

Informationen zur Krankenversicherungspflicht in Deutschland

Wer ist gesetzlich Krankenversichert?

Alle **Arbeitnehmer** mit einem Einkommen unterhalb der sogenannten “Einkommenspflichtgrenze” sind in der gesetzlichen Krankenversicherung per Gesetz pflichtversichert. Beiträge müssen in Höhe des für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatzes jedoch nur bis zur sogenannten **Beitragsbemessungsgrenze** gezahlt werden. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen können beitragsfrei mitversichert werden.

Alle gesetzlich Pflichtversicherten haben nicht die Wahl, ob sie sich lieber privat versichern möchten. Sie müssen eine der Gesetzlichen Krankenkassen (AOKn, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Knappschaft) wählen. Personen oberhalb der Einkommensgrenzen sowie Selbständige können sich freiwillig bei einer Gesetzlichen Krankenkasse versichern.

Generell gilt jedoch: Jede Person mit ständigem Wohnsitz in Deutschland muss krankenversichert sein!

<https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/system/system.html>

Wer kann sich privat versichern?

Privat versichern können sich alle Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von 59.400 Euro pro Jahr (Wert für 2018). Häufig sind die Klienten aufgrund einer Selbständigkeit (beispielsweise im Baugewerbe oder als Betreiber eines Tätowierungsstudios etc.) privat versichert.

War der Klient vor Haft privat versichert, so fällt dieser auch nach der Haft in die PKV.

<https://www.krankenkassen.de/private-krankenversicherung/private-krankenversicherung-versicherungspflichtgrenze/>

Wege zum Versicherungsschutz für Haftentlassene:

Während der Inhaftierung besteht für den Gefangenen der Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz. Nach der Haftentlassung ist eine entsprechende Meldung an die zuständige Krankenkasse erforderlich. Dabei ist grundsätzlich die Krankenkasse zuständig, bei der die Person zuletzt versichert war:

- Bei einem krankenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis oder Bezug von Arbeitslosengeld I und II ist im Regelfall eine gesetzliche Krankenkasse für den Krankenversicherungsschutz zuständig. Dabei kann nach dem entsprechenden Wahlrecht der Versicherte eine Krankenkasse auswählen.

- Bestand vor der Haft eine private Krankenversicherung: Bei einem nahtlosen Bezug von Leistungen nach dem SGB XII ist dann im Regelfall die PKV für den Krankenversicherungsschutz zuständig. Die Versicherungsbeiträge werden durch den Träger der Sozialhilfe übernommen (§ 32 Abs. 5 SGB XII).
- Bei einem **nicht** nahtlos anschließenden Bezug von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII liegt regelmäßig kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall vor. Folglich wird der Haftentlassene in dem System (GKV oder PKV) versicherungspflichtig, dem er zuletzt vor der Haft angehört hat.
- Der Weg von der privaten Krankenversicherung zurück in die freiwillige Versicherung ist in der Regel nicht möglich. Nur bis zum 54. Lebensjahr bestehen Ausnahmeregelungen bei Arbeitslosigkeit und einem dauerhaften Absinken der Einkünfte unter die Versicherungspflichtgrenze.

Weitere Infos unter: <http://www.krankenversicherung.net/rueckkehr-gesetzliche>

<https://www.gkv-spitzenverband.de/>

Was ist, wenn GKV-Beiträge nicht bezahlt werden können?

Können die GKV- Beiträge nicht bezahlt werden so greift das Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 16 Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange der Versicherte mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt. Ausgenommen sind davon Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten 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. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.

Gibt es einen Erlass bzw. eine Ermäßigung von Beitragsschulden in der GKV?

Die Fristen für den vollständigen Erlass aller Beitragsrückstände und Säumniszuschläge in der GKV, die in der Zeit zwischen Beginn der Versicherungspflicht (frühestens 1. April 2007) und der Meldung bei der Krankenkasse angefallen waren, sind bereits abgelaufen.

Möglich ist jetzt nur noch die Ermäßigung nachzuzahlender Beiträge für den Nacherhebungszeitraum (Spanne zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und Anzeige bei der Krankenkasse). Voraussetzung für eine Ermäßigung der Schulden ist, dass die Betroffenen im Nacherhebungszeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen haben und dies schriftlich erklärt haben. Diese Voraussetzung bezieht sich nicht auf mitversicherte Familienangehörige. Beiträge können außerdem nur erlassen bzw. ermäßigt werden, wenn der Nacherhebungszeitraum mehr als drei Monate umfasst. In der privaten Krankenversicherung wurde ein Notlagentarif für säumige Beitragszahler eingeführt.

Was ist, wenn PKV-Beiträge nicht bezahlt werden können?

Bei Schwierigkeiten den PKV-Beitrag zu bezahlen, sollte der Kontakt mit dem Versicherer gesucht werden. Besteht lediglich eine vorübergehende Zahlungsunfähigkeit, kann mit dem Versicherer eine Stundung der Beiträge vereinbart werden. Der Versicherer ist hierzu allerdings nicht verpflichtet. Besteht voraussichtlich für längere Zeit die Problematik der Beitragszahlung, kann ein Tarifwechsel, ein höherer Selbstbehalt oder das Streichen von verzichtbaren Leistungen weiterhelfen.

Liegt eine finanzielle Hilfsbedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts vor, so kann jederzeit in den Basistarif gewechselt werden. Kann der Versicherte über mehrere Monate den Beitrag nicht zahlen, so kann der Versicherer eine Umstufung in den Notlagentarif vornehmen. Zudem kann er wie jeder andere Gläubiger die Schulden einklagen und Vollstreckungsmaßnahmen (z. B. Pfändung) einleiten. Das gilt auch für den Fall, dass zwischenzeitlich zu einem anderen PKV-Unternehmen oder in die GKV gewechselt wurde.

Was ist der Notlagentarif?

Der Notlagentarif bezieht sich auf die PKV. Wenn die Beiträge in der PKV nicht mehr gezahlt werden, so kann der Versicherer die Versicherten nach zwei Monaten mahnen. Bestehen gegenüber dem Versicherer zwei Monate nach der ersten Mahnung noch Schulden durch mindestens einen Monatsbeitrag, erfolgt eine zweite Mahnung. Dabei muss der Versicherer darauf hinweisen, dass der Vertrag ruhend gestellt wird, wenn die Beitragsschuld nicht innerhalb des nächsten Monats beglichen wird. Die Umstellung erfolgt dann nach Ablauf dieser Frist mit Beginn des nächsten Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, besteht eine Versicherung im Notlagentarif. Der Versicherte erhält in diesem Tarif nur stark eingeschränkte Leistungen. Wenn alle rückständigen Versicherungsbeiträge, die Säumniszuschläge und Mahnkosten bezahlt sind, gelangt der Versicherte automatisch wieder in den alten Tarif zurück.

Der Notlagentarif bietet eine Lösung für vorübergehende Zahlungsunfähigkeit. Deshalb werden Hilfebedürftige im Sinne des Sozialrechts nicht im Notlagentarif versichert, sondern erhalten vom Staat einen Zuschuss zu ihrem Versicherungsbeitrag und können in den Basistarif wechseln.

Besteht eine Versicherung im Notlagentarif, erstattet die Versicherung nur die Behandlungskosten bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Für Kinder und Jugendliche werden die Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, von Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen erstattet.

Was ist der Standard- und was der Basistarif in der Privaten Krankenversicherung?

Der Standardtarif und der Basistarif sind Sozialtarife der PKV für Versicherte mit geringem Einkommen. Beide Tarife bieten Leistungen, die mit den Leistungen der GKV vergleichbar sind. Zudem sind die Beiträge auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt (2018: 646,06 Euro).

Der Standardtarif ist eine Alternative für langjährig Versicherte, da sich ihre Alterungsrückstellungen deutlich beitragsreduzierend auswirken. Dadurch liegt der Beitrag meistens erheblich unter dem Höchstbeitrag. Der Standardtarif steht für Versicherte offen, die vor dem 1. Januar 2009 in die PKV gewechselt sind und seit mindestens 10 Jahren privat krankenversichert sind.

Der Basistarif bietet sich insbesondere für Versicherte an, die hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind, da ihr Beitrag dann auf die Hälfte des GKV-Höchstbeitrags begrenzt ist. Können diese Versicherten auch den reduzierten Beitrag nicht leisten, übernimmt der Sozialhilfeträger einen weiteren Teil oder sogar den kompletten Beitrag.

Allgemeine Informationen zur gesetzlichen Krankenversicherung unter

<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien.html>