHE BETRACHTUNG



1.1 AUFBAU DER GESETZLICHEN REGELUNGEN

1.1.1 PFLICHT ZUM ABSCHLUSS EINER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG

Personen ohne Krankenversicherungsschutz sind ab 1.1.2009 verpflichtet, einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen; mindestens im Basistarif, soweit sie nicht anderweitig bei Krankheit abgesichert sind.

§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die Pflicht zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages hat, wer zuletzt (vor der „Nichtversicherung“) privat krankenversichert war

oder

in Deutschland bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist (z. B. hauptberuflich selbständige ausländische Mitbürger).

§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

1.1.2 PKV-VERSICHERUNGSPFLICHT UND BASISTARIF

Seit dem 1.1.2009 muss jede private Krankenversicherung (PKV) den Basistarif anbieten. Es handelt sich beim Basistarif um einen brancheneinheitlichen Tarif für alle Unternehmen aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung.

§ 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

1.1.2.1 Wahlfreiheit im PKV-Basistarif

Die Wahl des privaten Versicherungsunternehmens steht den Versicherten frei.

§ 12 Abs. 1b letzter Satz VAG

1.1.2.2 Aufnahmepflicht in den PKV-Basistarif (Kontrahierungszwang)

Die private Krankenversicherung (PKV) darf den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf Versicherung im Basistarif grundsätzlich nicht ablehnen.

§ 12 Abs. 1b letzter Satz VAG

1.1.2.3 Leistungsumfang im PKV-Basistarif

PKV- Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils vergleichbar sind.

§ 12 Abs. 1a Satz 1 VAG

1.1.2.4 Pflicht zum Abschluss eines PKV-Vertrages - Vorrang / Nachrang

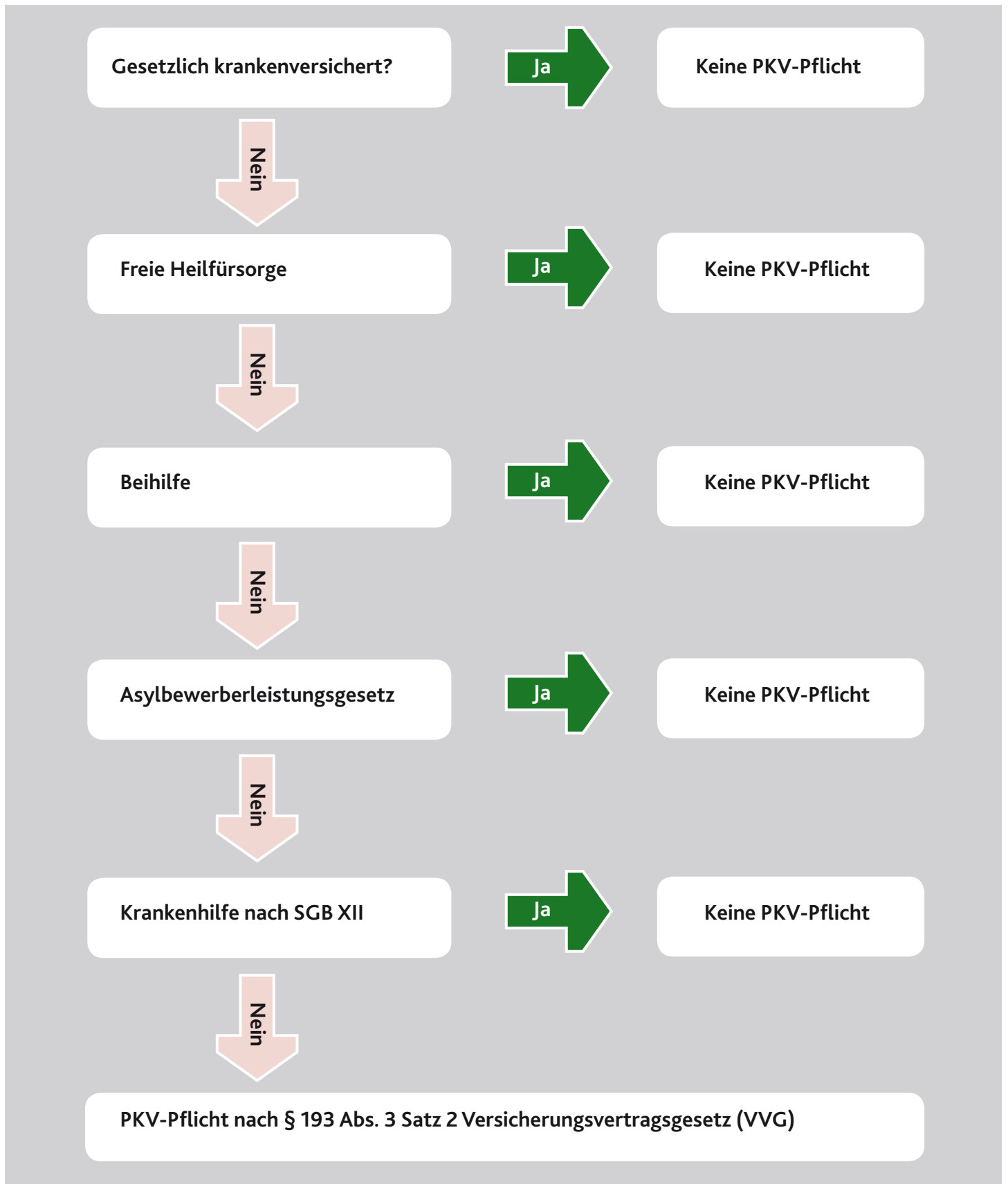
Grundsatz:

Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist ab 1.1.2009 verpflichtet, einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen; mindestens im Basistarif.

Es gibt jedoch vorrangige Absicherungen gegen das Risiko der Krankheit.

§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

1.1.2.4 Pflicht zum Abschluss eines PKV-Vertrages - Vorrang / Nachrang



1.1.2.5 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden – Einführung eines Notlagentarifes

Der Bundestag hat am 14.6.2013 ein „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ beschlossen (Bundestags-Drucksache 17/13947), welches zum 1.8.2013 in Kraft getreten ist.

Danach wurde in der privaten Krankenversicherung ein Notlagentarif eingeführt. Beitragsschuldner in der PKV werden nach Durchführung eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens in diesen Notlagentarif überführt; ihr bisheriger Versicherungsvertrag ruht währenddessen. Durch die zu erwartende deutlich niedrigere Prämie im Notlagentarif werden Beitragsschuldner in der PKV künftig besser vor weiterer Überforderung geschützt und gleichzeitig ihre Versorgung bei akuten Erkrankungen sichergestellt.

Der Notlagentarif soll einheitlich gestaltet werden: Gleiche Beiträge für jeden Versicherten sollen die medizinische Grundversorgung gewährleisten. Die Leistungen werden auf die Behandlung von Schmerzzuständen und akuten Erkrankungen sowie auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft beschränkt. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

Bei den Beitragskalkulationen soll konkret darauf geachtet werden, dass deren Höhe lediglich der Deckung der erforderlichen Leistungen entspricht.

Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der

monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

§ 12h VAG

§ 193 Abs. 7 VVG

Rückwirkende Versicherung im Notlagentarif

Mit der Neuregelung ist vorgesehen, dass säumige Versicherungsnehmer rückwirkend von dem Zeitpunkt an als im Notlagentarif versichert gelten, zu dem ihr bisheriger Versicherungsvertrag wegen Beitragsrückständen ruhend gestellt wurde. Wegen der niedrigeren Prämie des Notlagentarifs verringern sich die aufgebauten Beitragsschulden der Versicherungsnehmer in der Regel damit deutlich und die Zahlungsfähigkeit des Einzelnen kann schneller wieder hergestellt werden.

Artikel 7 (Einführungsgesetz zum VVG)

Auszug Gesetzesbegründung

Um ein möglichst verwaltungsarmes Verfahren sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer zu gewährleisten und um möglichst alle Betroffenen zu erreichen, erfolgt die rückwirkende Versicherung im Notlagentarif unmittelbar per Gesetz.

Voraussetzungen:

Die Prämie des Notlagentarifs ist niedriger als die bisher zu leistende Prämie des ursprünglichen Tarifs der versicherten Person.

Artikel 7 (Einführungsgesetz zum VVG)

Auszug Gesetzesbegründung

1.1.3 VERSICHERUNG DER „NICHTVERSICHERTEN“ IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (AUFFANGVERSICHERUNGSPFLICHT)

Die neue Versicherungspflicht gilt ab dem 1.4.2007 für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. Somit können auch ausländische Mitbürger mit Wohnsitz in Deutschland ggf. versicherungspflichtig werden. Deren Kinder können gemäß § 10 SGB V kostenlos familienversichert werden.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

1.1.3.1 Zuständige gesetzliche Krankenkasse – Wahlfreiheit unter bestimmten Voraussetzungen

Zuständig für den Krankenversicherungsschutz der Auffangversicherung ist diejenige Krankenkasse oder deren Rechtsnachfolger, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat, auch wenn diese möglicherweise schon viele Jahre zurückliegt. Gibt es keine letzte gesetzliche Krankenkasse, kann sich die nicht krankenversicherte Person eine gesetzliche Krankenkasse aussuchen, soweit sie zum Personenkreis der gesetzlich Versicherten gehört (z.B. arbeitssuchender Arbeitnehmer).

§ 174 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 173 Abs. 1 SGB V

1.1.3.2 Versicherungspflicht kraft Gesetzes

Die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft in der „Auffangversicherung“ beginnt mit dem Tag, von dem an kein anderer Krankversicherungsschutz oder keine andere Absicherung gegen Krankheitskosten besteht. Das kann auch rückwirkend sein.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

§ 186 Abs.11 Satz 1 SGB V

1.1.3.3 Leistungsumfang in der gesetzlichen Auffangversicherung

Personen in der Auffangversicherung erhalten den vollen Sachleistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Anspruch auf Krankengeld besteht allerdings nicht.

§ 11 SGB V

§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V

1.1.3.4 Leistungsausschluss bei missbräuchlicher Inanspruchnahme von Leistungen

Zum Schutz der Solidargemeinschaft erfolgt bei missbräuchlicher Inanspruchnahme von Leistungen der Ausschluss aller Leistungen nach SGB V.

Dies ist der Fall, wenn der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

§ 52 a SGB V

1.1.4 GESETZ ZUR BESEITIGUNG SOZIALER ÜBERFORDERUNG BEI BEITRAGSSCHULDEN – FREIWILLIGE MITGLIEDSCHAFT ALS OBLIGATORISCHE ANSCHLUSSVERSICHERUNG

Da die Begründung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. Auffangversicherung) in der Vergangenheit häufig an der fehlenden Mitwirkung der Betroffenen gescheitert ist, ist nun ab dem 1.8.2013 mit der Einführung der *obligatorischen Anschlussversicherung* ein neues Instrument im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft vorgesehen, welches künftig das Entstehen von Lücken im Verlauf der Krankenversicherung verhindern soll.

Die obligatorische Anschlussversicherung setzt sich mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung nur als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn das Mitglied nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt.

Der Austritt wird allerdings nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Voraussetzung ist ferner, dass sich der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall lückenlos an die vorangegangene Versicherung anschließt.

Die zuständige gesetzliche Krankenkasse führt die Anschlussversicherung durch.

Mit der Neuregelung verliert die Auffangversicherungspflicht (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) künftig erheblich an Bedeutung zu Gunsten der freiwilligen Krankenversicherung. Der Anwendungsbereich der Auffangversicherungspflicht – abgesehen vom über- und zwischenstaatlichen Recht – beschränkt sich nach der neuen Rechtslage im Wesentlichen

auf Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, sowie auf Fallkonstellationen, bei denen sich der absicherungslose Zeitraum nicht unmittelbar an die letzte gesetzliche Krankenversicherung anschließt.

- Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 31.07.2013 Nr. 2013/338

- § 188 Abs. 4 SGB V

1.2 BESONDERHEITEN BEI AUSLÄNDISCHEN STAATSBÜRGERN

1.2.1 BERUFSTÄTIGE AUSLÄNDISCHE MITBÜRGER AUS DER EU/EWR/SCHWEIZ

Bei berufstätigen ausländischen Staatsbürgern (EU/EWR/Schweiz), die bisher in Deutschland weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, die erstmals ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen, ist in erster Linie zu klären, ob diese hauptberuflich selbständig erwerbstätig oder abhängig beschäftigt sind.

1.2.1.1 Hauptberuflich selbständig erwerbstätige ausländische Staatsbürger EU/EWR/Schweiz

Personen ohne Krankenversicherungsschutz sind ab 1.1.2009 verpflichtet, einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen; mindestens im Basistarif.

In Frage kommen ausländische Staatsbürger (EU/EWR/Schweiz) mit Wohnort in Deutschland, die in Deutschland bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zuzuordnen sind.

§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Eine Versicherung bei einem ausländischen privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Sitz in einem EU- bzw. EWR-Staat oder der Schweiz ist einer deutschen privaten Krankenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3

Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gleichgestellt, sofern ein vergleichbarer Leistungsanspruch dauerhaft in Deutschland besteht.

Ausnahme von der Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung (PKV) bei hauptberuflich selbständig erwerbstätigen ausländischen Staatsbürgern (EU/EWR/Schweiz)

Eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen freiwilligen Krankenversicherung (§ 9 SGB V) oder eine Pflichtversicherung im Rahmen der gesetzlichen Auffangversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) geht einer verpflichtenden privaten Krankenversicherung vor, wenn selbständige ausländische Staatsbürger im anderen Staat (EU/EWR/Schweiz) zuletzt gesetzlich versichert waren.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe a) SGB V i.V.m. Anlage zum DVKA-Rundschreiben Nr. 35/2007 vom 2.7.2007

Von Selbständigen ausgeübte Saisonarbeit

Eine Person, die gewöhnlich in einem Mitgliedstaat eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt und die eine ähnliche Tätigkeit in einem anderen Mitgliedstaat ausübt, unterliegt weiterhin den Rechtsvorschriften des ersten Mitgliedstaates (Heimatstaat), sofern die voraussichtliche Dauer dieser Tätigkeit 24 Monate nicht überschreitet. Ob die Tätigkeit „ähnlich“ ist, muss im Voraus festgestellt werden.

Im Allgemeinen gilt eine selbständige Tätigkeit in derselben Branche als ähnliche Tätigkeit. Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, gelten die Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit des Herkunftslandes weiter.

Dies wird mit dem Vordruck A1 nachgewiesen, der von der zuständigen Stelle des Herkunftslandes ausgestellt wird. Diese ausländischen Verbindungsstellen können unter www.dvka/oeffentlicheSeiten/Kontaktadressen/Auskunftsstellen/Informationsquellen.htm abgerufen werden.

Als Nachweis, dass sie im Herkunftsland krankenversichert sind, müssen diese Personen entweder die europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder den *Vordruck S1*, ausgestellt vom Krankenversicherungsträger des Mitgliedstaates, dessen Rechtsvorschriften Anwendung finden, vorweisen. Den Hinweis darauf findet man auch im Vordruck A1.

Art. 12 Abs. 2 VO (EG) Nr. 883/2004 (Entsendung einer selbständig tätigen Person)

Eine im Herkunftsland selbständige Person, die in Deutschland als Saisonarbeiter abhängig Beschäftigter ist, unterliegt den deutschen Rechtsvorschriften und ist demzufolge in Deutschland krankenversichert.

Art. 13 Abs. 3 VO (EG) Nr. 883/2004 (Ausübung einer selbständigen Tätigkeit in dem einen und einer abhängigen Beschäftigung in dem anderen Mitgliedstaat).

1.2.1.2 Abhängig beschäftigte ausländische Staatsbürger (EU/EWR/Schweiz)

Beschäftigte ausländische Staatsbürger, welche in Deutschland ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt haben und mehr als geringfügig beschäftigt sind, also nicht nur einen Minijob haben, unterliegen der Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer.

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

Abhängig beschäftigte ausländische Staatsbürger, welche in Deutschland ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt haben und geringfügig beschäftigt sind (z.B. Minijob), unterliegen der Krankenversicherungspflicht in der Auffangversicherung.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Sofern abhängig beschäftigte ausländische Staatsbürger, welche in Deutschland ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt haben und neben ihrer geringfügigen Beschäftigung (z.B. Minijob) Arbeitslosengeld II beziehen, unterliegen in der Regel der Krankenversicherungspflicht als Arbeitslosengeld-II-Bezieher.

§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V

Besonderheit Saisonarbeitskräfte bzw. Beschäftigungen in mehreren Staaten

Es gelten die Rechtsvorschriften des Wohnstaates (Herkunftsstaates), wenn ein wesentlicher Teil der Tätigkeit dort ausgeübt wird.

Art. 13 Abs. 1 Buchst. A) EG-VO Nr. 883/04 i.d.F. der EU-VO Nr. 465/2012.

Die Weitergeltung der Rechtsvorschriften des Herkunftsstaates muss der Beschäftigte über den Vordruck A1, ausgestellt von der zuständigen ausländischen Verbindungsstelle nachweisen.

Diese ausländischen Verbindungsstellen können unter

www.dvka/oeffentlicheSeiten/Kontaktadressen/Auskunftsstellen/Informationsquellen.htm in Erfahrung gebracht werden.

Wird kein wesentlicher Teil der Tätigkeit im Wohnstaat (Herkunftsstaat) ausgeübt, gelten die deutschen Rechtsvorschriften.

Art. 13 Abs. 1 Buchst. b) Ziff. iii) i.d.F. der EU-VO Nr. 465/2012.

Saisonarbeit während eines unbezahlten Urlaubes im Heimatland

In der Regel besteht die Krankenversicherungspflicht während eines unbezahlten Urlaubes im Heimatland nicht fort. Es gelten deshalb die deutschen Rechtsvorschriften zur Krankenversicherung.

Artikel 11 Abs. 3 Buchst. a der EG-Verordnung Nr. 883/2004

1.2.2 BERUFSTÄTIGE AUSLÄNDER (NICHT EU/EWR/SCHWEIZ)

Bei berufstätigen ausländischen Staatsbürgern (nicht EU/EWR/Schweiz), die bisher in Deutschland weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, die erstmals ihren Wohnsitz/gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen, ist zu prüfen, ob diese hauptberuflich selbständig erwerbstätig oder abhängig beschäftigt sind.

1.2.2.1 Hauptberuflich selbständig erwerbstätige ausländische Staatsbürger (nicht EU/EWR/Schweiz)

Personen ohne Krankenversicherungsschutz sind ab 1.1.2009 verpflichtet, einen privaten Krankenversicherungsvertrag abzuschließen; mindestens im Basistarif.

Der Personenkreis der in Frage kommt, sind ausländische Staatsbürger mit Wohnort in Deutschland und gültigem Aufenthaltsstatus, die in Deutschland bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zuzuordnen sind.

§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

1.2.2.2 Abhängig beschäftigte ausländische Staatsbürger (nicht EU/EWR/Schweiz)

Abhängig beschäftigte ausländische Staatsbürger mit gültigem Aufenthaltsstatus, welche in Deutschland ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt haben und mehr als geringfügig beschäftigt sind, unterliegen der Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer.

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

Abhängig beschäftigte ausländische Staatsbürger (nicht EU/EWR/Schweiz) mit gültigem Aufenthaltsstatus, welche in Deutschland ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt haben und geringfügig beschäftigt sind (z.B. Minijob), unterliegen der Krankenversicherungspflicht in der Auffangversicherung.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V



1.2.3 ARBEITSSUCHENDE AUSLÄNDISCHE MITBÜRGER (EU/EWR/SCHWEIZ)

Ausländische Mitbürger (EU/EWR/Schweiz) sind freizügigkeitsberechtigt, wenn sie sich beispielsweise zur Arbeitssuche in Deutschland aufhalten.

§ 2 Abs. 2 Nr. 1 FreizügG/EU

Familienangehörige von arbeitssuchenden EU-Ausländern sind ebenfalls freizügigkeitsberechtigt.

Die gesetzliche Krankenversicherungspflicht in der Auffangkrankenversicherung erstreckt sich auch auf diesen Personenkreis.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b) SGB V i.V.m. § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

1.2.4 ARBEITSSUCHENDE AUSLÄNDISCHE MITBÜRGER (NICHT EU/EWR/SCHWEIZ)

Dieser Personenkreis wird von der Auffangkrankenversicherungspflicht erfasst, wenn diese:

Eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als 12 Monate nach dem Aufenthaltsgesetz (AufenthG) besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG besteht.

In § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG steht, dass die Erteilung eines Aufenthaltstitels in der Regel voraussetzt, dass der Lebensunterhalt gesichert ist.

§ 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V

§ 5 Abs.11 Satz 1 SGB V

1.2.5 NICHT ERWERBSTÄTIGE AUSLÄNDISCHE MITBÜRGER (EU/EWR/SCHWEIZ)

Das EU-Freizügigkeitsgesetz verlangt für das Aufenthaltsrecht von nicht erwerbstätigen Unionsbürgern, dass ihr Lebensunterhalt gesichert ist und ein Krankenversicherungsschutz besteht.

§ 4 FreizügG/EU

Auch Familienangehörige von Personen ohne Erwerbstätigkeit sind nur bei gesichertem Lebensunterhalt und Krankenversicherungsschutz freizügigkeitsberechtigt.

Die Auffangversicherung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V kommt deshalb nicht zum Tragen, da die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland ist.

§ 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

1.2.6 NICHT ERWERBSTÄTIGE AUSLÄNDISCHE MITBÜRGER (NICHT EU/EWR/SCHWEIZ)

Dieser Personenkreis wird von der Auffangkrankenversicherungspflicht erfasst, wenn diese:

Eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als 12 Monate nach dem AufenthG besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG besteht.

In § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG steht, dass die Erteilung eines Aufenthaltstitels in der Regel voraussetzt, dass der Lebensunterhalt gesichert ist.

§ 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V

§ 5 Abs.11 Satz 1 SGB V

1.2.7 VORÜBERGEHENDER AUFENTHALT IN DEUTSCHLAND – AUSLÄNDISCHE TOURISTEN (EU/EWR/SCHWEIZ)

Am 01.06.2004 wurde die Europäische Krankenversichertenkarte (European Health Insurance Card - EHIC) eingeführt.

Mit dieser Karte können Anspruchsberechtigte aus dem EU/EWR-Ausland und der Schweiz sofort in Deutschland z. B. zum Arzt oder Zahnarzt gehen, ohne vorher Kontakt mit einer Krankenkasse aufzunehmen. Mit der EHIC besteht ein Anspruch auf Sachleistungen nicht nur für Notfälle, sondern auf die Behandlungen, die *unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind*. Die EHIC wird von der zuständigen Krankenkasse des Heimatlandes ausgestellt.

Wenn die versicherte Person wegen außergewöhnlichen Umständen die europäische Krankenversicherungskarte nicht vorlegen kann, stellt ihr der zuständige Krankenversicherer eine provisorische Ersatzbescheinigung mit befristeter Gültigkeit aus. Außergewöhnliche Umstände können der Diebstahl oder der Verlust der Karte oder eine Abreise binnen einer für die Ausstellung der Karte zu kurzen Frist sein.

Mit Hilfe der **Formulare Muster 80 und Muster 81** (liegen dem behandelnden Arzt vor), werden die Daten des Patienten erfasst. Dabei wählt der Patient eine deutsche gesetzliche Krankenkasse, die als aushelfende deutsche Krankenkasse fungiert. Gleichzeitig erklärt der Patient hierauf, dass er nach Deutschland nicht zum Zwecke der Behandlung eingereist ist (da ansonsten eine Behandlung nur über den Vordruck E 112 für Behandlungen von Versicherten, für die die Regelungen der EG-Verordnung Nr. 883/2004 gelten – alternativ Vordruck S2(2) – möglich wäre). Der Patient erklärt auch, für welchen Zeitraum er in

Deutschland bleibt. *Der Zeitraum ist wesentlich für den Anspruchsumfang*. Mit der EHIC haben Anspruchsberechtigte Anspruch auf die Sachleistungen, die unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind. Demzufolge ist der Leistungsanspruch eines ausländischen Studierenden (EU/EWR oder Schweiz), welcher sich beispielsweise für die Dauer eines Semesters in Deutschland aufhält, umfassender als bei einem Touristen (EU/EWR oder Schweiz), welcher sich beispielsweise für 2 Wochen in Deutschland aufhält.

Die behandelnden Ärzte können mit der gewählten Krankenkasse die, *abgestellt auf die Aufenthaltsdauer*, medizinisch notwendigen Sachleistungen im Ersatzverfahren über die Kassenärztliche/Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen. Der Patient zahlt die gesetzliche Zuzahlung.

Der Leistungserbringer (z.B. Arzt) rechnet die Kosten so ab, als wäre der Anspruchsberechtigte bei der gewählten Krankenkasse versichert. Die Abrechnung zwischen Arzt/Zahnarzt und Kassenärztlicher- bzw. Kassenzahnärztlicher Vereinigung erfolgt im Rahmen des sogenannten Ersatzverfahrens außerhalb der kassenärztlichen Gesamtvergütung. Die Leistungen werden dabei mit dem gleichen Honorarsatz vergütet, der für die bei der gewählten Krankenkasse in Deutschland Versicherten gilt. Die gewählte Krankenkasse rechnet die Kosten später über den GKV-Spitzenverband, Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), mit dem zuständigen Träger des Anspruchsberechtigten im Ausland ab.

Nicht abgedeckt über die EHIC sind alle Leistungen, zu deren Inanspruchnahme der Patient gezielt eingereist ist (z. B. Einreise zur Entbindung, Operation).

Sollte es bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu Fragen oder Problemen kommen, sollten sich die Patienten an die von ihm gewählte deutsche aushelfende Krankenkasse wenden.

1.2.8 VORÜBERGEHENDER AUFENTHALT IN DEUTSCHLAND – AUSLÄNDISCHE TOURISTEN (NICHT EU/EWR/SCHWEIZ)

Ausländische Touristen aus Abkommensstaaten benötigen von ihrer heimischen Krankenkasse einen Anspruchsnachweis („Urlaubskrankenschein“), den sie in Deutschland vor der Behandlung bei einer hiesigen Krankenkasse in eine regional gültige Anspruchsbcheinigung eintauschen müssen. Abkommensstaaten sind beispielsweise die Türkei oder Tunesien. Der Umfang der Leistungen ist im Vergleich zu Patienten aus der EU/EWR/Schweiz deutlich eingeschränkter. Es können nur Leistungen erbracht werden, die unaufschiebbar sind.

Ob ein Abkommen zwischen Deutschland und dem Herkunftsland existiert, kann hier nachgefragt werden:

GKV-Spitzenverband

Abteilung Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland (DVKA)
Pennefeldsweg 12c
53177 Bonn
Tel.: 0228 9530-0
E-mail: post@dvka.de
www.dvka.de

1.2.9 STUDENTEN AUS DEM EU/EWR-AUSLAND UND DER SCHWEIZ

Ausländische Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, sind auch dann pflichtkrankenversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

Sie unterliegen jedoch dann nicht der deutschen Krankenversicherungspflicht, wenn für sie aufgrund über- oder zwischenstaatlichen Rechts Anspruch auf Sachleistungen besteht.

Mit der EHIC haben anspruchsberechtigte Studenten dann Anspruch auf die Sachleistungen, die *unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer* medizinisch notwendig sind.

Die EHIC wird von der ausländischen Stelle ausgestellt, bei der der Studierende im Ausland versichert ist. Nähere Erläuterungen zur EHIC finden sich unter Punkt 1.2.7.

§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V

Art. 11 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/2004

1.2.10 AUSLÄNDISCHE STUDENTEN (NICHT EU/EWR/SCHWEIZ)

Ausländische Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, sind auch dann pflichtkrankenversichert, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben. Sie unterliegen jedoch dann nicht der deutschen Krankenversicherungspflicht, wenn für sie aufgrund bilateraler Abkommen Anspruch auf Sachleistungen besteht.

Ob ein Abkommen zwischen Deutschland und dem Herkunftsland existiert, kann hier nachgefragt werden:

GKV-Spitzenverband

Abteilung Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland (DVKA)

Pennefeldsweg 12c

53177 Bonn

Tel.: 0228 9530-0

E-mail: post@dvka.de

www.dvka.de

§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V



1.3 KRANKENVERSICHERUNGSSCHUTZ NACH DEM ASYLBEWERBERLEISTUNGSGESETZ

Für Personen, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die

1. eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz besitzen (Asylbegehrende),
2. über einen Flughafen einreisen wollen und denen die Einreise nicht oder noch nicht gestattet ist,
3. wegen des Krieges in ihrem Heimatland eine Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 oder § 24 des Aufenthaltsgesetzes oder die eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 Satz 1, Abs. 4 a, 4 b oder Abs. 5 des Aufenthaltsgesetzes besitzen,
4. eine Duldung nach § 60 a des Aufenthaltsgesetzes besitzen,
5. vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist,
6. Ehegatten, Lebenspartner oder minderjährige Kinder der in den Nummern 1 bis 5 genannten Personen sind, ohne dass sie selbst die dort genannten Voraussetzungen erfüllen, oder
7. einen Folgeantrag nach § 71 des Asylverfahrensgesetzes oder einen Zweitantrag nach § 71a des Asylverfahrensgesetzes stellen

besteht grundsätzlich bei Bedarf ein Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Übernommen werden die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linde-

rung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt jedoch nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist (§ 4 Absatz 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)).

Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren (§ 4 Absatz 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)).

Es besteht auch ein Anspruch auf amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen (§ 4 Absatz 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)).

Darüber hinaus können sonstige Leistungen erbracht werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten sind. Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt (§ 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)).
§ 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

1.4 KRANKENVERSICHERUNG VON WOHNUNGSLOSEN

Seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) und der Grundsicherung für Arbeitssuchende 2005 sind auch wohnungslose Menschen als prinzipiell erwerbsfähige Arbeitslose über die Jobcenter pflichtversichert und anderen Krankenkassenmitgliedern gleichgestellt. Wie jeder andere Versicherte auch, erhalten sie als Grundsicherungsempfänger eine Chipkarte und haben Anspruch auf alle medizinisch-pflegerischen Leistungen ihrer frei gewählten Krankenkasse. Ihre Krankenkassenbeiträge entrichtet das Jobcenter. Krankenversichert sind wohnungslose Menschen immer dann, wenn Sie Arbeitslosengeld II beziehen. Entstehen Lücken, wenn wohnungslose Menschen nicht täglich Arbeitslosengeld beziehen, besteht ein so genannter nachgehender Leistungsanspruch gegenüber ihrer Krankenkasse, wenn zwischen dem Ende des letzten Arbeitslosengeld-II-Bezuges und dem neuen Arbeitslosengeld-II-Bezug weniger als ein Monat liegt.

§ 19 Abs. 2 SGB V

Sollte diese Lücke größer als ein Monat sein und entstand diese Lücke nach dem 31.07.2013 wird der Krankenversicherungsschutz als freiwillige Krankenversicherung durch die gesetzliche Krankenkasse weiter-

geführt, es sei denn die Betroffenen erklären innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten ihren Austritt.

Ein Austritt ist jedoch nur möglich, wenn eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. Entstand diese Lücke vor dem 1.8.2013 ist Versicherungspflicht in der Auffangpflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gegeben.

§ 188 Abs. 4 SGB V; Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden

Darüber hinaus haben per Gesetz ab dem 1.4.2007 alle ehemaligen gesetzlich Krankenversicherten und ab dem 1.7.2007 alle ehemaligen privat Krankenversicherten wieder Zugang zu einer Krankenversicherung.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)



1.5 KRANKENVERSICHERUNG VON HAFTENTLASSENEN

Seit dem 1.4.2007 sind alle Personen, die zuletzt gesetzlich oder bisher nicht krankenversichert waren, aber der gesetzlichen Krankenversicherung zuzurechnen sind, versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben.

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch V

Während einer Inhaftierung besteht jedoch ein vorrangiger Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz. Nach der Haftentlassung sind diese Personen pflichtkrankenversichert, bis eine vorrangige Krankenversicherungspflicht greift, z.B. durch Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Einsetzen von Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosengeld I oder II).

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch V

Die neue Versicherungspflicht tritt kraft Gesetzes ein, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind.

Notwendig ist eine Meldung bei der Krankenkasse, bei der die Person zuletzt versichert war. Diese Meldung sollte zeitnah erfolgen, da die Beitragspflicht mit dem Eintritt der Versicherungspflicht beginnt und die Beiträge nachzuzahlen sind, falls sie nicht rechtzeitig entrichtet werden.

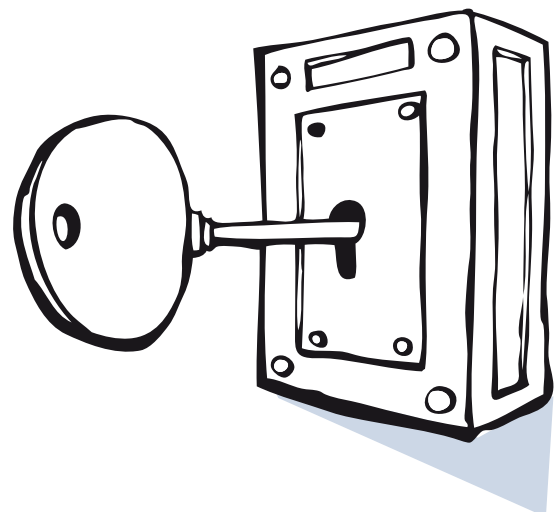
Für Haftentlassene, die nach der Haft die Voraussetzungen für die Gewährung laufender Leistungen der Sozialhilfe (nach dem 3., 4., 6. oder 7. Kapitel Sozialgesetzbuch XII) erfüllen, keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, gilt Folgendes:

Personen, die bereits vor der Haftentlassung oder noch am Tag der Haftentlassung einen Antrag auf laufende Leistungen der Sozialhilfe

stellen, haben – wenn sie die Voraussetzungen erfüllen – bereits am Tag der Haftentlassung einen Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe. Die Leistungen umfassen auch die Hilfe bei Krankheit. Es entsteht dann keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Ansonsten unterliegen Personen, die erst nach dem Tag der Haftentlassung einen Antrag auf laufende Leistungen der Sozialhilfe stellen, der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch V. In diesem Fall tritt am Tag des Verlassens der Vollzugsanstalt kraft Gesetzes die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein, weil zu diesem Zeitpunkt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht.

Diese Personen, bei denen die Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch V greift, müssen wieder bei der Krankenkasse oder dem Rechtsnachfolger der Krankenkasse versichert werden, bei der zuletzt eine – ggf. schon viele Jahre zurückliegende – Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat. Haftentlassene hingegen, welche im unmittelbaren Anschluss an ihre Inhaftierung Arbeitslosengeld II erhalten, können in der Regel eine gesetzliche Krankenkasse wählen. Zur Vermeidung von Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Krankenkassen sollte Haftentlassenen empfohlen werden, sich grundsätzlich an die gesetzliche Krankenkasse zu wenden, bei der sie vor ihrer Inhaftierung versichert waren.



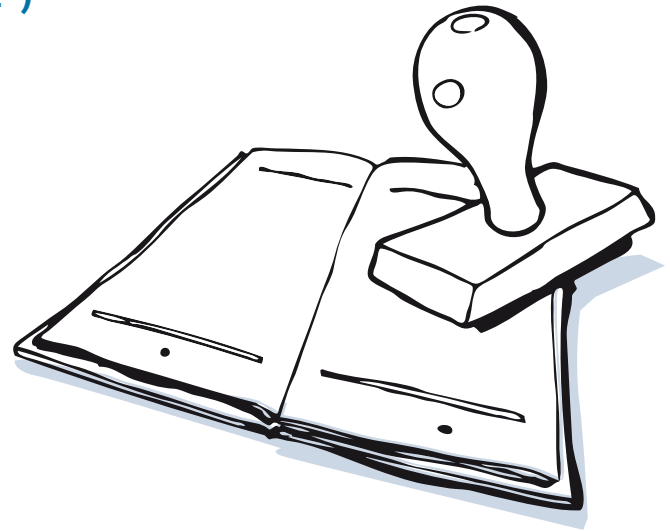
1.6 KRANKENVERSICHERUNG VON MENSCHEN OHNE GÜLTIGEN AUFENTHALTSSTATUS („PAPIERLOSE“)

Auch in Deutschland leben ausländische Mitmenschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus. Meist haben die Betroffenen keine Krankenversicherung und leben unter schwierigen existenziellen Bedingungen.

Doch auch diese Menschen, die vollziehbar ausreisepflichtig sind, haben Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1 Absatz 1 Nr. 5 in Verbindung mit §§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz). Für die Leistungen nach diesem Gesetz örtlich zuständig ist die Behörde, in deren Bereich sich der Leistungsberechtigte tatsächlich aufhält. (§ 10 a Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 Asylbewerberleistungsgesetz).

Zu Problemen führt jedoch häufiger der Zugang zu Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, da außer im Notfall die Betroffenen im Vorfeld einer ambulanten oder stationären Behandlung beim Sozialamt die Kostenübernahme beantragen müssen. Dafür muss dem Sozialamt die Identität und damit der aufenthaltsrechtliche Status offengelegt werden. Das Sozialamt prüft dann neben der Bedürftigkeit u. a. den Aufenthaltsstatus, sodass Antragsteller den illegalen aufenthaltsrechtlichen Status offenbaren müssten, was diese jedoch häufig wegen der – vermeintlichen – aufenthaltsrechtlichen Folgen scheuen. Auch wenn oftmals, insbesondere bei schwerwiegenden Krankheiten, eine Duldung erteilt werden kann, ist dies häufig ein Grund, nicht beim Sozialamt vorstellig zu werden.

Spendenfinanzierte Einrichtungen versuchen, den Betroffenen eine medizinische Versorgung in Kooperation mit ehrenamtlich arbeitenden Ärzten zu ermöglichen.



Anschriften von Organisationen, an die sich Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus in Rheinland-Pfalz neben den örtlichen Kommunen wenden können:

Medizinische Ambulanz ohne Grenzen

Goldgrube 13

55131 Mainz

Telefon: 06131 6279298

E-Mail:

ambulanz@armut-gesundheit.de

gerhard.trabert@hs-rm.de

Sprechstunde:

Montag bis Donnerstag vormittags, Dienstag und Mittwoch zusätzlich nachmittags.

Dienstags 10:00-12:00 Uhr Dolmetscherdienst in polnischer und russischer Sprache

Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.

Zitadelle 1 F

55131 Mainz

Telefon: 06131 627-9071

FAX: 06131 627-9162

E-Mail: info@armut-gesundheit.de

www.verein-armut-gesundheit.de

Medinetz Mainz e.V.

c/o Caritaszentrum Delbrêl
Aspeltstr. 10
55118 Mainz
oder
Postfach 3247
55022 Mainz

Beratung und Vermittlung von medizinischer Versorgung für Menschen ohne Papiere und Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung:

Montag 18:00-19:45 Uhr
(außer an Feiertagen)

Telefon: 0176 62033302

Homepage: www.medinetzmainz.de

E-Mail: mainz@ippnw.de

Kostenübernahme in Notfällen durch die Sozialbehörden

In Notfällen ist auch Mitmenschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus ohne vorherige Prüfung Hilfe für unaufschiebbare Behandlungen und zur Behebung akut lebensbedrohlicher Zustände zu leisten. Ziel dieser Hilfe ist dabei nicht die Heilung, sondern die Abwendung eines besonders schwerwiegenden krankhaften und für den Betroffenen lebensgefährlichen Zustandes. In einem solchen Fall können Leistungen gem. §§ 4 und 6 AsylbLG erbracht werden.

Eine Abrechnung erfolgt hier im Nachhinein zwischen dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus und der örtlich zuständigen Behörde. Auch hier ergibt sich die örtliche Zuständigkeit aus § 10 a Abs. 1 AsylbLG.

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass bei der Abrechnung über das Sozialamt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zwischen einer geplanten und einer Notfallbehandlung zu unterscheiden ist. Für die geplante Behandlung müssen die Betroffenen vorher selbst einen Krankenschein beim Sozialamt beantragen. In diesem Fall ist das Sozialamt als öffentliche Stelle verpflichtet,

die Daten von nicht aufenthaltsberechtigten Menschen bei Kenntnisnahme an die Ausländerbehörde zu übermitteln. Der „verlängerte Geheimnisschutz“ greift hier nicht, weil das Sozialamt die Information über den Aufenthaltsstatus nicht von einer schweigepflichtigen Person, sondern unmittelbar von den Patientinnen und Patienten selbst bekommt. Die Aufdeckung des Aufenthaltsstatus kann die Abschiebung zur Folge haben. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus verzichten daher oft aus Angst vor Abschiebung auf das ihnen zustehende Recht auf Behandlung nach § 4 und § 6 AsylbLG. Erst bei Notfallbehandlungen greift der „verlängerte Geheimnisschutz“.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus müssen den Schutz einer schweigepflichtigen Person (in Krankenhaus oder Praxis) suchen, um sich dort ohne Krankenschein behandeln zu lassen. Die praktische Durchsetzung der Ansprüche auf Leistungen nach AsylbLG ist jedoch auch bei der Notfallbehandlung im Krankenhaus oft problematisch. Die Bedürftigkeit muss von der Krankenhausverwaltung gegenüber dem Sozialamt meist analog zum Antrag auf Sozialhilfe nachgewiesen werden. Sollten Anträge von den Sozialämtern abgelehnt werden, besteht die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen.

(Quelle: Bundesärztekammer)

Weitere Abrechnungsmöglichkeiten

Unter Umständen bestehen weitere Abrechnungsmöglichkeiten wie etwa bei Arbeitsunfällen nach dem Sozialgesetzbuch oder für Opfer von Gewalttaten nach dem Opferentschädigungsgesetz. Bei sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose bietet das Gesundheitsamt nach dem Infektionsschutzgesetz Beratung und Untersuchung an oder stellt diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicher. Die Beratung durch das Gesundheitsamt erfolgt kostenlos. Sofern das Gesundheitsamt eine Untersuchung und/oder Behandlung

vornimmt oder vornehmen lässt, werden die Kosten nur dann aus öffentlichen Mitteln getragen, wenn die Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus die Kosten nicht selbst tragen können oder – wovon auszugehen ist – sie

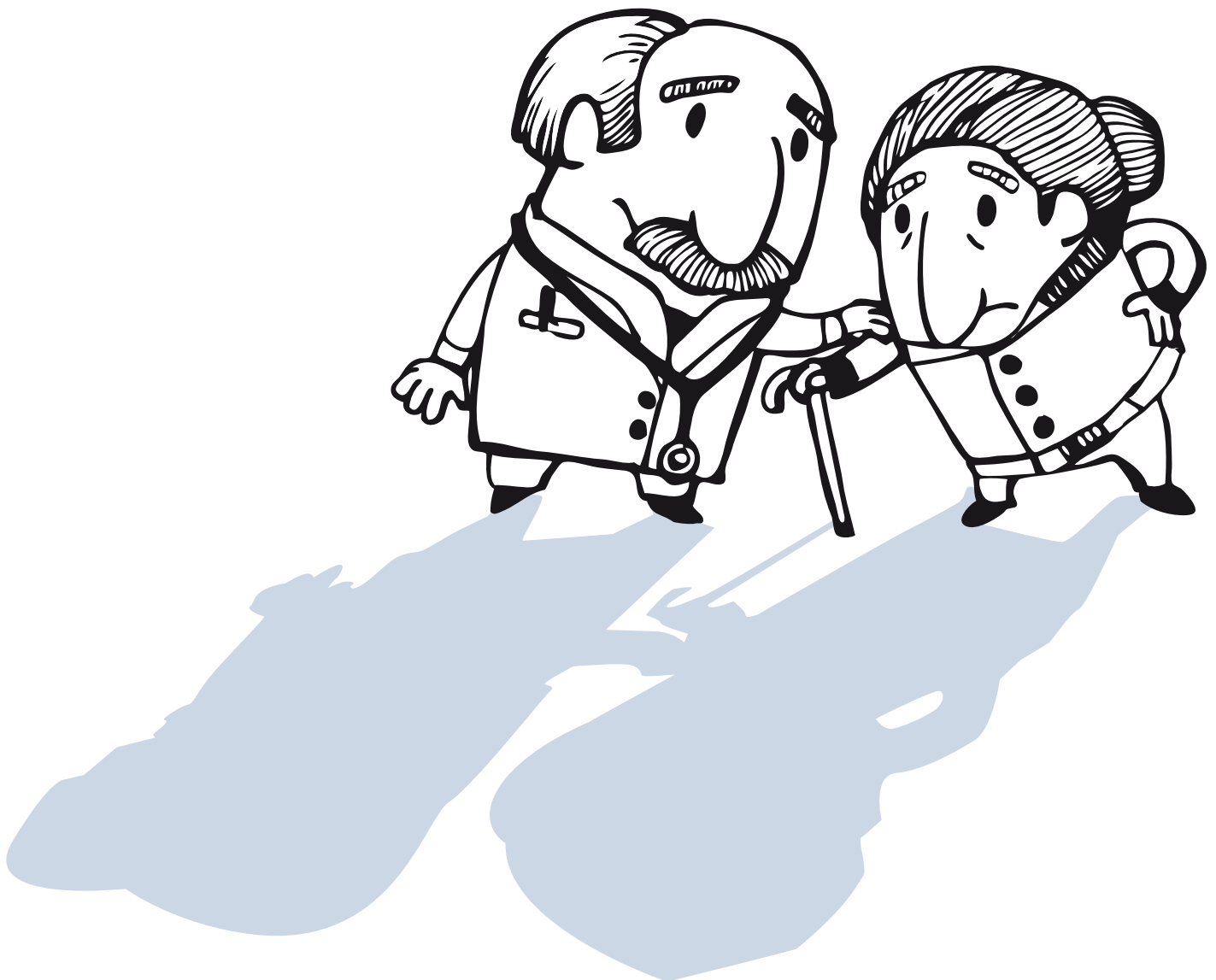
nicht krankenversichert sind. Bei den weiteren Abrechnungsmöglichkeiten stellt sich die Frage der Offenlegung des fehlenden Aufenthaltsstatus.

(Quelle: Bundesärztekammer)

1.7 KRANKENBEHANDLUNG AUSREISEPFLICHTIGER EU-BÜRGER, DIE NICHT AUSREISEFÄHIG SIND

Bei EU-Bürgern, die nicht ausreisefähig sind, ist der Träger der Sozialhilfe dennoch berechtigt, im Einzelfall die Gewährung von Sozialhilfe als Ermessensleistung – in verfassungskonformer Auslegung – zu prüfen. Die Ermessensvorschrift des § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XII erstreckt sich insoweit auch auf

§ 23 Abs. 3 SGB XII, also beispielsweise auch auf sogenannte „unabweisbare“ Krankenbehandlungen bei schweren oder ansteckenden Erkrankungen. Betroffene EU-Bürger können sich auch an die unter Punkt 1.6 (siehe S. 23) genannten Stellen wenden.



2. BEITRAGSRECHTLICHE BETRACHTUNG



2.1 BASISSTARIF DER PKV

2.1.1 BEITRAG IM PKV-BASISTARIF

Die Krankenversicherungsbeiträge für den Basistarif dürfen nicht teurer als der monatliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (ca. 600 Euro) sein.

§ 12 Abs. 1c VAG

2.1.2 SOZIALKLAUSELN UND ZUSCHÜSSE IM PKV-BASISTARIF (HÄRTEFALLREGELUNG)

Damit niemand durch die Beitragszahlungen für den Basistarif finanziell überfordert wird, wurden in der privaten Krankenversicherung Sozialklauseln und Zuschüsse für Bedürftige durch die Grundsicherungsträger (z. B. Sozialämter) vorgesehen. Entsteht durch die Zahlung des Beitrags zum Basistarif Hilfebedürftigkeit, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit kann beim zuständigen Träger (z. B. Sozialamt oder Jobcenter) auf Antrag des Versicherten geprüft und bescheinigt werden.

Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger (z. B. Sozialamt, Jobcenter) auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Das gilt allerdings nur für die laufenden und nicht für die rückständigen

Beiträge. Die rückständigen Beiträge sind von den Versicherten selbst zu zahlen.

§ 12 Abs.1c Satz 4 und 5 VAG

2.1.3.1 Folgen bei nicht rechtzeitigem Abschluss eines PKV-Basistarifs

Ab dem 1.1.2009 gilt in der privaten Krankenversicherung die Versicherungspflicht. Ehemals privat Versicherte ohne Krankenversicherungsschutz, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, müssen sich ab dem 1.1.2009 privat krankenversichern.

Wird ein solcher privater Krankenversicherungsvertrag nicht rechtzeitig zum 1.1.2009, sondern später abgeschlossen, ist das private Krankenversicherungsunternehmen berechtigt, einen Prämienzuschlag zu erheben. Innerhalb der ersten sechs Monate beträgt der Zuschlag einen Monatsbeitrag für jeden Monat der Nichtversicherungszeit. Nach dem sechsten Monat beträgt der Zuschlag ein Sechstel für jeden weiteren Monat der Nichtversicherungszeit. Sollte die exakte Dauer der Nichtversicherungszeit nicht ermittelt werden können, wird davon ausgegangen, dass seit mindestens fünf Jahren keine Versicherung bestanden hat.

§ 193 Abs. 4 VVG

2.1.3.2 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden – Verzicht auf Prämienzuschlag bei Vertragsabschluss bis 31.12.2013

Der Bundestag hat am 14.6.2013 ein „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ beschlossen (Bundestags-Drucksache 17/13947), welches zum 1.8.2013 in Kraft getreten ist.

Beitragserlass für Neufälle zwischen dem 1.8.2013 und dem 31.12.2013

Danach gilt für bislang nicht versicherte Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, ein zeitlich befristeter erleichterter Zugang zur privaten Krankenversicherung. Die Neuregelung sieht vor, dass der unter Punkt 2.1.3.1 erläuterte Prämienzuschlag für Vertragsabschlüsse, die bis zum 31.12.2013 beantragt werden, nicht verlangt wird.

Diese Stichtagsregelung setzt für bisher nicht versicherte Personen einen deutlichen Anreiz,

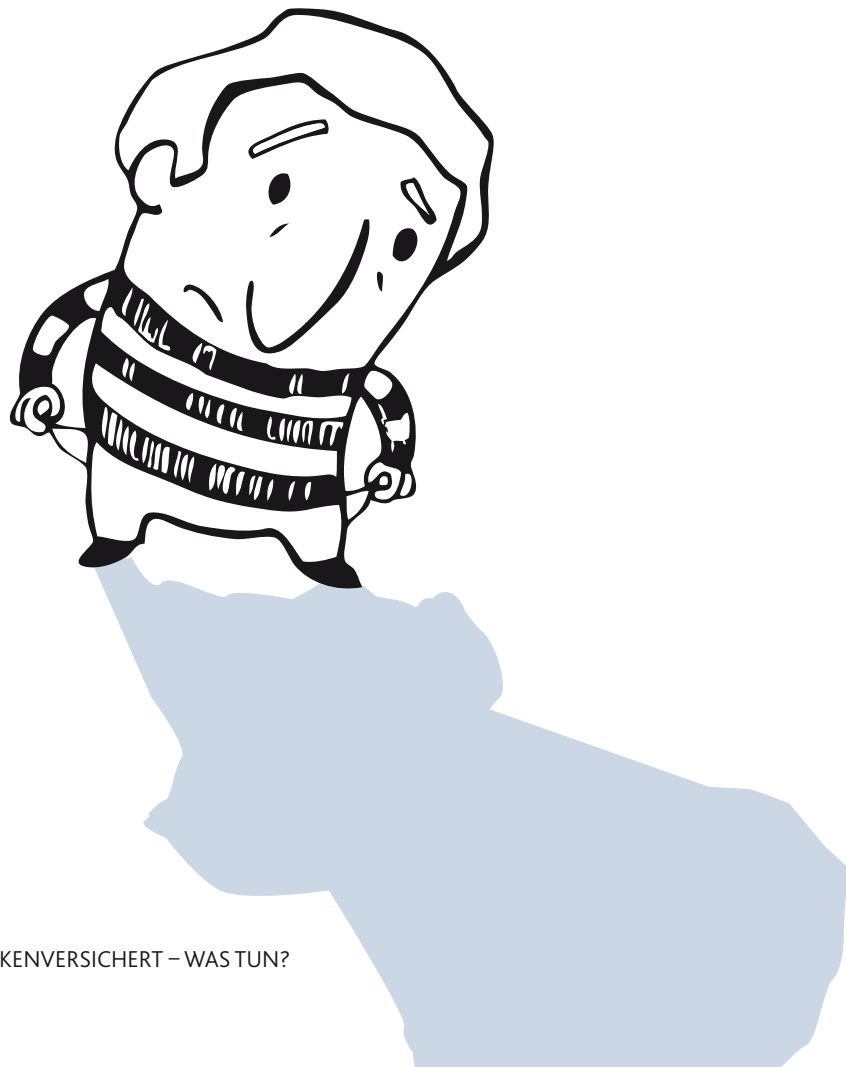
zeitnah einen Vertragsabschluss bei einem Versicherungsunternehmen zu beantragen. Es ist davon auszugehen, dass diese Regelung viele Betroffene dazu bewegen wird, die Gelegenheit zu nutzen und sich bei einem Versicherer zu melden.

Beitragserlass für bereits im Basistarif Versicherte (Altfälle)

Die Neuregelung stellt zudem klar, dass der Erlass des Prämienzuschlags auch die noch ausstehenden Prämienzuschläge der Verträge umfasst, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossen wurden. Der Erlass bezieht sich auf den noch ausstehenden Teil eines Prämienzuschlages. Mit dem vollständigen Erlass dieser Schulden können die in der Vergangenheit aufgelaufenen Forderungen reduziert und die Betroffenen insoweit entlastet werden.

Bereits gezahlte Prämienzuschläge werden nicht erstattet.

§ 193 Absatz 4 Sätze 6 und 7 VVG (in der Fassung vom 1.8.2013)



2.2 VERSICHERUNG DER „NICHTVERSICHERTEN“ IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (AUFFANGVERSICHERUNGSPFLICHT)

2.2.1 BEITRAG IN DER AUFFANGVERSICHERUNG § 5 ABS. 1 NR. 13 SGB V

Die Beiträge, die aufgrund der Versicherungspflicht als sogenannte ehemalige Nichtversicherte zu zahlen sind, werden nach einem Beitragsatz von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben, die bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (2014: 4.050 Euro monatlich) berücksichtigt wird.

Bei der Beitragsbemessung gelten die gleichen Regelungen wie bei den freiwillig Versicherten. Für versicherungspflichtige Mitglieder in der Auffangversicherung ist grundsätzlich der ermäßigte Beitragsatz in der Krankenversicherung maßgebend.

Der monatliche Höchstbeitrag beträgt ca. 600 Euro. Der monatliche Mindestbeitrag beträgt ca. 140 Euro. Bei Selbständigen mit Anspruch auf Gründungszuschuss oder mit geringen Einkünften und wenig Vermögen beträgt der Mindestbeitrag ca. 205 Euro.

§ 227 SGB V, § 240 SGB V, § 243 SGB V

2.2.2 ZUSCHÜSSE ZUR AUFFANGVERSICHERUNG

Die Krankenversicherungsbeiträge sind grundsätzlich von den Versicherten selbst zu tragen. Die Sozialhilfeträger oder die Träger der Grundsicherung können diese Beiträge übernehmen, wenn die Versicherten hilfebedürftig sind. Diese Träger übernehmen diese Beiträge auch dann, wenn Hilfebedürftigkeit droht. Das betrifft Personen, die zwar keine Sozialhilfe-/Grundsicherungsleistungen erhalten, weil keine Bedürftigkeit vorliegt, die jedoch durch die Zahlungen dieser Krankenversicherungsbeiträge bedürftig werden würden. Erwerbsfähige Betroffene und deren in Bedarfsgemeinschaft lebende Angehörige sollten sich an die Jobcenter wenden, Nicht-Erwerbsfähige an die Sozialämter.

Werden solche Krankenkassenbeiträge durch die Sozialhilfeträger oder die Träger der Grundsicherung übernommen, dann gilt das allerdings nur für die laufenden und nicht für die rückständigen Beiträge. Die rückständigen Beiträge sind von den Versicherten selbst zu zahlen. Deshalb sollten Betroffene rechtzeitig solche Zuschüsse bei den zuständigen Stellen beantragen.

§ 26 SGB II, § 32 Abs.1 SGB XII

2.2.3. FOLGEN BEI NICHT RECHTZEITIGER MELDUNG – BEITRAGSNACHZAHLUNGEN

Wer nicht krankenversichert ist und sich nicht rechtzeitig bei einer gesetzlichen Krankenkasse gemeldet hat, muss die Krankenversicherungsbeiträge nachzahlen und zwar auch rückwirkend. Rechtzeitig heißt für ehemals gesetzlich Versicherte: 1.4.2007. Haben Personen erst nach dem 1.4.2007 ihren Krankenversicherungsschutz verloren, gilt diese Versicherungspflicht erst ab dem Zeitpunkt des Verlustes des Krankenversicherungsschutzes. Zu den Möglichkeiten einer Beitragsermäßigung siehe Punkt 2.2.4.3.

§ 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V

2.2.4.1 Folge von Beitragsrückständen – Ruhensregelung

Befinden sich in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte mit zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, kommen die Krankenkassen nur noch für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft auf. Ausgenommen von dem Ruhen sind auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Kinderuntersuchungen. Das Ruhen des Leistungsanspruchs endet, wenn alle rückständigen Beiträge gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne der Regelungen über das Arbeitslosengeld II oder im Sinne des Sozialhilferechts werden.

Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, besteht ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf alle gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Mitversicherte Kinder sind von einem Ruhen des Leistungsanspruchs nicht betroffen. Eine Einschränkung der Leistungen beschränkt sich allein auf den säumigen Beitragszahler, seine mitversicherten Angehörigen sind ausgenommen

§ 16 Abs. 3a Sätze 2 und 3 SGB V

2.2.4.2 Folge von Beitragsrückständen – Säumniszuschläge

Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Auffangversicherung) haben für Beiträge, die nicht bis zum Fälligkeitstag gezahlt worden sind, für jeden angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des rückständigen, auf 50,00 Euro nach unten abgerundeten Beitrags zu zahlen.

§ 24 Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)

2.2.4.3 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden – Erlass von Beitragsschulden

Der Bundestag hat am 14.6.2013 ein „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ beschlossen (Bundestags-Drucksache 17/13947). Das am 1.8.2013 in Kraft getretene Gesetz sieht vor, dass für freiwillig Versicherte sowie für vormals Nicht-Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung anstelle des bisherigen Säumniszuschlags in Höhe von monatlich fünf Prozent künftig nur noch der reguläre monatliche Säumniszuschlag in Höhe von monatlich einem Prozent des rückständigen Betrags gilt.

Überdies wird der Abbau entstandener Beitragsschulden erleichtert. Danach soll bei verspäteter Anzeige der Voraussetzungen der Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (ab 2014) die Krankenkasse den seit Eintritt der Versicherungspflicht nachzuhebenden Beitrag angemessen ermäßigen; darauf entfallende Säumniszuschläge sind zu erlassen.

Beitragerlass für Neufälle zwischen dem 1.8.2013 und dem 31.12.2013:

Es ist ein *vollständiger Beitragerlass* einschließlich der angefallenen Säumniszuschläge für zurückliegende Zeiträume für alle Personen vorgesehen, die sich zur Feststellung und Durchführung der Mitgliedschaft *bis zum 31.12.2013 an die jeweils zuständige Krankenkasse wenden. Diese Stichtagsregelung* setzt für bisher nicht gemeldete Personen einen deutlichen Anreiz, zeitnah bei der Krankenkasse ihre Mitgliedschaft feststellen zu lassen.

Es ist davon auszugehen, dass die Stichtagsregelung viele Betroffene dazu bewegen wird, sich bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse zu melden.

Beitragserlass für Versicherte in der Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Altfälle)

Das Gesetz stellt zudem klar, dass der vollständige Erlass von Beitragsschulden auch die noch ausstehenden Beiträge und Säumniszuschläge der bereits *vor Inkrafttreten* dieses Gesetzes eingetretenen Mitglieder nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V umfasst. Der Schuldenerlass gilt demnach auch für diejenigen Mitglieder, die bereits in der Vergangenheit verspätet angezeigt haben, dass Sie versicherungspflichtig in der Auffangpflichtversicherung sind. Der Schuldenerlass bezieht sich laut Gesetzesbegründung bei diesen Personen auf die Beitragsschulden und Säumniszuschläge, die zwischen dem *Eintritt* und der *Feststellung* der nachrangigen Auffangpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entstanden sind.

BEISPIEL

Eintritt in die Auffangpflichtversicherung kraft Gesetzes: 1.1.2010

Versicherter meldet sich erst am 1.1.2012 bei der Krankenkasse und hat bis dato keinerlei Beiträge gezahlt.

BEITRAGSBERECHNUNG:

1.1.2010-31.12.2011: 3.600 € Beitrag, 1.000 € Säumnisz. (Nacherhebungszeitraum)

1.1.2012-28.8.2013: 2.850 € Beitrag, 500 € Säumnisz. (laufender Rückstand)

SCHULDEN INSGESAMT: 7.950 €

MÖGLICHER BEITRAGSERLASS, BEI ANTRAGSSTELLUNG:

1.1.2010-31.12.2011: 3.600 € Beitrag, 1.000 € Säumnisz. (Nacherhebungszeitraum)

1.1.2012-28.8.2013: 400 € Säumniszuschläge (von 5 % auf 1%)

VERBLEIBENDE RESTSCHULDEN: 2.950 € (BEITRAGSERLASS: 5.000 €)

Sofern und soweit bereits Beiträge und Säumniszuschläge gezahlt wurden, kommt ein Erlass bzw. eine damit verbundene Erstattung nicht in Betracht. Bedingung für einen Erlass von Beiträgen ist jedoch ein Leistungsverzicht bzw. ein Verzicht auf die Einreichung von Rechnungen für den Erlasszeitraum.

Näheres dazu hat der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen in „Einheitlichen Grundsätzen zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ geregelt.

§ 265a Abs. 4 SGB V



2.2.5 VERJÄHRUNG VON BEITRAGS- SCHULDEN

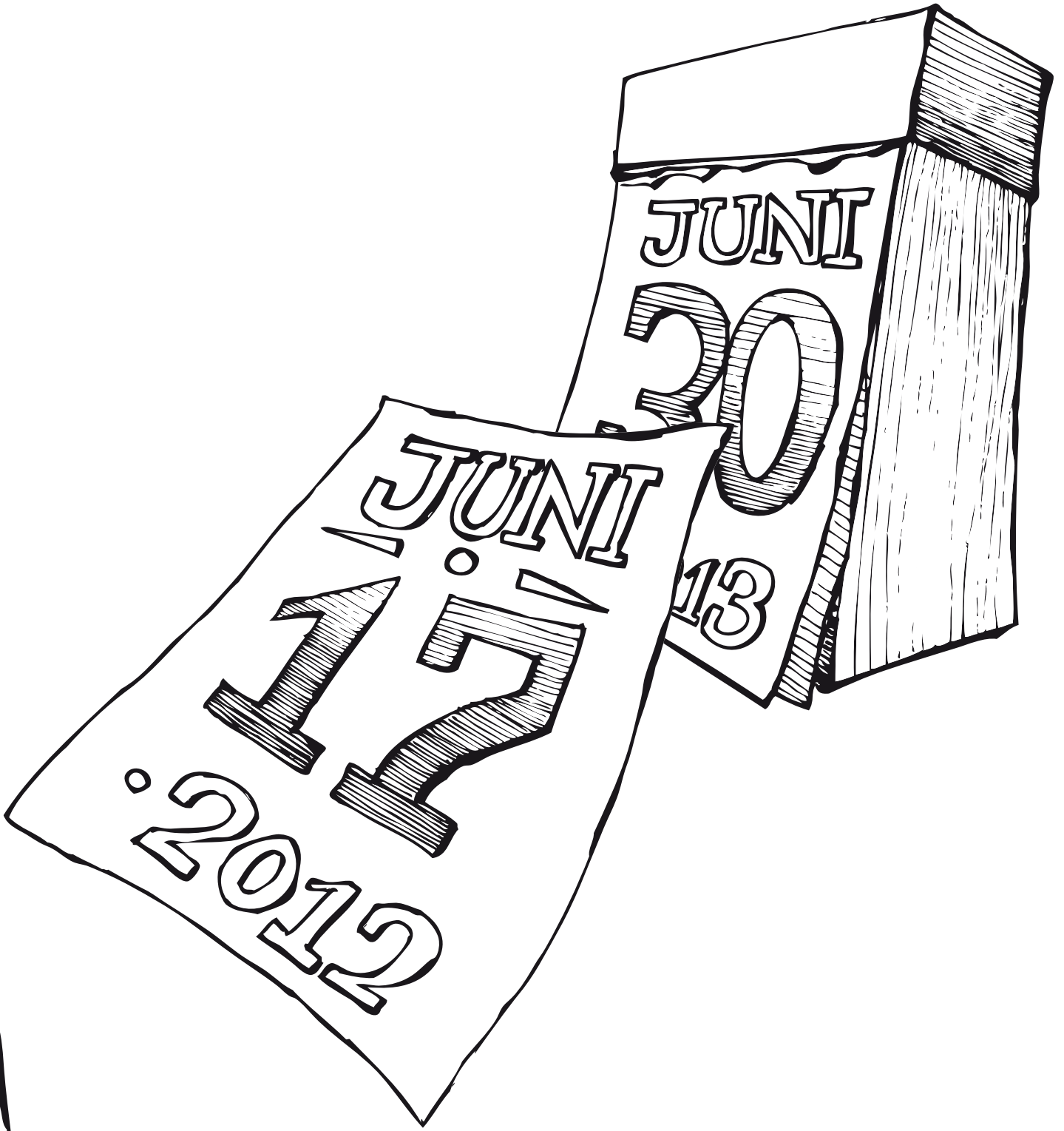
Bei der Verjährung von Beitragsforderungen wird zwischen einer vierjährigen Verjährungsfrist und einer 30-jährigen Verjährungsfrist unterschieden. Ansprüche auf Beiträge verjähren grundsätzlich in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind.

Vorsätzlich vorenthaltene Beiträge verjähren dagegen in 30 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Für Vorsatz sind das Bewusstsein und der Wille erforderlich, die Abführung der fälligen Beiträge zu unterlassen.

Dabei reicht es für die Geltung der 30-jährigen Verjährungsfrist bereits aus, wenn der Schuldner die Beiträge mit bedingtem Vorsatz vorenthalten hat, er also seine Beitragspflicht für möglich gehalten, die Nichtabführung der Beiträge aber billigend in Kauf genommen hat. Allerdings muss der Vorsatz anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles individuell ermittelt werden. Die Feststellungslast trifft im Zweifel den Versicherungsträger, der sich auf die für ihn günstige lange Verjährungsfrist beruft.

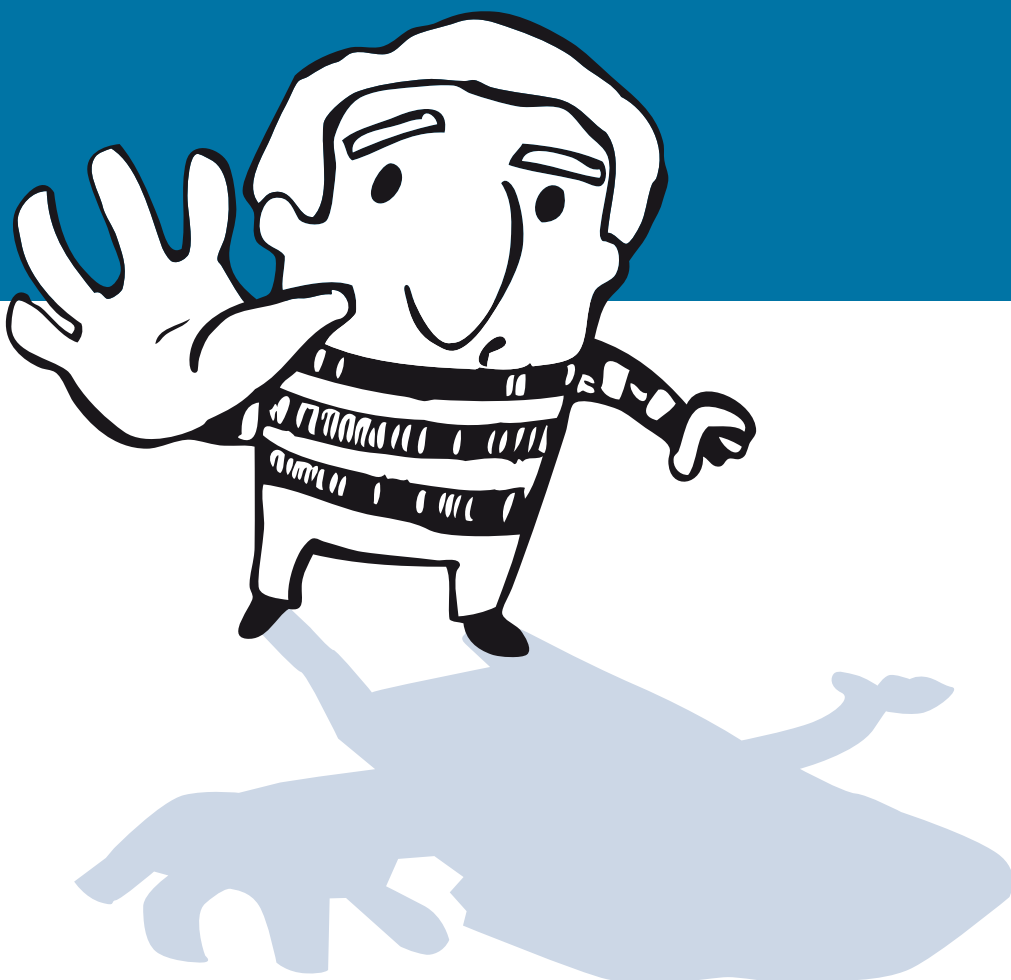
§ 25 Abs. 1 SGB IV





3. INTERVENTIONS- MÖGLICHKEITEN

BEI DIFFERENZEN MIT DEN KRANKENVERSICHERUNGEN



3.1 INTERVENTIONSMÖGLICHKEIT BEI PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

Das Vorgehen der privaten Krankenversicherungsunternehmen können Versicherte aufsichtsrechtlich überprüfen lassen. Zuständige Aufsichtsbehörde ist die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)**,

Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.
Verbrauchertelefon: Mo. bis Fr. von 8 bis 18 Uhr - Tel. 0228 299 70 299. Ein solches Beschwerdeverfahren ist für die Versicherten kostenlos.

3.2 INTERVENTIONSMÖGLICHKEIT BEI GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

Das Vorgehen der Krankenkasse können Versicherte aufsichtsrechtlich überprüfen lassen.

Bei landesunmittelbaren Krankenkassen wie der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland ist die zuständige Aufsichtsbehörde das

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

Rheinallee 97 – 101

55118 Mainz

Tel. 06131 967-0

Fax: 06131 967-353

Zuständig bei bundesunmittelbaren Krankenkassen, wie beispielsweise der Techniker-Krankenkasse, DAK Gesundheit oder der Barmer GEK, ist das

Bundesversicherungsamt

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Tel. 0228 619-0

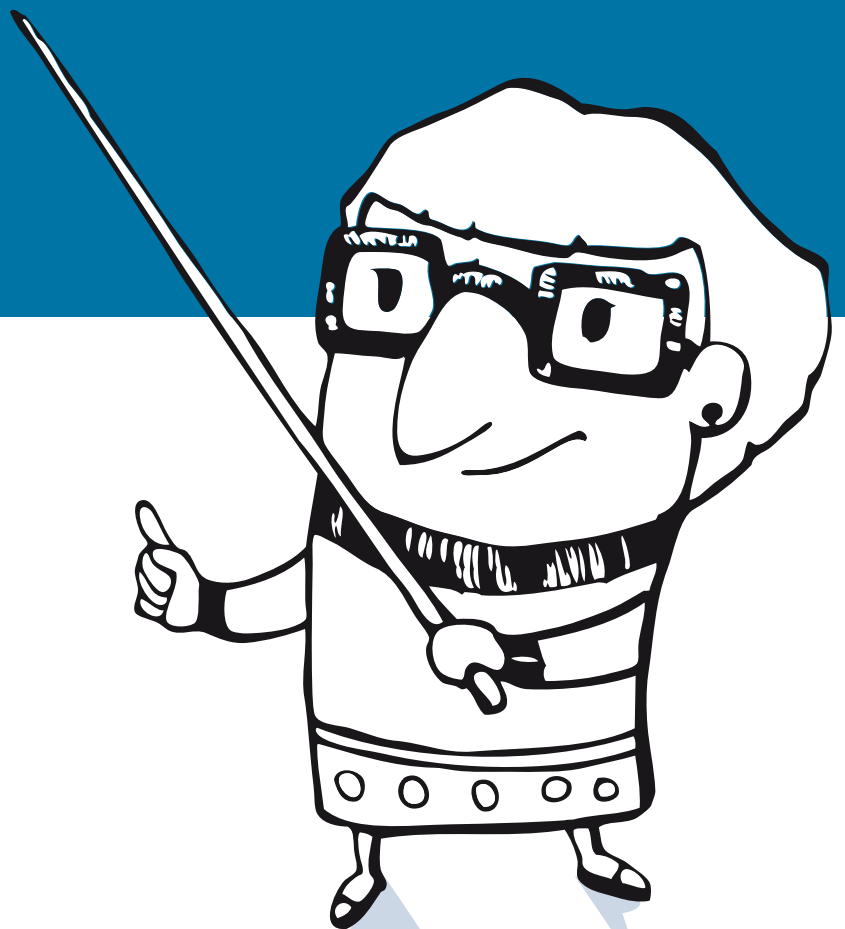
Mo-Do 8.00 – 16.30 Uhr


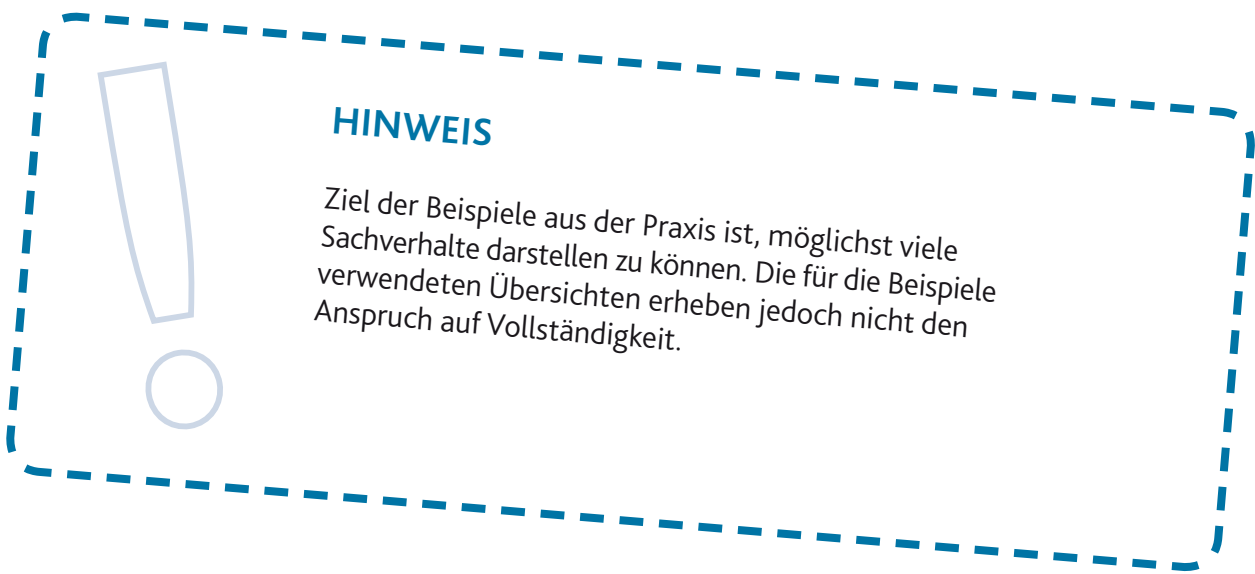

Fr 8.00 – 14.00 Uhr

Die zuständige Aufsichtsbehörde kann über die Homepage der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse ermittelt werden. Diese findet man in der Regel im Impressum.

Ein solches Beschwerdeverfahren ist für die Versicherten kostenlos.

4. BEISPIELE AUS DER PRAXIS

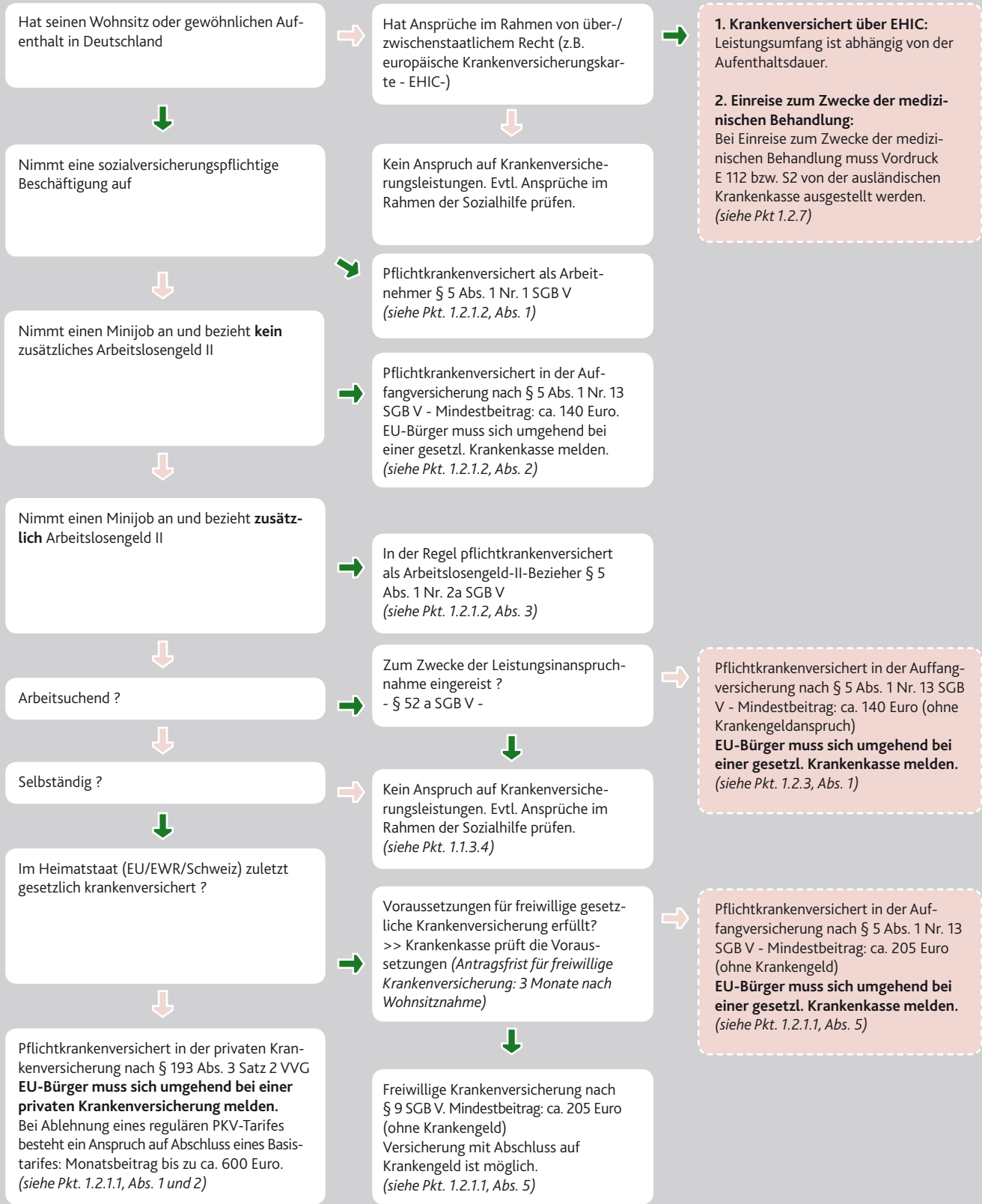




HINWEIS

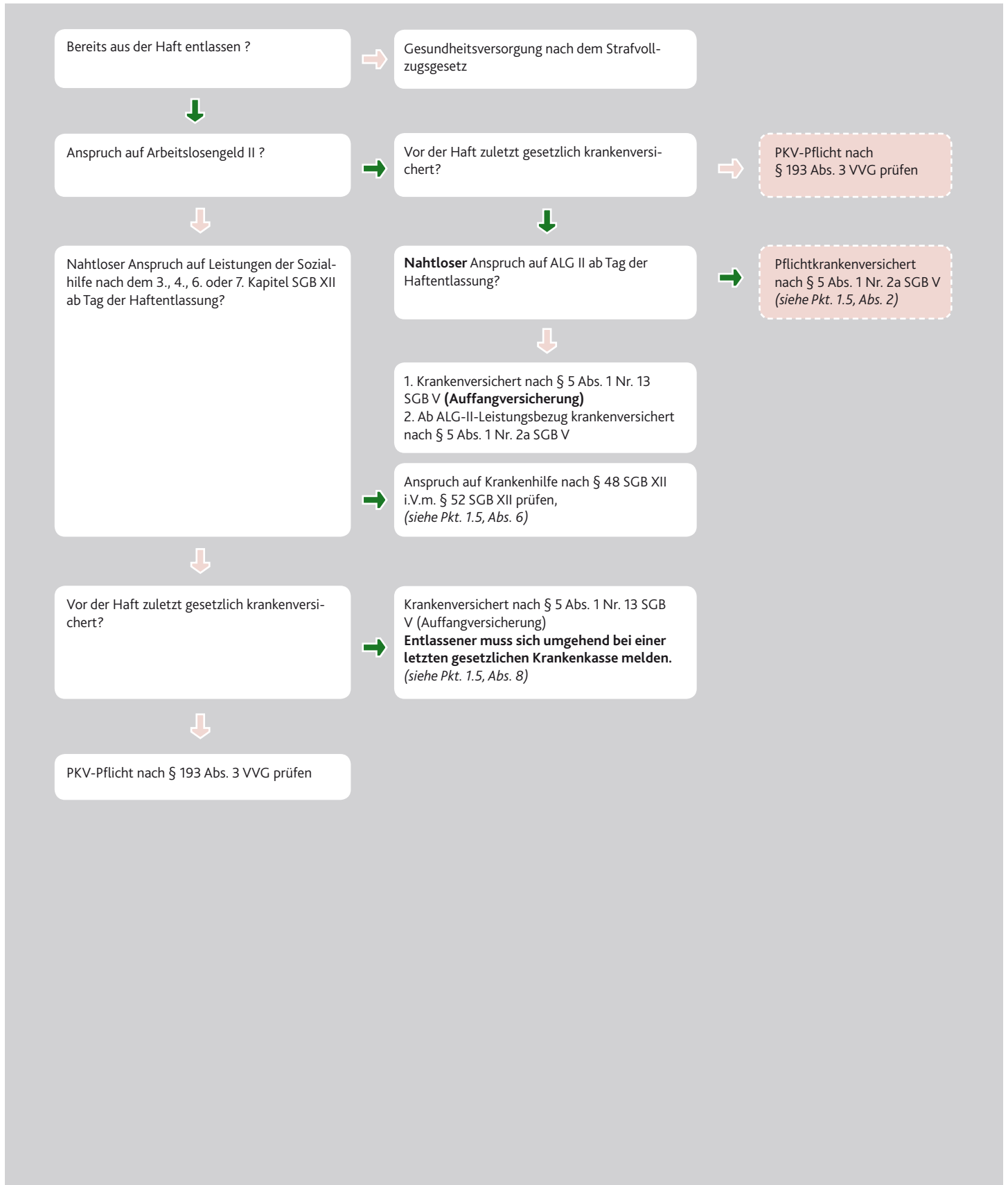
Ziel der Beispiele aus der Praxis ist, möglichst viele Sachverhalte darstellen zu können. Die für die Beispiele verwendeten Übersichten erheben jedoch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

4.1 BEISPIEL AUS DER PRAXIS: EIN BULGARISCHER STAATSBÜRGER KOMMT NACH DEUTSCHLAND



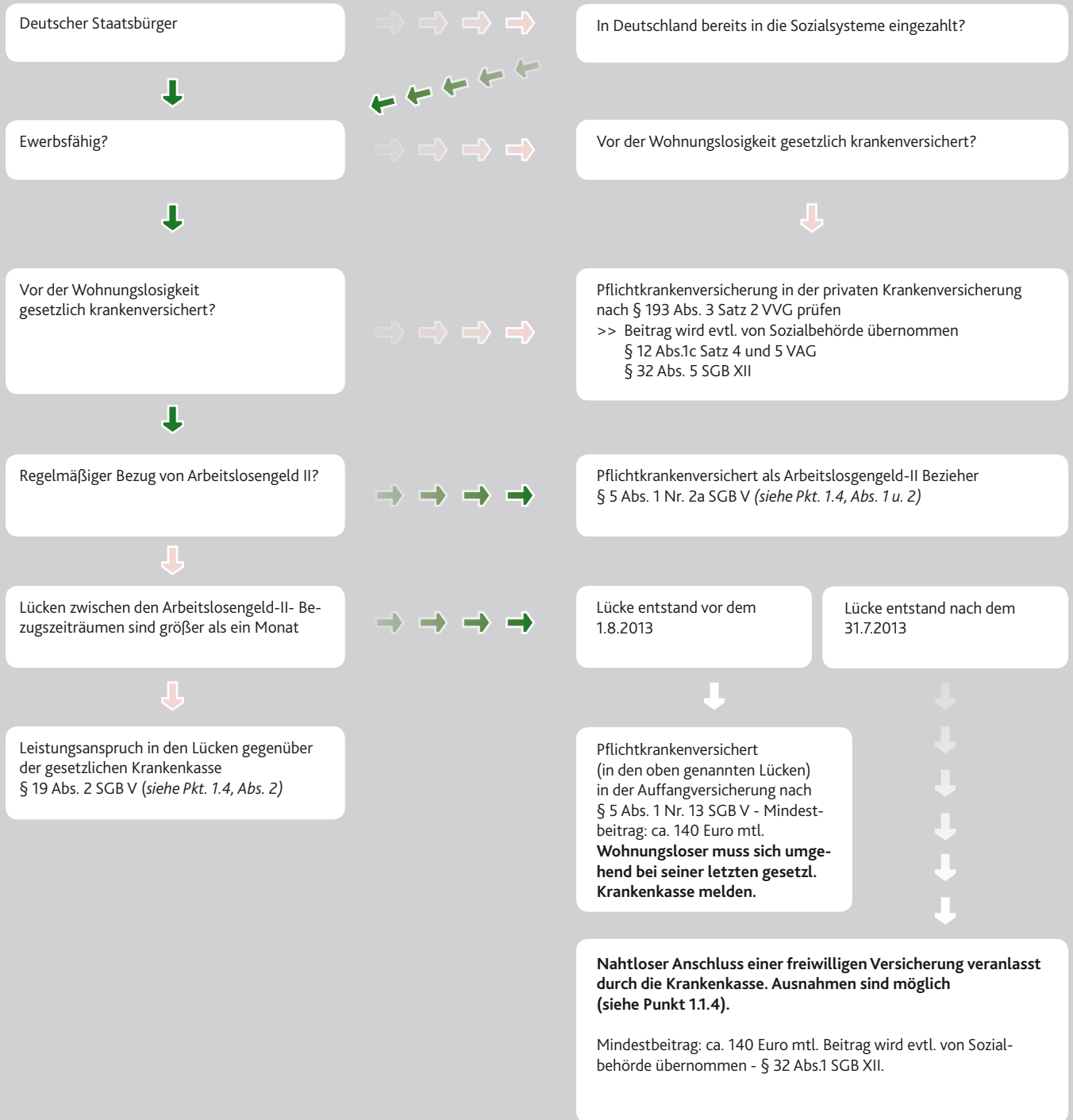
→ Ja → Nein

4.2 BEISPIEL AUS DER PRAXIS: HAFTENTLASSENE (ERLÄUTERUNGEN SIEHE PUNKT 1.5)



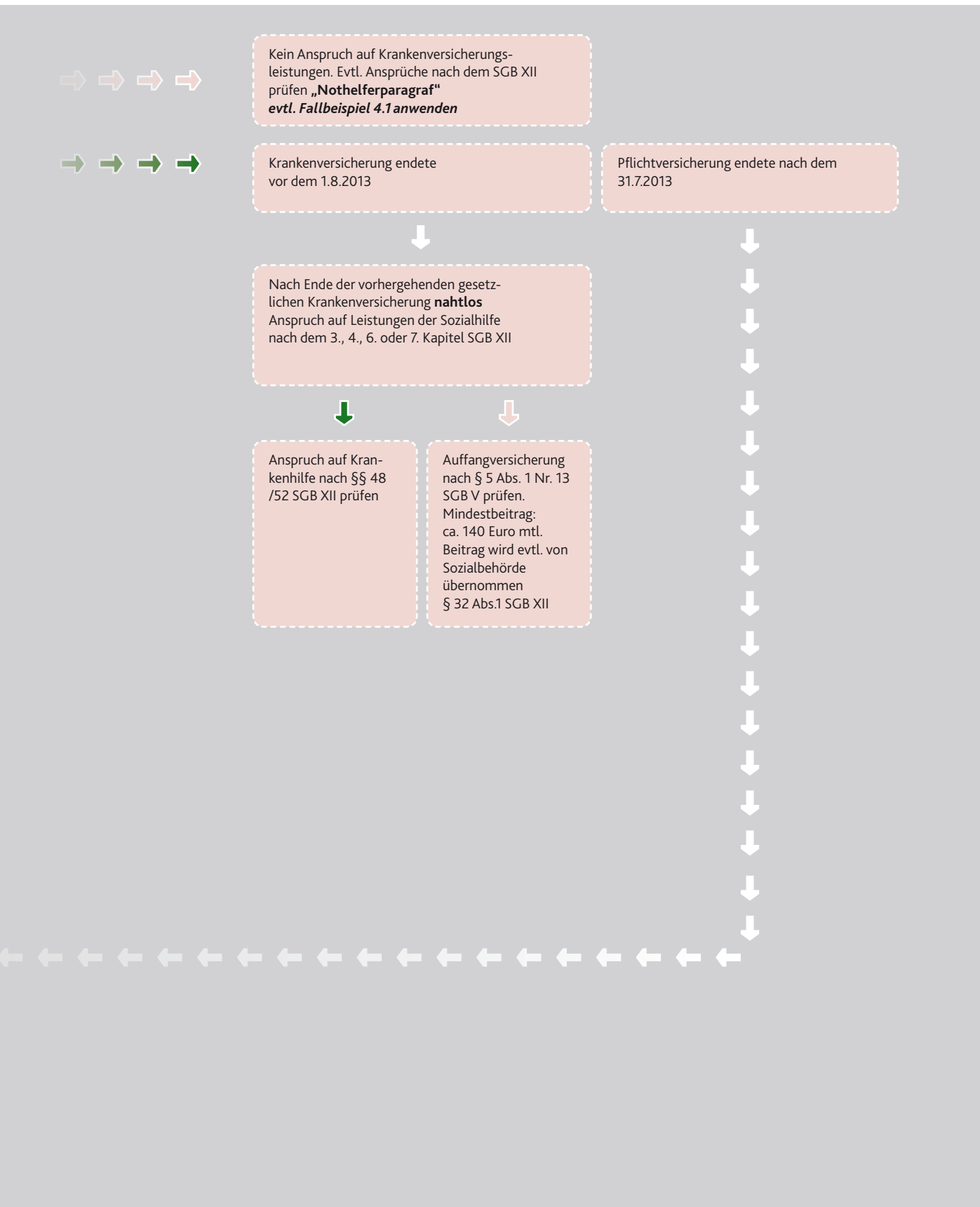
→ Ja → Nein

4.3 BEISPIEL AUS DER PRAXIS: WOHNUNGSLOSE (ERLÄUTERUNGEN SIEHE PUNKT 1.4)



➔ Ja

➔ Nein



5. WEITERE BERATUNGSSTELLEN



5.1 MALTESER WERKE GEMEINNÜTZIGE GMBH

Die Malteser Werke betreuen und unterstützen Asylbewerber, Flüchtlinge und Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund.

Darüber hinaus bieten die Malteser Werke ehrenamtlich eine sozialmedizinische Beratung an.

Anschrift:
Pfarrer-Dorn-Straße 35
55127 Mainz

Tel: 06131 3331-748
Fax: 06131 3331-832

Beratungszeiten:
mittwochs 18.00–20.00 Uhr

5.2 UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG DEUTSCHLAND (UPD)

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland berät und informiert kostenfrei zu Gesundheitsfragen, zivil- und sozialrechtlichen sowie psychosozialen Fragen.

Anschrift:

Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
Bahnhofstraße 1
67059 Ludwigshafen
Tel: 0621 592965-0
Fax: 0621 592965-65

Beratungszeiten:

Montag
10.00–15.00 Uhr
Dienstag
14.00–17.00 Uhr
Mittwoch
10.00–15.00 Uhr
Donnerstag
14.00–17.00 Uhr

5.3 TRESS-NETWORK

trESS steht für „Training and Reporting on Social Security“. Auf dieser Internetseite können alle Informationen zum Europäischen Sozialversicherungsrecht abgerufen und Wissen ausgetauscht werden. Alle Regulierungen zum Europäischen Sozialversicherungsrecht werden zeitnah und aktuell zur Verfügung gestellt. Insbesondere interessant sind die Datenbanken mit den europäischen und nationalen Gesetzestexten, das e-Learning-

Modul zu einzelnen Fragen des Sozialversicherungsrechts sowie die regelmäßig erscheinenden e-Newsletter. Treten spezielle Fragen zum europäischen Sozialversicherungsrecht auf, lassen sich hier schnell und einfach Antworten finden.

Anschrift:

www.tress-network.org

STICHWORT-/ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Anlaufstellen Papierlose	23
Arbeitsuchende EU/EWR/Schweiz.....	16
Asylbewerberleistungsgesetz.....	20
Auffangversicherung.....	29, 11, 12, 13
Auffangversicherung – Familienversicherung.....	11, 22
Auffangversicherung – letzte Krankenkasse ist zuständig	12
Auffangversicherung – Versicherung kraft Gesetzes	12, 31
Ausländische Mitbürger und Minijob	14, 15
Auslandskrankenschein	18
Basistarif.....	09
Basistarif – Umfang des Versicherungsschutzes.....	09
Beitragshöhe – Auffangversicherung.....	29
Beitragshöhe – PKV-Basistarif	27
Beitragsrückstand in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	12, 29, 30
Beitragsrückstand in der privaten Krankenversicherung.....	11
Beitragsschulden – Auswirkung auf Angehörige in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	29
Beitragsschulden – Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	30
Beitragsschulden – Leistungsumfang in der privaten Krankenversicherung (Notlagentarif).....	11
Beschwerde bei Aufsichtsbehörden.....	35
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland.....	17, 18, 19
DVKA.....	17,18, 19
EHIC – Europäische Krankenversicherungskarte.....	14, 17, 18, 38
Europäische Krankenversicherungskarte	14, 17, 18, 38
Fallbeispiel bulgarischer Mitbürger.....	38
Fallbeispiel Haftentlassene	39
Fallbeispiel Wohnungslose	40, 41
Haftentlassung.....	22, 39
Härtefallregelung PKV.....	27
Illegale	23
Inhaftierte	22, 39
JVA.....	22, 39
Leistungsausschluss gesetzlicher Krankenversicherung.....	12
Malteser Werke gemeinnützige GmbH.....	42
Medinetz Mainz e.V.	24

Medizinische Ambulanz ohne Grenzen	23
Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus	23, 24
Mindestbeitrag.....	29, 38, 40
Papierlose.....	23
Ratenzahlungsvereinbarung.....	30
Saisonarbeiter	13, 14, 15
Säumniszuschläge	30, 31
Schulden.....	11, 28, 30, 31, 32
Selbständig Tätige ausländische Bürger (nicht EU/EWR/Schweiz)	15
Selbständig Tätige ausländische Bürger (EU/EWR/Schweiz).....	13, 14
Touristen	17, 18
Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD).....	43
Verein „Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.“	23
Verjährung	32
Versicherung der Nichtversicherten – Auffangpflichtversicherung	11
Versicherungslücken bei Wohnungslosen	21
Wahlfreiheit – eingeschränkte Wahlfreiheit in der Auffangversicherung	12
Wahlfreiheit PKV-Basistarif.....	09
Wohnungslose	21
Zuschüsse im PKV-Basistarif.....	27
Zuschüsse in der gesetzlichen Auffangversicherung.....	29

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BVA	Bundesversicherungsamt
DVKA	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum, bestehend aus den EU-Mitgliedstaaten sowie Island, Liechtenstein und Norwegen
EHIC	Europäische Krankenversicherungskarte
FreizügG	Freizügigkeitsgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
JVA	Justizvollzugsanstalt
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

DANKSAGUNG

Die Idee zu dieser Broschüre ist im Runden Tisch „Armut und Gesundheit“ des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie entstanden.

Unser Dank geht daher an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Runden Tisches „Armut und Gesundheit“ und im Besonderen an die folgenden Organisationen, die unter Leitung des MSAGD in einer Redaktionsgruppe bei der Erstellung dieser Informationsbroschüre mitgewirkt haben:



IMPRESSUM

Herausgeber:

Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
Referat Öffentlichkeitsarbeit und Reden
Bauhofstr. 9, 55116 Mainz

Gestaltung:

Monika Kosmala – Kommunikationsdesign

Druck:

W.B. Druckerei GmbH

© MSAGD 2014



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAPHIE

Bauhofstraße 9
55116 Mainz

www.msagd.rlp.de