



Deutscher  
Caritasverband

---

# Information

## **Orientierungshilfe**

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

**zum**

## **Krankenversicherungsschutz**

**für Personen ohne ausreichende Absicherung im  
Krankheitsfall**

Stand: September 2012

**Herausgegeben von  
Deutscher Caritasverband e.V.**

**Arbeitsstelle Sozialrecht**

**Kontakt:  
Tatjana Loczenski  
Christiane Kranz  
Claire Vogt**

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

## Inhaltsverzeichnis:

1	Einführung .....	3
2	Der versicherungspflichtige Personenkreis .....	3
2.1	Allgemeines.....	3
2.2	Einbeziehung der bisher Nichtversicherten .....	4
2.3	Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V .....	4
2.3.1	Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall .....	4
2.3.2	Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V.....	5
2.3.3	Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V.....	6
2.3.4	Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit: Krankenversicherungsschutz nicht für alle.....	7
2.4	Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung.....	12
3	Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung .....	13
3.1	Beginn und Ende der Mitgliedschaft .....	13
3.2	Auskunfts- und Mitteilungspflichten .....	14
3.3	Welche Kasse ist zuständig? .....	14
4	Beiträge .....	15
4.1	Gesetzliche Krankenversicherung .....	15
4.1.1	Allgemeiner Beitragssatz, kassenindividueller und durchschnittlicher Zusatzbeitrag, Sozialausgleich .....	15
4.1.2	Beiträge nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V: Wer zahlt? .....	15
4.1.3	Beiträge für ALG-II-Bezieher/innen.....	15
4.1.4	Beitragsrückstände in der GKV.....	16
4.2	Private Krankenversicherung.....	19
5	Anhang .....	21
5.1	Musterschreiben: Antrag auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung.....	21
5.2	Musterschreiben: Widerspruch gegen Beitragsbescheid .....	22
5.3	Musterschreiben: Antrag auf Erlass der Krankenversicherungsbeiträge .....	24
5.4	Gemeinsame Presseerklärung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vom 13.2.2008: .....	26
5.5	Musterschreiben: Bitte um Erlass der Altschulden für privat versicherte ALG-II-Empfänger/innen .....	28
5.6	Auszug aus dem SGB V .....	29
5.7	Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz .....	42
5.8	Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetzes .....	43

## 1 Einführung

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

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

Im Sommer 2010 wurde im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes die Beitragszahlung neu geregelt und u.a. ein Zusatzbeitrag eingeführt.

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

## 2 Der versicherungspflichtige Personenkreis

### 2.1 Allgemeines

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

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist, bestimmt § 5 SGB V. Hierzu zählen beispielsweise Arbeiter und Angestellte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II beziehen<sup>1</sup> oder auch behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten. Versicherungspflicht bedeutet, dass derjenige, der ihr unterfällt, nicht selbst entscheiden kann, ob er sich krankenversichert oder nicht. Vielmehr zieht die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zugleich unmittelbar eine Mitgliedschaft in einer Krankenkasse nach sich (vgl. dazu 3.)

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

---

<sup>1</sup> Vgl. zur Änderung der Rechtslage ab 1.1.2009 unter 4.2.

## 2.2 Einbeziehung der bisher Nichtversicherten<sup>2</sup>

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

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

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

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

Für Personen ohne Krankenversicherungsschutz, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind, besteht seit dem 01.01.2009 Versicherungspflicht in der PKV zum Basistarif (§ 193 Abs. 3. VVG<sup>3</sup>, siehe dazu 2.4).

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

### 2.3.1 *Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall*

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

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

---

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

<sup>3</sup> VVG - Gesetz über den Versicherungsvertrag

Wichtig:

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

Der Sozialhilfeträger übernimmt die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung.

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

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

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

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

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

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

- ehemals freiwillige Mitglieder, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen konnten und denen deshalb ihre Krankenkasse gekündigt hatten,
- Personen, die zunächst versicherungspflichtig waren (z. B. als Arbeitnehmer, als deren Familienversicherte, als Teilnehmer einer Maßnahme der Arbeitsagentur) und nach Auslaufen der Versicherungspflicht versäumt haben, sich freiwillig weiterzuversichern oder das wegen fehlender Vorversicherungszeiten nicht konnten,

- Auslandsrückkehrer, die vor dem Auslandsaufenthalt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, soweit sie nicht nach anderen Tatbeständen versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind,
- Arbeitnehmer in einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV, wenn sie nicht bereits krankenversichert sind (z. B. auf Grund einer „Hauptbeschäftigung“ oder im Rahmen der Familienversicherung) und auch kein sonstiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

### **2.3.2.2 zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert**

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

#### **Achtung:**

Generell gilt zwar der Grundsatz, dass anhand der Tätigkeit darüber zu entscheiden ist, ob jemand der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen ist (vgl. unter 2.1.). Dieser Grundsatz wurde aber für die Personen durchbrochen, die am 1.4.2007 ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz und zuletzt gesetzlich versichert waren. Dazu zählen z. B. auch Selbständige oder Beamte ohne ausreichenden Versicherungsschutz. Sie sind zwar eigentlich versicherungsfrei (vgl. unter 2.1.). Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V geht aber vor. Das bedeutet, dass diese Menschen seit dem 1.4.2007 ebenfalls versicherungspflichtig sind, sofern sie zu diesem Zeitpunkt ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz waren und zuletzt in der GKV waren.

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

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

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

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

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, sind selten. Der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13b

SGB V unterliegen damit vorwiegend Personen, die erstmals ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen und die nicht aufgrund anderer Umstände gesetzlich pflichtversichert oder aufgrund ihrer Tätigkeit der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind bzw. sich freiwillig gesetzlich versichern können. In diesem Zusammenhang sind bei Ausländern die Zusatzregelungen des § 5 Abs. 11 SGB V zu beachten (vgl. 2.3.4).

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

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

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

### **2.3.4 Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit: Krankenversicherungsschutz nicht für alle**

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

#### **2.3.4.1 EU-Staatsangehörige, EWR-Staatsangehörige und Schweizer**

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

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

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

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

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

## (1) Erwerbstätigkeit

- a) Wer als **Arbeitnehmer sozialversicherungspflichtig beschäftigt** ist, ist regelmäßig schon über seinen Arbeitgeber aufgrund seines Arbeitsverhältnisses nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versichert. (vgl. unter 2.1.)
- b) Wer **selbständig erwerbstätig ist**, ist grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen, d. h. es besteht seit 1.1.2009 das Recht und die Pflicht zur Versicherung im Basistarif. Eine Besonderheit besteht für Personen, die am 1.4.2007 ohne Absicherung im Krankheitsfall und davor zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Diese Menschen sind seit 1.4.2007 versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und zugleich wieder Mitglied ihrer letzten gesetzlichen Krankenkasse. Seit diesem Zeitpunkt besteht ein Anspruch auf Leistungen als auch die Pflicht zur Zahlung der Mitgliedsbeiträge (vgl. 2.3.2). Diese Personengruppe kann allerdings durch den Abschluss einer Krankenversicherung bei einer privaten Krankenkasse die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 b SGB V beenden (vgl. 2.3.1).
- c) Wer als **Mini-Jobber** geringfügig beschäftigt ist, ist für diese Tätigkeit nach § 7 SGB V versicherungsfrei.
- d) Personen, die sich in einer **Ausbildung** befinden, können bereits wie folgt versichert sein:
  - Wer eine betriebliche Ausbildung absolviert, ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V pflichtversichert.
  - Wer eine außerbetriebliche Ausbildung macht, ist pflichtversichert nach § 5 Abs. IV a SGB V
  - Studenten sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V pflichtversichert (Befreiung möglich nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V)
  - Bei einer Förderung nach SGB III werden u. U. auch die Krankenversicherungsbeiträge nach § 68 Abs. 2 SGB III gezahlt
  - Im Übrigen kann zugleich auch eine Familienversicherung nach § 10 SGB V vorliegen

## (2) Nichterwerbstätigkeit

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

- a) Arbeitsuchende sind wie Arbeitnehmer freizügigkeitsberechtigt nach § 2 Abs. 2 Freizügigkeitsgesetz/EU. Auf sie findet § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Anwendung.
- b) Sind sie nicht arbeitsuchend, ist zu prüfen, ob sie als Nichterwerbstätige nach § 4 Freizügigkeitsgesetz/EU oder nach einem entsprechenden Abkommen mit der Schweiz verpflichtet sind, vor Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes im Heimatland nachzuweisen. Wenn das so ist, ist strittig, ob kein Versicherungsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl. § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V) besteht. § 4 FreizügG/EU setzt zwar den Nachweis einer Krankenversicherung voraus, so dass ihr Fehlen möglicherweise Folgen für das Aufenthaltsrecht hat. Für die Versicherungspflicht kann dies aber nicht die bestimmende Frage sein. Die Krankenversicherung gehört zu den Systemen sozialer Sicherheit, bei den EU-Bürger/innen mit Blick auf die Rechte und Pflichten deutschen Staatsangehörigen gleichgestellt sind (Art. 4 VO 883/2004). Da von der Versicherungspflicht seit 2007 auch wirtschaftlich inaktive Deutsche erfasst sind, muss dies auch für wirtschaftlich inaktive EU-Bürger/innen mit Wohnsitz<sup>4</sup> in Deutschland gelten, sofern sie nicht mehr im Herkunftsland abgesichert sind (Art. 11 Abs. 3 Nr. c und Art. 17 VO 883/2004). § 5 Abs. 11 S. 2 SGB II muss demnach europarechtskonform dahingehend ausgelegt werden, dass wirtschaftlich inaktive EU-Bürger/innen, die nicht tatsächlich anderweitig krankenversichert sind, unter die Bürgerversicherung fallen.

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

---

<sup>4</sup> Zum Problem, ob der Wohnsitz im Rahmen der VO 883/2004 einen rechtmäßigen Aufenthalt nach der UnionsRL voraussetzt: Frings, Sozialleistungen für Unionsbürger/innen nach der VO 883/2004 (März 2012), download: [http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings\\_Sozialleistungen\\_883-2004.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings_Sozialleistungen_883-2004.pdf)

Tipp:

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

## 2.3.4.2 Drittstaatler

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

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

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

### (1) Ausschluss von Berechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

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

### (2) Regelung des § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V

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

- a) Inhaber einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als 12 Monate nach dem Aufenthaltsgesetz ist

**und**

- b) für die Erteilung dieses Aufenthaltstitels keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht.

### *Zu b) Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts*

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

Ausnahmsweise entfällt diese Verpflichtung bei:

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

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

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

### *Zu a) Niederlassungserlaubnis und befristeter Titel*

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

Typische Konstellationen sind folgende:

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

**Tipp:**

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

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

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

## **2.4 Pflicht zur Versicherung in der privaten Krankenversicherung**

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

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

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, den Versicherungspflichtigen eine Krankheitskostenversicherung im Basistarif zu gewähren (sogen. Kontrahierungszwang, § 12 Abs. 1b VAG<sup>5</sup>). Dieser muss gemäß den gesetzlichen Vorgaben nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) vergleichbar sein (§ 12 Abs. 1a VAG). Vorerkrankungen bei Versicherungsbeginn wirken sich im Basistarif nicht auf die Beitragshöhe aus, individuelle Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind unzulässig. Das Gesetz gibt als maximale Beitragshöhe den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV vor (2012 rund 592 Euro/Monat).

Bereits ab 01.07.2007 konnten Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen waren und keine anderweitige Absicherung für den Krankheitsfall hatten, Versicherungsschutz im Standardtarif verlangen. Die abgeschlossen Verträge wurden zum 01.01.2009 automatisch in den Basistarif überführt.

**Wichtig:**

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

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

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

### **3 Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung**

#### **3.1 Beginn und Ende der Mitgliedschaft**

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

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

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

---

<sup>5</sup> VAG -Versicherungsaufsichtsgesetz

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

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

### 3.2 Auskunfts- und Mitteilungspflichten

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

#### Wichtig:

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

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

### 3.3 Welche Kasse ist zuständig?

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

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

## 4 Beiträge

### 4.1 Gesetzliche Krankenversicherung

#### **4.1.1 Allgemeiner Beitragssatz, kassenindividueller und durchschnittlicher Zusatzbeitrag, Sozialausgleich**

Wer ein Erwerbseinkommen hat, zahlt hiervon in einer bestimmten Höhe Beiträge an die Krankenkasse. Seit dem 1.1.2011 beträgt der allgemeine Beitragssatz 15,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Selbständige zahlen diesen Beitrag in voller Höhe, bei Arbeitnehmern zahlt der Arbeitgeber die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Kann eine Krankenkasse ihren Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht decken, dann muss sie von ihren Mitgliedern einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben (sogenannter kassenindividueller Zusatzbeitrag). Den Mitgliedern steht für diesen Fall ein Sonderkündigungsrecht zu. So soll der Wechsel der Krankenkasse erleichtert werden.

Unabhängig von den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen legt das Bundesgesundheitsministerium jährlich den sogenannten durchschnittlichen Zusatzbeitrag fest, der für u.a. im Zusammenhang mit dem ALG-II-Bezug relevant wird (siehe dazu 4.1.2). Anders als der Name vermuten lässt, handelt es sich nicht um den Durchschnitt aller von den Krankenkassen tatsächlich erhobenen Zusatzbeiträge, sondern um eine Rechengröße, die anhand der jährlichen Ausgaben und Einnahmen aller Krankenkassen geschätzt wird (§ 242a SGB V).

Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, besteht ein Anspruch auf einen Sozialausgleich (§ 242b SGB V). Für angestellte Arbeitnehmer wird der Sozialausgleich automatisch von der den Beitrag abführenden Stelle (Arbeitgeber) durchgeführt, bei Selbstzahlern erledigt dies die Krankenkasse. Unständig Beschäftigte müssen eine Prüfung durch die Krankenkasse beantragen. Bezieher von ALG II haben keinen Anspruch auf den Sozialausgleich. Dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben (sog. Aufstocker).

#### **4.1.2 Beiträge nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V: Wer zahlt?**

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

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

#### **4.1.3 Beiträge für ALG-II-Bezieher/innen**

Wer Leistungen nach dem SGB II erhält, ist pflichtversichert nach § 5 Abs. Nr. 2a SGB V. Der allgemeine Beitragssatz wird vom Träger der Grundsicherung gezahlt. Erhebt die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag, übernimmt der Träger diesen in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags. Liegt der tatsächliche kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher, muss die Differenz aus dem Regelbedarf finanziert werden. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag lag/liegt 2011 und 2012 bei null Euro. Dies bedeutet, dass ALG-II-Bezieher/innen den Zusatzbeitrag ihrer Kasse faktisch in voller Höhe selbst tragen müssen.

Die Versicherungspflicht nach Nr. 2a und die Tragung der Beiträge ist geknüpft an den tatsächlichen Bezug von Leistungen nach dem SGB II. Sie entfällt daher, wenn

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

In diesen Zeiträumen greift aber die Versicherungspflicht je nach Einzelfall als freiwillige Versicherung (§ 9 SGB V), Familienversicherung (§ 10 SGB V) oder – nachrangig – als Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) ein. In diesem Fall kommt die Zahlung eines Zuschusses zu den Versicherungsbeiträgen nach § 26 SGB II analog in Betracht (vgl. Fachliche Hinweise der Bundesagentur für Arbeit, 26.17).

#### **4.1.4 Beitragsrückstände in der GKV**

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

- **verspätete Meldung bei Krankenkasse – Beitragsrückstände für Zeit seit 1.4.2007:** Wer sich erst einige Zeit nach dem 1.4.2007 bei seiner Krankenkasse gemeldet hat oder dies erst jetzt tut, wird mit Nachforderungen von monatlichen Krankenversicherungsbeiträgen seit 1.4.2007 bis zum Zeitpunkt der Meldung konfrontiert. Begründet ist dies durch das kraft Gesetzes seit 1.4.2007 bestehende Krankenversicherungsverhältnis verbunden mit der Mitgliedschaft in der Krankenkasse, in der man zuletzt versichert war (s. o.).
- **Aussetzung der Beitragszahlungen durch Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende:** Beiträge von Personen, die ALG II beziehen, zahlt nach § 251 Abs. 4 SGB V der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende an die Krankenkassen. Wer allerdings Folgeanträge für ALG II zu spät stellt, erhält für den Zeitraum zwischen dem Ende des letzten und Beginn des neuen Bewilligungszeitraums kein ALG II und damit auch nicht die Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge.
- **Überschuldung:** Haushalte, die nicht über einen Arbeitgeber, sondern über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versichert sind und weitere Verbindlichkeiten haben, schaffen es mitunter nicht, die Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Auch hier können Beitragsrückstände entstehen.

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

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

Gerade bei Personen in sozialen Notlagen, insbesondere Wohnungslose, sind Beitragsrückstände seit 1.4.2007 aufgelaufen, weil sie oft nicht wussten, dass sie sich schon zum 1.4.2007 bei der Krankenkasse hätten melden müssen. Das Gesetz sieht in § 186 Abs. 11 S. 4 SGB V vor, dass die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen hat, dass der für die Zeit seit dem 1.4.2007 nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann, wenn sich der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, erst nach dem 1.4.2007 bei seiner Kasse gemeldet hat. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers soll dies insbesondere dann in Betracht kommen, wenn in der Zwischenzeit keine oder nur geringe Leistungen in Anspruch genommen wurden (BT-Drs. 16/3100, S. 159). Viele Krankenkassen legen den Begriff des Unverschuldens sehr eng aus. Sie sind der Ansicht, dass Nichtwissen nicht schützt, da die Regelungen der Gesundheitsreform im Bundesgesetzblatt verkündet worden sind (Grundsatz der formellen Publizität von Gesetzen). Im Gespräch mit dem Bundesministerium für Gesundheit konnten wir dieses jedoch überzeugen, dass gerade die Personengruppe von sozial Schwachen, insbesondere Wohnungslosen, als Härtefälle von den Krankenkassen regelmäßig als Härtefall angesehen werden soll, bei denen ein Erlass oder aber zumindest eine Ermäßigung der Beiträge in Betracht kommt. Das Ministerium hat diese Rechtsansicht auch den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Rechtsaufsichten der Krankenkassen mitgeteilt. Im Schreiben des Ministeriums vom 21.12.2008 heißt es dazu:

*„... Mir wurde allerdings von einer Häufung der Fälle berichtet, in denen ein Beitragsnachlass mit dem bloßen Hinweis auf die Verkündung der Vorschrift im Bundesgesetzblatt abgelehnt wurde. Dies habe zu einer besorgniserregenden Entwicklung insbesondere für wohnungslose Betroffene geführt, die größtenteils niemals in der Lage sein werden, die Beitragsschulden zurückzuzahlen.*

*Ich bitte Sie deshalb, gegenüber Ihren Mitgliedskassen darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel Gebrauch gemacht wird und insoweit ein einheitliche Praxis der Krankenkassen herbeizuführen. Dies ist insbesondere aus der sozialen Schutzfunktion heraus erforderlich, die den Kassen gegenüber den hier betroffenen Personengruppen erwächst. Eine Praxis in der Anwendung des § 186 SGB V, die dies außer Acht lässt, erscheint mir nicht tolerierbar....“*

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

Bei Personen in sozialen Notlagen ist es daher in der Beratungspraxis sinnvoll, sich entweder im Rahmen eines fristgerechten Widerspruchs gegen den Beitragsbescheid (vgl. Musterschreiben 5.2) oder bei Bestandskraft des Beitragsbescheids in einem extra Antrag auf Erlass der Beiträge (vgl. Musterschreiben 5.3) auf diese Rechtsauffassung des Bundesministeriums zu berufen. Ggf. hilft auch die gemeinsame Presseerklärung der ehemaligen Bundesministerin Schmidt und des Präsidenten des Deutschen Caritasverbandes Dr. Neher (vgl. unter 5.4). Dieses Vorgehen ist zu empfehlen, da auch nach der Rechtsprechung zweifelhaft ist, ob die Verkündung im Bundesgesetzblatt und die bloße Unkenntnis von der Meldepflicht bereits ein Verschulden begründen. Auch hier wird zu klären sein, ob ausgehend von einer Beurteilung des Verschuldens nach zusätzlichen individuellen Maßstäben (Beruf, Bildungs-

stand u.a.) von unverschuldeter Unkenntnis auszugehen ist (hierzu LSG Rheinland-Pfalz v. 18.09.2009 - L 5 KR 159/09 B ER).

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

- Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen erforderlich sind
- Leistungen, die zur Behandlung akuter Schmerzzustände erforderlich sind
- Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25, 26 SGB V

Die Ruhenswirkung endet erst, wenn

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

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

Achtung:

Die Ruhenswirkung bezieht sich nur auf das zur Zahlung verpflichtete Mitglied. Der Leistungsanspruch für mitversicherte Familienangehörige bleibt bestehen.

Immer wieder verweisen die Krankenversicherungen darauf, dass die Versicherten aufgelaufene Beiträge von **den Sozialämtern oder Trägern der Grundsicherung** für Arbeitsuchende **einfordern** sollen. Hierfür gibt es jedoch keine gesicherte Rechtsgrundlage! Schulden können nach § 22 Abs. 8 SGB II und § 36 Abs. 1 SGB XII nur zur Sicherung der Unterkunft oder einer vergleichbaren Notlage übernommen werden. Wer Leistungen nach SGB II oder SGB XII bezieht, ist jedoch nicht in einer vergleichbaren Notlage, da er trotz Schulden ja den vollen Krankenversicherungsschutz erhält. Daher scheidet eine Schuldenübernahme durch diese Träger aus.

## 4.2 Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung muss seit dem 01.01.2009 einen Basistarif anzubieten, dessen Beiträge den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen dürfen (siehe auch 2.4).

Wird ein Versicherungsmitglied allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte. Ob das der Fall ist, prüft und bescheinigt das Jobcenter bzw. der Sozialhilfeträger auf Antrag des Versicherten. Der zuständige Träger zahlt die Beiträge in dem Umfang, der nötig ist, um die Hilfebedürftigkeit zu vermeiden (§ 12 Abs. 1c Satz 4 und 5 VAG). Seit 1.4.2012 ist der Zuschuss vom Jobcenter direkt an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen (§ 26 Abs. 4 SGB II).

Ist man unabhängig von der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags hilfebedürftig, reduziert sich der Beitrag auch um die Hälfte. Bis Januar 2011 stellte sich für privat versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II das Problem, dass das Jobcenter nur den Betrag zahlte, den es auch für ALG II-Bezieher in der GKV zahlen muss. Weil dieser Betrag nicht ausreichte, um den reduzierten Beitrag zur PKV zu decken, entstand eine **Deckungslücke** von rund 150 Euro. Bei vielen Betroffenen sind zum Teil hohe Schulden aufgelaufen. Wie bei GKV-Versicherten hat das beim Ende des Leistungsbezugs zur Folge, dass die Ruhenswirkung wieder auflebt (siehe dazu 4.1). Die Caritas hatte wiederholt auf diesen rechtswidrigen Zustand hingewiesen und sich für eine Lösung zugunsten der Betroffenen eingesetzt. Die Finanzierungslücke war bereits bei Inkrafttreten der Regelungen absehbar, dennoch konnte auf politischem Weg keine Einigung erzielt werden. Im Januar 2011 hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass das Jobcenter die **laufenden Beiträge** bis zur Höhe des halben Basistarifs übernehmen muss (Urteil vom 18. Januar 2011, B 4 AS 108/10 R). Seit diesem Zeitpunkt laufen keine neuen Schulden auf. Hatte der/die Versicherte Widerspruch bzw. Klage eingelegt und ist das Verfahren deshalb nicht bestandskräftig, können die Beiträge auch für Zeiten vor dem Urteil übernommen werden. In bestandskräftigen Fällen ist dies dagegen nicht möglich, die Beiträge werden erst für Zeiten nach dem 18. Januar übernommen.

Hinsichtlich der **Altschulden** haben sich die Bundesministerien für Gesundheit und für Arbeit und Soziales mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) im Februar 2012 dahingehend geeinigt, dass die privaten Versicherungsunternehmen grundsätzlich bereit sind, auf die Forderungen gegenüber den ALG-II-Empfängern zu verzichten (vgl. Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit vom 28.2.2012). Die Betroffenen müssen sich an ihr Versicherungsunternehmen wenden und um den Erlass der Forderungen bitten (vgl. Musterschreiben 5.5). Der PKV-Verband steht den Betroffenen für Nachfragen und zur Koordinierung unter folgender Adresse zur Verfügung:

PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V.  
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c  
50968 Köln  
Postfach 51 10 40  
50946 Köln  
Telefon: 0221 / 9987 - 0  
Telefax: 0221 / 9987 - 3950

Der PKV-Verband geht davon aus, dass die Versicherungsunternehmen den Forderungsverzicht einheitlich durchführen werden. Bislang seien keine Schwierigkeiten bekannt geworden. Sollten sich beim Erlass der Altschulden bei Ihnen der Praxis Probleme ergeben, bitten wir Sie, uns dies mitzuteilen

([christiane.kranz@caritas.de](mailto:christiane.kranz@caritas.de), Tel. 0761/200 165). Wir werden uns auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die Betroffenen zu ihrem Recht kommen.

Zum Teil haben privat versicherte ALG-II-Empfänger sich Geld bei Verwandten oder Freunden geliehen, um die laufenden Beiträge in voller Höhe an die Kasse zu zahlen. Ob die PKV-Unternehmen auch in diesen Fällen Beiträge an Betroffene zurückerstatten, ist noch unklar, jedoch sehr zweifelhaft.

## 5 Anhang

### 5.1 Musterschreiben: Antrag auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung

Absender

An  
Krankenkasse  
(Adresse, Sachbearbeiter, Aktenzeichen)

Ort, Datum

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

Sehr geehrte/r Herr/Frau...,

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

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

#### Begründung:

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

....

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

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

Mit freundlichen Grüßen  
(Unterschrift)

## 5.2 Musterschreiben: Widerspruch gegen Beitragsbescheid

**Nur wenn Widerspruchsfrist noch läuft. Ansonsten Musterschreiben 5.3 verwenden!**

Absender

An  
Krankenkasse

Ort, Datum

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

### **Widerspruch**

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

Begründung:

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

Ich bin ..... - Beschreibung des sozialen Notlagen des Betroffenen, insbesondere

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

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

*„... Mir wurde allerdings von einer Häufung der Fälle berichtet, in denen ein Beitragsnachlass mit dem bloßen Hinweis auf die Verkündung der Vorschrift im Bundesgesetzblatt abgelehnt wurde. Dies habe zu einer besorgniserregenden Entwicklung insbesondere für wohnungslose Betroffene geführt, die größtenteils niemals in der Lage sein werden, die Beitragsschulden zurückzuzahlen.“*

*Ich bitte Sie deshalb, gegenüber ihren Mitgliedskassen darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel Gebrauch gemacht wird und insoweit ein einheitliche Praxis der Krankenkassen herbeizuführen. Dies ist insbesondere aus der sozialen Schutzfunktion heraus erforderlich, die den Kassen gegenüber den hier betroffenen Personenkreisen erwächst. Eine Praxis in der Anwendung des § 186 SGB V, die dies außer Acht lässt, erscheint mir nicht tolerierbar....“*

Mit freundlichen Grüßen  
(Unterschrift)

## 5.3 Musterschreiben: Antrag auf Erlass der Krankenversicherungsbeiträge

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

Absender

An  
Krankenkasse

Ort, Datum

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

Ich beantrage,

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

Begründung;

Die Beiträge sind zu erlassen, weil ich unverschuldet die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht/zu spät (**Unpassendes bitte streichen!!!**) angezeigt habe.

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

Ich bin ..... - Beschreibung des sozialen Notlagen des Betroffenen, insbesondere

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

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

*„... Mir wurde allerdings von einer Häufung der Fälle berichtet, in denen ein Beitragsnachlass mit dem bloßen Hinweis auf die Verkündung der Vorschrift im Bundesgesetzblatt abgelehnt wurde. Dies habe zu einer besorgniserregenden Entwicklung insbesondere für wohnungslose Betroffene geführt, die größtenteils niemals in der Lage sein werden, die Beitragsschulden zurückzuzahlen.*

*Ich bitte Sie deshalb, gegenüber ihren Mitgliedskassen darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit eines Beitragsnachlasses bei sozial schwachen Betroffenen, insbesondere bei Wohnungslosen, in der Regel Gebrauch gemacht wird und insoweit ein einheitliche Praxis der Krankenkassen herbeizuführen. Dies ist insbesondere aus der sozialen Schutzfunktion heraus erforderlich, die den Kassen gegenüber den hier betroffenen Personenkreisen erwächst. Eine Praxis in der Anwendung des § 186 SGB V, die dies außer Acht lässt, erscheint mir nicht tolerierbar...“*

Mit freundlichen Grüßen  
(Unterschrift)

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

## **Gemeinsame Pressemitteilung**

Berlin, 13. Februar 2008

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

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

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

Hierzu erklärt **Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt**:

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

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

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

Weitere Informationen unter [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

## **5.5 Musterschreiben: Bitte um Erlass der Altschulden für privat versicherte ALG-II-Empfänger/innen**

Absender

An die  
Private Krankenversicherung XY

### **Erlass von Altschulden**

Ort, Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ende Februar 2012 haben die Unternehmen der PKV auf die Altschulden von PKV-Versicherten ALG-II-Bezieher/innen verzichtet (vgl. Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit vom 28.02.2012).

Ich gehe daher davon aus, dass die Forderungen, die während des ALG-II-Bezugs aufgelaufen sind, nicht mehr bestehen und folglich auch das Ruhen der Leistungen endet und wieder voller Versicherungsschutz besteht.

Ich bitte daher um schriftliche Bestätigung, dass die bestehenden Forderungen erlassen sind.

Mit freundlichen Grüßen  
(Unterschrift)

## 5.6 Auszug aus dem SGB V

### § 5 Versicherungspflicht

#### (1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, 4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,
10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren, 11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenanspruchs nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend.
12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenanspruchs in das Inland verlegt haben,
13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
  - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
  - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte.

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

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

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

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

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz

5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

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

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

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

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

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

längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines

Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts

nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

## § 6 Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt, 1a. nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz haben,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,
8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

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

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

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

(4) Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird. Dies gilt nicht, wenn das Entgelt die vom Beginn des nächsten Kalenderjahres an geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Rückwirkende Erhöhungen des Entgelts werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Anspruch auf das erhöhte Entgelt entstanden ist.

(5) (weggefallen)

(6) Die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 1 Nr. 1 beträgt im Jahr 2003 45 900 Euro. Sie ändert sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet. Die Bundesregierung setzt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch fest.

(7) Abweichend von Absatz 6 Satz 1 beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeiter und Angestellte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert waren, im Jahr 2003 41 400 Euro. Absatz 6 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Der Ausgangswert für die Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2004 beträgt für die in Absatz 6 genannten Arbeiter und Angestellten 45 594,05 Euro und für die in Absatz 7 genannten Arbeiter und Angestellten 41 034,64 Euro.

(9) (weggefallen)

## **§ 7 Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung**

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

1. im Rahmen betrieblicher Berufsbildung,
2. nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz,
3. nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz.

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

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

## **§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht**

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

1. wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 Satz 2 oder Abs. 7, 1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,
2. durch Aufnahme einer nicht vollen Erwerbstätigkeit nach § 2 des Bundeserziehungsgeldgesetzes oder nach § 1 Abs. 6 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes während der Elternzeit; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Elternzeit,
- 2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes oder der Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit oder die Dauer der Familienpflegezeit und der Nachpflegephase nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c des Familienpflegezeitgesetzes,
3. weil seine Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes herabgesetzt wird; dies gilt auch für Beschäftigte, die im Anschluß an ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, das die Voraussetzungen des vorstehenden Halbsatzes erfüllt, sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde; Voraussetzung ist ferner, daß der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld

oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit oder Familienpflegezeit und Nachpflegephase werden angerechnet,

4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),
5. durch die Einschreibung als Student oder die berufspraktische Tätigkeit (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10), 6. durch die Beschäftigung als Arzt im Praktikum,
7. durch die Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8).

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

## **§ 9 Freiwillige Versicherung**

(1) Der Versicherung können beitreten

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

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

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

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach Geburt des Kindes,
3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,
4. im Falle des Absatzes 1 Nr. 4 nach Feststellung der Behinderung nach § 68 des Neunten Buches,
5. im Falle des Absatzes 1 Nummer 5 nach Rückkehr in das Inland oder nach Beendigung der Tätigkeit bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation.

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

## § 16 Ruhen des Anspruchs

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte

1. sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist,
2. Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten,
- 2a. in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes stehen,
3. nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten, 4. sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a der Strafprozeßordnung einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird, soweit die Versicherten als Gefangene Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz haben oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhalten.

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

(3) Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seemannsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, er hat nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an die Krankenkasse verwiesen.

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

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

(5) (weggefallen)

## § 173 Allgemeine Wahlrechte

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

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

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

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

Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

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

(3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

(4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 versicherte behinderte Menschen können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.

(6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

(7) War an einer Vereinigung nach § 171a eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse ohne Satzungsregelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 beteiligt, und gehört die aus der Vereinigung hervorgegangene Krankenkasse einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen an, ist die neue Krankenkasse auch für die Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten wählbar, die ein Wahlrecht zu der Betriebs- oder Innungskrankenkasse gehabt hätten, wenn deren Satzung vor der Vereinigung eine Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 enthalten hätte.

## **§ 174 Besondere Wahlrechte**

(1) (weggefallen)

(2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 entsprechend.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(4) (weggefallen)

(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.

## **§ 175 Ausübung des Wahlrechts**

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(2a) Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt hat oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerten Bedingungen abgegeben werden kann. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumel-

den, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

(4a) Mitglieder, die einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen haben, können ihre Mitgliedschaft abweichend von Absatz 4 Satz 1 nach Maßgabe dieses Absatzes kündigen. Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 oder erhöht sich dieser, kann die Mitgliedschaft bis zur erstmaligen Fälligkeit des erhobenen oder erhöhten Differenzbetrags gekündigt werden; Absatz 4 Satz 6 gilt entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend, wenn die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erstmalig oder erneut begründet wird. Mitglieder, die bereits vor dem 1. Januar 2012 einen Differenzbetrag nach § 242 Absatz 4 Satz 2 zu zahlen hatten, hat die Krankenkasse bis zum 29. Februar 2012 auf das Kündigungsrecht nach diesem Absatz hinzuweisen; das Kündigungsrecht kann bis zu einem Monat nach Zugang des Hinweises ausgeübt werden. Absatz 4 Satz 7 gilt für das Kündigungsrecht nach diesem Absatz entsprechend.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

## **§ 186 Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger**

(1) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter beginnt mit dem Tag des Eintritts in das Beschäftigungsverhältnis.

(2) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter (§ 179 Abs. 2) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der unständigen Beschäftigung, für die die zuständige Krankenkasse erstmalig Versicherungspflicht festgestellt hat, wenn die Feststellung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Beschäftigung erfolgt, andernfalls mit dem Tag der Feststellung. Die Mitgliedschaft besteht auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für drei Wochen nicht beschäftigt wird.

(2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird.

- (3) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten beginnt mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse beginnt. Ist die Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz durch eine unständige Beschäftigung (§ 179 Abs. 2) unterbrochen worden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem Tage nach dem Ende der unständigen Beschäftigung. Kann nach § 9 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ein Versicherungsvertrag gekündigt werden, beginnt die Mitgliedschaft mit dem auf die Kündigung folgenden Monat, spätestens zwei Monate nach der Feststellung der Versicherungspflicht.
- (4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.
- (5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.
- (6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger behinderter Menschen beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen.
- (7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule.
- (8) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der berufspraktischen Tätigkeit. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.
- (9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenanspruchs.
- (10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.
- (11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.

## **§ 190 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger**

- (1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitglieds.
- (2) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis gegen Arbeitsentgelt endet.
- (3) Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 erlischt, endet zu dem in dieser Vorschrift vorgesehenen Zeitpunkt nur, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 6 Absatz 4 Satz 1 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen.
- (4) Die Mitgliedschaft unständig Beschäftigter endet, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung.
- (5) Die Mitgliedschaft der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten endet mit dem Tage, an dem die Versicherungspflicht auf Grund der Feststellung der Künstlersozialkasse endet; § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bleibt unberührt.
- (6) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, endet mit dem Ende der Maßnahme.
- (7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.
- (8) Die Mitgliedschaft von versicherungspflichtigen behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen endet mit Aufgabe der Tätigkeit.
- (9) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.
- (10) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Praktikanten endet mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. Die Mitgliedschaft von zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten endet mit dem Tag der Aufgabe der Beschäftigung.

(11) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentner endet

1. mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
2. bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird.

(11a) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen, die das Beitrittsrecht ausgeübt haben, sowie ihrer Familienangehörigen, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand, die aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und die bis zum 31. März 2002 nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, endet mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.

(12) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.

(13) Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder
2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.

## **§ 241 Allgemeiner Beitragssatz**

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

## **§ 242 Kassenindividueller Zusatzbeitrag**

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag im vollen Umfang erhoben.

(2) Soweit die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann sie in ihrer Satzung bestimmen, dass Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Auszahlungen dürfen erst vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach § 261 nachgekommen ist. Auszahlungen an Mitglieder, die sich mit der Zahlung ihrer Beiträge in Rückstand befinden, sind ausgeschlossen. Prämienauszahlungen nach Satz 1 sind getrennt von den Auszahlungen nach § 53 zu buchen und auszuweisen.

(3) Die Krankenkassen haben den Zusatzbeitrag nach Absatz 1 so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage deckt. Ergibt sich während des Haushaltsjahres, dass die Betriebsmittel der Krankenkasse einschließlich der Zuführung aus der Rücklage zur Deckung der Ausgaben nicht ausreichen, ist der Zusatzbeitrag durch Änderung der Satzung zu erhöhen. Muss eine Kasse kurzfristig ihre Leistungsfähigkeit erhalten, so hat der Vorstand zu beschließen, dass der Zusatzbeitrag bis zur satzungsmäßigen Neuregelung erhöht wird; der Beschluss bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Kommt kein Beschluss zustande, ordnet die Aufsichtsbehörde die notwendige Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Klagen gegen die Anordnung nach Satz 4 haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 und 13 oder freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrags nach § 242a erhoben; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Absatz 4a fristgemäß ausgeübt haben, wird der Differenzbetrag nicht erhoben; dies gilt nicht für Differenzbeträge, die vor dem 1. Januar 2012 erhoben wurden. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Differenzbetrags ausgeübt, wird der erhöhte Differenzbetrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Differenzbetrag im vollen Umfang erhoben.

(5) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird ein Zusatzbeitrag nicht erhoben von

1. Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 bis 8 und Absatz 4a Satz 1,
2. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3 oder Absatz 2 fortbesteht,

3. Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen,
4. Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, sowie
5. von Beschäftigten, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird, soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Satz 1 Nummer 2 gilt für freiwillige Mitglieder entsprechend.

(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für jeweils sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens 20 Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zustande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß den Sätzen 4 und 5 nicht durchzuführen ist.

## **§ 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitrag**

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 verringerte Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

## **§ 242b Sozialausgleich**

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter – mit Ausnahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 – nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. § 232a Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrags zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 106 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrags Absatz 5 entsprechend. Im Falle des Satzes 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse

se entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragenden Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem für das Mitglied maßgeblichen Beitragssatz zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausgezahlt wird.

(3) Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick

auf die Summe dieser Einnahmen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht, und teilt dies den Beitrag abführenden Stellen mit. Besteht dieser Anspruch, teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Brutobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds nach Absatz 2 abzuführen ist. Handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme im Falle des Satzes 1 um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228, deren Höhe 260 Euro übersteigt, so führt abweichend von Satz 2 stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab. Den weiteren beitragsabführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ergibt. Abweichend von Satz 4 ergibt sich für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld der zusätzlich abzuführende Betrag, um den der Zahlbetrag der Bundesagentur für Arbeit verringert wird, aus der Belastungsgrenze vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge oder fordert zu wenig gezahlte Beiträge vom Mitglied zurück. Bei einem rückständigen Betrag unter 20 Euro ist die Nachforderung nicht zu erheben. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt.

(4) Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wird der Sozialausgleich nach den Absätzen 1 bis 3 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Für Arbeitnehmer, die auf Grund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches mehr als geringfügig beschäftigt sind, teilt die Krankenkasse den Arbeitgebern die anteiligen abzuführenden Beiträge unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs gemäß § 28h Absatz 2a Nummer 2 des Vierten Buches mit.

(5) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 prüft für unständig Beschäftigte die zuständige Krankenkasse auf Antrag des Mitglieds jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten, längstens für die Dauer von zwölf abgerechneten Kalendermonaten, den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unständig beschäftigte Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate, in geeigneter schriftlicher Form auf ihr Antragsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.

(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt wird oder die Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches oder nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beziehen, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich. Bezieht ein Mitglied Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des Zwölften Buches oder Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem Zweiten Buch oder endet der Bezug dieser Leistungen, teilt die Krankenkasse den Beitrag abführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraumes mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Künstlersozialkasse und die Bundesagentur für Arbeit übermitteln dem Bundesversicherungsamt zusätzlich zu der Höhe der von ihnen abgeführten Beiträge gesondert den Betrag, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen im Hinblick auf die Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 und § 28k Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches. Die Krankenkassen teilen dem Bundesversicherungsamt zudem die Beträge mit, die sie ihren Mitgliedern im Rahmen des Sozialausgleichs nach Absatz 3 Satz 6 sowie den Absätzen 5 und 8 erstattet beziehungsweise von ihnen nachgefordert haben.

(8) (weggefallen)

## **§ 251 Tragung der Beiträge durch Dritte**

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) oder des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 192 Abs. 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag allein

1. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 versicherungspflichtigen Jugendlichen,

2. für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 versicherungspflichtigen behinderten Menschen, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Abs. 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt; im übrigen gilt § 249 Abs. 1 und Abs. 3 entsprechend.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 versicherungspflichtigen behinderten Menschen sind die Beiträge, die der Träger der Einrichtung zu tragen hat, von den für die behinderten Menschen zuständigen Leistungsträgern zu erstatten.

(3) Die Künstlersozialkasse trägt die Beiträge für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder. Hat die Künstlersozialkasse nach § 16 Abs. 2 Satz 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes das Ruhen der Leistungen festgestellt, entfällt für die Zeit des Ruhens die Pflicht zur Entrichtung des Beitrages, es sei denn, das Ruhen endet nach § 16 Abs. 2 Satz 5 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Bei einer Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 Satz 6 des Künstlersozialversicherungsgesetzes ist die Künstlersozialkasse zur Entrichtung der Beiträge für die Zeit des Ruhens insoweit verpflichtet, als der Versicherte seine Beitragsanteile zahlt.

(4) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3 sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(4a) Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch.

(4b) Für Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, trägt die geistliche Genossenschaft oder ähnliche religiöse Gemeinschaft die Beiträge.

(4c) Für Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet werden, trägt der Träger der Einrichtung die Beiträge.

(5) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Ihm sind die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das Bundesversicherungsamt kann die Prüfung durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband wahrnehmen lassen; der Beauftragte muss zustimmen. Dem Beauftragten sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Beauftragte darf die erhobenen Daten nur zum Zweck der Durchführung der Prüfung verarbeiten und nutzen. Die Daten sind nach Abschluss der Prüfung zu löschen. Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben wird, der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht. Eine nach § 242 Absatz 4 Satz 2 erhobene Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem Zusatzbeitrag nach § 242a ist von den in Satz 2 genannten Mitgliedern selbst zu tragen. Satz 2 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.

## **§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz**

(1) Personen, die weder

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

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

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

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

## 5.7 Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

### § 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

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

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

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

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

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

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

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

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

Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Ab-

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

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
  2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.
- (7) Bei einer Versicherung im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann das Versicherungsunternehmen verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, wenn und solange ein Versicherter auf die Halbierung des Beitrags nach § 12 Abs. 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes angewiesen ist.

## 5.8 Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetzes

### § 12 Substitutive Krankenversicherung

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

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muß,
4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

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

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

(1b) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
  - a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
  - b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gehören, und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

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

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

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils bekannt gegebenen Höhe ist hinzuzurechnen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

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

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

(3) Dem Verantwortlichen Aktuar obliegen die folgenden Aufgaben:

1. Er hat sicherzustellen, daß bei der Berechnung der Prämien und der mathematischen Rückstellungen, namentlich der Alterungsrückstellung, die versicherungsmathematischen Methoden (Absatz 1 Nr. 1 und 2) eingehalten und dabei die Regelungen der nach § 12c erlassenen Rechtsverordnung beachtet werden. Dabei muß er die Finanzlage des Unternehmens insbesondere daraufhin überprüfen, ob die dauernde Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen er-

gebenden Verpflichtungen jederzeit gewährleistet ist und das Unternehmen über ausreichende Mittel in Höhe der Solvabilitätsspanne verfügt.

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

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

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

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

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

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

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

(7) Die Versicherungsunternehmen dürfen Versicherungsvermittlern für den Abschluss von substitutiven Krankenversicherungen in einem Geschäftsjahr keine Abschlussprovisionen oder sonstige Vergütungen gewähren, die insgesamt 3 Prozent der Bruttobeitragssumme des Neuzugangs übersteigen. Die Bruttobeitragssumme entspricht der über 25 Jahre hochgerechneten Erstprämie ohne den Zuschlag gemäß Absatz 4a. Die in einem Geschäftsjahr für den Abschluss von substitutiven Krankenversicherungen an einen einzelnen Versicherungsvermittler gewährten Zahlungen und sonstigen geldwerten Vorteile dürfen 3,3 Prozent der Bruttobeitragssumme des von ihm vermittelten Geschäfts nicht übersteigen. Die im Einzelfall für den Abschluss gewährte Abschlussprovision und sonstige Vergütung darf 3,3 Prozent der Bruttobeitragssumme des vermittelten Vertrages nicht übersteigen.

(8) Nimmt ein Versicherungsunternehmen über den Vermittlungserfolg hinausgehende Leistungen eines Versicherungsvermittlers in Zusammenhang mit Dienst-, Werk-, Miet- oder Pachtverträgen oder sonstigen Verträgen vergleichbarer Art in Anspruch, gilt § 53d Absatz 1 und 2 entsprechend. Erbringt das Versicherungsunternehmen aufgrund eines solchen Vertrages einen Vorschuss, gilt dieser als sonstige Vergütung im Sinne des Absatzes 7. Eine Vergütung von Leistungen oder ein sonstiger geldwerter Vorteil darf darüber hinaus nur dann gewährt werden, wenn die vereinbarten Leistungen bei dem Versicherungsunternehmen zu einer entsprechenden Ersparnis der Aufwendungen geführt haben.

(9) Eine den Vorgaben des Absatzes 7 Satz 2 bis 4 oder des Absatzes 8 entgegenstehende Vereinbarung zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Versicherungsvermittler ist unwirksam.