

Hartz IV und Krankenversicherung

Personen, die Arbeitslosengeld II bekommen, sind normalerweise in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung **pflichtversichert**.

Sie können wählen, in welcher gesetzlichen Krankenkasse sie versichert sein wollen. Die Beiträge (derzeit monatlich etwa 130 €) werden direkt vom Amt an die Kassen gezahlt.

Wenn das ALG II beispielsweise wegen Ortsabwesenheit oder Sanktion eingestellt wird, erhalten sie - wie andere Versicherte auch - für einen weiteren Monat KV-Leistungen im Rahmen der Nachversicherung.

Nach Beendigung des ALG II - Bezuges sind sie „automatisch“ freiwillig weiter versichert, wenn sie keine Erwerbstätigkeit aufnehmen [§ 188 (4) SGB V].

Aber von der Pflichtversicherung über ALG II gibt es **Ausnahmen**.

Nicht pflichtversichert werden

- Personen, die nur einmalige Leistungen beziehen
- Personen, die *Arbeitslosengeld II* nur als Darlehn bekommen
- Personen, die nur ergänzendes *Arbeitslosengeld II* zu dem Verdienst aus einer versicherungspflichtigen Arbeit bekommen („Aufstocker“), also Personen, die mehr als 450 € monatlich verdienen; sie sind über ihre Erwerbstätigkeit versichert
- Personen über 55 Jahre, die in den letzten 5 Jahren nicht gesetzlich krankenversichert und in mindestens der Hälfte der Zeit entweder als Beamte, gutverdienende Arbeitnehmer befreit oder als Selbständige nicht versicherungspflichtig waren (sie können in der Regel nicht in die GKV zurückkehren)
- Selbständige, die privat - oder gar nicht - versichert sind
- Personen, die nicht *Arbeitslosengeld II*, sondern das *Sozialgeld* bekommen

Diejenigen, denen Sozialgeld zusteht - das sind vor allem die minderjährigen Kinder bis 14 Jahre, aber auch erwerbsunfähige Partner - sind nicht pflichtversichert, weil bei der Kranken- und Pflegeversicherung normalerweise ein Anspruch auf eine **Familienversicherung** in der gesetzlichen Krankenkasse der Eltern oder Partner besteht.

Familienversichert sind in der Regel:

- Ehepartner/innen und eingetragene Lebenspartner/innen
- minderjährige Kinder bis 18 Jahre über die Eltern
- junge Erwachsene bis 23 Jahre, wenn sie nicht erwerbstätig aber arbeitssuchend gemeldet sind, über die Eltern und
- junge Erwachsene bis 25 Jahre, sofern sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, über die Eltern.



Seit 2016 gibt es für **Jugendliche ab 15 Jahre**, sowie für erwerbslose Ehe- und Lebenspartner, die erwerbsfähig sind und *Arbeitslosengeld II* bekommen, eine **Neuregelung**. Sie sind nicht mehr familien- sondern pflichtversichert und das Jobcenter zahlt für sie Beiträge an die Krankenkasse.

Das ist wichtig zu wissen, wenn die ALG II - Zahlungen zum Beispiel wegen Ortsabwesenheit oder wegen einer Sanktion eingestellt werden.

Dann endet nämlich die Pflichtversicherung und man ist nicht mehr krankenversichert. Sind aber die Voraussetzungen für eine Familienversicherung (s.o.) weiterhin erfüllt, kann diese wieder aktiviert werden. Dazu ist es notwendig, einen Fragebogen zur Familienversicherung bei der Krankenkasse ausgefüllt abzugeben. Die Familienversicherung kann auch für rückwirkende Zeiträume (auch für Jahre) eingetragen werden, wenn nachgewiesen wird, daß die Voraussetzungen dafür in diese Zeiträumen vorlagen.

Für **eheähnliche und lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaften** ist eine Familienversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung nicht möglich. Deshalb haben beide Partner einen Anspruch auf eine eigene Krankenversicherung.

Diejenigen, die in einer gesetzlichen Kasse freiwillig versichert sind und die privat Versicherten - insbesondere Selbständige - erhalten vom Amt einen **Zuschuß** in Höhe des vollen Mindestbeitrages. Der Beitrag wird auch in diesen Fällen vom Amt direkt an die Versicherung überwiesen.

Krankenversicherungspflicht über „Auffangversicherung“

Da der Versicherungsschutz über die Pflichtversicherung beim *Arbeitslosengeld II* sehr lückenhaft ist, fallen viele Personen, die nicht familienversichert sind oder sich nicht freiwillig bei einer Krankenkasse versichern können, aus der Kranken- und Pflegeversicherung heraus.

Dazu gehören

- Partner in eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften und deren Kinder sowie
- Stiefkinder
- erwerbsunfähige Eltern, die (nur) über ihre erwerbsfähigen 15 - 24-jährigen Kinder in der Bedarfsgemeinschaft im SGB - II-Bezug sind
- Personen, die ALG II nur als Darlehn bekommen, weil sie Vermögen haben, daß sie aber nicht so schnell zu Geld machen können (z.B. ein größeres Haus, das nicht kurzfristig verkauft werden kann).

Es kann auch schnell passieren, daß Personen aus irgendeinem Grund nicht mehr pflichtversichert (z.B. zu hohes Einkommen des eheähnlichen Partners) oder nicht mehr familienversichert sind (z.B. nach der Scheidung oder weil ein Kind die Altersgrenze überschritten hat) und sich auch nicht freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichern können (z.B. weil die Vorversicherungszeit nicht erfüllt ist oder die Antragsfrist von 3 Monaten versäumt wurde).

Für diese Fälle wurden die Regelungen zur Krankenversicherung 2007 geändert und eine "allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung" eingeführt. Wer den Versicherungsschutz verliert, ist seitdem „automatisch“ bei seiner letzten Versicherung (weiter) versichert. Dies gilt sowohl für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch für die private Krankenversicherung (PKV).

Versicherungspflicht bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und bisher gar nicht oder zuletzt gesetzlich versichert waren und die dem Bereich der GKV zuzuordnen sind, weil sie z.B. als Arbeitnehmer tätig waren, sind seit dem 1.4.2007 in die Versicherungspflicht in der GKV einbezogen. [§ 5 Nr. 13 SGB V]. Die Regelung umfaßt automatisch auch eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Dies gilt auch für Personen, die längere Zeit im Ausland gelebt haben, wenn sie nach Deutschland zurückkehren und hier früher gesetzlich versichert waren.

Versicherungspflicht bei den Privaten Krankenversicherungen (PKV)

Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die ehemals privat versichert waren oder der PKV aufgrund ihres beruflichen Status zuzuordnen sind (weil sie als Selbständige tätig waren), müssen sich seit dem 1.1.2009 (wieder) privat versichern. Die Privaten Krankenversicherungen müssen einen Basistarif anbieten, bei dem es keine Gesundheitsprüfung und keine Risikozuschläge gibt. Nur Alter und Geschlecht dürfen bei diesem Tarif eine Rolle spielen.

Die Privaten KV dürfen diesen Grund-Versicherungsschutz nicht verweigern oder kündigen. Er steht allen ehemaligen Versicherten der jeweiligen Versicherung offen.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV (etwa 500 €) nicht überschreiten. Ist ein Versicherter dennoch wegen seines geringen Einkommens finanziell überfordert, sind dessen Beiträge auf die Hälfte zu reduzieren.

Wenn diese neuen Pflichtversicherten nur ein niedriges Einkommen haben und durch Bezahlung der Beiträge zur Krankenversicherung hilfebedürftig im Sinne von SGB II oder SGB XII werden, besteht nach beiden Gesetzen die Möglichkeit, einen **Zuschuß** zu den Versicherungsbeiträgen zu beantragen.

Selbständige, die früher wählen konnten, in welcher Form sie für den Krankheitsfall vorsorgen wollten, sind seit dem 1.1.2009 verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen.

Wenn sie sowenig verdienen, daß sie aufstockend *Arbeitslosengeld II* beantragen müssen, sind Selbständige nicht über das Jobcenter in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert. Sofern sie nicht freiwillig versichert sind, müssen sie sich nach den gesetzlichen Bestimmungen bei einer privaten Krankenversicherung versichern und können auf Antrag vom zuständigen Jobcenter den Beitrag für den halben Basistarif der Versicherung erhalten.

Dasselbe gilt für Personen, die unmittelbar vor Bezug von *Arbeitslosengeld II* privat krankenversichert waren.

Sanktionen und Beitragsschulden



Um die Versicherungspflicht durchzusetzen sind auch Sanktionen vorgesehen.

Wer seiner Pflicht zur Beitragszahlung nicht nachkommt, muß bei der Krankenkasse die geschuldeten Beiträge und Säumniszuschläge nachzahlen.

In der **PKV** ist darüber hinaus ein Prämienzuschlag zu entrichten, wenn der Versicherungsvertrag verspätet abgeschlossen wird. Hierdurch sollen Versicherungsunternehmen davor geschützt werden, daß sich Personen erst dann im Basistarif versichern, wenn sie eine Versicherung benötigen, etwa weil sie krank geworden sind oder sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat.

In der **GKV** ruhen die Leistungsansprüche, wenn mehr als 2 Monatsbeiträge nicht gezahlt wurden. Nur Leistungen, die zur Behandlung von Schmerzen und akuten Erkrankungen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, müssen weiter erbracht werden (Notfallversorgung).

Dies gilt jedoch nicht, wenn die Betroffenen hilfebedürftig nach SGB II oder SGB XII werden. Sie erhalten dann weiter den vollen Versicherungsschutz.

Das Ruhen der Versicherungsleistungen endet nämlich

- bei Ausgleich der rückständigen Forderungen (ohne Nebenforderungen wie Mahn- oder Inkassogebühren)
- bei Bezug von SGB II - oder SGB XII - Leistungen
- bei Abschluss einer Zahlungsvereinbarung - solange die Vereinbarung eingehalten wird
- bei vollständigem Erlass
- bei Wechsel in eine Familienversicherung
- bei Eröffnung eines Verbraucherinsolvenzverfahrens (nicht schon bei der Antragstellung)

Ein Krankenkassenwechsel hilft nicht, da die neue Kasse eine Bescheinigung über den Zahlungsausgleich bei der vorherigen Krankenkasse verlangt. Sie wird sonst ebenfalls die Leistungen auf die Notversorgung reduzieren.

Zahlreiche Personen haben von der geänderten Rechtslage erst erfahren, als sie ALG II beantragten. Und manche wissen bis heute nicht, daß sie sich bei einer Krankenkasse anmelden und Beiträge zahlen müssen.

Bei diesen Personen sind seit dem 1.4.2007 unter Umständen erhebliche **Beitragsschulden** bei den gesetzlichen Krankenkassen aufgelaufen, die sich zudem mit jedem Monat vergrößern. Die neue Mitgliedschaft und gleichzeitig auch die Beitragspflicht bei den gesetzlichen Krankenkassen begann nämlich - wenn kein anderer Anspruch auf Absicherung bestand - in der Regel am 1. April 2007.

Deshalb wurde 2013 ein „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden“ eingeführt. Danach werden nachzuzahlenden Beiträge für den „Nacherhebungszeitraum“ (das ist die Zeit zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und Meldung bei der Krankenkasse) auf ca. 50 € je Monat [10 % Beitrag, bezogen auf mtl. Bezugsgröße § 18 SGB IV] ermäßigt. Diese Ermäßigung muß schriftlich beantragt werden.

In der **PKV** wurde für Beitragsschuldner ein sogenannter Notlagentarif eingeführt (§§ 153 u.193 VAG).

In diesem Tarif werden Personen versichert, die mit ihren Beitragszahlungen 2 Monate im Rückstand sind. Die Leistungen sind auf das Nötigste begrenzt, z.B. auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Aufwendungen für versicherte Kinder.

Zuzahlungen zu Krankheitskosten

Wenn Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, müssen Sie Zuzahlungen für Medikamente und Behandlungen zahlen.

Eine **Befreiung** von Zuzahlungen und Praxisgebühren kann erst erfolgen, wenn Sie und die Mitglieder Ihrer Bedarfsgemeinschaft schon soviel an Zuzahlungen und Gebühren selbst gezahlt haben, daß die sogenannte **Belastungsgrenze** erreicht ist.

Die Belastungsgrenze liegt bei Beziehern der *Hilfen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach SGB II und XII* bei 2 % des jährlichen Eckregelsatzes. Das sind derzeit 99,84 € im Jahr (2 % von 12 x 416 €).

Bei chronisch Kranken liegt die Belastungsgrenze bei 1 %, also 49,92 € jährlich.

Wenn Sie die für Sie oder Ihre Bedarfsgemeinschaft zutreffende Belastungsgrenze überschreiten, können Sie sich für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Dazu müssen Sie die Quittungen über Ihre Zuzahlungen sammeln oder ein Quittungsheft führen (gibt's bei den meisten Krankenkassen) und bei Ihrer Krankenkasse vorlegen, wenn Sie die Belastungsgrenze erreicht haben.

Paragrafen

Krankengeld	§ 44 SGB V
Krankenhausaufenthalt	
- Eigenbeteiligung	§ 61,62 SGB V
- Verpflegung/Ersparnis	VO zu § 11 SGB II / § 27a SGB XII
Krankenhilfe	§ 48 SGB XII
- für Asylbewerber	§ 4 AsylbLG
Krankenkost	§ 21 / 30 SGB XII
Krankenversicherung	§ 5 SGB V
- Beitrag	§ 26 SGB II / 32 SGB XII
- Familienversicherung	§ 10 SGB V
- Nachversicherung	§ 19 SGB V
- Ruhen	§ 16 Abs. 3a SGB V
- Schulden	§ 186 SGB V / § 76 SGB IV
- Selbständige	
- Versicherungspflicht	§ 5 Nr 13 SGB V
- Weiterversicherung	§188 SGB V
Zuschuss zur Krankenversicherung	§ 26 SGB II / § 32 SGB XII
Elektronische Gesundheitskarte (e-card)	§ 15 SGB V
Kostenerstattungsverfahren (zur Vermeidung der e-card möglich)	§ 13 Abs. 2 SGB V