

Grundlagen und Probleme bei der Krankenversicherung für internationale Studierende

Von Claudia Mehlhorn, Dipl.-Verwaltungswirtin (FH), Berlin

Inhaltsübersicht:

1. Welche Regelungen und gesetzlichen Grundlagen gibt es?	3
1.1 GKV für Studierende – die studentische Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 9 i.V.m.§ 186 (7), § 190 (9) und § 199a)	4
2. Welche Möglichkeiten der KV bestehen für Studierende?	4
2.1 Familienversicherung § 10: Familienversicherung als Kind oder als Ehegatte.....	4
2.2 Krankenversicherung der Studierenden (KVdS), § 5 (1) Nr. 9:	4
2.2.1 Ende der KVdS	5
2.3 Wahl zwischen Familienversicherung und stud. Pflichtversicherung	6
2.4 Freiwillige KV in der GKV nach dem Ende der KVdS oder der Familienversicherung oder unter Berücksichtigung von Vorversicherungszeiten (VVZ) aus gesetzlichen Krankenversicherungen aus EU-Ländern, EWR-Staaten (Norwegen, Island, Liechtenstein) oder der Schweiz.	6
2.5 Private Krankenversicherung	6
2.6 Weiterhin kommen sog. Incoming-Versicherungen bei internationalen Studierenden relativ häufig vor.	6
3. Wie laufen die Meldungen für gesetzlich Versicherte zwischen den KVen und den Hochschulen?	6
3.1 Welche KV ist zuständig?	7
4. Studierende, die bei Beginn des Studiums bereits das 30. Lebensjahr vollendet haben	8
4.1 Prüfung von Verlängerungstatbeständen für die stud. Pflichtversicherung	8
4.2 sonstige private Krankenversicherungen	9
4.2.1 Versicherungsvertrag bei einer sonstigen Privaten Krankenversicherung (insbes. bei Studierenden, die aus dem Ausland nach Deutschland kommen).....	9
4.2.2 Pflegeversicherung (PV)	10
5. Fallstrick 1: Antrag auf Krankenhilfe beim Sozialamt/der Asylstelle	11
6. Krankenversicherung in der Studienvorbereitung (studienvorbereitender Sprachkurs)	11
7. Krankenversicherung bei Besuch eines Studienkollegs	12
8. Keine KVdS für Promotionsstudierende	14
9. Anspruch auf Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II) nach dem SGB II bei Urlaubssemester/n ...	14
10. duale Studiengänge (§ 5 (4a) Nr. 2)	14
9.1 Regelung bis 31.12.11	14

9.2	Regelung seit 1.1.12 (§ 5 (4a) Nr. 2)	14
11.	Studierende, die neben dem Studium arbeiten (Werkstudierende, § 6 (1) Nr. 3)	15
11.1	Fallstrick 2: Versicherungsfreiheit in der KV für Werkstudierende	15
10.1.1	Welchen Sinn hat die Versicherungsfreiheit?	15
10.1.2	Bedingungen der Hochschulen bei Beschäftigungen von mehr als 20 Wochenstunden	16
12.	Fallstrick 3: Die Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 (1) Nr. 5 i.V.m. § 8 (2))	17
11.1	Frist und Wirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht	18
11.2	Was bedeutet „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“?	18
	Fallstrick 4: Die Incoming-KV entfällt, wenn sie nicht verlängert wird oder endet spätestens automatisch nach 5 Jahren (§ 195 (3) VVG)	19
11.2.1	Wegfall der anderweitigen Absicherung	19
11.2.2	Die Befreiung kann nicht widerrufen werden	21
11.3	Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 (1) Nr. 5) zugunsten von Incoming- Krankenversicherungen bei internationalen Studierenden	23
11.4	Wirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht – Teil 2	24
13.	Beitragszahlung und –berechnung bei KV in der KVdS (§ 254, § 236, § 245 (1) i.V.m. § 199a (5))	25
12.1	Berechnung (§ 236 i.V.m. § 245 (1))	26
12.2	Beitragsschulden bei Studierenden (§ 254)	27
14.	KV bei Bafög-Gewährung	28
15.	Studierende mit KV im Ausland (EU-Ausland, Abkommensstaaten)	29
14.1	vorübergehender oder gewöhnlicher Aufenthalt?	30
14.2	Nachweis von Mitgliedszeiten, -ansprüchen und Leistungsansprüchen	32
14.3	Wer muss die E- bzw. S-Formulare beschaffen?	33
14.4	Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 (1) Nr. 5) bei einer bestehenden KV im Ausland	35
14.5	Aufnahme einer Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit bei einer bestehenden KV im Ausland	35
14.6	Sachleistungsaushilfe (SLA) über eine KV aus Abkommensstaaten	36
14.6.1	Familienversicherung über einen Hauptversicherten in einem Abkommensstaat	36
14.6.2	Welche Anspruchsnachweise werden für die Familienversicherung über einen Hauptversicherten in einem Abkommensstaat benötigt?	36
14.6.3	Mitgliedschaft im Heimatland endete, Weiterversicherung in Deutschland	36
14.6.4	Welche Formulare bescheinigen die VVZ aus den Abkommensstaaten?	37
16.	Wer berät und hilft bei Problemen mit den Kassen?	37
15.1	Clearingstellen für nicht krankenversicherte Menschen	37

15.1.1	Kostenlose medizinische Versorgung für unversicherte Schwangere in Berlin	38
15.2	UPD – unabhängige Patientenberatung Deutschland	39
15.3	Beschwerde (Eingabe) beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS)	39
15.4	Probleme bei Sachverhalten mit KKen aus EU-Ländern	40
17.	Übergang für Geflüchtete in ein Studium	41
16.1.	Beitragsübernahme im AsylbLG bei OAV oder Zugang zur freiwilligen KV gem. § 9 SGB V	42
18.	Gibt es Präzedenzfälle, die in der Beratung der Studierenden hilfreich sein können?	44
19.	Wie können Studierende optimal unterstützt werden und wo gibt es Informationsbedarf oder nützliche Handreichungen?	44
20.	Welche Kooperationsmöglichkeiten gibt es für STW und HS mit KK vor Ort?	45
21.	Übergänge von privater zu gesetzlicher KV	45
22.	Welche KV sind internationalen Studierenden zu empfehlen? (private KVs & gesetzliche KVs)	46
23.	Herausforderungen durch Abschluss privater KV / Reiseversicherungen	48
23.	Die EHIC – Nutzung der EHIC	48
23.1	Wie lange darf eine EHIC aus einem EU-Land in Deutschland genutzt werden?	49
24.	Unterschied EU-Länder (incl. EWR und Schweiz) und Abkommensstaaten	51
25.	Welche Ausnahmen gibt/gab es durch die Corona-Pandemie? Hierzu: Aufenthalt im Heimatland, von dort „Fernstudium“ über Online-Seminare, KV wurde unterbrochen	53
26.	Was tun, wenn internationale Studierende nicht mehr in der GKV versichert werden - Handlungsoptionen	54
26.1	Bislang in der KVdS versichert und nun das 30. LJ vollendet. Die früher geltende Regelung, dass man ab dem 14. Semester von der gesetzlichen in die private Versicherung wechseln muss, ist nach unserer Kenntnis nicht mehr relevant.	54
26.2	Zusätzlich sind auch Sprachkursteilnehmende und Besucher*innen von Studienkollegs gemeint, die ja ebenfalls nicht in die GKV dürfen	55
26.3	Und es gibt auch Fälle, bei denen Studierende nicht von einer GKV aufgenommen werden, weil sie vorher in einer privaten KV waren und sich aus Unwissenheit von der GKV haben befreien lassen.	55
27.	Die Auffang-Pflichtversicherung (fälschlich auch oft als Bürgerversicherung bezeichnet), § 5 (1) Nr. 13 i.V.m. § 5 (11)	55

Paragrafenangaben beziehen sich immer auf das SGB V, wenn nichts anderes vermerkt ist.

1. Welche Regelungen und gesetzlichen Grundlagen gibt es?

1.1 GKV für Studierende – die studentische Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 9 i.V.m.§ 186 (7), § 190 (9) und § 199a)

Div. Hinweise zur Pflichtversicherung für Studierende finden sich in den „Grundsätzlichen Hinweisen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und der Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs“ vom 20.3.20 (https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/krankversicherung_studenten/_jcr_content/par/download/file.res/GH-KVdS-vom-20-03-2020.pdf) und in der „Versicherungsrechtlichen Beurteilung von beschäftigten Studenten und Praktikanten“ vom 23.11.16 (https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/krankversicherung_studenten/_jcr_content/par/download_0/file.res/Werkstudenten.pdf).

Die Meldepflichten und –vorgänge regelte bis zum 31.12.19 die SKV-MV (§ 200 (2) SGB V i.V.m. § 4 (1) SKV-MV (Studentenkrankenversicherungs-Meldeverordnung)). Die SKV-MV wurde m.W.v. 1.1.20 (MDK-Reformgesetz) aufgehoben und durch den neu eingefügten § 199a (Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten) sowie durch Ergänzungen im § 186 (7) sowie im § 190 (9) ersetzt. Konkrete Regelungen finden sich in den „Gemeinsamen Grundsätzen zum elektronischen Studenten-Meldeverfahren nach 199a Absatz 7 SGB V“ vom 28.10.22 (derzeit i.d. Fassung ab 1.7.2023), https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/studenten_meldeverfahren/grundsaeetze_2/GG_KVdS_MV_07.2023.pdf und in der „Verfahrensbeschreibung für das elektronische Studenten-Meldeverfahren nach § 199a SGB V“ (https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/studenten_meldeverfahren/verfahrensbeschreibung_2/VB_KVdS-MV.pdf) mit jeweiligen Anlagen (https://www.gkv-datenaustausch.de/studenten_meldeverfahren/studenten_meldeverfahren.jsp).

Seit dem 1.1.2021 sollen die Meldungen zwischen den KVen und den Hochschulen in elektronischer Form erfolgen (§ 199a (6 und 7)). Es gibt aber weiterhin noch Formulare für Papiermeldungen (https://www.gkv-datenaustausch.de/studenten_meldeverfahren/studenten_meldeverfahren.jsp).

2. Welche Möglichkeiten der KV bestehen für Studierende?

2.1 Familienversicherung § 10: Familienversicherung als Kind oder als Ehegatte.

2.2 Krankenversicherung der Studierenden (KVdS), § 5 (1) Nr. 9:

Studierende ohne Familienversicherung sind pflichtversichert (Krankenversicherung der Studenten, KVdS (§ 5 (1) Nr. 9)) bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres (§ 190 (9)). Bis zum 31.12.19 galt folgende Gesetzeslage: KVdS entweder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres oder nach Abschluss des 14. Fachsemesters. Urlaubssemester zählten nicht mit bei den 14 Semestern. Seit dem 1.1.20 ist nur noch das 30. Lebensjahr relevant; nicht mehr die Anzahl der Semester. Nach Ablauf des 30. Lebensjahres war und ist eine freiwillige Weiterversicherung nötig (bis 31.12.19 auch nach dem 14. Semester).

Die Versicherungspflicht für Studierende nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V (KVdS) knüpft an die Einschreibung an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule und tritt grundsätzlich unabhängig davon ein, ob die/der Studierende ihren/seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat; ausgenommen sind Studierende mit Sachleistungsanspruch nach Europäischem Gemeinschaftsrecht oder Abkommensrecht. Studierende an Fernuniversitäten, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands haben, sind allerdings nicht von der KVdS erfasst (RS 2020/391 des GKV-Spitzenverbandes vom 20.05.2020).

Die Hochschulen müssen die Studierenden über die Versicherungspflicht, die Befreiung von der Versicherungspflicht und die Durchführung des Verfahrens informieren (§ 199a (1)). Die Studierenden müssen der Hochschule gegenüber nachweisen, dass sie versichert sind oder dass sie nicht gesetzlich versichert sind, weil sie versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig sind. (§ 199a (2)). Vor der Immatrikulation müssen die Studieninteressierten bei ihrer KK anfordern, dass diese den Versichertenstatus der Hochschule meldet (§ 199a (2)). Bei einer gesetzlichen Versicherung der Studierenden meldet die Hochschule der zuständigen KK unverzüglich die Immatrikulation (§ 199a (3), verpflichtendes elektronisches Meldeverfahren). Bei einem KK-Wechsel meldet die KK der Hochschule den Wechsel (§ 199a (4)). Werden die KV-Beiträge von den Studierenden nicht beglichen (Beitragsrückstände), meldet die KK der Hochschule sowohl den Verzug aus auch ggf. die Begleichung der Rückstände (§ 199a (5)).

2.2.1 Ende der KVdS

Gem. § 190 (9) besteht die KVdS seit dem 1.1.20 bis zum Ende des Semesters fort, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wird (bis zum 31.12.19 endete sie punktgenau mit Vollendung des 30. Lebensjahres (§ 5 (1) Nr. 9):

„Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten endet mit Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie

1. bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind oder
2. bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben.“

Üblicherweise dauert das Sommersemester vom 1.4. bis 30.9. und das Wintersemester vom 1.10. bis 31.3. eines Jahres (§ 186 (7), bis 31.12.19 § 4 (2) SKV-MV).

2.3 Wahl zwischen Familienversicherung und stud. Pflichtversicherung

Gem. § 5 (7) können sich Studierende mit Familienversicherungs-Berechtigung für eine studentische Pflichtversicherung entscheiden (und damit die kraft Gesetz eingetretene Familienversicherung quasi „abbestellen“), wenn bei einer Familienversicherung der Ehegatte oder das Kind des Studenten nicht versichert wäre. Bsp.: Eine 20jährige Studentin, die familienversichert ist, heiratet einen unversicherten Mann. Sie kann aus der Familienversicherung ausscheiden (obwohl der Anspruch weiterhin besteht) und in die KVdS wechseln, damit der Ehemann dann über sie familienversichert ist. Besteht die Notwendigkeit der Familienversicherung für den Ehemann nicht mehr (z.B. Eintritt einer eigenen Pflichtversicherung wegen Arbeitsaufnahme), kann die Studentin dann jederzeit wieder zurück in die Familienversicherung (§ 5 (7)), solange die übrigen Voraussetzungen (z.B. Altersgrenze) erfüllt sind.

2.4 Freiwillige KV in der GKV nach dem Ende der KVdS oder der Familienversicherung oder unter Berücksichtigung von Vorversicherungszeiten (VVZ) aus gesetzlichen Krankenversicherungen aus EU-Ländern, EWR-Staaten (Norwegen, Island, Liechtenstein) oder der Schweiz.

2.5 Private Krankenversicherung

Wenn keine GKV möglich ist oder nicht gewollt wird, ist oft eine **Private Krankenversicherung** möglich oder besteht bereits (sowohl eigener Vertrag als auch Mitversicherung im Vertrag der Eltern).

2.6 Weiterhin kommen sog. **Incoming-Versicherungen** bei internationalen Studierenden relativ häufig vor.

3. Wie laufen die Meldungen für gesetzlich Versicherte zwischen den KVen und den Hochschulen?

§ 199a (2) Satz 1-2: *Jeder Studieninteressierte hat gegenüber der staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule vor der Einschreibung nachzuweisen, dass er in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist **oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird**, oder dass er nicht gesetzlich versichert ist, weil er versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig ist. 2Der Studieninteressierte fordert bei der Krankenkasse an, dass die Krankenkasse*

den Nachweis über seinen Versichertenstatus nach Satz 1 an die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule meldet.

Die Krankenkasse informiert den Studieninteressierten über die erfolgte Meldung an die Hochschule(n) über den Versicherungsstatus in angemessener Form. Diese Information sollte den Hinweis enthalten, dass die technische Verarbeitungszeit der Meldung bei den Krankenkassen bis zu 24 Stunden betragen kann. Dieser Zusatz ist wichtig, um zu verhindern, dass bei den Hochschulen ein erhöhter Beratungsaufwand entsteht (Nr. 2.2 der Verfahrensbeschreibung für das elektronische Studenten-Meldeverfahren nach § 199a SGB V).

3.1 Welche KK ist zuständig?

§ 199a (2) Satz 4: *Für die Abgabe der Meldung des Versicherungsstatus sind zuständig:*

- 1. für einen bereits bei einer Krankenkasse Versicherten die Krankenkasse, bei der er versichert ist oder mit Beginn des Semesters, frühestens mit dem Tag der Einschreibung sein wird,*
- 2. für einen nach § 6 versicherungsfreien oder für einen nicht versicherungspflichtigen Studenten die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestand,*
- 3. für einen Studenten, der nach § 8 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 von der Versicherungspflicht befreit worden ist, die Krankenkasse, die die Befreiung vorgenommen hat,*
- 4. im Übrigen eine der Krankenkassen, die bei Versicherungspflicht gewählt werden könnte.*

Damit müssen Studieninteressierte, die noch nicht gesetzlich versichert sind, eine KK auswählen und bei dieser einen Mitgliedsantrag stellen. Die KK prüft die Voraussetzungen und meldet dann die eintretende KV der Hochschule.

Die Hochschule meldet der KK nach Eingang von deren Meldung zurück, dass die/der Studieninteressierte nunmehr immatrikuliert ist (§ 199a (3)):

(3) Ist der Student gesetzlich versichert, meldet die staatliche oder staatlich anerkannte Hochschule der zuständigen Krankenkasse unverzüglich

- 1. nach Eingang der Meldung der Krankenkasse zum Versicherungsstatus das Datum der Einschreibung des Studenten und den Beginn des Semesters,*
- 2. den Ablauf des Semesters, in dem oder mit Wirkung zu dessen Ablauf der Student exmatrikuliert wurde oder das der Aufnahme eines Promotionsstudiums bei fortgesetzter Einschreibung unmittelbar vorangeht, sowie das Datum der Exmatrikulation, wenn die Exmatrikulation vor dem Ende des Semesters erfolgt.*

Im Studienverlauf hat die KK dann weitere Meldepflichten an die Hochschule: Wechsel der KK, Beitragsrückstände, Begleichung der Beitragsrückstände.

4. Studierende, die bei Beginn des Studiums bereits das 30. Lebensjahr vollendet haben

Hier gibt es Probleme, wenn zu Beginn des Studiums weder eine gesetzliche noch eine private KV vorliegen, z.B. Übergang aus einem Sondersystem (Krankenversorgung gem. § 264 mit Anmeldung über das AsylbLG oder über das SGB XII, originäre Krankenhilfe (Krankenscheine) nach dem AsylbLG) oder wenn es bislang keine Versicherung und keine Versorgung gab.

Studierende über 30 Jahren sind weder versicherungsfrei (§ 6, hier sind in § 6 (1) Nr. 3 nur Studierende mit Beschäftigung, sog. Werkstudenten, versicherungsfrei) und auch nicht grundsätzlich von der Versicherungspflicht befreit, sie sind lediglich nicht versicherungspflichtig in der KVdS, denn die KVdS greift nicht mehr aufgrund des Alters.

Die Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 greift für Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit nur eingeschränkt (§ 5 (11)).

Auch die PKV sieht im § 193 (3) VVG Einschränkungen für Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit vor.

Wer daher z.B. lediglich über eine Duldung verfügt, findet keinen Zugang zur GKV oder PKV.

4.1 Prüfung von Verlängerungstatbeständen für die stud. Pflichtversicherung

Es gibt **Verlängerungstatbestände** für eine Pflichtversicherung über das 30. Lebensjahr (bis zum 31.12.19 auch ggf. über das 14. Semester) hinaus, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre bzw. persönliche Gründe oder der Erwerb der Zugangsvoraussetzung über den 2. BW dies erfordern (Erkrankung/Behinderung von Familienangehörigen, eigene Erkrankung/Behinderung, Geburt eines Kindes mit anschließender Betreuung (hier: max. 6 Semester Überschreitung analog Elternzeit), Wartezeit bei ZVS-Beschränkung, Wehr- und Zivildienst, FSJ, FÖJ, Mitarbeit in Gremien der Hochschule). Das Vorliegen persönlicher/familiärer Gründe für eine Verlängerung der KVdS ist bei der KK zu beantragen. Allerdings endet die stud. KV auch im Fall des nahtlosen Vorliegens von sog. Hinderungsgründen (z.B. Erkrankung, Behinderung) mit dem 37. Lebensjahr (BSG B 12 KR 17/12 R vom 15.10.14).

Wenn die Hinderungszeiten (Verlängerungstatbestände) erst nach dem 30. Lebensjahr eingetreten sind, kommt eine „Verlängerung“ nicht infrage (BSG B 12 KR 1/13 R vom 15.10.14). In diesem Fall vollendete der Kläger in 2004 das

30. LJ und betreute dann ab 11/06 das 2006 geborene Kind. „Ein Grund iS von § 5 Abs 1 Nr 9 Halbs. 2 SGB V, der die "Überschreitung" der Altersgrenze - und damit die Versicherungspflicht des Klägers als Student - "rechtfertigen" könnte, ist damit von vornherein ausgeschlossen. Denn ein überhaupt erst nach dem 30. Lebensjahr neu auftretender Hinderungsgrund kann - anders als nach dem Gesetz erforderlich - nicht mehr für die Überschreitung der Altersgrenze ursächlich gewesen sein.“

Die Aufnahme eines Studiums nach Vollendung des 30. Lebensjahres führt nicht zu einem Hinausschieben der Altersgrenze, da grundsätzlich eine zuvor ausgeübte Beschäftigung und nicht der Zweite Bildungsweg für den späten Studienbeginn kausal war (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.06.1994 - 12 RK 71/93 - USK 9419). Die Krankenversicherung der Studenten kommt bei Studienaufnahme nach dem 30. Lebensjahr ausnahmsweise dann noch in Betracht, wenn bis zum Beginn des Studiums Hinderungsgründe bestanden haben, die für einen so späten Studienbeginn ursächlich waren (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.09.1992 - 12 RK 3/91 - USK 92118).

Das BSG führt dazu in seinem Urteil 12 RK 71/93 vom 23.6.1994 aus, dass bis zum Studienbeginn im Wesentlichen durchgehend Hinderungsgründe vorgelegen haben müssen.

4.2 sonstige private Krankenversicherungen

Wer weder der Versicherungspflicht in der GKV noch in der PKV unterliegt, kann (und muss in vielen Fällen) daher eine sonstige private KV wählen (z.B. Mawista, Vela (s.u. 4.2.1) oder Provisit Student (s.u. 4.2.1):

4.2.1 Versicherungsvertrag bei einer sonstigen Privaten Krankenversicherung (insbes. bei Studierenden, die aus dem Ausland nach Deutschland kommen)

Auszug aus der Website des Deutschen Studierendenwerks <https://www.internationale-studierende.de/gerade-angekommen/krankenversicherung>:

„Das Deutsche Studierendenwerk hat für Studierende, die sich nicht bei den gesetzlichen Krankenkassen versichern können, eine Rahmenvereinbarung mit der UNION Versicherungsdienst GmbH für die Advigon Versicherung AG getroffen.

Tarife im Überblick

Vela Optimal Vela Basis

1.-12. Monat	78,00 EUR	34,50 EUR
13.-60. Monat	78,00 EUR	60,00 EUR

Für einen längeren Aufenthalt empfiehlt sich der Tarif "VELA Optimal". Er bietet umfassenden Versicherungsschutz inklusive Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Der Tarif "VELA Basis" bietet nur eingeschränkte Leistungen. Diese eignen sich eher für Austauschstudierende, die nur ein bis zwei Semester in Deutschland bleiben. Dafür sind diese gerade in den ersten zwölf Monaten besonders günstig, ab dem 13. Versicherungsmonat erhöhen sich allerdings die Beiträge für den Basis-Tarif.

Hinweis:

Der auf der Vela-Webseite aufgeführte Tarif „Vela Light“ ist nicht Teil der Rahmenvereinbarung des Deutschen Studierendenwerks mit der UNION Versicherungsdienst GmbH. Wir (Anm. gemeint ist das Studierendenwerk) weisen darauf hin, dass wir diesen Tarif nicht empfehlen.“

Bedingungen und Tarife von Vela unter <https://www.vela.insure/>

Provisit Student (<https://www.provisit.com/de/provisit-student>) umfasst auch die PV und kann für 2-60 Monate abgeschlossen werden; danach erfolgt ein automatischer Wechsel in einen unbefristeten Tarif. Ein Vertragsabschluss ist vor oder nach der Einreise möglich. Psychotherapeutische Behandlung wird nach einer Wartezeit von 8 Monaten zumindest zu 75% erstattet; Entbindungskosten ebenfalls nach einer Wartezeit von 8 Monaten. Die Vermittlung erfolgt über eine deutsche Vermittlungsagentur; die Leistungsabwicklung erfolgt über die deutsche PKV Barmenia. Erkrankungen, die bei Vertragsabschluss bereits vorliegen, sind nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Der Antragstellenden müssen im Antrag für die Krankheitskostenvollversicherung Gesundheitsfragen beantworten. Diese Antworten werden dann innerhalb von 1-2 Werktagen von provisit geprüft und je nach Ergebnis wird der Antrag abgelehnt oder angenommen.

4.2.2 Pflegeversicherung (PV)

§ 121 SGB XI: Ordnungswidrigkeit, wenn keine PV abgeschlossen wird, Bußgelder:

„(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. der Verpflichtung zum Abschluß oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 23 Abs. 4 oder der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 22 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt,

...

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2.500 Euro geahndet werden.“

„§ 23 SGB XI, Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten.“

5. Fallstrick 1: Antrag auf Krankenhilfe beim Sozialamt/der Asylstelle

Scheitern alle Versicherungsmöglichkeiten, gäbe es zwar theoretisch noch die Möglichkeit, **Krankenhilfe** gem. §§ 47 ff. SGB XII bzw. § 4 AsylbLG beim Sozialamt/bei der Asylbehörde zu beantragen.

ABER ACHTUNG: Die Aufenthaltstitel für Studierende (§§ 16a-f und 17 AufenthG) beinhalten immer die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes (§ 5 (1) Nr. 1 AufenthG). Die Sicherung des Lebensunterhaltes umfasst immer einen KV-Schutz (§ 2 (3) AufenthG). Mit der Beantragung von Leistungen (hier: Krankenhilfe) beim Sozialamt/bei der Asylbehörde erlischt daher der bisherige Aufenthaltstitel! Das Sozialamt/die Asylbehörde ist gem. § 87 (2) Nr. 2a AufenthG verpflichtet, den Leistungsantrag an die Ausländerbehörde zu melden.

Wird dieser Weg trotzdem gewählt und das Erlöschen des Aufenthaltstitels in Kauf genommen (man muss dann natürlich versuchen, eine andere Aufenthaltsberechtigung zu erlangen), scheidet aber die Auftragsversorgung gem. § 264 aus, denn es werden ja keine lfd. Leistungen zum Lebensunterhalt bezogen (§ 264 (2)). Das Sozialamt/die Asylbehörde gewährt dann sog. originäre Krankenhilfe (Ausgabe von Krankenscheinen bzw. Kostenübernahmescheinen), die im konkreten Bedarfsfall ausgegeben werden, § 48 SGB XII:

„Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht.“

6. Krankenversicherung in der Studienvorbereitung (studienvorbereitender Sprachkurs)

Wer in Deutschland an einem studienvorbereitenden Sprachkurs teilnimmt, kann sich in der Regel nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse versichern. In diesem Fall muss eine private Versicherung gewählt werden. Ist der Sprachkurs beendet, können Studierende, die jünger als 30 sind, für ihr Studium in die gesetzliche Krankenkasse wechseln (KVdS, s.o.).

Auszug aus der Website des Deutschen Studierendenwerks, http://www.internationale-studierende.de/fragen_zur_vorbereitung/einreise/krankenversicherung/
„Das Deutsche Studentenwerk hat für Studierende in Sprachkursen eine Rahmenvereinbarung mit der UNION Versicherungsdienst GmbH getroffen.

Tarife im Überblick

Vela Optimal Vela Basis

1.-12. Monat	78,00 EUR	34,50 EUR
13.-60. Monat	78,00 EUR	60,00 EUR

Für einen längeren Aufenthalt empfiehlt sich der Tarif "VELA Optimal". Er bietet umfassenden Versicherungsschutz inklusive Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Der Tarif "VELA Basis" bietet nur eingeschränkte Leistungen. Diese eignen sich eher für Austauschstudierende, die nur ein bis zwei Semester in Deutschland bleiben. Dafür sind diese gerade in den ersten zwölf Monaten besonders günstig, ab dem 13. Versicherungsmonat erhöhen sich allerdings die Beiträge für den Basis-Tarif.

Hinweis:

Der auf der Vela-Webseite aufgeführte Tarif „Vela Light“ ist nicht Teil der Rahmenvereinbarung des Deutschen Studierendenwerks mit der UNION Versicherungsdienst GmbH. Wir (Anm. gemeint ist das Studierendenwerk) weisen darauf hin, dass wir diesen Tarif nicht empfehlen.“

7. Krankenversicherung bei Besuch eines Studienkollegs

Studienkollegs werden zur Vorbereitung auf die Feststellungsprüfung für den Hochschulzugang i.d.R. von internationalen Studienbewerber*innen absolviert. Aufgabe des Studienkollegs ist es ua, internationalen Studienbewerber*innen die Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln, die für ein Fachstudium an einer deutschen Hochschule erforderlich sind. Die Kollegstudierenden sind während des Kollegbesuchs an der Universität eingeschrieben und erhalten einen Studierendenausweis, in dem als angestrebter Abschluss "Feststellungsprüfung", als Studienfach "Studienkolleg“ eingetragen sind.

Das BSG entschied am 29.9.92 unter 12 RK 16/92:

„Die Klägerin gehörte im Sommersemester 1990 nicht zu den Studenten, die nach § 5 Abs 1 Nr 9 Halbs 1 SGB V an staatlichen Hochschulen eingeschrieben und damit versicherungspflichtig waren, und konnte daher auch nicht befreit werden. Zu den Studenten iS der genannten Vorschrift gehören ungeachtet einer Einschreibung an der Universität und einer gewissen Gleichstellung mit Studenten nicht Personen, die ein Studienkolleg besuchen und ein sogenanntes Feststellungsverfahren durchlaufen, um die Eignung, hier einen dem Reifezeugnis entsprechenden Abschluß, für ein Fachstudium zu erwerben oder bestätigt zu bekommen. ...

Dieses ergibt die Entstehungsgeschichte des Gesetzes über die Krankenversicherung der Studenten (KVSG) vom 24. Juni 1975 (BGBl I 1536).

...

Sie läßt erkennen, daß die Zulassung zum Studium davon abhing, daß die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen erfüllt waren und zwischen Studenten und Studienbewerbern unterschieden wurde.

Eine Versicherungspflicht gem. § 5 (1) Nr. 9 scheidet damit aus.

Auch eine Versicherungspflicht als Auszubildende im 2. Bildungsweg tritt nicht ein, so zuerst das LG Hamburg am 19.1.21 unter 416 HKO 158/20, dann am 9.2.23 bestätigt vom Hanseatischen OLG Bremen unter 5 U 17/21.

Die Gerichte führen aus, LG HH:

„Eine Versicherungspflicht ergibt sich für Besucher eines Studienkollegs nicht aus § 5 Abs. 1 Nr. 9 und Nr. 10 SGB 5. Insbesondere zählen sie in diesem Sinne nicht als Studenten, auch wenn sie hochschulrechtlich in einer Universität eingeschrieben sind. Besucher eines Studienkollegs sind auch nicht Teilnehmer des so genannten zweiten Bildungsweges; dies sind nur Institutionen, die einen sonst an allgemeinbildenden Schulen zu erreichenden Ausbildungsabschluss vermitteln und den Zugang zu einer berufsqualifizierenden Ausbildung erst eröffnen.

Das Studienkolleg stellt dagegen eine Ergänzung zu einem vorhandenen, für den Universitätsbesuch aber nicht ausreichenden ausländischen Abschluss dar, der nicht allgemeinbildender, sondern fachspezifischer Art ist. (Rn.24).“

Rn. 24:

„Bei dem Abschluss an einem Studienkolleg fehlt es gerade an dieser Substitutionsfunktion für einer allgemeinbildenden sonst an staatlichen Schulen erworbenen Abschluss. Das Studienkolleg stellt viel mehr eine Ergänzung zu einem vorhandenen – für den Universitätsbesuch aber nicht ausreichenden – ausländischen Abschluss dar, die nicht allgemeinbildender sondern fachspezifischer Art ist. Nach dem erfolgreichen Besuch eines Studienkollegs steht gerade nicht eine allgemeine Hochschulzugangsberechtigung sondern eine fachgebundene Zulassungsfähigkeit zum Hochschulstudium in Deutschland.“

Zur Krankenversicherung s.u. 6) studienvorbereitender Sprachkurs.

8. Keine KVdS für Promotionsstudierende

Das BSG hat am 7.6.18 unter B 12 KR 15/16 R und unter B 12 KR 1/17 R entschieden, dass eingeschriebene **Promotionsstudenten** nicht als Studenten i.S.d. § 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V zu qualifizieren sind und daher nicht der Versicherungspflicht als Studenten in der KVdS unterliegen.

9. Anspruch auf Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II) nach dem SGB II bei Urlaubssemester/n

Beurlaubte Studierende (Urlaubssemester) haben Anspruch auf Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II) mit Pflichtversicherung (kein Ausschluss gem. § 7 (5) SGB II, fachliche Weisung der BA zu § 7 SGB II, Rn. 7.156).

10. duale Studiengänge (§ 5 (4a) Nr. 2)

Das duale Studium verbindet die betriebliche Aus- und Weiterbildung oder bisherige Berufstätigkeit mit einem theoretischen Hochschulstudium. Studierende in derartigen Studiengängen lassen sich daher nicht klar als „Beschäftigte“ oder als „Studierende“ einordnen. Für die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung war bis 31.12.11 von Bedeutung, ob ein prägender oder enger innerer Zusammenhang zwischen dem Studium und der Tätigkeit beim Arbeitgeber/Kooperationsbetrieb besteht und ob - trotz des regelmäßig hohen Maßes an Praxisphasen und der vertraglichen Verbindung - die praktische Ausbildung im Wesentlichen betrieblich oder nichtbetrieblich geregelt und gelenkt wird.

9.1 Regelung bis 31.12.11

Duale Studiengänge wurden nach verschiedenen Typen unterschieden: Ausbildungsintegriert, berufsintegriert, praxisintegriert und öffentliche Verwaltung. Die Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes vom 5.7.10 zu „dualen Studiengängen“ gab zu den einzelnen Fällen konkrete Hinweise. Die Hinweise dort ersetzen die Abschnitte B 1.2.8 und B 1.3.4 im GR vom 27.7.04. Weiterhin gibt es dazu ein Urteil des BSG, B 12 R 4/08 R vom 1.12.09.

9.2 Regelung seit 1.1.12 (§ 5 (4a) Nr. 2)

Seit dem 1.1.12 sind duale Studiengänge im § 5 (4a) geregelt: Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne von § 5 (1) Nr. 1 gleich. Damit sind alle Teilnehmer in allen Formen von dualen Studiengängen sozialversicherungsrechtlich einheitlich zu behandeln und damit auf jeden Fall pflichtig in der KV und PV. Dies gilt für die gesamte Dauer des Studienganges, d.h. sowohl während der Praxisphasen als auch während der Studienphasen.

11. Studierende, die neben dem Studium arbeiten (Werkstudierende, § 6 (1) Nr. 3)

Infos dazu im „Gemeinsamen Rundschreiben betr. versicherungsrechtliche Beurteilung von beschäftigten Studenten und Praktikanten“ vom 23.11.2016, https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/krankversicherung_studenten/_jcr_content/par/download_0/file.res/Werkstudenten.pdf

Studierende, die neben dem Studium arbeiten, nennt man Werkstudierende. Bekommen Studierende einen Werkvertrag, so erlischt bei einem Einkommen von mehr als 505,00 € (Einkommengrenze ab 1.1.24; bis zum 31.12.23 sind es mtl. 485,00 €) eine bisherige Familienversicherung. Infrage kommt dann eine Pflichtversicherung als Studierende/r (KVdS), wenn die Voraussetzungen vorliegen (noch keine 30 Jahre alt, bis zum 31.12.19 noch keine 14 Semester studiert). Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, dann muss eine freiwillige Versicherung abgeschlossen werden. Endet der Werkvertrag vor Erreichen des 25. Lebensjahres und Fortsetzung des Studiums, kann dann wieder in die Familienversicherung zurückgekehrt werden.

11.1 Fallstrick 2: Versicherungsfreiheit in der KV für Werkstudierende

Gem. § 6 (1) Nr. 3 sind Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, versicherungsfrei. Aufgrund § 6 (1) Nr. 3 besteht die Versicherungsfreiheit nur in der KV/PV und in der Arbeitslosenversicherung (§ 27 (4) Satz 1 Nummer 2 SGB III), nicht aber in der RV. D.h. es werden nur zur RV Pflichtbeiträge vom Lohn abgezogen.

Versicherungsfrei in der KV bedeutet, dass man zwar einen Verdienst hat, der über der Minijob-Grenze liegt, trotzdem aber nicht versicherungspflichtig als Arbeitnehmer*in gem. § 5 (1) Nr. 1 wird.

10.1.1 Welchen Sinn hat die Versicherungsfreiheit?

BSG B 12 KR 1/99 R vom 23.9.1999:

„Bei Einführung der KVdS wurde die Beibehaltung der Versicherungsfreiheit der Werkstudenten damit begründet, es solle ein ständiger Wechsel des Versicherungsgrundes vermieden werden (BT-Drucks 7/3640 S 7). Die Probleme, die durch einen solchen ständigen Wechsel entstehen, rechtfertigen weiterhin die Versicherungsfreiheit. Für die KVdS und die versicherungspflichtigen Beschäftigten bestehen jeweils unterschiedliche

Vorschriften über die beitragspflichtigen Einnahmen (§ 226 und § 236 SGB V), die Beitragssätze (§ 241 iVm der jeweiligen Satzungsregelung und § 245 SGB V), die Beitragstragung (§ 249 und § 250 Abs 1 Nr 3 SGB V) sowie die Beitragszahlung (§ 252 und § 254 SGB V).

Bei den häufig zeitlich begrenzten Beschäftigungen während des Studiums hätte der Wechsel des Versicherungsgrundes zur Folge, daß die genannten Vorschriften ständig wechselnd anzuwenden wären. Dies wird durch die Versicherungsfreiheit der Werkstudenten vermieden. Vergleichbare Probleme wie bei dem Wechsel des Versicherungsgrundes in der Pflichtversicherung würden auch auftreten, wenn durch häufig nur kurzzeitige Beschäftigungen während des Studiums, ein Wechsel zwischen Zeiten der Versicherungspflicht aufgrund der Beschäftigung und versicherungsfreien Zeiten eintreten würde.“

Die Tätigkeit ist nur dann sozialversicherungsfrei ("Werkstudentenprivileg"), wenn das Studium die Hauptsache und die Beschäftigung die Nebensache bleibt. Bewertet wird das durch die 20-Stunden-Regel. Die Werkstudentenregelung gilt nur für Studierende, die während der Vorlesungszeit nicht mehr als 20 Stunden **pro Woche** arbeiten. Dann ist die Voraussetzung erfüllt, dass das Studium gegenüber dem Job im Vordergrund steht (BSG vom 11.11.2003 - B 12 KR 24/03 R.). Mehrere, parallel ausgeübte Beschäftigungen zum Beispiel bei unterschiedlichen Arbeitgebern - auch kurzfristige Beschäftigungen und Minijobs - sowie als Selbstständige/r oder Ehrenamtliche/r werden dabei zeitlich zusammengerechnet.

Eine Beschäftigung von mehr als 20 Wochenstunden wird erst dann versicherungspflichtig, wenn sie für mehr als drei Monate ausgeübt wird. Bleibt sie unter dieser Grenze, gilt sie bei Studierenden als geringfügige Beschäftigung (§ 8 (1) Nr. 2 SGB IV).

10.1.2 Bedingungen der Hochschulen bei Beschäftigungen von mehr als 20 Wochenstunden

Die Bedingungen der jeweiligen Hochschule bei Beschäftigungen von mehr als 20 Wochenstunden sind unterschiedlich: Bezogen auf die Immatrikulation besteht bei einem Vollzeitstudium bei manchen Hochschulen keine explizite Grenze, sondern nur die Bedingung, dass das Studium im Vordergrund stehen muss. Dies bedeutet, dass die entsprechenden Leistungen für das Studium erbracht werden müssen, egal wieviel die/der Studierende arbeitet.

Dementsprechend wäre theoretisch, bezogen nur auf die Immatrikulation, auch eine Vollzeitarbeit möglich, wenn die/der Studierende dies mit seinem Studium unter einen Hut bringt.

Bei einem Teilzeitstudium besteht z.B. an der Hochschule Mannheim die Vorgabe, dass man maximal 27h pro Woche arbeiten darf. Alle Studierenden sollten daher unbedingt direkt bei ihrer Hochschule nachfragen, welche Regelungen es dort gibt, damit nicht eine Exmatrikulation erfolgt.

Aufgrund § 6 (1) Nr. 3 besteht die Versicherungsfreiheit nur in der KV/PV und in der Arbeitslosenversicherung (§ 27 (4) Satz 1 Nummer 2 SGB III), nicht aber in der RV. D.h. es werden nur zur RV Pflichtbeiträge vom Lohn abgezogen.

Die Hochschulausbildung im Sinne des "Werkstudentenprivilegs" endet mit Ablauf des Monats, in dem Studierende offiziell schriftlich über das Gesamtergebnis der Prüfungsleistung informiert werden. Danach ist das Kriterium "ordentliche Studierende" - auch bei fortbestehender Immatrikulation - nicht mehr erfüllt. Studierende werden dann wie reguläre Arbeitnehmer/innen sozialversicherungspflichtig.

Die TK hat auf ihrer Website dazu gute Hinweise:
<https://www.tk.de/tk/versicherungsfreiheit/besondere-personengruppen/studenten/234592>

12.Fallstrick 3: Die Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 (1) Nr. 5 i.V.m. § 8 (2))

Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass Antragstellende erstmals versicherungspflichtig wird.

Wer bei Aufnahme des Studiums privat krankenversichert ist und dies auch während des Studiums bleiben möchte, kann sich bei einer gesetzlichen KK seiner Wahl von der Versicherungspflicht als Studierende/r befreien lassen.

§ 8 (2): 1Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. 2Die 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. 3Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. 4Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

Satz 4 wurde zum 1.8.2013 durch Art. 1 Nr. 0 „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ eingefügt (parallel mit dem Inkrafttreten der OAV gem. § 188 (4)).

Da die Befreiung von der Versicherungspflicht nicht widerrufen werden kann, bleibt sie für die Dauer des ununterbrochenen Studiums bestehen. Das kann fatal sein, wenn sich das Studium hinzieht und die PKV ab einer gewissen Altersgrenze nicht mehr die günstigen Studierenden-Tarife berechnet, sondern auf einen Normaltarif umstellt. Ebenso fatal kann es werden, wenn die Beihilfeberechtigung entfällt (im Regelfall mit Vollendung des 25. Lebensjahres bei Studierenden) und dann statt 20% Beitrag plötzlich 100% Beitrag gezahlt werden müssen.

11.1 Frist und Wirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht

Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der KK zu stellen, bei der man gesetzlich versichert ist oder bei Unversicherten/ privat Versicherten/ Versicherten in einer incoming-KV bei einer beliebigen gesetzlichen Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen (bei gesetzlich Versicherten) in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt.

Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

Die Wirksamkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht nur bei Vorlage eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall wurde erst m.W.v. 1.8.2013 als Satz 4 in den Absatz 2 von § 8 eingefügt.

11.2 Was bedeutet „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“?

Es muss sich bei der anderweitigen Absicherung nicht um eine PKV handeln; Wortlaut und systematische Nähe zu § 5 Abs. 1 Nr. 13, Abs. 8a legen vielmehr nahe, dass jede anderweitige Absicherung ausreichend ist (KassKomm/Peters § 8 Rn. 55). Kommentar Krausskopf/Vossen:

„Eine Absicherung auf dem Sicherungsniveau des § 193 Abs 3 S 1 VVG (vgl BSG 20.3.2013 – B 12 KR 14/11 R, SozR 4–2500 § 5 Nr 18 = NJOZ 2013, 2023 = SGB 2014, 387 mit Anm Padé) genügt von daher ebenso wie eine freiwillige Versicherung in der GKV den Anforderungen an eine Befreiung von der Versicherungspflicht. Dass die Absicherung des Krankheitsrisikos im Basistarif der PKV in verfassungsrechtlich relevanter Weise unzureichend wäre, ist nicht ersichtlich (vgl BVerfG 30.8.2017 – 1 BvR 1120/17, BeckRS 2017, 130706).“

Dies bedeutet, dass die Absicherung im Krankheitsfall auch durch eine PKV im Basistarif erfüllt wird, nicht aber z.B. durch Krankenhilfeleistungen gem. § 4

AsylbLG für Grundleistungsempfänger gem. § 3 AsylbLG (BSG Urteil B 1 KR 30/20 R vom 10.3.22). Auch div. Incoming-Krankenversicherungen dürften die Anforderungen nicht erfüllen, weil in fast allen Fällen die Leistungen der GKV nicht ausreichend abgebildet werden (insbes. bei Psychotherapie, Beschränkungen von Heilmitteln etc.). Trotzdem bescheiden fast alle GKVen bei Studierenden mit Incoming-KV's die Befreiung von der Versicherungspflicht.

Fallstrick 4: Die Incoming-KV entfällt, wenn sie nicht verlängert wird oder endet spätestens automatisch nach 5 Jahren (§ 195 (3) VVG)

11.2.1 Wegfall der anderweitigen Absicherung

Insbes. die Incoming-KV's sind zum einen grundsätzlich auf max. 5 Jahre befristet, zum anderen schließen viele internationale Studierende sie zuerst einmal für einen kürzeren Zeitraum ab. Ihnen wird dann vom KV-Unternehmen erklärt, dass Verlängerungen des Vertrags jederzeit möglich sind. Nicht erklärt wird aber, dass eine Verlängerung bei div. zwischenzeitlich eingetretenen Erkrankungen ausgeschlossen ist und bei Frauen, die inzwischen schwanger sind, die Wartezeit für Schwangerschaftsbehandlungen und Entbindungskosten bei einer Verlängerung des Vertrages von Neuem zu laufen beginnt.

Es stellt sich nun die Frage, ob eine Befreiung von der Versicherungspflicht die Wirksamkeit verliert, wenn die Absicherung im Krankheitsfall entfällt. Da sich dazu weder Rechtsprechung noch etwas in den Kommentaren finden ließ, habe ich den GKV-Spitzenverband dazu befragt und am 6.6.23 dazu auch Antwort bekommen:

Sehr geehrte Frau Mehlhorn,

während die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach § 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V seit dem 01.08.2013 Wirksamkeitsvoraussetzung für die Befreiung ist, sind die Folgen des Wegfalls der anderweitigen Absicherung bei Fortstehen des zur Befreiung führenden Tatbestandes nicht gesetzlich geregelt.

Nach unserer Auffassung wirkt die ausgesprochene Befreiung auch in diesen Fällen fort. Sie erledigt sich bei Beendigung einer die anderweitige Absicherung erfüllenden privaten Krankenversicherung nicht auf andere Art und Weise.

Als Voraussetzung der Befreiung von der Versicherungspflicht muss die anderweitige Absicherung zu dem Zeitpunkt bestehen bzw. eine Absicherung vorsehen, zu dem die Versicherungspflicht ohne die Befreiung eintreten würde. Eine Aufrechterhaltung der anderweitigen Absicherung (in der Regel einer privaten Krankenversicherung) mag gedanklich naheliegend sein, zumal im

Regelfall davon ausgegangen werden kann, dass die anderweitige Absicherung auch beibehalten wird; eine solche Aufrechterhaltung wird aber konstitutiv für das Fortbestehen der Befreiungswirkung nicht gefordert.

Mit freundlichen Grüßen

Peter Kulaß

Referat Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Tel.: 030 206288-1131

Fax: 030 206288-81131

peter.kulass@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de

Ich habe ebenfalls das BMG dazu befragt und am 1.8.23 dazu Antwort vom Referat 228, Herrn Dr. Nico Stutz, erhalten:

„Die von Ihnen angesprochenen §§ 44, 45, 48 SGB X dürften vorliegend nicht geeignet sein, den betroffenen Studierenden weiterzuhelfen.

§ 48 SGB X dürfte hier bereits dem Grunde nach ausgeschlossen sein (vgl. *Just*, in *Becker/Kingreen*, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 8. Auflage 2022, § 8 Rn. 23; *Vossen*, in: *Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand: 117. EL, § 8 SGB V Rn. 38).

Die §§ 44, 45 SGB X könnten zwar grundsätzlich auf die Befreiung gemäß § 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V anwendbar sein. Allerdings setzen §§ 44, 45 SGB X voraus, dass der ursprünglich erlassene Verwaltungsakt bereits zum Zeitpunkt des Erlasses rechtswidrig war. In den von Ihnen geschilderten Konstellationen geht es aber offensichtlich nicht um Sachverhalte, in denen die Befreiung ursprünglich zu Unrecht erfolgte, weil zu diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Befreiung tatsächlich nicht vorlagen, sondern um solche Sachverhalte, in denen die Krankenversicherung in der privaten Krankenversicherung (PKV) nachträglich (bspw. nach fünf Jahren) erlischt. Damit dürften auch §§ 44, 45 SGB X in diesen Sachverhalten keine Anwendung finden.

Schließlich dürfte auch der Widerruf einer ursprünglich rechtmäßig erfolgten Befreiung gemäß §§ 46, 47 SGB X bereits dem Wortlaut des § 8 Abs. 2 S. 3 SGB V nach ausgeschlossen sein (*Vossen*, in: *Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand: 117. EL, § 8 SGB V Rn. 38).

Eine nachträgliche Aufhebung der ursprünglichen Befreiung dürfte somit in den von Ihnen geschilderten Konstellationen nicht möglich sein. Dies ist auch vor

dem Hintergrund der bewussten Entscheidung für eine Befreiung von der Pflichtversicherung in der KVdS und für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung systemkonform.

Wir hoffen, Ihnen mit den Ausführungen weitergeholfen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Niko Stutz, LL.M.“

11.2.2 Die Befreiung kann nicht widerrufen werden

Kommentar NK-GesundhR/Joachim Simon: „Ein Widerruf nach den §§ 46, 47 SGB X ist damit ausgeschlossen. Ein Widerruf soll bereits ab Bescheidung über die Befreiung nicht mehr möglich sein, auf die Bestandskraft der Befreiung soll es nicht ankommen. Der Ausschluss des Widerrufs schließt aber nicht eine Überprüfung der Befreiungsentscheidung nach den §§ 44 f. SGB X aus. Eine Rücknahme für die Vergangenheit ist aber jedenfalls für die Zeit vor Geltendmachung einer Rechtswidrigkeit der Befreiungsentscheidung ausgeschlossen; dies folgt aus dem Grundsatz, dass die Beurteilung von Versicherungsverhältnissen rückwirkend grundsätzlich nicht geändert werden soll. Eine Aufhebung wegen Änderung der Verhältnisse (§ 48 SGB X) ist ausgeschlossen, jedenfalls soweit die Änderung nicht im Wegfall des zum Befreiungsrecht führenden Versicherungspflichttatbestands besteht.“

Kommentar Becker/Kingreen/Just:

„Eine Überprüfung nach §§ 44 ff. SGB X ist aber mögl. Die Rücknahme eines rechtswidrigen Befreiungsbescheides erfolgt jedoch nur für die Zukunft, wobei das BSG offen lässt, ob einschlägige Rechtsgrundlage § 44 SGB X o. § 45 SGB X ist (BSG 8.12.1999 – B 12 KR 12/99 R Rn. 23). Eine Rücknahme wegen Änderung der Verhältnisse nach § 48 SGB X ist dagegen ausgeschlossen (Krauskopf/Baier § 8 Rn. 19; Eichenhofer/v. Koppenfels-Spies/Wenner/Wiegand § 8 Rn. 59). Seit dem 1.4.2007 greift aber uU § 5 Abs. 1 Nr. 13 (vgl. → § 5 Rn. 67 ff.).“

Die Befreiung ist zeitlich jeweils auf den Versicherungspflichttatbestand beschränkt, für den sie ausgesprochen wurde (anders nur im § 8 (1) Nr. 2, 2a Hs. 2: Ende mit Ablauf der Elternzeit bzw. der Pflegezeit). Das bedeutet z.B., dass eine Befreiung von der Versicherungspflicht als Studierender auch mit dem Ende des Studiums endet und sich nicht fortsetzt, z.B. bei darauf folgender Aufnahme einer Beschäftigung.

Damit bliebe nur die Anwendung von §§ 44, 45 SGB X in den Fällen, in denen die Befreiung ausgesprochen wurde, weil der vorgelegte KV-Vertrag eben nicht die Voraussetzungen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall entsprach, also nicht das Sicherungsniveau des § 193 (3) S 1 VVG (BSG, Urteil vom 20. März 2013, - B 12 KR 14/11 R -, USK 2013-7) aufwies.

In dem gleichen Urteil entschied das BSG, dass eine Absicherung im Krankheitsfall auch bei einem nicht in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen bestehen kann. **Dabei ist nicht erforderlich, dass die ausländische Krankenversicherung im Leistungsumfang mit dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist, vielmehr reicht es aus, dass das Sicherungsniveau den qualitativen Anforderungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG genügt.** Nach dieser Norm muss eine der Versicherungspflicht genügende Krankheitskostenversicherung mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfassen; eine Kostenerstattung für Zahnbehandlungen und Zahnersatz sowie Leistungen der Pflegeversicherung sind hingegen nicht erforderlich, da die Pflicht zum Abschluss einer Pflegeversicherung separat im § 23 SGB XI geregelt ist. Hierbei darf der Höchstbetrag für Selbstbehalte im Kalenderjahr 5.000 Euro nicht überschreiten. Ferner darf der vereinbarte Geltungsbereich des Versicherungsschutzes keine räumlichen Einschränkungen innerhalb Deutschland vorsehen (so auch in den Grundsätzlichen Hinweisen (GH) des GKV-Spitzenverbandes Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vom 24. Juli 2023, A 2.4.3.1).

Weiter in den GH, A 2.4.3.2:

„Die Anerkennung einer privaten Auslandskrankenversicherung als anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall setzt eine kumulative Erfüllung folgender Anforderungen voraus:

- Der Versicherungsvertrag beinhaltet die Absicherung eines Auslandsaufenthalts, der über die Dauer von 42 Tagen hinaus geht.
- Der Leistungskatalog des Versicherungsvertrags entspricht der Art nach - nicht dagegen dem Umfang nach - den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es genügt, dass die wichtigsten Leistungen der GKV bei der ambulanten und stationären Heilbehandlung vorgesehen sind.“

§ 192 (1) VVG sieht folgende Leistungen vor:

„Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen zu erstatten.“

11.3 Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 (1) Nr. 5) zugunsten von Incoming-Krankenversicherungen bei internationalen Studierenden

Fatal ist eine Befreiung von der Versicherungspflicht, wenn Studierende aus dem Ausland mit sog. Incoming-Krankenversicherungen einreisen (Mawista, Vela, Bupa, Care Concept etc.), die oft befristet abgeschlossen werden und die Fortsetzung der Versicherung abgelehnt wird, weil inzwischen Erkrankungen aufgetreten sind oder auch Wartezeiten (z.B. bei Schwangerschaft) wieder von vorne beginnen.

Bei internationalen Studierenden ergeben sich zusätzlich regelmäßig noch **aufenthaltsrechtliche Probleme**, wenn die Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV zugunsten einer privaten Incoming-Reisekrankenversicherung beantragt wurde, die von Ausländerbehörden immer wieder als nicht ausreichend angesehen wird und gesetzlich nach § 195 Abs. 3 VVG auch noch eine maximale Versicherungsdauer von fünf Jahren besitzt, wodurch sich dann on top die große Frage nach der Anschlussabsicherung stellt, wenn kein Versicherungstatbestand in der GKV vorliegt!

Auszug aus dem „Merkblatt Krankenversicherungsschutz – 01/20LEA 4326, Merkblatt zum erforderlichen Krankenversicherungsschutz für die Erteilung / die Verlängerung von Aufenthaltserlaubnissen“ des Landesamtes für Einwanderung Berlin:

<http://www.berlin.de/formularserver/formular.php?130143>

„Im Übrigen ist bei allen nicht in einer deutschen gesetzlichen Versicherung Versicherten immer auch zu prüfen, ob die Versicherung einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz gewährleistet. Ausreichend ist der Krankenversicherungsschutz durch eine solche Krankenversicherung dann, wenn dieser nach Art und Umfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, d.h., er darf insbesondere keine Leistungsausschlüsse in größerem Umfang vorsehen, dem Versicherten im Krankheitsfall grundsätzlich keinen höheren Selbstbehalt als 300 Euro im Jahr abverlangen, keine Begrenzung der zu erstattenden Kosten im Krankheitsfall sowie keine Ablauf- oder Erlöschensklausel hinsichtlich eines bestimmten Lebensalters, der Aufgabe einer Tätigkeit, des Wechsels des Aufenthaltszwecks oder des Verlustes eines legalen Aufenthaltsstatus enthalten. Ein höherer Selbstbehalt im Rahmen des § 152 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) kann nach einer Einzelfallprüfung zugelassen werden. Ein solcher Versicherungsschutz kann ggf. auch durch einen Versicherer mit Sitz im Ausland gewährleistet werden.“

Von einem ausreichenden Versicherungsschutz ist immer auszugehen, wenn die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht dem Versicherungsunternehmen

bestätigt hat, dass es auf der Grundlage des jeweiligen Versicherungsvertrages die gesetzlichen Voraussetzungen in Bezug auf die Krankenversicherung gem. § 257 Abs. 2a SGB V erfüllt, und die Krankenversicherung dies bescheinigt. Eine Bestätigung der Bundesanstalt wird nicht gegeben, wenn der Versicherungsschutz befristet ist und sich auch nicht automatisch verlängert und wenn keine Überschüsse zur Bildung von Altersrückstellungen gebildet werden, d.h. die Krankenversicherung das Produkt nicht nach Art einer Lebensversicherung kalkuliert hat.“

Ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht sollte daher sehr gut überlegt werden und empfiehlt sich für internationale Studierende überhaupt nicht!

11.4 Wirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht – Teil 2

Auszug aus den „Grundsätzlichen Hinweisen Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten und Auszubildenden ohne Arbeitsentgelt sowie Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs vom 20. März 2020“, dort 3.3 Wirkung der Befreiung (S. 28):

„Nach der gefestigten Rechtsprechung des BSG vom 25. Mai 2011 – B 12 KR 9/09 R -, USK 2011-65, wirkt die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 SGB V tatbestandsbezogen grundsätzlich auf das jeweilige Versicherungspflichtverhältnis, aufgrund dessen die Befreiung herbeigeführt worden ist.

Die Befreiung wirkt, so lange der für die Befreiung maßgebliche Tatbestand ununterbrochen fortbesteht und ohne die Befreiung Versicherungspflicht bewirken würde. Dies bedeutet, dass eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (*Anmerkung d. Verf.: Das ist die Befreiung von der Versicherungspflicht als Studierende/r*) für ein nachfolgendes bzw. späteres Studium grundsätzlich keine Wirkung entfaltet.

Der erneute Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V eröffnet dann erneut ein Befreiungsrecht. Etwas anderes gilt nur dann, wenn sich der erneute Tatbestand der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V (Einschreibung an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule) **nahelos an den bisherigen Befreiungstatbestand anschließt oder nach einer sozialversicherungsrechtlich irrelevanten Unterbrechung von bis zu einem Monat eintritt.** Für die Personkreise der Praktikanten und zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte gelten die gleichen Grundsätze.

Die Befreiung schließt aufgrund der Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V (*Anmerkung der Verf.: Das ist die sog. absolute Versicherungsfreiheit*) des Weiteren den Eintritt von Versicherungspflicht aufgrund anderer zeitgleich vorliegender Tatbestände grundsätzlich aus (vgl. BSG-Urteil vom 27. April 2016 - B 12 KR 24/14 R -, USK 2016-30). Die Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist allerdings hinsichtlich der Folgen für die von der Versicherungspflicht befreiten Personen in dem Sinne eingeschränkt zu verstehen, als eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nur auf andere (zeitgleich vorliegende) zur Versicherungspflicht führende Tatbestände wirkt, die gegenüber dem zur Befreiung führenden Tatbestand im Sinne der Versicherungskonkurrenz nachrangig oder gleichrangig anzusehen sind. **Deshalb schließt die Befreiung nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V von der Krankenversicherungspflicht als Student weiterhin den Eintritt der vorrangigen Versicherungspflicht als Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bei Aufnahme einer entsprechenden Beschäftigung nicht aus.** In einem solchen Fall lebt die Befreiung von der KVdS nach Wegfall der zwischenzeitlichen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wieder auf, wenn der Befreiungstatbestand selbst (Einschreibung an der Hochschule) durchgehend bestand.

Dies gilt ebenfalls für den Eintritt der Versicherungspflicht als Waisenrentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V bis zum Erreichen der Altersgrenze des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, da in dieser Phase die Versicherungspflicht als Waisenrentner die Versicherungspflicht als Student, Praktikant, Auszubildender im Zweiten Bildungsweg nach § 5 Abs. 7 SGB V verdrängt (vgl. Abschnitt 1.5.1). Nach Erreichen dieser Altersgrenze dreht sich dieses Vorrang-/Nachrangverhältnis um und die Befreiung von der Versicherungspflicht in der KVdS lebt wieder auf. Die Befreiung wirkt sich gleichermaßen auch auf die nachrangige Versicherungspflicht als Waisenrentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V aus.“

Das bedeutet in der Praxis: Die Befreiung von der Versicherungspflicht gilt so lange, bis eine Unterbrechung des Studiums eintritt und dann erneut eine Befreiung erforderlich wird (BSG vom 25.5.2011 – B 12 KR 9/09 R; LSG Berlin-Brandenburg vom 27.2.2013 – L 1 KR 10/13 B ER). Unterbrechung bedeutet: Zwischen dem offiziellen Semesterende und dem Beginn des nächsten Studienabschnitts muss mindestens ein Monat liegen, das gilt auch für den Wechsel vom Bachelor zum Masterstudiengang.

13. Beitragszahlung und –berechnung bei KV in der KVdS (§ 254, § 236, § 245 (1) i.V.m. § 199a (5))

Gem. § 254 müssen Studierende die **Beiträge** für das gesamte Semester im Voraus an die KK zahlen; die meisten Kassen lassen sich allerdings auf

monatliche Zahlungen ein, wenn eine Einzugsermächtigung erteilt wird. Zahlen Studierende den KV-Beitrag nicht und können daher der Hochschule bei der Immatrikulation oder aber im Laufe des Studiums bei der Rückmeldung die nötige Bescheinigung der KK nicht vorlegen, verweigert die Hochschule die Immatrikulation bzw. die Rückmeldung (§ 254 Satz 3) – damit endet dann das Studium. Im Gegenzug teilt die KK der Hochschule auch mit, wenn der Student nicht zahlt und daher die Pflichtversicherung als Student beendet wurde (§ 199a (5), bis zum 31.12.19 § 4 (3) SKV-MV).

Der Beitrag betrug vom 1.1.2013 bis 31.12.14 unverändert mtl. 64,77 € in der KV. Seit 1.1.15 gibt es keinen kasseneinheitlichen studentischen Beitrag mehr. Der „Grundbeitrag“ beträgt 61,01 €, dazu kommt dann aber ggf. der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz.

12.1 Berechnung (§ 236 i.V.m. § 245 (1))

Bis 31.12.2014

Allgem. Beitragssatz 15,5 % davon 7/10 (§ 245 (1)) = 10,85 %.

Beitragspflichtige Einnahme nach BAföG 597,00 € * 10,85 % = 64,77 € mtl. Beitrag.

Ab 01.01.2015

Allgem. Beitragssatz 14,6 % davon 7/10 (§ 245 (1)) = 10,22 %.

Beitragspflichtige Einnahme nach dem BAföG 597,00 € * 10,22 % = 61,01 €.

Hinzu kommt dann ggf. der Zusatzbeitragssatz der jeweiligen Kasse. Beträgt dieser 0,9%, dann ist auch ab 1.1.15 rechnerisch der Beitrag zu entrichten, der auch bis zum 31.12.2014 zu entrichten war. Dann würde sich nichts ändern. Aber es gibt einige Kassen, die nur 0,8 % nehmen oder gar keinen Zusatzbeitragssatz oder auch mehr als 0,9 %.

Ab 01.08.2016:

Der BAföG-Höchstsatz wird auf 649,00 € angehoben (die 649,00 € sind ohne den Zuschuss für die KV/PV; der gesamte Höchstbetrag 735,00 € ist incl. des KV/PV-Zuschusses).

Ab dem WS 2016/17 ergibt sich dann folgende Berechnung:

Allgem. Beitragssatz 14,6 %, davon 7/10 (§ 245 (1)) = 10,22 %.

Beitragspflichtige Einnahme (§ 236) nach dem BAföG 649,00 € * 10,22 % = 66,33 €. Hinzu kommt dann ggf. der Zusatzbeitragssatz der jeweiligen Kasse. Rechnet man den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz in 2016 (1,1 %) dazu, ergäbe sich ein Beitrag i.H.v. 73,47 €.

Ab 01.08.2019:

Der BAföG-Höchstsatz wird auf 744,00 € angehoben. Es ergibt sich dann ein KV-Beitrag i.H.v. 76,03 zzgl. kassenindividuellem Zusatzbeitrag. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt 2019 0,9%, das wären dann nochmal 6,70 € dazu, d.h. KV durchschnittlich mtl. 82,73 sind ab dem WS 2019/2020 zu zahlen.

Ab 01.08.2020:

Der BAfÖG-Höchstsatz wird auf 752,00 € angehoben. Es ergibt sich dann ein KV-Beitrag i.H.v. 76,85 zzgl. kassenindividuellem Zusatzbeitrag. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt 2020 1,1%, das wären dann nochmal 8,27 € dazu, d.h. KV durchschnittlich mtl. 85,12 € sind ab dem WS 2020/2021 zu zahlen.

Ab 01.08.2021:

Der BAfÖG-Höchstsatz bleibt bei 752,00 €, der durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt aber seit 1.1.21 1,3%. Damit nochmal 9,78 € dazu, d.h. KV durchschnittlich mtl. 86,63 € sind ab dem WS 2021/2022 zu zahlen.

Ab 01.08.2022:

Der BAfÖG-Höchstsatz steigt auf 812,00 €, der durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt seit 1.1.2022 1,3%. Das ergibt einen KV-Beitrag i.H.v. 82,99€, plus durchschnittlichem Zusatzbeitrag = 10,56€. D.h. KV durchschnittlich 93,55 € sind ab WS 2022/2023 zu zahlen.

Ab 01.10.2024:

Der BAfÖG-Höchstsatz steigt auf 855,00 €, der durchschnittliche Zusatzbeitrag beträgt seit 1.1.2024 1,7%. Das ergibt einen KV-Beitrag i.H.v. 87,38€, plus durchschnittlichem Zusatzbeitrag = 14,54€. D.h. KV durchschnittlich 101,92 € sind ab WS 2024/2025 zu zahlen.

Hinzu kommt der Beitrag zur Pflegeversicherung (PV):

Seit 1.7.23 gibt es gestaffelte PV-Beiträge, wenn man 2 und mehr Kinder hat (Abschlag 0,25% bei 2 Kindern, 0,5% bei 3 Kindern, 0,75% bei 4 Kindern und 1% bei 5 und mehr Kindern).

Ab dem 1.7.2023 kostete die PV mtl. 27,61 € bzw. 32,48 (kinderlos ab 23).

Ab dem 1.8.2019 kostete die PV mtl. 22,69 €; für Kinderlose ab 23. LJ mtl. 24,55 €.

Ab dem 1.8.2020 kostete die PV mtl. 22,94 € (mit Kind) bzw. 24,82 € (kinderlos ab 23).

Ab dem 1.1.2022 wurde der Beitrag für Kinderlose ab 23. LJ erhöht auf 25,57 €.

Ab dem 1.1.2023 kostete die PV mtl. 24,77€ bzw. 27,61€ (kinderlos ab 23).

Ab dem 1.7.2023 kostete die PV mtl. 27,61€ bzw. 32,48 € (kinderlos ab 23).

Seit dem 1.10.2024 kostet die PV mtl. 29,07€ bzw. 34,20€ (kinderlos ab 23).

12.2 Beitragsschulden bei Studierenden (§ 254)

Gem. § 254 SGB V müssen Studierende die Beiträge für das gesamte Semester im Voraus an die KK zahlen. Die meisten Kassen lassen sich allerdings auf monatliche Zahlungen ein, wenn eine Einzugsermächtigung erteilt wird. Zahlen Studierende den KV-Beitrag nicht und können daher der Hochschule bei der Immatrikulation oder aber im Laufe des Studiums bei der Rückmeldung die nötige Bescheinigung der KK nicht vorlegen, verweigert die Hochschule die

Immatrikulation bzw. die Rückmeldung (§ 254 Satz 3 SGB V) – damit endet dann das Studium. Im Gegenzug teilt die KK der Hochschule auch mit, wenn die/der Student/in nicht zahlt und daher die Pflichtversicherung als Studierende beendet wurde (§ 199a (5) SGB V, bis zum 31.12.19 § 4 (3) SKV-MV).

Die KK verhängt nach Mahnungen auch für Studierende das Leistungsruhen gem. § 16 (3a) SGB V.

14.KV bei Bafög-Gewährung

Bafög:

Eine Bewilligung des BAföG-Amtes über **BAföG** löst allein durch die Bewilligung **keine** Pflichtversicherung aus!

Bei **BAföG** werden auf Nachweis in bestimmten Fällen Zuschüsse zur KV bzw. PV gewährt, aber auch nur, wenn ein bestehendes Versicherungsverhältnis nachgewiesen wird (§ 13a BAföG). Rückwirkend werden diese Zuschüsse gem. § 15 BAföG **frühestens ab Beginn des Antragsmonats** gezahlt (Antrag ist hier nicht der BAföG-Antrag als solcher, sondern konkret der Passus „Antrag auf KV-Zuschuss“, der Teil des Gesamtantrags ist).

Der Zuschuss beträgt für KV seit 1.8.22 mtl. 94,00 € (davor mtl. 84,00 €) und für PV mtl. 28,00 € (davor mtl. 25,00 €). Dies, wenn eine Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 9 oder 10 vorliegt (Student*innen, Praktikant*innen, Auszubildende im 2. Bildungsweg). Liegt aber eine freiwillige Versicherung vor bzw. eine Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 (z.B. für Student*innen nach Vollendung des 30. Lebensjahres), so liegt der Zuschuss für die KV bei mtl. 168,00 € und in der PV bei mtl. 38,00 € (§ 13a (2) BAföG).

Für privat Versicherte richtet sich der Zuschuss nach § 13a (3) BAföG.

Wenn bei Antragstellung im Antrag noch eine Familienversicherung angegeben wurde und dann z. B. durch Erreichen der Altersgrenze statt der bisherigen kostenlosen Familienversicherung nun die kostenpflichtige KVdS greift, dann kann u. U. § 53 Satz 1 Nr. 1 BAföG noch eine Rolle spielen:

§ 53 BAföG Änderung des Bescheides

Ändert sich ein für die Leistung der Ausbildungsförderung maßgeblicher Umstand, so wird der Bescheid geändert

1. zugunsten des Auszubildenden vom Beginn des Monats an, in dem die Änderung eingetreten ist, rückwirkend jedoch höchstens für die drei Monate vor dem Monat, in dem sie dem Amt mitgeteilt wurde,

Die Verwaltungsvorschrift (https://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund_15101991_42511VwV17.htm) gibt dazu Folgendes her:

13a.1.1

*Der Krankenversicherungszuschlag wird Auszubildenden, die nach § 13a Abs. 1 Nr. 1 beitragspflichtig krankenversichert sind, zusätzlich zum Bedarf gewährt. Er wird nicht gewährt bei kostenfreier Mitversicherung durch eine Familienversicherung. Dies gilt auch, wenn zusätzlich eine beitragspflichtige Privatversicherung vorliegt. **Beginnt und/oder endet das beitragspflichtige Krankenversicherungsverhältnis während des Bewilligungszeitraums, ist der Bescheid nach Maßgabe des § 53 Satz 1 zu ändern.***

Besteht aufgrund der gesetzlichen Neuerungen ab dem 1.8.16 Anspruch auf Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II), entsteht durch den Bezug von Bürgergeld (bis 31.12.22 Alg II) Versicherungspflicht gem. § 5 (1) Nr. 2a (wenn kein Ausschluss gem. § 5 (5a) vorliegt). Wenn eine studentische Versicherung in der KVdS besteht, wird diese verdrängt (§ 5 (7) Satz 1). Bei Versicherungspflicht gem. § 5 (1) Nr. 2a entfällt die Leistung KV-Zuschuss des BAföG-Amtes, da im § 13a (1) BAföG die Versicherungen, bei denen geleistet wird, konkret aufgezählt sind (Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 9, 10 oder 13 oder freiwillig versichert).

Liegt bei Bürgergeldbezug (bis 31.12.22 Alg II) eine **PKV** vor und somit ein Ausschluss gem. § 5 (5a), besteht Anspruch auf Leistungen gem. § 13a (1) Nr. 2 BAföG hinsichtlich der Bezuschussung des PKV-Beitrags Lt. Gesetzestext erhöht sich der Bedarf, wenn eine PKV-Versicherung bei einem PKV-Unternehmen vorliegt, welches die Anforderungen im § 257 (2a) erfüllt. Das werden nur deutsche PKV-Unternehmen erfüllen, da das Unternehmen konkret Verträge im Basistarif anbieten muss.

15.Studierende mit KV im Ausland (EU-Ausland, Abkommensstaaten)

Ausführungen dazu im Leitfaden „Krankenversicherung der Studenten und Praktikanten nach EG- und Abkommensrecht“ von der DVKA sowie in den „grundsätzlichen Hinweisen Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und der Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs“ vom 20.3.20, dort insbes. im Kapitel 9. Der Leitfaden der DVKA ist nicht veröffentlicht, sondern muss bei der DVKA unter Hinweis auf das Informationsfreiheitsgesetz (IFG) als PDF per Email angefordert werden (post@dvka.de).

Bei ausländischen Studierenden in Deutschland kommt es häufiger vor, dass (noch) eine Krankenversicherung im Heimatland besteht. Kommen diese Studierenden aus einem EU-Land, einem EWR-Land (Norwegen, Island,

Liechtenstein) oder der Schweiz besteht die dortige KV häufig noch fort (im Regelfall eine Familienversicherung). Die Studierenden können dann die Sachleistungsaushilfe über die KK im Heimatland in Anspruch nehmen. Die Vorschriften über die Sachleistungsaushilfe finden sich nicht im SGB V, sondern sind für alle EU-Länder in den beiden EU-VO 883/04 und 987/09 geregelt. Die EWR-Länder und die Schweiz haben sich diesen EU-VO angeschlossen.

Großbritannien hat sich seit dem 1.1.21 über das Handels- und Kooperationsabkommen den EU-Vorschriften angeschlossen. Von britischen NHS (National Health Service) wurde bis zum 31.12.20 die EHIC (European Health Insurance Card) ausgestellt; seit dem 1.1.21 nun die **GHIC (Global Health Insurance Card)**. Das Merkblatt der DKVA dazu mit abgebildeten Mustern der div. EHIC's/GHIC's und der britischen PEB findet man unter https://www.kzvbw.de/wp-content/uploads/Brexit_Stand-05.02.2021.pdf

Studierende, die gewöhnlich im Vereinigten Königreich wohnhaft sind und seit einem Zeitpunkt vor Ablauf des Übergangszeitraums (31.12.2020) in einem Mitgliedstaat studieren, erhalten eine eigene EHIC für Studierende. Diese kann einen bestimmten Zeitraum und mittels eines Ländercodes für ein bestimmtes Land begrenzt sein. Aufgrund des neuen Abkommens soll die EHIC für Studierende in allen Mitgliedstaaten – unabhängig vom eingetragenen Ländercode – akzeptiert werden.

14.1 vorübergehender oder gewöhnlicher Aufenthalt?

Bei Studierenden wird unterstellt, dass sie in Deutschland einen vorübergehenden Aufenthalt haben:

BSG 8/5 RKn 11/87, USK 88100: „Hält sich ein Student zum Zweck des Studiums nicht in seinem Wohnstaat sondern einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder einem anderen Abkommensstaat auf, gilt in der Regel dieser Aufenthalt als vorübergehender Aufenthalt. Insoweit unterliegt er weiterhin dem Recht des Wohnstaates.“

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt und einer KV in einem **EU-Land** richten sich die Vorschriften zur Familienversicherung (Einkommengrenzen, Höchstalter etc.) nach den jeweiligen Vorschriften des Heimatlandes (Art. 11 Abs. 3 Buchst. E) Verordnung (EG) 883/04. Leistungen in Deutschland können über die EHIC in eingeschränktem Umfang in Anspruch genommen werden. Dies sind alle Sachleistungen, die unter Berücksichtigung der geplanten Aufenthaltsdauer, erforderlich sind, so dass der Aufenthalt in Deutschland unter medizinischen Gesichtspunkten unbedenklich fortgesetzt werden kann. Es besteht auch Anspruch auf Sachleistungen bei Erkrankungen, die bereits vor der Einreise nach Deutschland bestanden haben.

Für Studierende aus **Abkommensstaaten** (Ex-Jugoslawien, Türkei, Tunesien) besteht Anspruch auf sofort notwendige Sachleistungen. Dies sind Sachleistungen, die aufgrund des Gesundheitszustandes des Studierenden zwingend erforderlich sind. Es besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Sachleistungen bei Erkrankungen, die bereits vor der Einreise nach Deutschland bestanden haben.

Bei einem Anspruch auf Sachleistungen ist die KVdS (studentische Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 9) ausgeschlossen. Entfällt der Anspruch auf Familienversicherung im Heimatland, so tritt am nächsten Tag die KVdS ein.

Eine Einschreibung mit Ausgabe einer deutschen Gesundheitskarte und uneingeschränktem Leistungsanspruch wäre nur bei gewöhnlichem Aufenthalt möglich. Bei gewöhnlichem Aufenthalt richtet sich der Anspruch nach den deutschen Vorschriften (z.B. Familienversicherung Einkommens- und Altersgrenzen). Nachweis mit Formular S 1 der Heimat-KK.

In der Praxis unterscheiden die KKen schon zwischen kurzfristigen und längerfristigen Aufenthalten, auch wenn diese nicht als Verlegung des Wohnortes gewertet werden. Bei Studierenden (ebenso wie bei entsandten Arbeitnehmer*innen) wird die deutsche Gesundheitskarte – natürlich ohne deutsche EHIC – als nationaler Anspruchsnachweis von der KK als Träger des Aufenthaltsortes aber trotzdem oft aus pragmatischen Gründen ausgegeben, zumal die Sachleistungsaushilfe in Hinblick auf die Aufenthaltsdauer (Studium von mehreren Semestern) kaum noch eingeschränkt werden kann. Die Studierenden legen dazu oft auch eine S 1-Bescheinigung der KK aus dem Heimatland vor, welche diese wohl ebenfalls aus pragmatischen Gründen ausstellen, obwohl sie den Aufenthalt als vorübergehend im Sinne des Art. 19 VO 833/2004 werten. Das wird von der DVKA nicht thematisiert, sondern in der Praxis dann „einfach so gemacht“.

Wodurch unterscheidet sich bei Studierenden ein **vorübergehender von einem gewöhnlichen Aufenthalt?**

„Auch bei einem mehrjährigen Auslandsstudium kann ein gewöhnlicher Inlandsaufenthalt (Anm. der Verf. Hier ist der gewöhnliche Aufenthalt im Heimatland gemeint) angenommen werden, wenn nach Abschluss des Studiums eine Rückkehr in den Wohnstaat beabsichtigt ist, der Studierende in den Semesterferien in seinen Heimatort zurückkehrt, ein eigenes Zimmer in seinem Elternhaus beibehält oder die Aufenthaltsgenehmigung im Ausland begrenzt ist (grundsätzliche Hinweise KV/PV der Studenten ... 9.1).“

Da es keine endgültige Definition im über- und zwischenstaatlichen Recht gibt, ist es möglich, dass der Studienaufenthalt als gewöhnlicher Aufenthalt gesehen

wird. Dies wäre z.B. denkbar, wenn der Studierende erklärt, das er auf jeden Fall nach Abschluss des Studiums in Deutschland bleibt – also die o.a. Voraussetzungen nicht vorliegen.

14.2 Nachweis von Mitgliedszeiten, -ansprüchen und Leistungsansprüchen - Europa-Formulare (bislang E-Formulare, künftig S-Formulare)

Zum Nachweis von Mitgliedszeiten, aktuellen Mitgliedsansprüchen und Leistungsansprüchen benötigt man Europa-Formulare. Bis 2011 waren das die E-Formulare (<https://www.krankenkassen.de/ausland/eformulare/>). Am meisten wurden die Formulare E 104 (Bescheinigung über die Mitgliedszeiten im Heimatland (neu S041)), E 106 (Bescheinigung des Anspruchs der in einem anderen Staat als dem zuständigen Staat wohnenden Versicherten auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft (neu S1)), E 107 (Antrag auf Bescheinigung des Anspruchs auf Sachleistungen - der Krankenversicherungsträger, bei dem ein Antrag auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft gestellt wurde, benötigt dieses Formular, um notwendige Dokumente bei der Heimatkasse anzufordern (neu S071)), E 109 (Bescheinigung des Leistungsanspruchs für Familienangehörige (neu S072)) und E 121 (Bescheinigung über die Eintragung der Rentenberechtigten oder ihrer Familienangehörigen (neu S1)) benötigt.

Seit 1.5.2010 wurden die E-Formulare grundsätzlich durch die neuen **S-„Formulare“ (S steht für Sickness = Krankheit)** ersetzt; eine Übersicht findet sich hier: https://www.kvg.org/de/dokumente-eu-efta-_content---1--1054.html

Es handelt sich eigentlich nicht um Formulare, denn nach den modernisierten Koordinierungsvorschriften ist der Datenaustausch zwischen Sozialversicherungsträgern nunmehr elektronisch durchzuführen (sog. **SED** = strukturierte elektronische Dokumente). Dieser Austausch erfolgt über das System EESSI (= Electronic Exchange of Social Security Information). Um die Datenübermittlung zwischen den Trägern einfacher und effizienter zu machen, wurden strukturierte elektronische Dokumente (SED) entwickelt. In der Übergangszeit zwischen dem 1. Mai 2010 und der Inbetriebnahme des neuen Systems können gedruckte Fassungen der SED verwendet werden.

Hier:

<https://www.itsg.de/produkte/eessi/>

und hier:

https://www.dvka.de/de/informationen/institution_repository/institution_repository_1.html

gibt es Infos zum neuen elektronischen Austausch von Sozialversicherungsdaten.

Wie funktioniert EESSI?

Der gesamte Datenaustausch zwischen nationalen Sozialversicherungsträgern zu grenzübergreifenden Vorgängen wird über EESSI abgewickelt. Die ausgetauschten Dokumente sind strukturiert und werden nach gemeinsam vereinbarten Verfahren erstellt. Sie werden über EESSI dem richtigen Empfänger im anderen Mitgliedstaat zugestellt.

Welches der richtige Empfänger ist, kann im Verzeichnis der nationalen Sozialversicherungsträger

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1028&langId=en>
ermittelt werden.

14.3 Wer muss die E- bzw. S-Formulare beschaffen?

Seit dem 1.5.10 regeln Art. 24 (1) i.V.m. (3) und Art. 25 der DVO-EG 987/2009 die „Beschaffung“.

Art. 24 greift dann, wenn man den Wohnort verlegt hat (**gewöhnlicher Aufenthalt**):

„Bei der Anwendung von Artikel 17 der Grundverordnung müssen sich der Versicherte und/oder seine Familienangehörigen beim Träger ihres Wohnorts eintragen lassen. Ihr Sachleistungsanspruch im Wohnmitgliedstaat wird durch ein Dokument bescheinigt, das vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten **oder auf Antrag des Trägers des Wohnorts** ausgestellt wird.“

Art. 25 der DVO-EG 987/09 greift bei **vorübergehendem Aufenthalt**:

„(1) Bei der Anwendung von Artikel 19 der Grundverordnung legt der Versicherte dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsmitgliedstaat ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt. **Verfügt der Versicherte nicht über ein solches Dokument, so fordert der Träger des Aufenthaltsorts auf Antrag oder falls andernfalls erforderlich das Dokument beim zuständigen Träger an.**“

Hinsichtlich der Pflicht zur Beschaffung des S 041 (alt E 104 bzw. E 121) als Grundlage des **Nachweises über die VVZ aus dem Heimatland** (u.a. auch als Nachweis von „zuletzt gesetzlich versichert“) geben die Art. 24 und 25 der DVO-EG 987/09 konkret nichts her. Hier leitet sich die „Beschaffungspflicht“ der deutschen KK aus Art. 2 (2) der VO 987/09 ab:

„(2) Die Träger stellen unverzüglich all jene Daten, die zur Begründung und Feststellung der Rechte und Pflichten der Personen, für die die Grundverordnung gilt, benötigt werden, zur Verfügung oder tauschen diese ohne Verzug aus. Diese Daten werden zwischen den Mitgliedstaaten entweder unmittelbar von den Trägern selbst oder mittelbar über die Verbindungsstellen übermittelt.“

Dazu hat die DVKA ein konkretes Rundschreiben RS 365/2015 herausgegeben, in dem die Pflicht der deutschen aushelfenden Kasse zur Anforderung der nötigen Anspruchsbescheinigungen bei den Heimatkassen verpflichtet ist (sog. Verwaltungshilfe). Sollte sich auch unter Bezugnahme auf dieses RS die deutsche aushelfende Kasse weigern, die nötigen Anspruchsnachweise direkt anzufordern kann bei der DKVA konkret Herr Weber, Tel. 0228 95 30 691, eingeschaltet werden. Dort müssen dann die konkreten Daten (welche Kasse, welche/r Bearbeiter/in dort weigert sich) benannt werden. Denn leider ist die Sachleistungsaushilfe bei den deutschen Kassen nicht sehr beliebt und von daher werden Antragstellende auf Sachleistungsaushilfe gerne „abgewimmelt“, in dem sie aufgefordert werden, die nötigen Formulare von ihrer Heimatkrankenkasse vorzulegen.

Weiterhin ist die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Mitgliedsstaaten im Art. 76 der EU-VO 883/04 geregelt:

Artikel 76, Zusammenarbeit

(1) Die zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten unterrichten einander über

- a) alle zur Anwendung dieser Verordnung getroffenen Maßnahmen;
- b) alle Änderungen ihrer Rechtsvorschriften, die die Anwendung dieser Verordnung berühren können.

(2) Für die Zwecke dieser Verordnung unterstützen sich die Behörden und Träger der Mitgliedstaaten, als handelte es sich um die Anwendung ihrer eigenen Rechtsvorschriften. Die gegenseitige Amtshilfe dieser Behörden und Träger ist grundsätzlich kostenfrei. Die Verwaltungskommission legt jedoch die Art der erstattungsfähigen Ausgaben und die Schwellen für die Erstattung dieser Ausgaben fest.

(3) Die Behörden und Träger der Mitgliedstaaten können für die Zwecke dieser Verordnung miteinander sowie mit den betroffenen Personen oder deren Vertretern unmittelbar in Verbindung treten.

(4) Die Träger und Personen, die in den Geltungsbereich dieser Verordnung fallen, sind zur gegenseitigen Information und Zusammenarbeit verpflichtet, um die ordnungsgemäße Anwendung dieser Verordnung zu gewährleisten.

Die Träger beantworten gemäß dem Grundsatz der guten Verwaltungspraxis alle Anfragen binnen einer angemessenen Frist und übermitteln den betroffenen Personen in diesem Zusammenhang alle erforderlichen Angaben, damit diese die ihnen durch diese Verordnung eingeräumten Rechte ausüben können.

Die betroffenen Personen müssen die Träger des zuständigen Mitgliedstaats und des Wohnmitgliedstaats so bald wie möglich über jede Änderung ihrer persönlichen oder familiären Situation unterrichten, die sich auf ihre Leistungsansprüche nach dieser Verordnung auswirkt.

(5) Die Verletzung der Informationspflicht gemäß Absatz 4 Unterabsatz 3 kann angemessene Maßnahmen nach dem nationalen Recht nach sich ziehen. Diese Maßnahmen müssen jedoch denjenigen entsprechen, die für vergleichbare

Tatbestände der nationalen Rechtsordnung gelten, und dürfen die Ausübung der den Antragstellern durch diese Verordnung eingeräumten Rechte nicht praktisch unmöglich machen oder übermäßig erschweren.

(6) Werden durch Schwierigkeiten bei der Auslegung oder Anwendung dieser Verordnung die Rechte einer Person im Geltungsbereich der Verordnung in Frage gestellt, so setzt sich der Träger des zuständigen Mitgliedstaats oder des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person mit dem Träger des anderen betroffenen Mitgliedstaats oder den Trägern der anderen betroffenen Mitgliedstaaten in Verbindung. Wird binnen einer angemessenen Frist keine Lösung gefunden, so können die betreffenden Behörden die Verwaltungskommission befragen.

(7) Die Behörden, Träger und Gerichte eines Mitgliedstaats dürfen die bei ihnen eingereichten Anträge oder sonstigen Schriftstücke nicht deshalb zurückweisen, weil sie in einer Amtssprache eines anderen Mitgliedstaats abgefasst sind, die gemäß Artikel 290 des Vertrags als Amtssprache der Organe der Gemeinschaft anerkannt ist.

Seit 2017 mit Einführung des Systems EESSI soll der gesamte Datenaustausch zwischen nationalen Sozialversicherungsträgern zu grenzübergreifenden Vorgängen über EESSI abgewickelt werden. Die ausgetauschten Dokumente sind strukturiert und werden nach gemeinsam vereinbarten Verfahren erstellt. Sie werden über EESSI dem richtigen Empfänger im anderen Mitgliedstaat zugestellt.

Allein daraus ergibt sich ja schon, dass die Versicherten die Unterlagen von ihrer Kasse im EU-Land nicht besorgen (maximal lediglich beantragen) können, da Zugang zu EESSI lediglich die Sozialversicherungsträger haben, nicht aber die Versicherten.

14.4 Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 (1) Nr. 5) bei einer bestehenden KV im Ausland

Studierende aus Drittstaaten, die durch die Einschreibung als Studierender in Deutschland versicherungspflichtig in der KVdS werden, haben grundsätzlich die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht auf Antrag befreien zu lassen (§ 8 (1) Nr. 5), sofern sie das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall im Ausland nachweisen. Meist ist dies eine „Auslandsrankenversicherung für Deutschland“, die im Regelfall zeitlich befristet ist. Endet in diesem Fall die KV im Heimatland, ist die KVdS für die Dauer des Studiums ausgeschlossen. S.a. Kap. 11 Fallstrick 3.

14.5 Aufnahme einer Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit bei einer bestehenden KV im Ausland

Das Wohnstaatsprinzip gilt u. a. nicht, sobald ein*e Studierende*r **eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufnimmt**. Eine Beschäftigung ist auch ein sog. Studierendenjob neben dem Studium, auch dann, wenn während des Semesters nur für ein paar Stunden wöchentlich gearbeitet wird.

In einem solchen Fall gelten die Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates. Die Person wird nach den Ausführungen der DVKA dann nicht mehr als Studierende*r angesehen, sondern als Beschäftigte*r. Dies unabhängig von der Dauer des Aufenthaltes, der Höhe des Einkommens und des bisherigen Versicherungsschutzes. Die EHIC darf dann ab Beginn der Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit nicht mehr genutzt werden. Da bei Studierenden – auch bei einem Einkommen über der Minijobgrenze (2024 = 538,00 €) - keine Versicherungspflicht in der KV/PV eintritt (sondern nur in der RV, Versicherungsfreiheit gem. § 6 (1) Nr. 3), greift dann die KVdS.

14.6 Sachleistungsaushilfe (SLA) über eine KV aus Abkommensstaaten

14.6.1 Familienversicherung über einen Hauptversicherten in einem Abkommensstaat

Die Berechtigung zur Familienversicherung mit den entsprechenden Voraussetzungen richtet sich i.d.R. nach den Vorschriften des Heimatlandes. Dies insbes. dann, wenn der Angehörige ohne den Hauptversicherten in Deutschland lebt.

14.6.2 Welche Anspruchsnachweise werden für die Familienversicherung über einen Hauptversicherten in einem Abkommensstaat benötigt?

Bosnien-Herzegowina: Brief, Nordmazedonien (bis 11.2.19 Mazedonien): D/RM 109, Montenegro: DE/MNE 109, Serbien: DE 109 SRB, Türkei: A/T 9, Tunesien: A/TN 9.

14.6.3 Mitgliedschaft im Heimatland endete, Weiterversicherung in Deutschland

Mitgliedszeiten aus Abkommensstaaten können lt. Auskunft der DVKA für eine freiwillige Weiterversicherung in Deutschland (§ 9, innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende der Heimatversicherung) nur dann als Vorversicherungszeiten angerechnet werden, wenn bereits irgendwann einmal in Deutschland eine gesetzliche Versicherung (1 Tag genügt, egal ob es eine eigene Versicherung oder eine Familienversicherung war) bestanden hat.

Die DVKA unterscheidet dann zwischen „Berücksichtigung“ und „Zusammenrechnung“ von VVZ. Berücksichtigung bedeutet, dass zur Erfüllung

der VVZ ggf. alleine ausländische VVZ herangezogen werden können. Zusammenrechnung bedeutet, dass ausländische Versicherungszeiten nur dann angerechnet werden können, wenn auch anrechenbare deutsche Versicherungszeiten vorliegen. Es ist aber nicht erforderlich, dass die deutschen VVZ innerhalb der Rahmenfrist des § 9 (1) Nr. 1 liegen.

Zeiten aus Bosnien-Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien (bis 11.2.2019 Mazedonien) und Serbien können/müssen mit deutschen VVZ zusammengerechnet werden. Zeiten aus der Türkei und Tunesien werden berücksichtigt, d.h. auch ohne eine Zusammenrechnung mit deutschen VVZ führen sie zu einer freiwilligen KV, wenn zu irgendeinem Zeitpunkt mal eine KV in Deutschland bestanden hat (s.a. Leitfaden freiwillige Versicherung der DVKA Nr. 2.1.3).

Eine Mitgliedschaft in der Auffang-Versicherungspflicht gem. § 5 (1) Nr. 13 greift nur bei Vorliegen von bestimmten Aufenthaltstiteln.

14.6.4 Welche Formulare bescheinigen die VVZ aus den Abkommensstaaten?

Bosnien-Herzegowina: BH 2, Kosovo: Ju 2, Nordmazedonien (bis 11.2.19 Mazedonien): RM/D 104, Montenegro: Ju 2, Serbien: SRB 104 DE, Türkei: T/A 4, Tunesien: TN/A 4.

16. Wer berät und hilft bei Problemen mit den Kassen?

15.1 Clearingstellen für nicht krankenversicherte Menschen

Die Clearingstellen beraten sowohl unversicherte Menschen als auch nicht ausreichend versicherte Menschen; in manchen Clearingstellen gibt es auch Hilfe und Unterstützung bei Beitragsrückständen.

Als zeitlich befristete Projekte gibt es in **Berlin** eine **Clearingstelle für unversicherte Menschen** (<https://www.berliner-stadtmission.de/clearingstelle>) und in **NRW 6 Clearingstellen** in Dortmund, Duisburg, Gelsenkirchen, Köln und Münster (<https://www.mags.nrw/clearingstellen-fuer-zugewanderte>) sowie Bielefeld (Ansprechpartnerin: Uta Braune-Krah, Viktoriastraße 10 - 33602 Bielefeld, Mobil: 0151 – 17535915, E-Mail: uta.braune-krah@bethel.de, Sozialdienst v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Die Clearingstelle in Berlin berät nicht nur, sondern kann auch **Kostenübernahmescheine für Behandlungen ausstellen**, wenn es für die Ratsuchenden keine Möglichkeit der Versicherung gibt und ein dringender medizinischer Behandlungsbedarf besteht.

Weiterhin gibt es Clearingstellen in **Bremen** (https://www.inneremission-bremen.de/flucht_und_migration/humanitaere_sprechstunde_clearing/), **Hamburg** (https://www.fz-hh.de/de/projekte/clearingstelle_mv.php), in **Leipzig** (<https://www.cab-leipzig.de/>) und seit 4-2020 auch in **München** (<https://www.condrobs.de/einrichtungen/clearingstelle>).

Auch in **Frankfurt/M.** gibt es eine Clearingstelle, Ansprechpartnerin ist dort Frau Alexandra Lang vom Gesundheitsamt Frankfurt (clearingstelle.gesundheitsamt@stadt-frankfurt.de, Tel. 069 212-34302). Seit dem 1.12.20 gibt es auch in **Wiesbaden** eine Clearingstelle: Krankenversicherungsclearingstelle der Diakonie Wiesbaden, Jenny Macher, Tel. 0611 360 91 27, Mobil: 0160 71 303 49, E-Mail: KVC.wiesbaden@dwwi.de

In **Hannover** gibt es die Clearingstelle Gesundheitsversorgung, Träger: Diakonisches Werk Hannover (DW) / Caritas Verband Hannover (CV), Ansprechpartner*innen: Birthe Möller (DW), Fabian Niculescu (CV), Tel.: 0172 – 53 11 049, E-Mail: birthe.moeller@dw-h.de / Fabian.Niculescu@caritas-hannover.de

In **Rheinland-Pfalz** gibt es eine Clearingstelle in **Mainz** (<https://clearingstelle-krankenversicherung-rlp.de/>), in **Koblenz**, c/o Caritasverband Koblenz e.V., Neustadt 20 – 56068 Koblenz, Tel.: 0261 – 91649718 oder 0160 – 91718826, Email: clearing@caritas-koblenz.de und in **Ludwigshafen/Worms**, c/o Ökumenische Fördergemeinschaft GmbH, Telefon: 0621 – 6505 0354 oder 0176 – 56 719 809, E-Mail: christahl@foerdergemeinschaft.de

In **Thüringen** berät die AKST (Anonymer Krankenschein Thüringen, Medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung) zur Erlangung einer Versicherung und gibt in Notfällen auch Behandlungsscheine aus (<https://www.aks-thueringen.de/>).

Eine **Übersicht über alle Stellen in Deutschland** findet man hier: <https://anonymer-behandlungsschein.de/>

15.1.1 Kostenlose medizinische Versorgung für unversicherte Schwangere in Berlin

In Berlin übernehmen die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung für schwangere, nicht krankenversicherte Frauen kostenlose ärztliche Betreuung und Untersuchung nach den Mutterschaftsrichtlinien, insbes. bei Vorliegen von medizinischen Risiken. Die Beratung und Behandlung erfolgt sowohl für deutsche Frauen als auch für Frauen aus anderen Ländern, auch für Frauen mit

unklarem Aufenthaltsstatus sowie nicht legalem Aufenthalt. Weiterhin gibt es dort kostenlose gynäkologische Untersuchungen und Verschreibung von Verhütungsmitteln für nicht Krankenversicherte. In Berlin gibt es 5 Zentren: In Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte und in Steglitz-Zehlendorf. Unabhängig vom Wohnort kann man sich an jedes Zentrum wenden, <https://www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/verwaltung/aemter/gesundheit/zentrum-fuer-sexuelle-gesundheit-und-familienplanung/>

In Berlin gibt es zudem einen sog. „Geburtenfonds“. Unversicherte Schwangere, die sich nicht versichern können und wenig Einkommen haben, können Anträge auf eine Kostenübernahme für die Entbindung in einem Krankenhaus stellen. Die Anträge nehmen die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung auf.

15.2 UPD – unabhängige Patientenberatung Deutschland

Leider ist die UPD in 2023 im Umbruch. Ab dem 1.1.2024 soll es eine neue Trägerschaft in Form einer Stiftung geben. Die bisherige UPD hat ihre Beratungstätigkeit zum 7.12.23 eingestellt. Ab wann die neue UPD ihre Tätigkeit aufnimmt, ist derzeit noch unklar.

15.3 Beschwerde (Eingabe) beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS)

Wenn es nicht um eine Beratung, sondern um eine Beschwerde geht (z.B. wenn es mit einem Antrag einfach nicht vorangeht bei einer KK oder die KK ständig nur mündliche ablehnende Auskünfte gibt, aber keine Bescheide erlässt, gegen die man Widerspruch erheben kann), hilft oft eine Beschwerde beim BAS.

Beim BAS ist eine Online-Beschwerde (hier heißt das Eingabe) über alle SV-Träger, die der BAS unterliegen (bestimmte Kranken-, Pflege-, Unfall- oder Rentenversicherungsträger), möglich:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/beschwerde-ueber-einen-sv-traeger/beschwerdeformular/>

Eine Liste, welche SV-Träger der BAS unterliegen, findet man hier:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/bundesamt-fuer-soziale-sicherung/aufgaben-des-bas/liste-der-traeger-unter-der-aufsicht-des-bas/>

Bei den KKen sind das die Betriebs-, Innungs- und Ersatzkrankenkassen. Die AOKen unterliegen den jeweiligen Ministerien für Gesundheit.

Man muss dann den jeweiligen SV-Träger anklicken, danach den Beschwerdegrund wählen (z.B. Mitgliedschaft) und muss dann runterscrollen über häufig gestellte Fragen zum eigentlichen Beschwerdeformular (dort wieder runterscrollen).

15.4 Probleme bei Sachverhalten mit KKen aus EU-Ländern

Hier kann es Probleme geben, dass sich z.B. eine deutsche KK weigert, die nötigen EU-Formulare bei der KK aus einem EU-Land anzufordern (sie verlangt, dass die Antragstellenden dies bitte besorgen und vorlegen mögen, was nicht korrekt ist) oder aber die KK im EU-Land reagiert nicht und übersendet die nötigen Anspruchsnachweise nicht an die deutsche KK.

Bei diesen Problemen kümmert sich **Solvit** (nur bei Sachverhalten in der EU (auch für Nicht-EU-Bürger*innen), nicht bei Abkommensstaaten) um eine Lösung.

Die **europäische Kommission „SOLVIT“**

http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Europa/leben-in-europa-solvit.pdf?__blob=publicationFile&v=13

kümmert sich um die bei fehlerhafter Anwendung des EU-Rechtes durch Behörden in den EU-Mitgliedsstaaten entstandenen Probleme. SOLVIT ist seit Juli 2002 in Betrieb. Das Netz wird zwar von den Mitgliedstaaten betrieben, doch die Europäische Kommission stellt die Einrichtungen zur Verfügung und unterstützt die Zentren, sofern erforderlich, um Problemlösungen zu beschleunigen. Darüber hinaus leitet die Kommission offizielle Beschwerden, die bei ihr eingehen, an SOLVIT weiter, wenn die darin beschriebenen Probleme mit großer Wahrscheinlichkeit außergerichtlich gelöst werden können.

SOLVIT löst daher nicht nur Probleme im Bereich der Krankenversicherung, sondern weit darüber hinaus: SOLVIT kann helfen, wenn Rechte als EU-Bürger*in oder Unternehmen von Behörden in einem anderen EU-Land verletzt werden und die Betroffenen den Fall noch nicht vor Gericht gebracht haben (wenn bisher nur eine Verwaltungsbeschwerde eingereicht wurde, kann SOLVIT tätig werden).

In jedem Mitgliedstaat der EU sowie in Island, Liechtenstein und Norwegen gibt es SOLVIT-Stellen. Sie bearbeiten Beschwerden von Bürger*innen und Unternehmen. Die SOLVIT-Stellen sind Teil der nationalen Verwaltung und ihre Aufgabe besteht darin, innerhalb von max. 10 Wochen praktische Lösungen für praktische Probleme zu finden. Die Leistungen von SOLVIT sind kostenlos. Man kann Solvit z.B. auch dann einschalten, wenn die deutsche aushelfende Krankenkasse von der EU-Kasse ein Europa-Formular (z.B. E 104 / S041) anfordert, die EU-Kasse aber nicht reagiert. Bei SOLVIT können Beschwerden von Bürger*innen oder Unternehmen oder von Mittlern in deren Namen eingereicht werden. Ich habe bislang sehr positive Rückmeldungen über die Arbeit von Solvit bekommen.

Hier:

<http://ec.europa.eu/solvit/index%5Fde.htm>

kann man **online seine Beschwerde übermitteln**. Links unten auf „Solvit einschalten“ klicken und dann dem Programm weiter folgen.

Solvit wird für Unionsbürger*innen tätig, aber auch für Drittstaatler*innen, die in einem EU-Land versichert sind bzw. waren. Leider sieht die Online-Beschwerdemaske „Staatsangehörigkeit“ lediglich die europäischen Staatsangehörigkeiten vor. Von Solvit habe ich dazu von Frau Heinemann von der deutschen Solvit-Stelle folgende Info bekommen: „In diesem Fall können Sie jedoch, um das Problem zu übergehen, gerne eine andere Staatsangehörigkeit auswählen und dies in der Problembeschreibung vorab kurz erläutern“.

Die Nationale SOLVIT-Stelle in Deutschland erreicht man hier:

Laura Heinemann, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Scharnhorststr. 34-37, DE - 10115 Berlin, Fax. +49 3018 615 5379, solvit@bmwi.bund.de

17.Übergang für Geflüchtete in ein Studium

Durch die Aufnahme eines Studiums verändert sich der bisherige Aufenthaltsstatus nicht. Ein expliziter Aufenthaltstitel zum Zwecke des Studiums ist nicht zwingend nötig. Wer daher z.B. eine AE gem. § 24 AufenthG hat (Ukrainer*innen), kann damit selbstverständlich studieren.

Ganz unterschiedlich sind die Krankenversicherungen, aus denen Geflüchtete in ein Studium überwechseln:

- **Beschäftigung mit Pflichtversicherung** § 5 (1) Nr. 1: Wenn die Beschäftigung endet, endet auch die Pflichtversicherung. Mit Aufnahme des Studiums schließt sich die KVdS an (§ 5 (1) Nr. 9) oder für Ü30 die OAV (obligatorische Anschlussversicherung) als Form der freiwilligen Versicherung
- **Bezug von Bürgergeld nach dem SGB II** mit Pflichtversicherung § 5 (1) Nr. 2a: Mit dem Ende von Bürgergeld endet auch die Pflichtversicherung. Rest s.u. Beschäftigung endet. Der Bezug von Bafög führt nicht zu einer KV; wer versichert ist, bekommt zusätzlich zum Bafög Zuschüsse zur KV/PV.
- **Bezug von Leistungen nach dem SGB XII**: Wer nicht in eine GKV rutschen konnte, war in der Auftragsversorgung gem. § 264. Die erkennt man an der Gesundheitskarte, die auf der Rückseite (europäische Gesundheitskarte EHIC) nicht ausgefüllt ist. Diese Auftragsversorgung begründet KEINE Mitgliedschaft, sondern stellt eine Form der

Krankenhilfe dar. Eine „Weiterversicherung“ ist für U30 über die KVdS möglich. Ü30 können nur in eine sonst. KV ausweichen (z.B. Vela, Provisit Student) oder falls eine PKV sie aufnimmt, in einen regulären PKV-Studententarif. Bei bestimmten Aufenthaltstiteln ist für Ü30 die Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 SGB V möglich (s.u. Kapitel 26).

- Bezug von Leistungen nach dem AsylbLG: Dort erfolgte die Krankenversorgung entweder als originäre Krankenhilfe gem. § 4 AsylbLG (Ausgabe von Krankenscheinen) oder bei den sog. Analogleistungen gem. § 2 AsylbLG über eine Auftragsversorgung gem. § 264. Rest s.u. Leistungen SGB XII.

16.1. Beitragsübernahme im AsylbLG bei OAV oder Zugang zur freiwilligen KV gem. § 9 SGB V

Eine direkte Rechtsgrundlage wie im § 32 SGB XII gibt es im AsylbLG nicht. Etliche Asylstellen in Deutschland haben daher Bedenken, Beiträge zur einer freiwilligen Versicherung (egal, ob der Zugang über die OAV oder regulär gem. § 9 mit den nötigen VVZ erfolgte) im Asylbereich zu übernehmen.

Zuerst ist zu unterscheiden zwischen den **Grundleistungen gem. § 3 AsylbLG** und **Leistungen in besonderen Fällen gem. § 2 AsylbLG**.

1. Bei den Analogleistungen nach § 2 AsylbLG ist die Sache klar. § 2 AsylbLG bringt die §§ 32, 32a SGB XII ins Spiel und die Beiträge können übernommen werden.

2. Auch bei den Grundleistungsempfängenden nach § 3 AsylbLG sehe ich kein Problem. Gem. § 4 Abs. 3 S. 1 AsylbLG - Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt - stellt die zuständige Behörde die Versorgung sicher.

Hierzu Kommentar Hohm Rd. Nr. 169, 173, 174 zu § 4 AsylbLG:

„Da der Gesetzgeber in § 4 Abs. 3 AsylbLG allein das Sicherungsobjekt bestimmt hat, also das, was sichergestellt werden soll, und nicht auch die Art und Weise seiner Sicherung verbindlich vorgegeben hat, **obliegt es den für die Durchführung des AsylbLG zuständigen Behörden** im Rahmen der zu berücksichtigenden einfachgesetzlichen und verfassungsrechtlichen Vorgaben **darüber zu entscheiden, wie sie ihrer objektiv-rechtlichen Sicherungspflicht nachkommen.**“

Lt. Kommentar Hohm Rd. Nr. 218, 219 zu § 2 AsylbLG treten die Vorschriften der §§ 30, 31 und 32 SGB XII als Pflichtleistungen (...sind als Bedarf anzuerkennen) an die Stelle von § 6 AsylbLG.

Gem. § 6 AsylbLG „können sonstige Leistungen **insbesondere** gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.“

„Das AsylbLG ist ein sozialrechtliches Sondergesetz für Ausländer*innen. Soweit das AsylbLG keine eigenständigen Regelungen enthält, muss deshalb auf die Vorschriften des SGB XII zurückgegriffen werden, soweit dies zur Sicherung des Existenzminimums notwendig ist“ (Kommentar Hohm Rd. Nr. 190 zu § 6 AsylbLG).

„Der Begriff der unerlässlichen, erforderlichen und gebotenen Leistungen wird im AsylbLG selbst nicht definiert. Bei Lücken im AsylbLG muss im Sinne eines dynamischen Konzepts auf das Regelungssystem des SGB XII zurückgegriffen werden“ (Kommentar Hohm Rd. Nr. 50 zu § 6 AsylbLG).

„Dies bedeutet für die Konkretisierung der unerlässlichen und gebotenen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes oder der Gesundheit oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern, dass diese sonstigen Leistungen für Ausländer im SGB XII als Anspruchsleistungen ausgestaltet worden sind“ (Kommentar Hohm Rd. Nr. 51 zu § 6 AsylbLG).

Ausländer*innenn ist gem. § 23 Abs. 1 SGB XII unter anderem Hilfe zum Lebensunterhalt zu leisten und somit gilt auch § 32 SGB XII.

Daher sehe ich kein Problem, auch bei Grundleistungsempfangenden gem. § 3 AsylbLG die KV/PV-Beiträge zu übernehmen. Dies hat die Berliner Senatsverwaltung für Soziales auch so bestätigt und in Berlin wird entsprechend so verfahren.

Das Ministerium für Familie, Frauen, Kultur und Integration Rheinland-Pfalz sieht am 23.2.23 in seinem Schreiben mit dem AZ. 3314-0012#2023/0001-0701 725-4.0001 an die Landkreise und kreisfreien Städte Rheinland-Pfalz in Abstimmung mit dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz ebenfalls die Kostenübernahme für die Beiträge als gegeben an:

„Die entsprechenden Versicherungsbeträge im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung sind von der zuständigen Leistungsbehörde dann gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG zu gewähren, da diese Leistung zur Sicherung der Gesundheit – mit Rücksicht auf die überragende Bedeutung des Schutzes der Gesundheit als zentrale Teilkomponente des Soziokulturellen Existenzminimums (BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 – 1 BvL 10/10 – , Rn. 64) – unerlässlich ist.“

18. Gibt es Präzedenzfälle, die in der Beratung der Studierenden hilfreich sein können?

- Beim Zugang zur Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 prüfen die KKen die Voraussetzungen im § 5 (11) nicht rechtlich sicher. Sie verwechseln oft „Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhaltes“ (§ 5 (1) Nr. 1 AufenthG i.V.m. § 2 (3) AufenthG) mit „Verpflichtungserklärung“ (§ 68 AufenthG). Das sind 2 völlig unterschiedliche Sachverhalte.
- Die Fragebögen zur Aufnahme sind oft missverständlich bzw. gibt es dort nicht ausreichende Antwortmöglichkeiten. Bei der Frage nach der letzten KV gibt es oft nur „gesetzlich“ oder „privat“. Lag zuletzt eine Incoming-KV vor, wird dann von den Antragstellenden natürlich „privat“ angekreuzt, obwohl das so nicht korrekt ist. Denn die Incoming-KV's führen eben nicht zur Zuordnung „zuletzt privat versichert“.
- Wer aus einem Drittstaat kommt und dort in einer privaten KV war, der würde bei der letzten Versicherung auch „privat“ ankreuzen. Private KVen in Drittstaaten führen nicht zur Zuordnung „zuletzt privat versichert“.
- Wer aus dem AsylbLG oder auch aus dem SGB XII kommt und gem. § 264 in der Auftragsversorgung bei einer gesetzlichen KK war, war nicht gesetzlich versichert, sondern in einem Sondersystem abgesichert. Die Personen hatten zwar Gesundheitskarten, waren aber nicht Mitglieder. Daher zählen die dort zurückgelegten Zeiten auch nicht als VVZ. Bei Personen aus EU-Ländern muss dann geguckt werden, wie die letzte KV vor der Auftragsversorgung war (z.B. gesetzlich oder privat in dem EU-Land).

19. Wie können Studierende optimal unterstützt werden und wo gibt es Informationsbedarf oder nützliche Handreichungen?

- Auf jeden Fall braucht es Unterstützung bei der Ausfüllung der div. Fragebögen, die zu einer Aufnahme bei der KK nötig sind. Ein Kreuz im falschen Feld und es kann zu Ablehnungen kommen.
- Noch wichtiger ist die Beratung VOR der Befreiung von der Versicherungspflicht der KVdS. Die KKen beraten zwar, aber offensichtlich nicht nachdrücklich/ausführlich genug, denn es erfolgen immer noch viel zu viele Befreiungen bei Incoming-KV's.
- Für gänzlich Unversicherte braucht es eine Spezialberatung von Beratenden mit hohen KV-Spezialkenntnissen. Die Clearingstellen für unversicherte Menschen bieten das an, sind aber nicht deutschlandweit vertreten.

- Ich gehe sogar so weit, dass alle internationalen Studierenden im Rahmen der Erst-Immatrikulation eine KV-Beratung bei speziell geschulten Beratenden auf jeden Fall verbindlich durchlaufen müssten.
- Beratungen bei KKen sind nicht immer zielführend.
- Auf der Website des Studierendenwerkes gibt es ja schon Infos zu KV. Die könnte man ja noch ausbauen und z.B. unter „weiterlesen“ oder „mehr Infos“ noch vertiefte Informationen einstellen.
- Frau Prof. Dorothee Frings hat ja eine Handreichung verfasst (Aufenthalts- und Sozialrecht für internationale Studierende), die könnte man auf der Website im Bereich KV verlinken (<https://www.studierendenwerke.de/beitrag/aufenthalts-und-sozialrecht-fuer-internationale-studierende>) oder einen Auszug daraus nur zur KV.

20. Welche Kooperationsmöglichkeiten gibt es für STW und HS mit KK vor Ort?

Das Problem ist, dass bei der KVdS oder auch bei der freiwilligen KV (insbes. mit VVZ aus EU-Ländern) für die Studierenden ein Kassenwahlrecht besteht. In Deutschland gibt es am 1.1.2023 noch 96 verschiedene gesetzliche KKen. Eine Kooperation mit einer oder ein paar gesetzlichen KKen würde daher das Wahlrecht der Studierenden einschränken.

Trotzdem wäre es eine Möglichkeit, mit den größeren KKen (AOKen, Barmer, TK, DAK, KKH, aber auch IKK oder BKK) VOR ORT Beratungsschnittstellen zu vereinbaren. Also ein*e direkte*r Ansprechpartner*in der jeweiligen KK für Problemfälle aus der Beratung.

Die Kooperation mit Vela gibt es ja schon, die könnte ggf. mit Provisit Student ebenfalls eingegangen werden.

21. Übergänge von privater zu gesetzlicher KV

Wer privat versichert ist nach einer Befreiung von der Versicherungspflicht, hat schlechte Karten, im Rahmen des Studiums wieder in die GKV zu wechseln. Hier gibt es nur die Möglichkeit der Unterbrechung des Studiums für mind. 1 Monat (s. Kap. 11.4) - was dann aber wieder zu aufenthaltsrechtlichen Problemen führt bzw. führen kann.

Grundsätzlich immer möglich bei Einhaltung der Einkommensgrenze (2024 mtl. 505,00 €, bei Minijob 538,00 €, in 2023 waren es mtl. 485,00, bei Minijob bis 520,00 €) wäre eine Familienversicherung (bei Eheschließung oder wenn ein Elternteil in Deutschland lebt). Bafög würde nicht zählen bei der Einkommensgrenze, Kindergeld, Kinderzuschlag ebenfalls nicht, auch Unterhalt von den Eltern oder Wohngeld zählen nicht dazu.

Mehr als 20 Wochenstunden zu arbeiten würde zwar zu einer Pflichtversicherung als Arbeitnehmer*in führen, kann aber Konflikte mit der Hochschule geben, weil man dann nicht mehr Vollzeitstudent*in ist. Dazu müsste die Tätigkeit mehr als 3 Monate andauern, weil sie sonst geringfügig wäre, § 8 (1) Nr. 2 SGB IV:

„(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt **oder im Voraus vertraglich begrenzt** ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und die Geringfügigkeitsgrenze übersteigt.“

Danach ginge dann die OAV gem. § 188 (4) als Weiterversicherung. Allerdings scheitert eine Erwerbstätigkeit auch oft an der eingeschränkten Arbeitserlaubnis. § 16b (3) AufenthG:

„(3) 1Die Aufenthaltserlaubnis berechtigt nur zur Ausübung einer Beschäftigung, die insgesamt 120 Tage oder 240 halbe Tage im Jahr nicht überschreiten darf, sowie zur Ausübung studentischer Nebentätigkeiten. 2Während des Aufenthalts zu studienvorbereitenden Maßnahmen im ersten Jahr des Aufenthalts berechtigt die Aufenthaltserlaubnis nur zur Beschäftigung in der Ferienzeit.“

22. Welche KV sind internationalen Studierenden zu empfehlen? (private KVs & gesetzliche KVs)

Bei den gesetzlichen KVen gibt es ein gesetzliches Wahlrecht im § 175 SGB V. Ich werde mich hüten, hier Empfehlungen abzugeben, die dieses Wahlrecht beeinflussen könnten. In der Beratung können aber Hinweise zu 3 Punkten gegeben werden:

- Ist es den Ratsuchenden wichtig, dass ihre Kasse eine Geschäftsstelle im Wohnort hat? Dann scheiden div. Kassen natürlich aus.
- Wie hoch ist der Zusatzbeitrag, den die Kasse erhebt? Jede Kasse erhebt Zusatzbeiträge in ganz unterschiedlicher Höhe. Eine Übersicht des GKV-Spitzenverbandes aller Kassen gibt es hier: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp>
- Welche freiwilligen Satzungsleistungen bietet die Kasse an? Die grundsätzlichen Leistungen sind im SGB V geregelt und bei jeder Kasse gleich. Aber jede Kasse kann über ihre Satzung freiwillige Leistungen, sog. Satzungsleistungen, anbieten. Die Kassen veröffentlichen ihre

Satzungen im Internet, dazu am besten „Satzung xy-Krankenkasse“ googeln, dann kommt die jeweilige Satzung gleich bei den ersten Einträgen.

Hier:

<http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/gesetzliche-krankenkassen-besondere-leistungen/>

sind die Mehrleistungen der Kassen inhaltlich sortiert aufgelistet. Man kann dann auf die gewünschte Leistung klicken (z.B. Haushaltshilfe), dann noch weitere Kriterien eingeben und auf „Suche starten“ klicken. Es öffnet sich dann eine Übersicht mit allen Kassen, die bei der gewünschten Leistung Mehrleistungen bieten. Diese werden dann konkret beschrieben bei „mehr Informationen“. Vor einem Kassenwechsel sollte man aber auf jeden Fall die Mehrleistung in der aktuellen Satzung abgleichen.

Offensichtlich ist die Übersicht leider nicht vollständig, denn bei den Naturarzneimitteln taucht die TK z.B. überhaupt nicht auf.

Es gibt noch eine weitere Übersicht:

<http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/leistungsvergleich/zusatzleistungen/zusatzleistungen.html>

Dort wählt man das gewünschte Feld aus (z.B. zusätzliche häusliche Krankenpflege) und erhält dann eine Liste. Diese Liste kommt auch bei Wahl der anderen Felder, z.B. sportmedizinische Untersuchung. Allerdings haben nicht alle Kassen an dem Leistungsvergleich teilgenommen. Wenn man in der Liste dann auf die jeweilige Kasse klickt, kommen detaillierte Infos – nicht nur zu der gewünschten Zusatzleistung.

Im Internet gibt es ein Kassen-Ranking im Handelsblatt:
<https://www.handelsblatt.com/finanzen/vorsorge/gkv-ranking-2023-die-gesetzlichen-krankenkassen-unterscheiden-sich-vor-allem-in-details/100001168.html>

bei Finanztip: <https://www.finanztip.de/gkv/>

und in der Wirtschaftswoche:
<https://www.wiwo.de/finanzen/vorsorge/krankenkassen-ranking-mindestens-befriedigend/12215682-2.html>

Auch bei krankenkassen.de gibt es eine Übersicht:

<https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/test/beste/>

Bei meiner Recherche hinsichtlich der Incoming-KV's scheint mir neben der **Vela** auch die **Provisit Student** empfehlenswert zu sein. Die Vermittlung läuft über eine deutsche Agentur, die Leistungen erbringt die Barmenia, das ist eine deutsche private KK.

Die **Hanse-Merkur** bietet Young Travel für internationale Studierende an:

https://m.hmr.v.de/documents/168711/620235/Leistungsbeschreibung_YT_IN_2018.pdf/a70185d2-282b-4be2-a559-7a3e468d2828

Version profi beinhaltet psychotherapeutische Behandlung immerhin bis max. 1000,- pro Jahr. Versicherung ohne Selbstbehalt.

Bei den deutschen privaten KVen hat das Handelsblatt 2023 ein ranking veröffentlicht:

<https://www.handelsblatt.com/vergleich/pkv-vergleich/>

23.Herausforderungen durch Abschluss privater KV / Reiseversicherungen

- Nicht alle nötigen Leistungen sind abgedeckt (insbes. Psychotherapie)
- Wartezeiten insbes. bei Entbindungen
- Krankheiten, die bei Abschluss bestehen (auch wenn das noch nicht bekannt ist), sind nicht versichert
- ablehnende Haltung bei teuren Behandlungskosten (KÜ wird verweigert oder ausgesessen)
- Max. Laufzeit 5 Jahre
- Verlängerungen (auch z.B. nach 1 Jahr) werden nicht genehmigt, wenn zwischenzeitlich Erkrankungen eingetreten sind; insbes. schwere Erkrankungen
- Unterschiedlich hohe Selbstbehalte
- Die Ausländerbehörden akzeptieren nicht alle Verträge als Nachweis der KV
- Nach dem Ende der Laufzeit bewerten viele GKV-KVen diese Versicherungen als „zuletzt privat versichert“

23. Die EHIC – Nutzung der EHIC

EHIC bedeutet übersetzt European Health Insurance Card = europäische Gesundheitskarte.

Sowohl bei den deutschen Versicherungskarten (Gesundheitskarten) als auch bei den Versicherungskarten aus KVen aus EU-Ländern, EWR-Ländern und der Schweiz befindet sich die EHIC jeweils auf der Rückseite der nationalen Gesundheitskarte. Besteht kein Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung in anderen EU-Ländern, so ist die Rückseite der Versicherungskarte nicht ausgefüllt. Das ist in Deutschland z.B. bei allen Menschen so, die im Rahmen von § 264 vom Sozial- oder Jugendamt bei einer Krankenkasse zur Auftragsversorgung angemeldet wurden. Auch andere EU-Länder beschränken bei bestimmten Mitgliedschaften die Gesundheitsversorgung auf Behandlungen in dem jeweiligen Land.

Eine gültige EHIC ist stets als verbindlicher Nachweis einer Mitgliedschaft im Heimatland anzuerkennen (Art. 5 EU-VO 987/2009). Nimmt ein/e Unionsbürger*in mit ihrer/seiner (zeitlich) gültigen EHIC in Deutschland eine Notfallbehandlung beim Arzt/Ärztin im Krankenhaus in Anspruch und ist diese EHIC aber nicht mehr gültig, weil er/sie im Heimatland gar nicht mehr versichert ist, dann bekommt der/die Ärzt/in (ggf. auch das Krankenhaus bei stationärer Behandlung) auf jeden Fall ihre/seine Kosten erstattet. Die ausländische Kasse trägt dann erst einmal die Kosten, wenn auf der Karte noch ein gültiger Zeitraum aufgedruckt war und muss sich dann im Nachhinein an die Versicherten wenden, um über eine Rückforderung das Geld zurückzubekommen. Die Leistungserbringer*innen in Deutschland bleiben nur dann auf den Kosten „sitzen“, wenn zum Zeitpunkt der Behandlung die Karte abgelaufen war und dies übersehen wurde.

23.1 Wie lange darf eine EHIC aus einem EU-Land in Deutschland genutzt werden?

Nicht nachvollziehbar hält sich in Deutschland das Gerücht, eine EHIC könne auf jeden Fall für 3 Monate in Deutschland genutzt werden. Diese angebliche 3-Monats-Nutzung ergibt sich aus keiner Rechtsgrundlage!

Grundsätzlich darf die EHIC in D nur dann genutzt werden, wenn es im Heimatland auch noch eine bestehende Mitgliedschaft gibt. Endete die Mitgliedschaft im Heimatland (z.B. Ende einer Beschäftigung, Aufgabe eines Studiums, Ende einer Wohnortversicherung), so darf die EHIC – auch wenn in dieser noch eine Gültigkeit aufgedruckt ist – auf keinen Fall in D mehr genutzt werden!

Hinsichtlich einer Nutzung muss zwischen vorübergehendem Aufenthalt (z.B. als Tourist*in) und gewöhnlichem Aufenthalt (Wohnsitz oder gA in D) unterschieden werden:

Die **Nutzung der EHIC ist bei vorübergehendem Aufenthalt** (eingeschränkte Leistungen) vorgesehen, wohingegen bei **Wohnsitznahme bzw. gA in Deutschland die Einschreibung bei einer deutschen KK** mit Ausstellung einer deutschen eGK (keine EHIC) mit uneingeschränktem Leistungsanspruch vorgesehen ist.

Wohnsitznahme und Einschreibung:

Art. 24 der EU-VO 987/09 regelt die Einschreibung:

„(1) Bei der Anwendung von Artikel 17 der Grundverordnung müssen sich der Versicherte und/oder seine Familienangehörigen beim Träger ihres Wohnorts eintragen lassen. Ihr Sachleistungsanspruch im Wohnmitgliedstaat wird durch

ein Dokument bescheinigt, das vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird.

(2) Das in Absatz 1 genannte Dokument gilt solange, bis der zuständige Träger den Träger des Wohnorts über seinen Widerruf informiert.“

Bei Art. 17 der Grundverordnung handelt es sich um Art. 17 der EU-VO 883/04:
„Wohnort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat

Ein Versicherter oder seine Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, erhalten in dem Wohnmitgliedstaat Sachleistungen, die vom Träger des Wohnorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob sie nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären.“

Vorübergehender Aufenthalt, keine Einschreibung:

Bei einem vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland ist eine Einschreibung nicht vorgesehen, daher erfolgt in diesem Fall die Nutzung der EHIC, Art. 19 der EU-VO 883/04:

„Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats

(1) Sofern in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist, haben ein Versicherter und seine Familienangehörigen, die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhalten, Anspruch auf die Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Diese Leistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht, als ob die betreffenden Personen nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären.

(2) Die Verwaltungskommission erstellt eine Liste der Sachleistungen, für die aus praktischen Gründen eine vorherige Vereinbarung zwischen der betreffenden Person und dem die medizinische Leistung erbringenden Träger erforderlich ist, damit sie während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat erbracht werden können.“

Daher keine Nutzung der EHIC bei Wohnsitz/gA in Deutschland:

Weiterhin zu beachten ist, dass seit einiger Zeit zur Abrechnung über die EHIC statt des Formulars 81K das Ausfüllen der „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ zwingend vorgeschrieben ist. Ohne diese Erklärung rechnet keine deutsche KK ab. Auf dieser Erklärung müssen die Patient*innen oben definitiv ausfüllen, bis wann sie gedenken, sich in D aufzuhalten. Steht da kein Datum drin, erfolgt keine Abrechnung durch die deutsche KK.

Das führt bei Personen, bei denen zwar eine Mitgliedschaft im Heimatland noch besteht (z.B. Rentner*innen und/oder Familienangehörige) mit Wohnsitz oder gA in D zu einem Problem, wenn sie die EHIC nutzen möchten: Die wollen ja in

D bleiben und müssten dann eine Falschangabe auf der Patientenerklärung machen, wovon ich dringend abräte. Ebenso muss eine Anschrift im Heimatstaat eingetragen werden. Die gibt es ja bei Umzug nach D im Regelfall nicht mehr.

Besonderheiten gibt es für Studierende, Auszubildende, Praktikant*innen (ungeklärte Fragen der Erwerbstätigkeit), FSJler*innen, Au-pair (unklar): Die nutzen die EHIC während ihres Aufenthalts, eventuell mit einer Wohnsitzanmeldung, aber ohne gewöhnlichen Aufenthalt, da hier von einem vorübergehenden Aufenthalt ausgegangen wird. **S. dazu auch Kap. 14.1.**

Am sichersten ist es, wenn die deutsche KK bei Studierenden eine Einschreibung zur Sachleistungsaushilfe vornimmt und eine deutsche Gesundheitskarte aushändigt. Dann können alle Leistungen in D ohne Einschränkungen wahrgenommen werden.

Zu beachten ist auch: Die Zuständigkeit (D oder Heimatland) ergibt sich vorrangig aus der Erwerbstätigkeit, danach aus dem Rentenbezug und dann erst aus dem gewöhnlichen Aufenthalt. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass die Wohnsitzanmeldung zwar ein Indiz für den gewöhnlichen Aufenthalt darstellen kann, aber nicht allein ausschlaggebend ist. Es kommt darauf an, zu welchem Mitgliedsstaat die engste Beziehung besteht (Art. 11 VO 987/2009).

24. Unterschied EU-Länder (incl. EWR und Schweiz) und Abkommensstaaten

Unter den EU-Ländern gibt es keine SV-Abkommen, sondern die Regelungen finden sich in EU-Verordnungen. Hinsichtlich der KV sind das die EU-VO 883/04 und 987/09. Diese VO gelten für alle EU-Länder einheitlich.

Dann gibt es zwischen Deutschland und div. anderen Ländern SV-Abkommen. Diese SV-Abkommen gibt es zur KV, RV, Arbeitslosen-V und Unfallversicherung.

Mit welchen Ländern es überhaupt SV-Abkommen gibt und welche SV-Zweige diese umfassen, gibt die Übersicht der TK her <https://www.tk.de/firmenkunden/service/fachthemen/ausland/uebersicht-sozialversicherungsabkommen-2035180>

Dort findet sich eine Tabelle, die nach den jeweiligen SV-Zweigen unterscheidet und am Ende auch noch hilfreiche Bemerkungen aufweist.

Relevant sind für internationale Studierende die Länder, mit denen D ein SV-Abkommen zur KV hat:

Ex-Jugoslawien (Bosnien-Herzegowina, Kroatien (bis 30.6.13, ab 1.7.13 ist Kroatien in der EU), Nordmazedonien (bis 11.2.2019 Mazedonien), Serbien und Montenegro (Slowenien ist bereits in der EU)), **Türkei** sowie **Tunesien**. Mit

Israel gibt es ein SV-Abkommen, welches in der KV nur Leistungen der Mutterschaftshilfe vorsieht.

Die SV-Abkommen mit diesen Staaten sehen bei gewöhnlichem Aufenthalt eine Sachleistungsaushilfe im anderen Staat vor. Der Sachleistungsanspruch umfasst niemals Sachleistungen bei Pflege, da kein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit die Pflege erfasst. Auch Geldleistungen richten sich weiterhin nach dem Recht des zuständigen (ausländischen) Trägers.

Für die Sachleistungsaushilfe wird ein von der Heimatkasse ausgestellter Anspruchsnachweis benötigt:

Bosnien und Herzegowina: BH 6, Nordmazedonien (bis 11.2.2019 Mazedonien): D/RM 111, Montenegro: DE/MNE 111 (früher: Ju 6), Serbien: DE 111 SRB, Türkei: A/T 11, Tunesien: A/TN 11 und D/ISR 111 für Israel (Anspruch nur für Mutterschaftshilfe).

Mit diesem Anspruchsnachweis muss eine deutsche aushelfende Kasse aufgesucht werden. Die gewählte Kasse stellt dann einen mit den notwendigen Angaben versehenen Abrechnungsschein aus. Mit diesem können medizinisch sofort notwendige Sachleistungen in Anspruch genommen werden (sog. **Notfallbehandlungen**). Damit ist der Leistungsanspruch gegenüber den Menschen aus EU-/EWR-Staaten deutlich eingeschränkter.

Liegt der Anspruchsnachweis nicht vor, so muss die deutsche aushelfende Kasse diesen Anspruchsnachweis von der Heimatkasse anfordern. Dazu gibt es konkrete Formulare („Formular zur Anforderung eines Formulars“):

Bosnien-Herzegowina: BH 6b, Nordmazedonien (bis 11.2.2019 Mazedonien): RM/D 107, Montenegro: MNE/DE 107, Serbien: SRB 107 DE, Türkei T/A 7, Tunesien: TN/A 7, Israel: per Brief.

Für Menschen aus den Abkommensstaaten besteht nur dann Anspruch auf akut notwendige Behandlung chronischer Erkrankungen und damit auch auf Erkrankungen, die bei der Einreise bereits vorlagen, wenn eine "Bescheinigung für die Inanspruchnahme von Leistungen, die bereits vor der Einreise bestanden haben" bei der Behandlung vorgelegt wird (z.B. für die Türkei T/A 12). Oder wenn es sich um eine akute Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung handelt (z.B. ein Herzinfarkt bei einer bestehenden Herzinsuffizienz).

Liegt zwar die Anspruchsberechtigung aus dem Heimatland vor, nicht jedoch der Abrechnungsschein der deutschen aushelfenden Kasse, so kann der behandelnde Arzt den Abrechnungsschein auch selber von der vom Patienten gewählten deutschen aushelfenden Kasse besorgen.

Es empfiehlt sich in allen Fällen, von den Patient*innen die „Patientenerklärung europäische Krankenversicherung“ (Formulare in div. Sprachen hier: https://update.kbv.de/ita-update/Abrechnung/EXT_ITA_AHEX_Erklaerung_EHIC_PEB.pdf) analog auszufüllen und unterschreiben zu lassen. Für Abkommensstaaten gibt es hierfür kein entsprechendes Formular, daher muss man sich mit diesem behelfen und handschriftlich dazu fügen „analoge Anwendung für Pat. aus einem Abkommensstaat“.

25. Welche Ausnahmen gibt/gab es durch die Corona-Pandemie? Hierzu: Aufenthalt im Heimatland, von dort „Fernstudium“ über Online-Seminare, KV wurde unterbrochen

Der GKV-Spitzenverband hat sich mit RS 2020/391 vom 20.5.20 dazu geäußert:

Studierende aus dem außervertraglichen Ausland an rein virtuell durchgeführten Studiengängen sind grundsätzlich nicht in die Versicherungspflicht für Studierende in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen.

Er hat bestätigt, dass internationale Studierende aus Drittstaaten, die sich während des Studiums nicht in Deutschland aufhalten, in Analogie zu Studierenden an Fernuniversitäten von der Versicherungspflicht befreit sind. Sie konnten somit als ordentliche Studierende mit dem Status „nicht versicherungspflichtig“ eingeschrieben werden.

Bei Wiedereinreise lebt die KVdS wieder auf bzw. tritt neu ein. Erfolgt die Einreise noch im laufenden Semester, tritt die Krankenversicherungspflicht rückwirkend zum Semesterbeginn ein, sodass Beiträge auch rückwirkend geleistet werden müssen. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung (§ 186 Abs. 7 Satz 1 SGB V). Das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V bei Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall bleibt hiervon unberührt.

Es gibt hier Fälle, bei denen die KV in D verzögert begann und Fälle, bei denen die KV in D unterbrochen wurde.

- a) Verzögerter Beginn: Hier ergeben sich nur dann Probleme, wenn das Studium vor Vollendung des 30. LJ virtuell begonnen hat und die Einreise mit Präsenzstudium dann aber erst nach dem 30. Geburtstag erfolgte. Die KVdS ist dann nicht möglich.
- b) Unterbrochene KV: Auch hier ergeben sich nur dann Probleme, wenn die Wiedereinreise mit Präsenzstudium erst nach dem 30. LJ erfolgte. Auch dann wäre die KVdS nicht mehr möglich. Eine freiwillige KV ist auch

nicht möglich. Denn selbst wenn die nötigen VVZ erbracht werden können, muss ein Antrag auf eine freiwillige KV innerhalb von 3 Monaten nach der letzten Versicherung (hier: KVdS) gestellt werden.

In beiden Fällen bleibt dann nur eine Incoming-KV.

26. Was tun, wenn internationale Studierende nicht mehr in der GKV versichert werden - Handlungsoptionen

26.1 Bislang in der KVdS versichert und nun das 30. LJ vollendet.

Die früher geltende Regelung, dass man ab dem 14. Semester von der gesetzlichen in die private Versicherung wechseln muss, ist nach unserer Kenntnis nicht mehr relevant.

Bis zum 31.12.19 galt folgende Gesetzeslage: Die KVdS war entweder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres oder nach Abschluss des 14. Fachsemesters möglich. Urlaubssemester zählten nicht mit bei den 14 Semestern. Seit dem 1.1.20 ist nur noch das 30. Lebensjahr relevant; nicht mehr die Anzahl der Semester. Nach Ablauf des 30. Lebensjahres war und ist eine freiwillige Weiterversicherung möglich und nötig (bis 31.12.19 auch nach dem 14. Semester).

Ein Wechsel in die private Krankenversicherung war noch nie vorgeschrieben; selbstverständlich konnten Studierende nach dem Ende der KVdS in die freiwillige KV in der GKV wechseln. Das ist auch immer noch so.

Seit dem 1.8.13 gibt es als besondere Form der freiwilligen KV die obligatorische Anschlussversicherung OAV gem. § 188 (4). Selbst wenn man keinen Antrag auf eine freiwillige KV (§ 9) stellt, gelangt man auf jeden Fall in die OAV, wenn zuvor die KVdS endete (oder eine andere gesetzliche Versicherung). Der Beitrag ist ungefähr doppelt so teuer wie der in der KVdS (ca. 220,- je nach KK und Zusatzbeitrag). **Wichtig ist es, schnell Angaben zum Einkommen zu machen.** Werden keine Einkommensangaben gemacht, stuft die KK einen zum Höchstbeitrag ein (KV und PV ca. 1000,- mtl.).

Achtung: Die OAV wird nicht eingetragen, wenn die KK weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt (gA) des Antragstellenden ermitteln kann (§ 188 (4) Satz 4). Was bedeutet das? Die Post kommt an die KK zurück, weil die Postanschrift falsch/veraltet ist. Die KK wird dann eine Meldeanfrage machen. Deckt sich die Meldeanschrift mit der „falschen“ Postanschrift, wird die KK die Mitgliedschaft nicht eintragen, weil der Aufnahme- und Beitragsbescheid nicht zustellbar ist und die KK dann davon ausgeht, dass kein Wohnsitz bzw. gA vorliegt.

26.2 Zusätzlich sind auch Sprachkursteilnehmende und Besucher*innen von Studienkollegs gemeint, die ja ebenfalls nicht in die GKV dürfen

Hier bleibt für internationale Teilnehmer*innen nur eine Incoming-KV.

Bei Besucher*innen von Studienkollegs, die als Abschluss das deutsche Abitur vorsehen und daher als Ausbildung im 2. Bildungsweg angesehen werden können, habe ich schon Aufnahmen von KVen in die Pflichtversicherung über den 2. Bildungsweg erlebt (§ 5 (1) Nr. 10, 2. Halbsatz). Voraussetzung ist eine Bafög-Förderungsfähigkeit dem Grunde nach, d.h. selbst wenn individuell ein Bafög-Anspruch ausgeschlossen ist, wäre die Voraussetzung erfüllt, wenn der Kurs als solcher (für andere Personen mit anderen individuellen Voraussetzungen) förderungsfähig ist.

26.3 Und es gibt auch Fälle, bei denen Studierende nicht von einer GKV aufgenommen werden, weil sie vorher in einer privaten KV waren und sich aus Unwissenheit von der GKV haben befreien lassen.

Ohne Befreiung von der Versicherungspflicht müssen Studierende U30 auf jeden Fall in die KVdS aufgenommen werden. Mit einer Befreiung von der Versicherungspflicht greift diese bis zum Ende des Studiums bzw. gilt die Befreiung von der Versicherungspflicht so lange, bis eine Unterbrechung des Studiums eintritt und dann erneut eine Befreiung erforderlich wird (BSG vom 25.5.2011 – B 12 KR 9/09 R; LSG Berlin-Brandenburg vom 27.2.2013 – L 1 KR 10/13 B ER). Unterbrechung bedeutet: Zwischen dem offiziellen Semesterende und dem Beginn des nächsten Studienabschnitts muss mindestens ein Monat liegen, das gilt auch für den Wechsel vom Bachelor zum Masterstudiengang.

27. Die Auffang-Pflichtversicherung (fälschlich auch oft als Bürgerversicherung bezeichnet), § 5 (1) Nr. 13 i.V.m. § 5 (11)

Für internationale Studierende kommt diese Form der Versicherung nur sehr selten in Betracht, denn eine Aufnahme erfolgt nur dann, wenn bestimmte ausländerrechtliche Voraussetzungen vorliegen:

§ 5 (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.“

Voraussetzung ist also zum einen eine AE oder NE mit einer Befristung von mehr als 12 Monaten und zum anderen darf diese AE oder NE keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 5 (1) Nr. 1 i.V.m. § 2 (3) AufenthG). Bitte nicht verwechseln mit „Verpflichtungserklärung“ (s.a. Kap. 17). Eine AE gem. § 16b AufenthG umfasst grundsätzlich die Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts.

Wenn allerdings Geflüchtete in ein Studium überwechseln, verfügen sie ggf. über einen Aufenthaltstitel ohne Verpflichtung zur Sicherung des LU und einer Befristung von mehr als 12 Monaten. Für Ü30 Studierende kommt dann die Auffang-Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 infrage. Claudius Voigt von der GGUA in Münster hat dazu eine Tabelle erstellt (welcher Aufenthaltstitel umfasst die Verpflichtung, welcher nicht und welcher meistens):

https://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Tabelle_LU-Sicherung.pdf

Ukraine-Geflüchtete bekommen eine AE gem. § 24 AufenthG; diese ist ohne Verpflichtung zur Sicherung des LU.

Ebenfalls ohne Verpflichtung zur Sicherung des LU sind AE's gem. § 28 AufenthG. **§ 28 AufenthG unterscheidet im Absatz 1 drei Sachverhalte:**

1. ausländischer Ehegatte eines Deutschen,
2. ausländisches minderjähriges lediges Kind eines Deutschen,
3. ausländischer Elternteil eines minderjährigen ledigen Deutschen zur Ausübung der Personensorge.

- Auch für einige aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen erteilte Aufenthaltstitel gelten Ausnahmen von der Verpflichtung zur Sicherung des LU, so für die AE nach

§ 23 (2) AufenthG (für derzeit jüdische, irakische oder syrische Kontingentflüchtlinge),

§ 24 AufenthG (AE zum vorübergehenden Schutz nach Beschluss des Rates der EU, derzeit für Ukrainier*innen) und für die AE nach

§ 25 (1), (2) oder (3) AufenthG für anerkannte Flüchtlinge.

Bei der NE für anerkannte Flüchtlinge nach § 26 (3) AufenthG muss der LU „überwiegend gesichert sein“.

Bei den übrigen Aufenthaltstiteln nach §§ 22 bis 26 "kann" die Ausländerbehörde von der Lebensunterhaltsicherung absehen (§ 5 (3) AufenthG).

Bei der AE zum Familiennachzug (§§ 29, 30 AufenthG) zu anerkannten Flüchtlingen mit AE nach § 25 (1) oder (2) AufenthG ist von der Lebensunterhaltsicherung abzusehen, wenn der Familiennachzug binnen 3 Monaten nach Flüchtlingsanerkennung erfolgt.

Die Kassen arbeiten bei der **Entscheidung, ob ein bestimmter Aufenthaltstitel zum Zugang zur Pflichtversicherung gem. § 5 (1) Nr. 13 führt, i.d.R. mit internen Arbeitshilfen**. Diese Arbeitshilfen sind z.T. falsch und z.T. veraltet. Ich konnte z.B. im Juli 2017 bei der Barmer eine Änderung der Arbeitshilfe erwirken, die bei einer AE gem. § 28 AufenthG (Familiennachzug zu einem Kind mit einer Deutschen) den Zugang zur Pflichtversicherung verneinte.

Die Auffang-Pflichtversicherung bietet jede GKV-KK an; sie kostet genau so viel wie eine freiwillige KV (in 2023 rund 220,- KV+PV) und bietet alle Leistungen der GKV. Die Mitgliedschaft muss bei einer KK der Wahl angezeigt werden und greift ab dem 1. Tag, an dem die Voraussetzungen vorlagen (keine Absicherung im Krankheitsfall, „gute“ AE); d.h. ggf. auch rückwirkend, § 186 (11):

„(11) 1Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. **2Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates 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.**“