

Kranken- und Pflegeversicherung

Wenn Sie Arbeitslosengeld II bekommen, sind Sie normalerweise in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung **pflichtversichert**. Sie können wählen, in welcher gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sein wollen. Die Beiträge (derzeit monatlich etwa 160 €) 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. Ferner werden sie sich nach Beendigung des ALG II - Bezuges freiwillig weiterversichert, wenn sie keine Erwerbstätigkeit aufnehmen [§ 188 SGB V - neu].

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

Nicht pflichtversichert werden

- Personen, die nur einmalige Leistungen beziehen (siehe Seite 55)
- Personen, die *Grundsicherung für Arbeitsuchende* 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, die nicht *Arbeitslosengeld II*, sondern das *Sozialgeld* bekommen (siehe Seite 17)
- Selbständige, die privat - oder gar nicht - versichert sind
- 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)

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. Eine solche beitragsfreie Familienversicherung geht immer der Pflichtversicherung vor, weil das Amt dadurch Versicherungsbeiträge sparen kann.

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

arbeitsuchend gemeldet sind, über die Eltern und

- junge Erwachsene bis 25 Jahre, sofern sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, über die Eltern.

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.

Lesen Sie dazu auch das Kapitel *Eheähnliche und lebenspartnerschaftsähnliche Gemeinschaft* ab Seite 102.

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. Dies war bei privat Versicherten zunächst umstritten, wurde aber durch Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.1.2011 [Az. B 4 AS 108/10 R] klargestellt.

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 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 Sie 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 Sie als Kind die Altersgrenze überschritten haben) 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 wurde 2007 die gesetzliche Krankenversicherung durch das sogenannte Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) geändert und eine Auffang-Pflichtversicherung geschaffen. Diese Änderung sieht eine "allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung" vor. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, soll einen erneuten Zugang zu seiner letzten Versicherung erhalten. 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 betrifft auch Auslandsrückkehrer, die früher in Deutschland 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 (siehe Seite 71).

Insbesondere für **Selbständige** bedeutet diese Auffang-Versicherungspflicht eine große Veränderung. Während sie bis dahin wählen konnten,

in welcher Form sie für den Krankheitsfall vorsorgen wollten, werden sie nun verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen.

Selbständige, die sowenig verdienen, daß sie gleichzeitig *Arbeitslosengeld II* beantragen müssen, sind nicht (mehr) über das ALG II in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert. Wenn sie nicht freiwillig versichert sind, müssen sie sich seit dem 1.1.2009 nach den gesetzlichen Bestimmungen bei einer privaten Krankenversicherung versichern und können auf Antrag vom zuständigen Jobcenter den Beitrag für den hälftigen 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.

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

Zahlreiche Personen haben von der geänderten Rechtslage erst erfahren, als sie ALG II beantragten. Und viele 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 im Sommer 2013 ein „Gesetz zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ eingeführt.

Danach wurde allen Versicherungspflichtigen in der sogenannten Aufangpflichtversicherung [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V] der **GKV**, die ihre Versicherung bis zum 31.12.2013 anzeigt haben, die Beitragsschulden und Säumniszuschläge erlassen.

Wird die Versicherungspflicht erst nach dem 31.12.2013 gemeldet, werden eventuelle Beitragsschulden nicht erlassen, aber die für den Nacherhebungszeitraum (Zeit zwischen Eintritt der Versicherungspflicht und Meldung bei der Krankenkasse) nachzuzahlenden Beiträge werden auf ca. 42 € je Monat [10 % der mtl. Bezugsgröße nach § 18 SGB IV] ermäßigt. Diese Ermäßigung muß schriftlich beantragt werden.

Den Versicherten in der **PKV** waren die erhobenen Prämienzuschläge zu erlassen, wenn der Vertragsabschluss bis zum 31.12.2013 beantragt worden ist.

Zudem wurde für Beitragsschuldner in der PKV ein sogenannter Notlagentarif eingeführt [§ 12h 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 alle Zuzahlungen für Medikamente und Behandlungen selbst zahlen, denn seit 2004 gibt es keine allgemeine Befreiung von Krankenkosten mehr.

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

Die Belastungsgrenze liegt bei Beziehern von allen genannten *Hilfen zur Sicherung des Lebensunterhaltes* bei 2 % des jährlichen Eckregelsatzes. Das sind derzeit 93,84 € im Jahr (2 % von 12 x 391 €).

Bei chronisch Kranken liegt die Belastungsgrenze bei 1 %, also 46,92 € jährlich.

Wenn Sie den für Sie oder Ihre Bedarfsgemeinschaft zutreffenden Betrag 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.