

Freiwillige Krankenversicherung - Beginn / Ende

Normen

§ 9 Abs. 2 SGB V
§ 188 SGB V
§ 191 SGB V

Kurzinfo

Die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung kommt grundsätzlich nur durch eine Beitrittserklärung des Mitglieds zustande. Sie endet durch den Eintritt einer Versicherungspflicht, durch Tod oder durch Kündigung; ein Zahlungsverzug führt seit 01.04.2007 nicht mehr zur Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft. Für den Beitritt gilt eine gesetzliche Ausschlussfrist von drei Monaten.

Information

1. Beitrittsfrist und Beginn der freiwilligen Versicherung

Für alle Beitrittsberechtigten gilt, dass sie ihren Beitritt spätestens **innerhalb von drei Monaten** erklären müssen.

Die freiwillige Versicherung **beginnt** immer im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Pflichtversicherung bzw. der Familienversicherung, unabhängig vom Tag der Antragstellung. In allen anderen Fällen beginnt die freiwillige Versicherung mit dem Tag des Beitritts.

Im Übrigen war der Beitritt zur freiwilligen Mitgliedschaft bis Ende 2019 schriftlich zu erklären. Mit dem "Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz - DVG)" wurde dies vereinfacht. Demnach kann der Beitritt nunmehr auch elektronisch (z.B. per E-Mail oder über ein Internetportal) erklärt werden; eine Unterschrift ist also nicht mehr erforderlich. Gleichzeitig wurden die Krankenkassen verpflichtet, die Mitgliedschaftsberechtigten vor Abgabe ihrer Erklärung über die Rechtsfolgen ihrer Beitrittserklärung zu informieren.

2. Ende der freiwilligen Krankenversicherung

Der Versicherte kann seine freiwillige Mitgliedschaft grds. durch schriftliche Kündigung beenden. Die Mitgliedschaft endet in diesem Fall regelmäßig mit Ablauf des auf den Monat der Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats. Die Satzung der Krankenkasse kann übrigens auch einen früheren Zeitpunkt festlegen (vgl. § 191 Nr. 4 SGB V). Soweit die freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durchgeführt werden soll und das Mitglied von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch macht, ist eine Kündigung nur unter Berücksichtigung der seit 01.01.2021 geltenden 12-monatigen Bindungsregelung (bis Ende 2020 galt eine 18-monatige Bindungsfrist) möglich (Krankenkassenwahl - Bindungsfrist). Soweit das freiwillige Mitglied zusätzlich einen Wahltarif seiner Krankenkasse gewählt hat, ist eine Kündigung der Mitgliedschaft darüber hinaus nur unter Berücksichtigung der dreijährigen Bindung an diesen Wahltarif möglich.

Sofern das freiwillige Mitglied von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch macht, ist seit 01.01.2021 eine Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse nicht mehr erforderlich. Es reicht aus, gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären, bei dieser Mitglied werden zu wollen. An die Stelle der bislang erforderlichen Kündigung tritt die elektronische Meldung der gewählten Krankenkasse an die bisherige Krankenkasse. Lediglich in den Fällen, in denen keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, bedarf es auch weiterhin einer Kündigungserklärung gegenüber der Krankenkasse. Betroffen sind die Sachverhalte, in denen ein Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt wird.

Im Übrigen endet die freiwillige Mitgliedschaft durch Tod oder wenn eine Mitgliedschaft als Pflichtversicherter beginnt.

3. Obligatorische Anschlussversicherung

Mit dem "Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung" wurde 2013 eine obligatorische Anschlussversicherung eingeführt, mit dem Ziel, einen lückenlosen Versicherungsschutz zu gewährleisten, sodass sich grundsätzlich an jede Beendigung einer Versicherungspflicht (einschließlich einer Mitgliedschaft nach §§ 192, 193 SGB V) oder einer Familienversicherung nahtlos eine freiwillige Mitgliedschaft anschließt, ohne dass es einer Erklärung oder Anzeige des Mitglieds bedarf. Eine Vorversicherungszeit ist nicht zu erfüllen.

Die obligatorische Anschlussversicherung setzt sich mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung nur dann als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn das Mitglied nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse seinen Austritt erklärt. Voraussetzung ist allerdings, dass das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird und dieser anderweitige Anspruch sich nahtlos an die vorangegangene Versicherung anschließt. Erklärt das Mitglied innerhalb von zwei Wochen seinen Austritt, kommt die Anschlussversicherung nicht zustande; ein erklärter Austritt ohne den Nachweis einer anderweitigen Absicherung ist allerdings zunächst schwebend unwirksam - und zwar so lange, bis der erforderliche Nachweis erbracht wird. Wird der Austritt dagegen erst nach Ablauf von zwei Wochen erklärt, wird die Anschlussversicherung begründet. In diesem Fall unterliegt der Austritt den üblichen Anforderungen an eine Kündigung i.S.d. § 175 Abs. 4 SGB V.

Die obligatorische Anschlussversicherung greift nicht, wenn die Absicherung der betroffenen Personen bereits anderweitig sichergestellt ist. Dies ist der Fall, wenn

- die Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt sind oder
- ein Anspruch auf Leistungen i.R.d. nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V besteht und im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Hinweis:

Wichtig:

Wird der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, kommt es zur Anschlussversicherung - und zwar nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht oder Familienversicherung. Im Übrigen gelten die obigen Ausführungen gleichermaßen für den nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 3 SGB V.

Mit dem Digitale-Versorgungs- und-Pflege-Modernisierungsgesetz - DVPMG wurde im Übrigen geregelt, dass auch eine Mitgliedschaft in einer bereits bestehenden Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung gilt. Voraussetzung ist u.a., dass die Solidargemeinschaft bereits am 20.01.2021 (Tag des Kabinettschlusses) bestanden hat und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurde. Darüber hinaus hat die Solidargemeinschaft die dauerhafte Leistungsfähigkeit nachzuweisen. Der Nachweis ist alle fünf Jahre gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage eines testierten Gutachtens zu erbringen. Die Regelung trat mit Verkündung des DVPMG in Kraft.

Ausgenommen von der obligatorischen Anschlussversicherung sind die sog. "Saisonarbeiter". Hierbei handelt es sich um Personen, die vorübergehend für eine versicherungspflichtige und auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung nach Deutschland gekommen sind um mit ihrer Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. In aller Regel handelt es sich hierbei beispielsweise um Erntehelfer. Für sie setzt sich die Versicherung nur dann als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn sie innerhalb von Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland nachweisen.

Regelungen seit dem 01.01.2019

Die obligatorische Anschlussversicherung kommt grundsätzlich kraft Gesetzes zustande. Dies galt bis Ende 2018 selbst dann, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds ermitteln konnte und deshalb eine Kontaktaufnahme nicht möglich war. Die Folge waren Beitragsrückstände in zunehmender Höhe, die zumeist kaum eine Chance hatten, auch tatsächlich gezahlt zu werden. Mit dem "Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz - GKV-VEG)" wurde dies geändert. Nunmehr ist die obligatorische Anschlussversicherung in diesen Fällen von vornherein ausgeschlossen sein, wenn die Krankenkasse alle Möglichkeiten und Ermittlungsaktivitäten ausgeschöpft hat und weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln konnte. In der Konsequenz ist die obligatorische Anschlussversicherung grundsätzlich auf die Fälle des geklärten Aufenthalts beschränkt.

Eine bereits bestehende freiwillige Mitgliedschaft ist darüber hinaus von der Krankenkasse beenden, wenn nach einem Zeitraum von mindestens sechs Monaten der Wohnsitz oder der ständige Aufenthalt des Mitglieds nicht ermittelt werden konnte. Voraussetzung ist jedoch, dass in dieser Zeit keine Beiträge gezahlt und Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden. Liegen die Voraussetzungen vor, wird die Mitgliedschaft rückwirkend zu dem Zeitpunkt beendet, an dem der Wohnsitz oder ständige Aufenthalt erstmals unbekannt war oder erstmal keine Beiträge gezahlt wurden.

Der GKV-Spitzenverband hat einheitlich für alle Krankenkassen verbindlich festgelegt, welche konkreten Ermittlungen die Krankenkassen vornehmen müssen.

Im Übrigen wurde zusätzlich zusammen mit den o.g. Neuregelungen mit Wirkung seit dem 01.01.2019 eine Übergangsvorschrift festgelegt. Danach sind die bereits bestehenden sogenannten "passiven ungeklärten" Versicherungsverhältnisse rückwirkend zu stornieren, wenn seit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft die Krankenkasse keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte, für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden und weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen Leistungen beansprucht haben. Die aus dieser Regelung resultierende Bereinigung der Versichertenbestände musste bis zum 15.06.2019 abgeschlossen sein.

4. Säumniszuschläge

Sind die Beiträge für zwei Monate trotz Hinweis auf die Folgen nicht entrichtet, wurde bis 31.03.2007 die Mitgliedschaft darüber hinaus mit Ablauf des nächsten Zahltages beendet. Seit dem 01.04.2007 ist ein solcher Ausschluss von der Mitgliedschaft wegen Zahlungsverzuges nicht mehr möglich; allerdings hat die Krankenkasse entsprechend § 16 Abs. 3a SGB V die Möglichkeit, den Leistungsanspruch des Versicherten bis zur Zahlung der rückständigen Beiträge ruhend zu stellen (ausgenommen sind jedoch Behandlungen von Akuterkrankungen, Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft). Darüber hinaus wurden zum 01.04.2007 die auf die rückständigen Beiträge zu erhebenden Säumniszuschläge erhöht; diese betragen vom zweiten Monat der Säumnis an 5 % des rückständigen Betrages.

Mit dem "Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung" wurde der erhöhte Säumniszuschlag zurückgenommen; seit 01.08.2013 beträgt der Säumniszuschlag für alle Mitglieder einheitlich 1 % des jeweils rückständigen Betrages.

Nähere Informationen hierzu erhalten Sie unter dem Stichwort Säumniszuschläge .