

1. Besteht eine Pflichtversicherung (§ 5 SGB V)?

Diese Versicherungsart ist vorrangig gegenüber anderen Versicherungsarten. Die Versicherung ist in der Regel durch den Arbeitgeber oder das Jobcenter anzumelden, bzw. im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) durch den Leistungsberechtigten beim Rentenversicherungsträger zu beantragen. Die Zahlung der Beiträge erfolgt über den Arbeitgeber, das Jobcenter oder den Rentenversicherungsträger.



Die pflichtversicherten Personengruppen ergeben sich aus § 5 Abs. 1 SGB V.

Für GS sind die relevanten Fallgruppen auf Basis der Nummern im Gesetz:

Nr. 1: Arbeiter, Angestellte und Auszubildende

- Auch bei Scheinselbstständigkeit
- Nicht bei Mini-Jobs (< 450 Euro)
- Möglichkeit von *Midi-Jobs*
 - > 450 €/mtl.
 - unter der Erwerbsfähigkeitsgrenze von 3 Std./tgl.
- Bei mehreren Einkommen zählt die Summe der gesamten Einkünfte
 - Die Arbeitgeber müssen sich bzgl. der Anmeldung und Beitragszahlung einigen

Nr. 2 & 2a: Bezug von

- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (Jobcenter)

Nr. 7 & 8: Behinderte Menschen, die in

- WfbM / Blindenwerkstätten arbeiten
- Anstalten, Heimen, Einrichtungen Leistungen erbringen (tätig sind)

Nr. 11: Rentner und Rentenantragsteller (KVdR)

- 90 % der zweiten Hälfte des Erwerbslebens in GKV (*Pflicht-, Familien- oder freiwillige KV*)
 - ➔ **Erwerbsleben** = Gesamte Zeit zwischen erstem und letztem Arbeitstag; ob währenddessen tatsächlich einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wurde ist unerheblich
- Berücksichtigung von **Kindererziehungszeiten**
- Antragsunterlagen [online](#)
- Das Abführen von Beiträgen durch den Rentenversicherungsträger (RVT) bedeutet nicht automatisch, dass die Hilfeempfänger in der KVdR versichert sind – auch wenn dies im Bescheid des RVT steht.
 - ➔ Der RVT führt die Beiträge bei Bewilligung der Rente ab, bis eine gegenteilige Mitteilung der KV erfolgt. **3-Monatsfrist für freiwillige Versicherung beachten!**

Nr. 11b: Waisenrente

- Für Halb- und Vollwaisen

2. Kann eine Familienversicherung realisiert werden?

Eine Familienversicherung (§ 10 SGB V) bezeichnet eine von einem Familienmitglied (Ehegatte, Elternteil) abgeleitete Versicherung. Ist also eine verheiratete Person krankenversichert (z.B. als SGB II-Empfänger bei gemischtem BG), kann der dazugehörige Ehepartner kostenlos mitversichert werden, wenn dieser die Voraussetzungen erfüllt. Gleiches gilt für Kinder von krankenversicherten Eltern.



Die Familienversicherung ist für den Stammversicherten, von dem sich der Anspruch ableitet (i.d.R. versicherter Ehegatte, Elternteil), **nicht mit Zusatzkosten** verbunden.

Die Familienversicherung besteht **kraft Gesetzes** und muss gegenüber dem Versicherungsunternehmen lediglich **angezeigt** werden. Die Anzeige einer Familienversicherung kann oftmals auch **online** erfolgen.

Die **Mitwirkung des Stammversicherten** ist nicht zwingend erforderlich. Sollte der Stammversicherte die Mitwirkung verweigern, kann durch den Berechtigten (Ehepartner, Kind,...) bei der Krankenkasse ein Feststellungsverfahren beantragt werden. Die Krankenkassen können hier beraten.

Im Beratungsgespräch mit den Leistungsberechtigten ist daher die Versicherung des Ehepartners / Elternteils zu erfragen (Arbeitsverhältnis, SGB II-Leistungen) und auf eine Realisierung der Familienversicherung hinzuwirken.

Familienversichert sind:

- **Ehegatte / Lebenspartner**
- **Kinder** und **Enkel** (wenn die Enkel vom Mitglied überwiegend unterhalten werden)
 - o Auch **Stief-** und **Pflegekinder**, wenn der Unterhalt durch den Stiefelternteil geleistet wird

Voraussetzungen:

- Der/Die **Versicherungsberechtigte** (Ehegatte, Kind, ...)
 - o hat seinen/ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland
 - Ein zukunftssicherer Aufenthaltstitel ist nicht erforderlich
 - Es genügt bereits eine Aufenthaltsgestattung
 - o ist nicht anderweitig versichert (Pflicht- oder freiwillige KV)
 - o ist nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig
 - o verfügt über kein Gesamteinkommen > 450 Euro / mtl.
- Der/Die **Stammversicherte**
 - o ist nicht von der Versicherungspflicht befreit (hohes Einkommen)

Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des 18. LJ.,
2. bis zur Vollendung des 23. LJ, wenn sie **nicht erwerbstätig** sind,
3. bis zur Vollendung des 25. LJ Bei **Schul- oder Berufsausbildung** oder FSJ / FÖJ,
4. ohne Altersgrenze bei **Kindern mit Behinderung**, die sich nicht selbst unterhalten können.

3. Kann eine freiwillige Versicherung realisiert werden?

Eine freiwillige Versicherung (§ 9 SGB V) ist antragsgebunden und bedarf daher der Mitwirkung des Leistungsberechtigten. Anträge können nicht hilfsweise durch die GS-Dienststelle gestellt werden; Leistungsempfangende sollten jedoch beim Ausfüllen unterstützt werden. Die Zahlung der Beiträge erfolgt nach den [fachlichen Vorgaben zu § 32 SGB XII](#).



Der freiwilligen Versicherung können beitreten:

1. **Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind** und
 - a) in den letzten **5 Jahren** vor dem Ausscheiden min. **24 Monate** (Stückelung möglich) oder
 - b) unmittelbar vor dem Ausscheiden **ununterbrochen** mind. **12 Monate** versichert waren.

Die Fallkonstellation tritt insbesondere beim **Wechsel von SGB II zu SGB XII** auf. Bei der Berechnung der Vorversicherungszeiten werden auch **Auslandsversicherungszeiten** aus EU/EWR/Schweiz mitgezählt ([Formular E 104](#)).

Der freiwilligen Versicherung können ebenfalls beitreten:

2. **Personen, deren Familienversicherung erlischt**

Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen!

Wenn die Frist durch Verschulden der Krankenkasse nicht eingehalten werden konnte, kann eine „**Einsetzung in den vorigen Stand**“ nach § 27 SGB X verlangt werden.

Außerdem können beitreten:

3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und versicherungsfrei sind (Ausländische „Gutverdiener“)
4. Junge schwerbehinderte Menschen im Sinne des SGB IX
5. Arbeitnehmer, Auslandsrückkehrer
6. Rentner, Altregelung
7. Spätaussiedler

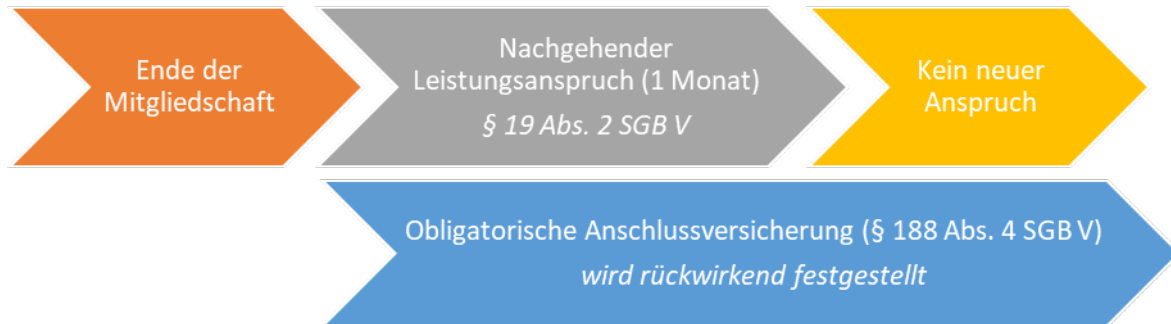
Exkurs: Nachgehender Leistungsanspruch (§ 19 Abs. 2 SGB V):

Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft. An das Ende der Versicherungszeit schließt sich jedoch ein nachgehender Leistungsanspruch an:

- Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf **Leistungen längstens für einen Monat** nach dem Ende der Mitgliedschaft.
- Endet die **Mitgliedschaft durch Tod**, erhalten die nach § 10 versicherten Angehörigen Leistungen längstens für **einen Monat** nach dem Tode des Mitglieds.

Exkurs: Obligatorische Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V):

Im Anschluss an eine Pflicht- oder Familienversicherung setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden **automatisch** als freiwillige Mitgliedschaft fort. Die freiwillige Versicherung kommt lediglich dann zustande, wenn **kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall** besteht:



Aufgrund des Anspruchs auf **Hilfen zur Gesundheit** (5. Kapitel SGB XII) ist die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) im Kontext SGB XII **in der Regel ausgeschlossen**. Dies gilt analog auch für laufende Leistungen nach § 2 AsylbLG. Sollten Leistungen nach SGB XII erst mit zeitlicher Verzögerung nach dem Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung bewilligt werden, kann ggf. bereits eine freiwillige Versicherung im Rahmen der OAV entstanden sein, die weitergeführt werden kann.

Da die Krankenkassen unterschiedlich mit der OAV umgehen, sollte immer ein Antrag auf freiwillige Versicherung gestellt werden, um die 3-Monats-Frist zu wahren!

4. Besteht eine **Auffang-Versicherungspflicht** gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V?

Die nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird umgangssprachlich auch als „Bürgerversicherung“ bezeichnet, obwohl der Begriff inhaltlich irreführend ist, weil **nicht alle** unversicherten Personen erfasst sind. Die Beiträge werden nach § 32 SGB XII übernommen.



Die nachrangige Versicherungspflicht umfasst Personen, die **keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben** und

- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren
- oder
- b) bisher weder gesetzlich oder privat krankenversichert waren.

Nicht EU/EWR-Bürger (Drittstaatler), werden von der nachrangigen Versicherungspflicht nur erfasst, wenn

- sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate besitzen
- und
- für die Erteilung dieses Aufenthaltstitels keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts gem. [§ 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG](#) besteht (Bescheinigung der Ausländerbehörde/-abteilung vorlegen lassen).

Die **Anzeige** der Auffang-Versicherungspflicht obliegt den betroffenen Personen selbst.

Aus der nachrangigen Versicherungspflicht eines Elternteils / Ehegatten kann eine **Familienversicherung** für die Angehörigen abgeleitet werden.

Ausnahmen:

- Selbstständige oder nicht von der Versicherungspflicht erfasste Personen (hohes Einkommen)
- Der **Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit** (5. Kapitel SGB XII bzw. analog § 2 AsylbLG) gilt als anderweitige Absicherung im Sinne der Vorschrift.
 - o Nach Beginn des Leistungsbezuges kann **keine** nachrangige Pflichtversicherung mehr erzeugt werden
 - o Werden Leistungen erst mit zeitlicher Verzögerung bewilligt, kann im Voraus eine nachrangige Pflichtversicherung angezeigt werden (Vgl. OAV, Ziffer 3)
- **EU- und EWR-Bürger** und **Schweizer** werden von der nachrangigen Versicherungspflicht nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland ein Krankenversicherungsschutz nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist.
- Bei **Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG** liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen nach § 4 AsylbLG **dem Grunde nach** besteht. Der Ausschluss ist somit durch die grundsätzliche Leistungsberechtigung nach dem AsylbLG begründet, auch wenn ein tatsächlicher Leistungsbezug nicht vorliegt.

5. Betreuung nach § 264 SGB V:

Eine Betreuung nach § 264 SGB V ist **keine echte Krankenversicherung**. Vielmehr übernimmt die Krankenkasse im Auftrag der FHH lediglich die Abwicklung der Gesundheitskosten. Für Betreute nach § 264 SGB V zahlt die FHH keine Mitgliedsbeiträge, sondern erstattet die Behandlungskosten in voller Höhe zzgl. eines Verwaltungskostenzuschlages. Im Vergleich zu einer regulären Krankenversicherung nach den Ziffern 1-4 ist diese Form der Versorgung deutlich **teurer** für die Stadt und somit **durch sorgfältige Prüfung der übrigen Versicherungsmöglichkeiten zu vermeiden**.



Im Rahmen einer Betreuung nach § 264 SGB V werden keine Leistungen der Pflegekasse erbracht.

Sollte keine der o.g. Versicherungsarten hergestellt werden können, muss die Betreuung durch eine Krankenkasse nach § 264 SGB V angemeldet werden.

Betreuung gem. § 264 Abs. 2 SGB V:

- Personen im Bezug von Leistungen nach SGB XII bzw. Analogleistungen nach dem AsylbLG werden bei einer Krankenkasse ihrer Wahl angemeldet.

Betreuung gem. § 264 Abs. 1 SGB V:

- Personen im Bezug von Grundleistungen nach dem AsylbLG werden bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet.