

II. Versicherungspflicht und Weiterversicherung

1. Pflichtversicherte der Krankenversicherung

Wie unter I. bereits erwähnt, sind in den Schutz der sozialen Pflegeversicherung die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. § 20 Abs. 1 SGB XI zählt die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung auf. Dies sind:

- Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem SGB III bleibt die Versicherungspflicht unberührt
- Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 SGB III) gelten die Leistungen als bezogen
- Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, es sei denn, dass diese Leistungen nur darlehensweise gewährt wurden
- Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) versicherungspflichtig sind
- selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (KSVG)
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) erbracht
- behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind
- behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in

gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung

- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen
- Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt
- Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen (§ 20 Abs. 1 SGB XI).
- Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 der Krankenversicherungspflicht unterliegen (bisher Nichtversicherte).

Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im obigen Sinne gelten auch Bezieher von **Vorruhestandsgeld**. Voraussetzung ist, dass sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 % des Bruttoarbeitsentgeltes gezahlt wird. Vorstehendes gilt allerdings nicht für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen (§ 20 Abs. 2 SGB XI).

Personen sind in der Zeit versicherungspflichtig, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit oder wegen einer Urlaubsabgeltung ruht. Dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

Die Versicherungspflicht der einzelnen Personengruppen richtet sich **allein** nach dem Recht der Krankenversicherung. Sind die dort geforderten Voraussetzungen gegeben, entsteht „automatisch“ auch Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung.

Hier ist allerdings eine Besonderheit zu beachten, die das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht kennt. Es geht dabei um die Bedenken des Gesetzgebers, es könnten **Scheinarbeitsverhältnisse** eingegangen werden, um den Schutz der sozialen Pflegeversicherung zu erreichen.

Nehmen Personen, die mindestens 10 Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, **eine dem äußeren Anschein nach** versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die **widerlegbare** Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit **tatsächlich nicht ausgeübt wird**. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

Es liegt hier eine **Beweislastumkehr** zugunsten der Pflegekassen vor.

Steht die Höhe des Arbeitsentgelts nicht in einem angemessenen Verhältnis zur Arbeitsleistung, ist davon auszugehen, dass es sich um eine Beschäftigung von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung handelt.

Im Übrigen ist zu beachten, dass sog. **geringfügige Beschäftigungen oder Tätigkeiten** nicht der Versicherungspflicht der Krankenversicherung unterliegen. Das gilt auch für die Pflegeversicherung, d. h. die Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt auch Versicherungsfreiheit in der Pflegeversicherung.

Für den ersten Monat einer Sperrzeit oder des Ruhens der Leistung tritt Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nicht ein. Da das SGB XI allerdings – im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung – keine **nachgehenden Leistungsansprüche** kennt, kann es erforderlich sein, diese Zeit mit einer Weiterversicherung nach § 26 Abs. 1 SGB XI (vgl. dazu die Ausführungen in Abschn. 5) zu überbrücken. Dadurch wird ein durchgehender Leistungsanspruch (z. B. für mitversicherte Angehörige) gewährleistet. Außerdem werden Lücken im Versicherungsverlauf vermieden.

Die Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung über das Weiterbestehen der Mitgliedschaft (z. B. während eines rechtmäßigen Arbeitskampfes, während eines Anspruchs auf Lohnersatzleistungen usw.) gelten auch in der Pflegeversicherung (§ 49 Abs. 2 SGB XI). Demnach ist § 192 SGB V anzuwenden.

Hinsichtlich der Pflegeversicherung der **Rentner** ist § 49 Abs. 2 Satz 1 SGB XI zu beachten, der auf § 189 SGB V verweist. Danach gelten als Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung auch Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben (**Rentenantragsteller**) und die sonstigen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht als Rentner,

jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Es geht hier darum, dass der Rentenanspruch abgelehnt wird. Wird dem Antrag entsprochen, bedeutet dies in der Regel die rückwirkende Rentengewährung und damit auch gewissermaßen eine „Bestätigung“ der Versicherungspflicht. Bei Ablehnung des Antrages ist dies anders. Hier wird dann aufgrund der erwähnten Formvorschrift die Mitgliedschaft **erhalten**. Allgemein wird hier von einer formalen Mitgliedschaft gesprochen.

Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte gelten auch Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden (§ 20 Abs. 2 a SGB XI).

Die **Vorversicherungszeit**, die in der Krankenversicherung für Rentner gefordert wird, ist natürlich auch von den Personen zurückzulegen, die als Rentner versicherungspflichtig in der Pflegeversicherung werden. Ansonsten würde es ja nicht zu einer Versicherungspflicht in der Krankenversicherung kommen. Ist der Rentner wegen Nichterfüllung der Vorversicherungszeit nicht pflichtversichert, sondern hat er seine frühere Pflichtversicherung freiwillig fortgesetzt, ist er als freiwillig Krankenversicherter pflichtversichert in der Pflegeversicherung (vgl. dazu die Ausführungen in Abschn. 2).

2. Freiwillig Krankenversicherte

Nach § 20 Abs. 3 SGB XI sind freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Es ist dabei gleichgültig, aufgrund welcher Rechtsvorschriften die freiwillige Mitgliedschaft zustande gekommen ist, ob es sich also beispielsweise

- um die Fortsetzung einer Pflichtmitgliedschaft oder
- um die Fortsetzung einer Familienversicherung oder
- um die Versicherung als schwerbehinderter Mensch handelt.

Unerheblich ist ferner, ob die freiwillige Versicherung im Krankheitsfalle Leistungsbeschränkungen (Versicherung ohne Krankengeldanspruch oder Krankengeldanspruch erst ab einem bestimmten Zeitpunkt) vorsieht.

Erfasst werden hier auch beispielsweise freiwillig versicherte Beamte sowie solche Personen, die wegen **Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze** nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen (vgl. bezüglich des Anspruches auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers die Ausführungen in Abschn. 20.1).

3. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

§ 21 SGB XI sieht die Versicherungspflicht für sonstige Personen vor. Voraussetzung ist, dass sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im **Inland** haben. Hier sind allerdings die Gleichstellungsregelungen im internationalen Sozialversicherungsrecht (Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums – EWR –, Staaten, mit denen ein Sozialversicherungsabkommen besteht) zu beachten.

→ **Angesprochen sind Personen, die**

- nach dem BVG oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben
- Kriegsschadensrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen
- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferversorge nach dem BVG oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen
- laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe aus der Kinder- und Jugendhilfe (Sozialgesetzbuch – Achstes Buch, SGB VIII) beziehen
- krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) sind
- in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind.

Mit Ausnahme der Zeitsoldaten handelt es sich im Wesentlichen um Personen, die **im Krankheitsfalle Leistungen im Rahmen einer Versorgung oder Fürsorge beanspruchen können**. Da diese Sondersysteme grundsätzlich keine Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorsehen, wird dieses Risiko durch die Einbeziehung in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt.

Das **Wehrdienstverhältnis** eines **Zeitsoldaten** beginnt mit dem Zeitpunkt der Ernennung. Es endet mit Ablauf des Tages, an dem der Soldat aus der Bundeswehr ausscheidet (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Soldatengesetz). Die Versicherungspflicht nach § 21 Nr. 6 SGB XI wird allerdings fortgeführt, wenn der Soldat aus seinem Dienstverhältnis ausscheidet, aber Übergangsbühnisse erhält, es sei denn, in dieser Zeit tritt ein Tatbestand der Ver-

sicherungspflicht nach § 20 SGB XI (Krankenversicherte) oder nach § 23 Abs. 1 SGB XI (Privatversicherte) ein¹¹.

Voraussetzung für die so genannten sonstigen Personenkreise des § 21 SGB XI ist, dass sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

Nach Auffassung der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger in Abschn. 1.3.8 ihres Gemeinsamen Rundschreibens vom 20.11.2001¹² geht die Versicherungspflicht nach § 21 SGB XI der Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages für Beihilfe- und Heilfürsorgeberechtigte vor. Die Versicherungspflicht für Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie für Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten verdrängt dagegen eine Versicherungspflicht nach § 21 SGB XI. Auf diese Personenkreise wird in Abschn. 6 näher eingegangen.

In den Fällen, in denen beide Ehegatten zur Gruppe der Leistungsberechtigten (die Gruppe der Zeitsoldaten ist nicht angesprochen) des § 21 SGB XI gehören, wird nur ein Ehegatte – entsprechend ihrer **Wahl** – der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung unterstellt¹³. Voraussetzung ist allerdings, dass für den anderen Ehegatten eine Familienversicherung (vgl. dazu Abschn. 4) besteht.

4. Familienversicherung

Die soziale Pflegeversicherung sieht genau wie die gesetzliche Krankenversicherung eine **kostenfreie** Familienversicherung vor. Es werden hier (§ 25 SGB XI) die gleichen Personengruppen (Ehegatten, Kinder) wie in der Krankenversicherung angesprochen.

Dies bedeutet im Einzelnen, dass der Ehegatte, der gleichgeschlechtliche Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern versichert sind. **Voraussetzung ist allerdings, dass diese Familienangehörigen**

- ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
- nicht nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig sind (Ausnahmen: Studenten und Praktikanten sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II),

11 Vgl. Abschn. A.3.7 im Gemeinsamen Rundschreiben vom 22.11.2001

12 A.a.O. (Fn. 3)

13 Vgl. Bundestagsdrucksache 12/5952 S. 37

- nicht von der Versicherungspflicht befreit oder in der privaten Pflegeversicherung (vgl. dazu unter 6.) pflichtversichert sind,
- nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2021: 470 Euro) überschreitet. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Für geringfügig entlohnte Beschäftigte (450-Euro-Jobber) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

Ehegatten und (gleichgeschlechtliche) Lebenspartner sind – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – während der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG) sowie während der Elternzeit **nur versichert**, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen gesetzlich krankenversichert waren.

Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder (gleichgeschlechtliche) Lebenspartner des Mitglieds von der Versicherungspflicht zur Pflegeversicherung befreit wurde (vgl. dazu Abschn. 8). Das Gleiche gilt, wenn eine Pflichtversicherung in der privaten Pflegeversicherung vorliegt (vgl. dazu Abschn. 6). Für beide Fälle ist weitere Voraussetzung, dass der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder (gleichgeschlechtliche) Lebenspartner ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitentgelt-Grenze (JAE-Grenze) der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt. 2021 geht es hier um einen Betrag von 5362,50 Euro im Monat. Handelt es sich allerdings um Arbeitnehmer, für die die besondere JAE-Grenze (für privat versicherte Personen) gilt, ist ein Betrag von (2021) 4837,50 Euro monatlich maßgebend. Bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

→ **Kinder sind versichert**

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr leisten. Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Das gilt seit dem 1.7.2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen

Wehrdienst oder einen anderen Freiwilligendienst oder eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer (im letzteren Falle bis zu 12 Monaten),

- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist allerdings, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind familienversichert war.

Als Kinder gelten auch **Stiefkinder und Enkel**, die das Mitglied überwiegend unterhält. Dies gilt auch für Pflegekinder. Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder sind auch die Kinder des (gleichgeschlechtlichen) Lebenspartners eines Mitglieds.

Sind die Voraussetzungen für den Anspruch aus der Familienversicherung mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Kranken- und damit auch die Pflegekasse.

Der bereits erwähnte Art. 40 PflegeVG bestimmt, dass eine Familienversicherung auch für Behinderte besteht, die im Zeitpunkt des **In-Kraft-Tretens** des PflegeVG (insoweit: 1. 4. 1995) **die Altersgrenze bereits überschritten haben**. Sie hätten aber die geforderte Voraussetzung erfüllt, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte. In einem solchen Fall besteht Anspruch aus der Familienversicherung¹⁴.

5. Weiterversicherung

In Abschn. 2 wurde bereits erwähnt, dass freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert in der sozialen Pflegeversicherung sind. Es gibt aber auch eine Weiterversicherung in der Pflegeversicherung (§ 26 SGB XI).

→ **Personen, die**

- aus der Versicherungspflicht nach § 20 oder § 21 SGB XI ausgeschieden sind

und

14 Vgl. zur Familienversicherung in der Krankenversicherung Abschn. 27.7 in Band 74 der RdW-Schriftenreihe „Die Sozialversicherung“ sowie Kapitel V in Band 223 der RdW-Schriftenreihe „Die gesetzliche Krankenversicherung“.

- in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate
- oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert waren,

können sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern. **Voraussetzung** ist, dass für sie keine Versicherungspflicht als privat Krankenversicherte eintritt.

Beispiel: Ein Arbeitnehmer macht sich selbständig und scheidet deshalb aus der Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Versichert er sich in der gesetzlichen Versicherung freiwillig weiter, wird er dadurch automatisch wieder Pflichtmitglied der Pflegeversicherung.

Wird er dagegen Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens, so wird er dadurch ebenfalls pflichtversichert.

Hat er überhaupt keine Krankenversicherung abgeschlossen, will er allerdings für den Fall der Pflegebedürftigkeit abgesichert sein, so kann er die Pflegeversicherung (allein) freiwillig fortsetzen. Fälle dieser Art werden sicherlich selten sein.

Endet die Familienversicherung oder besteht sie nicht, weil der Ehegatte des Mitglieds nicht gesetzlich versichert ist und ein Gesamteinkommen hat, das über dem des Mitglieds und über der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Krankenversicherung (2021: 64 350 Euro bzw. 58 050 Euro in so genannten Bestandsfällen: Personen, für die am 31.12.2002 ein privater Krankenversicherungsschutz bestand) liegt, so kann die Pflegeversicherung freiwillig fortgesetzt werden. Auch hier ist die Erfüllung der vorstehend geschilderten Vorverrichtungszeit erforderlich.

Der Antrag ist

- beim Ausscheiden aus der Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten danach
- bei Beendigung oder Nichtbestehen der Familienversicherung innerhalb von drei Monaten danach bzw. nach Geburt des Kindes bei der zuständigen Pflegekasse

zu stellen. Vgl. bezüglich der Zuständigkeit der Pflegekasse Abschnitt 14.

Scheidet jemand wegen der Verlegung seines Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins **Ausland** aus der Versicherungspflicht aus, kann er sich auf Antrag weiterversichern. Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand.

Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf mitversicherte Familienangehörige, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen.

Für Familienangehörige, die im Inland verbleiben, endet allerdings die Familienversicherung mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt.

Dies gilt entgegen dem Wortlaut des Gesetzes auch für Personen, die bereits im Ausland wohnen und im Inland beschäftigt sind (Grenzgänger), wenn ihre Versicherungspflicht bei Aufgabe der Beschäftigung im Inland endet¹⁵. Ein „Weiterversicherungsrecht“ besteht auch für Arbeitnehmer, deren gesetzliche Krankenversicherung wegen Beschäftigung im Ausland bereits vor dem 1. 1. 1995 endete und die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt haben.

Personen, die bei Einführung der Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig wurden oder keinen Wohnsitz im Inland hatten, konnten der sozialen Pflegeversicherung bis 30. 6. 2002 freiwillig beitreten (§ 26a SGB XI). Ein weiteres Beitrittsrecht besteht unter bestimmten Voraussetzungen für Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer.

Der Antrag auf Weiterversicherung gilt auch dann als fristgerecht gestellt, wenn er innerhalb der Frist von einem Monat bei einem unzuständigen Leistungsträger eingeht (vgl. § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB – Allgemeiner Teil – SGB I –).

6. Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Wie unter I. bereits ausgeführt müssen privat Krankenversicherte das Risiko der Pflege ebenfalls privat absichern. Rechtsgrundlage ist hier § 23 SGB XI. Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherung nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) genügen, versichert sind, sind verpflichtet, **bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen**.

Der Versicherte muss den Versicherungsvertrag auch **aufrechterhalten**.

Eine private Zusatz- oder Reisekrankenversicherung oder eine Krankenhaustagegeldversicherung löst diese Versicherungspflicht nicht aus¹⁶.

¹⁵ Vgl. Bundestagsdrucksache 12/2562 S. 107

¹⁶ Abschn. A.2.1 im Gemeinsamen Rundschreiben vom 22. 11. 2001