RUNDSCHREIBEN

RS 2018/694 vom 14.12.2018

Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V“

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Kurzbeschreibung: Wir geben die Grundsätzlichen Hinweise „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V“ bekannt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Thematik der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wurde bislang in dem Gemeinsamen Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. „Auffang-Versicherungspflicht“) vom 20. März 2007 behandelt. Die seit diesem Zeitpunkt eingetretenen umfangreichen Änderungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die höchstrichterlichen Entscheidungen sowie die Fortentwicklung der Rechtsauslegung wurden im Rahmen der jeweiligen Veröffentlichungen kommuniziert.

Die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes beinhalten eine zusammenfassende Darstellung der innerhalb der GKV konsentierten und weitgehend bereits anderweitig bekannt gegebenen Rechtsauslegungen zu den wesentlichen versicherungs- und beitragsrechtlichen Aspekten der Umsetzung der Auffang-Versicherungspflicht.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

1. Grundsätzliche Hinweise „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V“

Ihre Ansprechpartner/innen:
Irina Riesen

Ref. Mitgliedschafts- u. Beitragsrecht
Tel.: 030 206288-1134
irina.riesen@gkv-spitzenverband.de

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter
dialog.gkv-spitzenverband.de

Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vom 14. Dezember 2018

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de

Einleitung

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl I S. 378) wurden vom 1. April 2007 an alle im Inland wohnenden Personen, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und

- zuletzt gesetzlich krankenversichert waren

oder

- in Deutschland bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind,

im Wege der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in die gesetzliche Krankenversicherung (sog. Auffang-Versicherungspflicht, vgl. Urteil des Bundessozialgerichts [BSG] vom 6. Oktober 2010 – B 12 KR 25/09 R –, USK 2010-83) einbezogen. Für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung enthält § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 eine darauf bezugnehmende Regelung.

Für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt privat krankenversichert waren oder solche, die in Deutschland weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, aber nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, besteht ab dem 1. Januar 2009 die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages bei einem PKV-Unternehmen.

Die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen haben unter dem Datum vom 20. März 2007 ein Gemeinsames Rundschreiben zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum 1. April 2007 herausgegeben.

Seitdem sind umfangreiche Änderungen durch gesetzliche Neuregelungen, insbesondere durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15. Dezember 2008 (BGBl I S. 2426) sowie das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423), eingetreten. Darüber hinaus haben sich Anpassungsnotwendigkeiten aufgrund zahlreicher höchstrichterlicher Rechtsprechung und Empfehlungen des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes ergeben.

Des Weiteren ergeben sich aus dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. De-

zember 2018 (BGBl. I S. 2387) Auswirkungen auf die Umsetzung der Auffang-Versicherungspflicht.

Der GKV-Spitzenverband nimmt diese Rechtsänderungen zum Anlass, das Gemeinsame Rundschreiben zu überarbeiten und auf dessen Grundlage die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V“ mit empfehlendem Charakter herauszugeben.

Die Ausführungen zum Begriff „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ gelten neben dem unmittelbaren Anwendungsbereich des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für die gleichlautendenden Begriffe bei der Anwendung des § 188 Abs. 4, des § 175 Abs. 4 Satz 4 und des § 8 Abs. 2 Satz 4 SGB V entsprechend.

Inhaltsverzeichnis

A. Versicherungspflicht 7
A.1 Allgemeines 7
A.2 Voraussetzungen der Versicherungspflicht 8
A.2.1 Zuordnung zum Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a oder b SGB V ... 8
A.2.2 Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V 8
A.2.2.1 Allgemeines 8
A.2.2.2 Letzte Krankenversicherung in der GKV 9
A.2.2.3 Letzte Krankenversicherung in der PKV 10
A.2.2.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen 10
A.2.2.3.2 Art des Versicherungsvertrages 11
A.2.2.3.2.1 Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung 11
A.2.2.3.2.2 Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Incoming-Krankenversicherung 11
A.2.2.3.2.3 Anwartschaftsversicherung in der PKV 12
A.2.2.3.3 Rücktritt vom Vertrag 12
A.2.2.4 Letzte Absicherung in einem Sondersystem 13
A.2.3 Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V 13
A.2.4 Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall 15
A.2.4.1 Allgemeines 15
A.2.4.2 Absicherung in der GKV als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall 15
A.2.4.2.1 Allgemeines 15
A.2.4.2.2 Koordinierungsregelungen der Verordnung (EG) 883/04 16
A.2.4.2.3 Koordinierungsregelungen nach Abkommensrecht 26
A.2.4.2.4 Versicherungskonkurrenz zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V 28
A.2.4.2.5 Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch, der Auffang-Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V 30
A.2.4.3 Private Krankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall .. 32
A.2.4.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen 32
A.2.4.3.2 Art des Versicherungsvertrages 32
A.2.4.3.3 Rückkehrrecht in die PKV nach § 5 Abs. 9 Satz 1 SGB V 34
A.2.4.4 Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV und PKV 34
A.2.4.4.1 Allgemeines 34
A.2.4.4.2 Abgrenzung zum Bezug von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe 37
A.2.4.4.2.1 Allgemeines 37
A.2.4.4.2.2 Übergang von Arbeitslosengeld II zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe 38
A.2.4.4.2.3 Leistungen der Sozialhilfe im Anschluss an die Haftunterbringung 40

A.2.4.4.3 Abgrenzung zur Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ... 41
A.2.5 Sonderregelung für Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen (vgl. § 5 Abs. 11 SGB V) ... 42
A.2.5.1 Allgemeines ... 42
A.2.5.2 Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz ... 42
A.2.5.3 Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz sind ... 45
A.2.5.4 Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ... 48
A.3 Feststellung der Versicherungspflicht ... 49
A.4 Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht und Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit ... 51
A.4.1 Versicherungsfreiheit ... 51
A.4.2 (Keine) Befreiung von der Auffang-Versicherungspflicht ... 53
A.4.3 (Kein) Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit ... 53
A.5 Wirkung einer (anderweitigen) Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf die Auffang-Versicherungspflicht ... 54
A.6 Regelungen in der LKV ... 54
B. Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit ... 55
B.1 Allgemeines ... 55
B.2 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen ... 55
B.3 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V unterliegen ... 55
B.4 Pflegekassenzuständigkeit ... 56
C. Mitgliedschaft ... 56
C.1 Allgemeines ... 56
C.2 Beginn der Mitgliedschaft ... 56
C.2.1 Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten ... 56
C.2.2 Personen, deren anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach dem 1. April 2007 endet ... 57
C.2.3 Personen, die aus der Haft entlassen werden ... 57
C.2.4 Personen, die aus dem Ausland zurückkehren ... 57
C.2.5 Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz ... 58

C.2.6 Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz sind ... 58
C.3 Ende der Mitgliedschaft ... 58
C.4 Fortbestand der Mitgliedschaft ... 59
D. Meldungen, Auskunfts- und Mitteilungspflichten ... 59
E. Beiträge ... 60
E.1 Allgemeines ... 60
E.2 Beitragspflichtige Einnahmen ... 61
E.3 Rangfolge der Einnahmearten ... 61
E.4 Beitragssatz in der Krankenversicherung ... 62
E.4.1 Allgemeines ... 62
E.4.2 Beitragssatz bei Arbeitsentgelt ... 62
E.4.3 Beitragssatz bei Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ... 63
E.4.4 Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ... 63
E.5 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung ... 64
E.6 Beitragstragung ... 65
E.7 Beitragszahlung ... 66
E.7.1 Allgemeines ... 66
E.7.2 Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt ... 66
E.7.3 Beitragszahlung aus Rente ... 67
E.7.4 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen ... 68
E.7.5 Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger ... 68
E.8 Ermäßigung von Beitragsschulden bei verspäteter Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ... 69
Anlage Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI

A. Versicherungspflicht

A.1 Allgemeines

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind seit dem 1. April 2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert (Buchst. a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren und dem Grunde nach der GKV zuzuordnen sind (Buchst. b).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist subsidiär ausgestaltet und greift beim Fehlen einer anderweitigen Versicherung oder einer anderweitigen Absicherung für den Krankheitsfall. Für die Feststellung, ob zuletzt eine gesetzliche oder eine private Krankenversicherung oder keine von diesen Absicherungen im Krankheitsfall bestanden hat, haben die Krankenkassen alle ihnen zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen (vgl. Abschnitt A.3).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt gemäß § 3 Nr. 2 SGB IV für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben. Die Definition dieser beiden Begriffe findet sich in § 30 Abs. 3 SGB I vorbehaltlich abweichender Regelungen (vgl. § 37 SGB I), die sich aus der Anwendung des über- und zwischenstaatlichen Rechts ergeben können (vgl. § 6 SGB IV).

Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind nach § 20 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. Satz 2 Nr. 12 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für die in Deutschland lebenden Personen wurde vom 1. Juli 2007 an durch eine entsprechende Regelung in der privaten Krankenversicherung (PKV) flankiert. In dem Zeitraum vom 1. Juli 2007 bis zum 31. Dezember 2008 konnten Personen ohne Versicherung nach § 315 SGB V unter den dort näher genannten Voraussetzungen einen Versicherungsschutz im Standardtarif der PKV verlangen. Seit dem 1. Januar 2009 besteht nach § 193 Abs. 3 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) eine nachrangige Pflicht zur Versicherung auch in der PKV.

Seit der Einführung der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung im Sinne des § 188 Abs. 4 SGB V mit Wirkung vom 1. August 2013 ist die Anzahl der Anwendungsfälle für die Auffang-Versicherungspflicht erheblich zurückgegangen (vgl. Abschnitt A.2.4.2.4).

A.2 Voraussetzungen der Versicherungspflicht

A.2.1 Zuordnung zum Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a oder b SGB V

Seit der Einführung der Pflicht zur Krankenversicherung zum 1. Januar 2009 ist für alle Einwohner Deutschlands, soweit sie dem deutschen Krankenversicherungsrecht unterliegen, eine lückenlose Zuweisung von Personen ohne aktuelle Absicherung im Krankheitsfall zur GKV oder zur PKV vorgesehen. Hierbei orientiert sich die Zuordnung der Betroffenen zu dem jeweiligen Krankenversicherungssystem im ersten Schritt immer daran, ob zu einem beliebigen früheren Zeitpunkt eine Absicherung in der GKV oder PKV bestanden hat. Ist diese Voraussetzung erfüllt, richtet sich die Versicherungspflicht in der GKV nach der Alternative a innerhalb des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine Stellung des Betroffenen im Erwerbsleben ist innerhalb dieser Alternative ohne Belang.

Sofern eine Anknüpfung an eine letzte Krankenversicherung entweder in der GKV oder PKV nicht möglich ist, weil eine solche für die betroffene Person noch nie bestanden hat, ist für die Begründung der Versicherungspflicht in der GKV oder PKV ausschließlich die Stellung im Erwerbsleben ausschlaggebend. Für die Prüfung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ist bei derartigen Sachverhalten die Alternative b innerhalb des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V maßgeblich.

A.2.2 Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V

A.2.2.1 Allgemeines

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

- keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (vgl. Abschnitt A.2.4)

und

- zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren (vgl. Abschnitt A.2.2.2).

Mit dem Begriff "zuletzt" in § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V wird die Systemzuweisung innerhalb dieser Alternative durch Anknüpfung an die zeitlich letzte Krankenversicherung entweder in der GKV oder PKV vorgenommen. Für die Zuordnung zur GKV ist – beim Fehlen einer anderweitigen Absicherung – alleine ausschlaggebend, dass die letzte Krankenversicherung eine solche in der GKV gewesen war, ohne dass es darauf ankommt, wie weit der letzte Zeitraum zurückliegt, in dem die betreffende Person "krankenversichert" war. Dabei können zwischen der letzten Krankenversicherung in der GKV und dem Einsetzen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V auch Zeiten einer anderweitigen, nun aber entfallenen Sicherungsform im Krankheitsfall liegen, die weder der GKV noch der PKV zuzurechnen ist (vgl. BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, USK 2011-1).

A.2.2.2 Letzte Krankenversicherung in der GKV

Es ist unerheblich, ob es sich bei der letzten Krankenversicherung in der GKV um eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder um eine Familienversicherung handelte. Der Familienversicherung steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war (vgl. analoge Anwendung des § 5 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Bei dem Betreuungsverhältnis im Sinne des § 264 SGB V handelt es sich dagegen nicht um eine Versicherung in der GKV.

In die Prüfung des Tatbestandsmerkmals „letzte Krankenversicherung in der GKV oder PKV" sind zunächst nur die Zeiträume einzubeziehen, in denen die betroffene Person vom Geltungsbereich des deutschen Krankenversicherungsrechts erfasst war. Dies sind entweder die Zeiten, in denen die Betroffenen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatten (vgl. § 3 Nr. 2 SGB IV) oder in denen sie in Deutschland selbstständig tätig bzw. beschäftigt waren (vgl. § 3 Nr. 1 SGB IV); Letzteres schließt Zeiten einer Entsendung im Sinne des § 4 SGB IV oder des zwischen- bzw. überstaatlichen Rechts ein. Als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung kommen in dieser Zeit nur die Krankenkassen im Sinne des § 21 Abs. 2 SGB I i. V. m. § 4 Abs. 2 SGB V infrage.

Darüber hinaus sind auf der Grundlage des Art. 5 Buchst. b VO (EG) 883/04 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit die in der Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in der Schweiz eingetretenen Sachverhalte mit solchen, die in Deutschland eingetreten sind, gleichzustellen. Dies hat zur Folge, dass die Zeiten, in denen die betroffene Person dem Recht eines anderen Mitgliedstaates unterworfen war, ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind. Eine Systemzuordnung zur GKV im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V ist gegeben, wenn in dieser Zeit zuletzt die Versicherung bei einem Träger durchgeführt wurde, der von der VO (EG) 883/04 erfasst wird. Die gesetzliche Versicherung in einem anderen Mitgliedstaat ist grundsätzlich mit Vordruck E 104 bzw. SED S041 nachzuweisen (Zu der Möglichkeit der Glaubhaftmachung durch anderweitige Dokumente vgl. die entsprechende Arbeitshilfe im Extranet der Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes; https://www.dvka.de/de/extranet/arbeitshilfen/vorversicherungszeiten/mitgliedstaaten/mitgliedstaaten.html). Die vorgenannte Gleichstellung gilt unabhängig davon, ob es sich bei den Betroffenen um sogenannte Auslandrückkehrer (also Personen, die in der Vergangenheit bereits dem deutschen Krankenversicherungsrecht unterlagen) handelt oder um Personen, die zum ersten Mal dem Geltungsbereich des SGB V unterworfen werden. Der Umstand, dass in den atypischen Fallkonstellationen die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V für

zurückkehrende deutsche Auswanderer ausschließlich durch die gesetzliche Versicherung in einem Mitgliedstaat begründet wird, ist hinzunehmen.

Beispiele zur Verdeutlichung der dargestellten Grundsätze zur Gleichstellung der Sachverhalte im überstaatlichen Recht sind im Abschnitt A.2.4.2.2 zu finden.

Dagegen sieht das zwischenstaatliche Recht im Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht nur vereinzelt eine Gleichstellung der Versicherungspflicht vor. Dies ist beim deutsch-mazedonischen, deutsch-tunesischen und deutsch-türkischen Abkommen der Fall. Daher sind die Zeiten, in denen die betroffene Person dem Recht eines dieser Abkommensstaaten unterworfen war, in die Prüfung der Voraussetzung „letzte Krankenversicherung in der GKV oder PKV" einzubeziehen. Wenn in dieser Zeit zuletzt eine gesetzliche Versicherung bestanden hat, ist eine Systemzuordnung zur GKV im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V gegeben. Beispiele mit Berührung zum zwischenstaatlichen Recht sind im Abschnitt A.2.4.2.3 zu finden.

Die Zeiten der Versicherung in allen anderen Abkommensstaaten sind bei der Prüfung der Voraussetzung „letzte Krankenversicherung in der GKV oder PKV" auszuklammern. Dies gilt auch für Zeiten der Versicherung im sog. vertragslosen Ausland.

A.2.2.3 Letzte Krankenversicherung in der PKV

A.2.2.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen

Die Interpretation des Tatbestandsmerkmals „zuletzt privat krankenversichert" im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V orientiert sich an den im § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG formulierten Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen. Danach wird als Pendant zur gesetzlichen Auffang-Versicherungspflicht die Verpflichtung zum Abschluss eines bestimmten Vertrages bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen definiert. Daher kann die zukunftsorientierte Zuweisung einer Person zum PKV-System im Sinne der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG nur dann erfolgen, wenn diese bereits in der Vergangenheit (zuletzt) einem Unternehmen angehörte, das den vorgenannten Anforderungen entspricht. Für Unternehmen in EU-/EWR-Staaten oder in der Schweiz ist ohne weitere Prüfung anzunehmen, dass sie auch in Deutschland zugelassen sind. Die Krankenversicherung bei einem nicht in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten ausländischen Krankenversicherungsunternehmen erfüllt dagegen die Voraussetzung „zuletzt privat krankenversichert" im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht.

A.2.2.3.2 Art des Versicherungsvertrages

A.2.2.3.2.1 Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung

Die Zuordnung zum System der PKV setzt neben der institutionellen Abgrenzung (vgl. Abschnitt A.2.2.3.1) das Bestehen eines bestimmten Vertrages voraus, und zwar eines Vertrages über eine Krankheitskostenversicherung (vgl. § 192 Abs. 1 VVG). Der Krankheitskostenversicherung steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Die Versicherungszeiten in einem anderen Mitgliedstaat erfüllen im Wege der Tatbestandsgleichstellung nach Art. 5 Buchst. b VO (EG) 883/04 das Merkmal "zuletzt privat versichert", wenn es sich um einen privaten Krankenversicherungsvertrag handelt, der mit einem Krankheitskostenversicherungsvertrag im Sinne des § 192 Abs. 1 VVG vergleichbar ist.

Dagegen begründen die Krankentagegeldversicherung (vgl. § 192 Abs. 5 VVG) bzw. die Krankenhaustagegeldversicherung (vgl. § 192 Abs. 4 VVG) keine Zuordnung zum System der PKV, weil sie für einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der Auffang-Versicherungspflicht nicht ausreichen (vgl. Abschnitt A.2.4.3.2).

A.2.2.3.2.2 Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Incoming-Krankenversicherung

Für eine Ausbildungs-, Auslands- oder Reisekrankenversicherung gilt, dass im Falle ihrer Beendigung kein Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorliegt. Dies ergibt sich aus dem befristeten Charakter dieser Versicherungsverträge (vgl. § 195 Abs. 2 VVG). Für eine Auslandskrankenversicherung ist darüber hinaus von Bedeutung, dass die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund des Ruhens von Leistungsansprüchen nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, insbesondere bei Aufenthalt des Versicherten im sog. vertragslosen Ausland, keine Alternative zum Abschluss einer Auslandskrankenversicherung bietet. Auch vor diesem Hintergrund ist es gerechtfertigt, im Sinne einer Systemabgrenzung nach Beendigung einer Auslandskrankenversicherung keine Zuordnung zur PKV vorzunehmen. Dies gilt auch für Auslands-Gruppenversicherungen, welche deutsche Arbeitgeber für vorübergehende Auslandsaufenthalte ihrer Mitarbeiter abschließen.

Eine "Incoming-Reisekrankenversicherung" ist für einen vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland konzipiert. Für Personen mit vorübergehendem Aufenthalt kommt eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht in Betracht, da diese weder ihren Wohnsitz noch ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Insoweit stellt sich die Frage, ob es sich bei einer Incoming-Reisekrankenversicherung um einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall handelt, nicht. Wird der Aufenthaltsstatus geändert und erstmals der Wohnsitz im Inland begründet, ist allein wegen der Incoming-Krankenversicherung eine Zuordnung zur PKV nicht zulässig. Eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V käme daher grundsätzlich in

Betracht, wenn kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (mehr) vorliegt. Allerdings dürfte die Auffang-Versicherungspflicht für Ausländer im Regelfall an den Vorgaben des § 5 Abs. 11 SGB V (vgl. Abschnitt A.2.5) scheitern.

A.2.2.3.2.3 Anwartschaftsversicherung in der PKV

Im Recht der privaten Krankenversicherung ist ein besonderes Vertragsverhältnis mit der Bezeichnung „Anwartschaftsversicherung“ möglich. Damit wird ein bestehendes, gekündigtes oder beantragtes privates Krankenversicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte (und ggf. der Alterungsrückstellung) ruhend gestellt, um es zu einem späteren Zeitpunkt fortzuführen. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Leistungen aus einer privaten Krankenversicherung.

Die Frage, ob alleine durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung in der PKV das Merkmal "zuletzt privat krankenversichert" als erfüllt anzusehen ist, stellt sich in der Praxis z. B. für den Personenkreis der Soldaten auf Zeit, die für die Dauer des Dienstverhältnisses eine Anwartschaftsversicherung in der PKV abgeschlossen haben und zuvor gesetzlich krankenversichert waren. Dies ist aufgrund des fehlenden Leistungsanspruchs gegen das private Versicherungsunternehmen während der Anwartschaftsversicherung zu verneinen.

A.2.2.3.3 Rücktritt vom Vertrag

Wird nach dem Ausscheiden aus einer Versicherung in der GKV (zunächst) wirksam ein Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen geschlossen, gilt die Zuordnung zur PKV selbst dann fort, wenn das Versicherungsunternehmen später wegen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nach § 19 Abs. 2 VVG vom Versicherungsvertrag zurücktritt oder den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung nach § 22 VVG i. V. m. § 123 Abs. 1 BGB anfechtet (vgl. analoge Anwendung des BSG-Urteils vom 29. Juni 2016 – B 12 KR 23/14 R –, USK 2016-53). Der bis zur Anfechtung des Versicherungsvertrages bzw. bis zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag durch ein privates Krankenversicherungsunternehmen tatsächlich gewährte Versicherungsschutz ist im Anwendungsbereich des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als letzte Versicherung im System der privaten Krankenversicherung zu verstehen. Auch für die Zukunft haben die Betroffenen nach § 193 Abs. 5 Satz 4 Nr. 1 oder 2 VVG Anspruch gegen einen (anderen) Träger der privaten Krankenversicherung auf Abschluss eines (neuen) Versicherungsvertrages. Sie werden damit per Gesetz dem System der PKV zugeordnet.

Dieselbe Rechtsfolge, wenngleich auch mit einer anderen Begründung, tritt ein, wenn die aus der GKV-Versicherung ausgeschiedenen Personen wirksam einen Vertrag über eine Krankheitskos-

tenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen abschließen und gleich bei der Zahlung der Erstprämie in Zahlungsverzug geraten. Seit dem 1. Januar 2009 begründet der Zahlungsverzug bei der Erstprämie speziell für Verträge, die der Erfüllung der Krankenversicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG dienen, kein Rücktrittsrecht des Versicherungsunternehmens nach § 37 VVG. Stattdessen hat der Gesetzgeber für Prämienrückstände (einschließlich der Erstprämie) in § 193 Abs. 6 VVG eine eigenständige Regelung in Gestalt von Leistungsruhen getroffen, da ansonsten das Rücktrittsrecht nach § 37 VVG die Erfüllung der Versicherungspflicht verhindern könnte. Aus Sicht der GKV bedeutet dies im Ergebnis, dass auch in solchen Fällen die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen wird.

A.2.2.4 Letzte Absicherung in einem Sondersystem

Neben der Krankenversicherung in der GKV oder PKV existieren zahlreiche andere Absicherungsformen im Krankheitsfall, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aufgrund deren subsidiären Charakters entgegenstehen. Endet die Absicherung in einem solchen Sondersystem, das weder der GKV noch PKV zuzurechnen ist, werden die Zeiten der Absicherung im Sondersystem bei der Prüfung der Auffang-Versicherungspflicht ausgeblendet, d. h. es muss auf die Versicherungssystemzugehörigkeit vor der Absicherung in diesem Sondersystem zurückgegriffen werden (vgl. jedoch eine besondere Regelung für Bedienstete der Europäischen Institutionen, die über das „Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der EU“ abgesichert sind unter Abschnitt A.2.4.4.1).

Auf die Bewertung, welche Sondersysteme die Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall erfüllen und daher die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließen, jedoch nach dem Wegfall der Absicherung nicht als letzte Krankenversicherung im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V gelten, wird unter Abschnitt A.2.4.4.1 eingegangen.

A.2.3 Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

- keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (vgl. Abschnitt A.2.4)

und

- bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Wegen der allgemeinen Pflicht zur Versicherung in Deutschland in der GKV oder PKV sind von dieser Regelung im Wesentlichen Personen erfasst, die ihren Wohnsitz erstmals nach Deutschland verlegen und keinen Zugang zur GKV aufgrund anderweitiger Tatbestände haben, die zu einer Pflicht- bzw. einer Familienversicherung führen oder zu einer freiwilligen Versicherung berechtigen.

Auf der Grundlage des Art. 5 Buchst. b VO (EG) 883/04 ist sowohl eine gesetzliche als auch eine private Krankenversicherung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR oder in der Schweiz einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung in Deutschland gleichzustellen. Dies führt im Ergebnis dazu, dass sich die Prüfung der Auffang-Versicherungspflicht in der GKV bei einer Wohnsitzverlegung nach Deutschland aus diesen Staaten in der Regel nach der Alternative a innerhalb des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V richtet. Die Alternative b dürfte nur in Ausnahmefällen ausschlaggebend sein. Dies gilt aufgrund von entsprechenden Regelungen in den jeweiligen Abkommen auch im Falle einer Wohnsitzverlegung nach Deutschland aus der Türkei, Mazedonien und Tunesien.

Im Zusammenhang mit der Begründung einer Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V sind bei Ausländern ferner die Zusatzregelungen des § 5 Abs. 11 SGB V zu beachten (vgl. Abschnitt A.2.5).

Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, für die in der Vergangenheit keine Krankenversicherung bestanden hat, werden vom Grundsatz her der GKV zugeordnet. Eine Ausnahme hiervon (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b zweiter Satzteil SGB V: „es sei denn, dass ...“) ist für Personengruppen vorgesehen, die nach ihrem beruflichen Status der PKV zuzuordnen sind. Es handelt sich um hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige bzw. um die versicherungsfreien Personen im Sinne von § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V.

Der Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b zweiter Satzteil SGB V orientiert sich damit an der Stellung im Erwerbsleben. Hierbei ist bei Personen, die in der Vergangenheit ungeachtet ihres ständigen Wohnsitzes in Deutschland ausnahmsweise weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, auf die Berufstätigkeit zum Zeitpunkt des Beginns der zu prüfenden Versicherungspflicht abzustellen. Die Versicherungspflicht ist daher nicht ausgeschlossen, wenn die bisher in Deutschland nicht versicherte Person zwar während ihres bisherigen Erwerbslebens zuletzt entweder eine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit ausgeübt oder zu den versicherungsfreien Personen im Sinne von § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V gehört hat, zum Zeitpunkt des Beginns der Auffang-Versicherungspflicht jedoch keiner Tätigkeit mehr nachgeht. Wird eine Berufstätigkeit nicht mehr ausgeübt, so ist nicht zu prüfen, welchen Beruf der Versicherte während seines Erwerbslebens ausgeübt hat.

Dagegen richtet sich die Beurteilung anhand der Stellung im Erwerbsleben bei den Personen, die ihren Wohnsitz erstmalig nach Deutschland verlegen, an der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Ausland. Wurde zuletzt vor Verlegung des Wohnsitzes im Ausland eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Tätigkeit im Sinne von § 6 Abs. 1 und 2 SGB V ausgeübt, ist eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V ausgeschlossen. Gleiches gilt für Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, aber davor eine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben, die sie den in § 5 Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personen zuordnet.

A.2.4 Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

A.2.4.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist subsidiär ausgestaltet und setzt daher voraus, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Diese Tatbestandsvoraussetzung ergibt sich unmittelbar aus dem Wortlaut des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und wird ergänzt durch die Regelungen

- des § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V über den Vorrang anderer Versicherungstatbestände in der GKV gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V,
- über die Abgrenzung zum Bezug von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe (vgl. § 5 Abs. 8a Sätze 2 und 3 SGB V),
- über die Abgrenzung zu sog. nachgehenden Leistungsansprüchen nach § 19 Abs. 2 SGB V (vgl. § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V) und
- die Bestimmungen über das Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 13 SGB V.

Die die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a und b SGB V ausschließenden Ansprüche auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind teilweise bereits im Gesetz aufgezählt, diese Aufzählung ist jedoch – wie das BSG bereits mehrfach bestätigt hat – nicht abschließend. Als solche kommen neben der gesetzlichen (vgl. Abschnitt A.2.4.2) und privaten Krankenversicherung (vgl. Abschnitt A.2.4.3) auch anderweitige Formen der Absicherung im Krankheitsfall in Betracht, die weder der GKV noch PKV zuzuordnen sind (vgl. Abschnitt A.2.4.4.1).

A.2.4.2 Absicherung in der GKV als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

A.2.4.2.1 Allgemeines

Sämtliche (andere) Tatbestände der Absicherung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland sind gegenüber der Auffang-Versicherungspflicht vorrangig:

- Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V,
- freiwillige Versicherung nach § 9 oder § 188 Abs. 4 SGB V,
- mitgliedschaftserhaltende Zeiten nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV, § 192 bzw. 193 SGB V oder nach § 8 Eignungsübungsgesetz,
- Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V,
- Familienversicherung nach § 10 SGB V,
- nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V (unter bestimmten Voraussetzungen).

Liegen bei Ehegatten oder Lebenspartnern die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gleichzeitig vor, können sie übereinstimmend erklären, wer (von beiden) versicherungspflichtig wird, wenn für den anderen die Voraussetzungen der Familienversicherung erfüllt sind.

A.2.4.2.2 Koordinierungsregelungen der Verordnung (EG) 883/04

Für Personen, die in einem anderen Staat gesetzlich versichert sind und aufgrund des zwischen- oder überstaatlichen Rechts Anspruch auf Sachleistungen in Deutschland als Wohnstaat haben, gilt Folgendes: Zwar hat der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ausdrücklich auch solche Leistungsansprüche als eine die Auffang-Versicherungspflicht ausschließende vorrangige anderweitige Absicherung im Krankheitsfall angesehen (vgl. Bundestagsdrucksache 16/3100, Seite 94). Jedoch darf sich diese Frage faktisch gar nicht stellen, weil vorrangig die kollisionsrechtlichen Regelungen über die anzuwendenden Rechtsvorschriften zu beachten sind. Wenn die Person trotz ihres gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland aufgrund des zwischen- oder überstaatlichen Rechts nicht den deutschen Rechtsvorschriften über die Krankenversicherung unterliegt, dann ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits aus diesem Grund ausgeschlossen. Personen, die zuletzt in einem anderen Mitgliedstaat versichert waren und nun den deutschen Rechtsvorschriften unterliegen, können keine Sachleistungen zulasten eines anderen Mitgliedstaats in Anspruch nehmen. Die im anderen Staat (zu Unrecht) bestehende Absicherung gilt nicht als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

Im Kontext der Koordinierungsregelungen der VO (EG) 883/04 sind somit nachfolgende Grundsätze zu beachten.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt gemäß § 3 Nr. 2 SGB IV für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben. Zudem muss aufgrund der Vorrangigkeit des überstaatlichen Rechts (vgl. § 6 SGB IV) der Wohnortbegriff des Art. 1 Buchst. j VO (EG) 883/04 Berücksichtigung finden. Danach ist Wohnort

der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts. Dies gilt für alle Personen, auf die die VO (EG) 883/04 anzuwenden ist.

Nach Vorgaben der VO (EG) 883/04 unterliegen Personen, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, im Regelfall den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates, in dem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben (vgl. Art. 11 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04) bzw. denen sie aufgrund einer Erwerbstätigkeit unterliegen (vgl. insbesondere Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04). Eine konkrete zeitliche Grenze zur Unterscheidung zwischen einem gewöhnlichen und vorübergehenden Aufenthalt ist im Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04 nicht vorgesehen, sodass hierzu jeweils eine einzelfallbezogene Prüfung vorzunehmen ist. Die relevanten Entscheidungskriterien bzw. Indizien ergeben sich aus Art. 11 VO (EG) 987/09. Typische Personengruppen, bei denen ein vorübergehender Aufenthalt in Deutschland vorliegt, sind Reisende zu Urlaubszwecken oder in Deutschland studierende Personen aus den Mitgliedstaaten.

Neben den Sachverhalten eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland kann sich die Anwendbarkeit der Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaates auch aus anderen Koordinierungsregelungen ergeben. Insbesondere sind die in einem anderen Mitgliedstaat erwerbstätigen und in Deutschland wohnenden Grenzgänger (vgl. Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04) sowie in Deutschland wohnende Bezieher einer Rente aus einem Mitgliedstaat (vgl. Art. 24 VO (EG) 883/04) zu nennen.

Sehen die Koordinierungsregelungen der VO (EG) Nr. 883/04 die Anwendbarkeit der Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaates vor, sind deutsche Rechtsvorschriften zur Versicherungspflicht in der Krankenversicherung insgesamt, und somit einschließlich der Regelungen zur Auffang-Versicherungspflicht, ausgeschlossen. Beim Vorliegen der entsprechenden Anspruchsnachweise (z. B. E-106 oder E-121 bzw. S1, SED 072) übernehmen die deutschen Krankenkassen eine Krankenbehandlung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach den Vorgaben der Verordnungen (EG) 883/04 und (EG) 987/09.

Gelten nach der VO (EG) 883/04 für eine Person die deutschen Rechtsvorschriften, so kommt bei Erfüllung sonstiger Voraussetzungen auch die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V infrage. Dies gilt insbesondere bei folgenden Personengruppen:

1. Arbeitnehmer, die eine nicht zur Versicherungspflicht führende, also regelmäßig geringfügige, Beschäftigung (ausschließlich) in Deutschland ausüben, unabhängig vom gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person (vgl. Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04),

2. Personen, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit (ausschließlich) in Deutschland ausüben, unabhängig vom gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person (vgl. Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04),
3. Personen, die rechtmäßig einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland begründen (vgl. Art. 11 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04),
4. Personen, die ausschließlich eine deutsche Rente erhalten oder Doppelrentner (Mehrfachrentner), die eine deutsche Rente (hierzu gehören auch vergleichbare Leistungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung) und eine (mehrere) Rente(n) aus einem (mehreren) Mitgliedstaat(en) erhalten, die Voraussetzungen der deutschen Krankennversicherung der Rentner (KVdR) nicht erfüllen und einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland begründen (vgl. Art. 23 VO (EG) 883/04),
5. Personen, die ausschließlich eine deutsche Rente erhalten, die Voraussetzungen der deutschen KVdR nicht erfüllen und einen gewöhnlichen Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat begründen (vgl. Art. 24 bzw. 25 VO (EG) 883/04),
6. Doppelrentner, die keine Rente aus dem Mitgliedstaat erhalten, in dem sie wohnen, jedoch eine deutsche Rente beziehen und die deutschen Rechtsvorschriften am längsten gegolten haben, wobei die Voraussetzungen der deutschen KVdR nicht erfüllt sind (vgl. Art. 24 Abs. 2 Buchst. b VO (EG) 883/04).

Die vorgenannten Koordinierungsregelungen der VO (EG) Nr. 883/04 gelten für alle Personen, die vom persönlichen Geltungsbereich der Verordnung erfasst sind. Für Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, sind bei der Prüfung der Voraussetzungen der Auffang-Versicherungspflicht darüber hinaus grundsätzlich die ergänzenden Anforderungen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V zu beachten (vgl. Abschnitt A.2.5.2 sowie weitere Erläuterungen zu den nachfolgenden Beispielen). Hinsichtlich der Gleichstellung des Merkmals „letzte Versicherung in der GKV oder in der PKV“ im Geltungsbereich der VO (EG) 883/04 wird auf die Ausführungen in den Abschnitten A.2.2.2 und A.2.2.3.2.1 verwiesen.

Beispiele zu Personengruppe 1 (Stichwort: „Arbeitnehmer“)

Beispiel 1.1
Frau A. war unmittelbar vor der Verlegung ihres Wohnorts nach Deutschland in Frankreich beschäftigt und bei einem französischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Nun beendet sie die Beschäftigung in Frankreich und nimmt in Deutschland eine geringfügige Beschäftigung auf.

Beurteilung
Für Frau A. sind mit der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland bzw. mit der Aufnahme der geringfügigen Beschäftigung in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte" Versicherung bei einem französischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau A. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte" gesetzliche Versicherung in Frankreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Beispiel 1.2
Herr B. wohnt in Deutschland und ist zulasten des niederländischen Trägers bei einer Krankenkasse in Deutschland als Familienangehöriger eingeschrieben. Nun nimmt Herr B. eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland auf.

Beurteilung
Herr B. unterliegt ab Aufnahme der Beschäftigung den deutschen Rechtsvorschriften. Die Einschreibung zulasten des niederländischen Trägers ist zu beenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr B. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte" Versicherung bei einem niederländischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Familienversicherung und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Herr B. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte" gesetzliche Versicherung in den Niederlanden ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Beispiel 1.3
Frau C. wohnt in Polen und ist nach polnischem Recht familienversichert. Nun nimmt Frau C. eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland auf.

Beurteilung
Frau C. unterliegt ab Aufnahme der Beschäftigung den deutschen Rechtsvorschriften. Der Krankenversicherungsschutz in Polen erlischt mit Beginn der Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau C. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem polnischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Familienversicherung und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau C. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in Polen ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Beispiel 1.4
Herr D. wohnt in den Niederlanden und wird zulasten einer deutschen Krankenkasse als Familienangehöriger seiner Ehefrau, einer Grenzgängerin nach Deutschland, betreut. Sie ist Mitglied dieser Krankenkasse. Nun nimmt Herr D. eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland auf.

Beurteilung
Ab Aufnahme der Beschäftigung wird für Herrn D. die Einschreibung in den Niederlanden beendet, weil infolge der Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften ein eigener Sachleistungsanspruch begründet wird, der Vorrang hat vor dem abgeleiteten Anspruch auf Leistungen für Familienangehörige. Da Herr D. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, kommt bei ihm die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V zustande, es sei denn, er gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bleibt kein Raum.

Derselbe Lösungsansatz ist auf Rentner anzuwenden, die zulasten eines ausländischen Trägers bei einer deutschen Krankenkasse eingeschrieben sind (weil sie in Deutschland wohnen und nur eine Rente aus einem anderen Mitgliedstaat beziehen) und nun eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland aufnehmen. Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der Beschäftigung gelten deutsche

Rechtsvorschriften. Die Einschreibung zulasten des ausländischen Trägers ist zu beenden (vgl. Art. 31 VO (EG) Nr. 883/04). Für den Rentenbezieher kommt grds. (nachrangig) die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V sowie (vorrangig) die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V infrage.

Beispiel 1.5
Frau E. wohnt in Deutschland, bezieht ausschließlich eine französische Rente und ist zulasten des französischen Trägers bei einer Krankenkasse in Deutschland eingeschrieben. Nun nimmt Frau E. eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland auf.

Beurteilung
Frau E. unterliegt ab Aufnahme der Beschäftigung den deutschen Rechtsvorschriften. Die Einschreibung zulasten des französischen Trägers ist zu beenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau E. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem französischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau E. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in Frankreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Im Übrigen gibt es bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung kein standardisiertes Mitteilungsverfahren zwischen dem Arbeitgeber und der die Krankenversicherung durchführenden bzw. für die Sachleistungsaushilfe zuständigen Krankenkasse. Die Einführung eines derartigen Verfahrens ist nicht geplant. Dementsprechend kann die Krankenkasse in solchen Fallkonstellationen, die den beschriebenen Beispielen entsprechen, nur dann in Bezug auf die Durchführung einer Krankenversicherung handeln, wenn ihr die Beschäftigungsaufnahme auf eine andere Art und Weise bekannt wird.

Der Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V (vgl. Abschnitt A.2.5.2) ist für geringfügig Beschäftigte irrelevant, weil für sie nach Maßgabe des § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU das Vorhandensein eines Krankenversicherungsschutzes bei Wohnortnahme in Deutschland nicht verlangt wird. Daher ist für die Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht bzw. der freiwilligen Versicherung in den dargelegten Beispielen ohne Bedeutung, welche Staatsangehörigkeit eines

Mitgliedstaates die betroffene Person besitzt. Unterliegen Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V (vgl. Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang.

Beispiele zu Personengruppe 2 (Stichwort: „selbstständig Erwerbstätiger")

Beispiel 2.1
Frau F. war unmittelbar vor der Verlegung ihres Wohnorts nach Deutschland in Tschechien selbstständig tätig und auch gesetzlich krankenversichert. Nun zieht sie nach Deutschland um und führt ihre selbständige Tätigkeit ausschließlich hier fort.

Beurteilung
Für Frau F. sind mit der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland bzw. mit der Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau F. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte" Versicherung im gesetzlichen Krankenversicherungssystem Tschechiens ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau F. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Das ausschlaggebende Kriterium für die Auffang-Versicherungspflicht ist die bisherige Mitgliedschaft im gesetzlichen Krankenversicherungssystem Tschechiens, die mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen ist. Dass Frau F. zuletzt bereits selbstständig tätig war, ist irrelevant.

Beispiel 2.2
Herr G., der in Österreich wohnt, war bis zum 31. Mai 2018 in Österreich aufgrund einer Beschäftigung pflichtversichert. Nun nimmt er in Deutschland ab dem 1. Juni 2018 eine selbstständige Tätigkeit auf.

Beurteilung
Für Herrn G. sind ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr G. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversi-

cherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem österreichischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Herr G. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Das ausschlaggebende Kriterium für die Auffang-Versicherungspflicht ist die bisherige Mitgliedschaft im gesetzlichen Krankenversicherungssystem Österreichs, die mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen ist. Die Stellung im Erwerbsleben ist innerhalb der Alternative a des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V irrelevant.

Der Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V (vgl. Abschnitt A.2.5.2) ist für selbstständig Erwerbstätige irrelevant, weil für sie nach Maßgabe des § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU das Vorhandensein eines Krankenversicherungsschutzes bei Wohnortnahme in Deutschland nicht verlangt wird. Daher ist für die Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht bzw. der freiwilligen Versicherung in den dargelegten Beispielen ohne Bedeutung, welche Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates die betroffene Person besitzt. Unterliegen Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V (vgl. Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang.

Beispiel zu Personengruppe 3 (Stichwort: „Wohnortfälle“)

Beispiel 3
Frau H., deutsche Staatsangehörige, war bis 31. Dezember 2013 in Deutschland beschäftigt und aufgrund dessen gesetzlich krankenversichert. Anschließend verlegte sie ihren Wohnsitz nach Spanien und lebte von Ersparnissen. Frau H. war in dieser Zeit privat in Spanien krankenversichert. Am 1. Juli 2018 kehrt Frau H. nach Deutschland zurück und ist zunächst nicht erwerbstätig.

Beurteilung
Für Frau H. sind ab dem Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Für sie kommt jedoch weder die freiwillige Versicherung noch die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (ausschlaggebend ist hier ausschließlich die Alternative a) ab dem 1. Juli 2018 infrage, weil sie nach dem Ausscheiden aus einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 31. Dezember 2016 eine private Krankenversicherung in Spanien begründet hat und somit als „zuletzt privat versichert“ zu klassifizieren ist. Frau H. ist zwecks Prüfung der Voraussetzungen des § 193 VVG an die PKV zu verweisen.

Sofern sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus dem Art. 11 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04 (Stichwort: „gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland“) ergibt, gelten für ausländische Bürger bei der Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht die ergänzenden Anforderungen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V, die im Ergebnis für nicht erwerbstätige Personen zum Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V führen (vgl. Abschnitt A.2.5.2).

Beispiele zu Personengruppe 4 (Stichwort: „deutsche Rentenbezieher im Inland“)

Beispiel 4.1
Herr I. ist deutscher Staatsangehöriger und bezieht eine deutsche und eine italienische Rente. Zuletzt war er in Italien wohnhaft und dort auch gesetzlich versichert. Mit Verlegung des Wohnortes nach Deutschland stellt sich für ihn die Frage nach dem möglichen Krankenversicherungsschutz. Aufgrund eines längeren Auslandsaufenthalts hat Herr I. die Vorversicherungszeit für die KVdR nicht erfüllt, sodass keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V besteht.

Beurteilung
Für Herrn I. sind ab dem Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Eine Einschreibung zulasten des anderen Staates, der auch eine Rente zahlt (hier: Italien) ist nicht möglich. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr I. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem italienischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Herr I. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in Italien ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Beispiel 4.2
Frau J. ist deutsche Staatsangehörige. Bis 2003 war sie in Deutschland als Ärztin tätig und zuletzt in der PKV versichert. Beiträge zur deutschen Rentenversicherung hat sie nie geleistet. Sie war Mitglied des Versorgungswerks der Ärzte. Seit 2004 ist sie als Ärztin in einem österreichischen Krankenhaus tätig und bei der Wiener Gebietskrankenkasse ver-

sichert. Mit Zahlungsbeginn der österreichischen Rente am 1. Oktober 2018 verlegt sie bei gleichzeitiger Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit ihren Wohnort wieder nach Deutschland. Ab dem gleichen Zeitpunkt erhält sie auch ihre Rente vom Versorgungswerk der Ärzte.

Beurteilung
Die Rente vom Versorgungswerk ist als Rente im Sinne des Art. 23 bis 25 VO (EG) 883/04 anzusehen. Da das deutsche Recht eine Absicherung für das Risiko Krankheit vorsieht, kommt eine Einschreibung zulasten Österreichs nicht in Betracht. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau J. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem österreichischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau J. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in Österreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Beispiel zu Personengruppe 5 (Stichwort: „deutsche Einfachrentner im Ausland“)

Beispiel 5
Herr K. ist deutscher Staatsangehöriger und zuletzt in der GKV pflichtversichert. Er erhält ab dem 1. Oktober 2018 eine deutsche Altersrente und erfüllt die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht. Mit Rentenbeginn verlegt Herr K. seinen Wohnort nach Finnland.

Beurteilung
Aufgrund des Bezugs einer deutschen Rente unterliegt Herr K. selbst bei Verlegung seines gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat weiterhin den deutschen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 25 VO (EG) 883/04). Da Herr K. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, kommt bei ihm die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V zustande, es sei denn, er gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bleibt kein Raum.

Ergänzender Hinweis zum Beispiel 5: Finnland gehört zu den Staaten mit „nationalem Gesundheitsdienst“. Dieselbe rechtliche Folge würde jedoch eintreten, wenn Herr K. seinen Wohnort in einen Mitgliedstaat verlegen würde, dessen System der sozialen Sicherung nach dem Versicherungsprinzip aufgebaut ist.

Beispiel zu Personengruppe 6 (Stichwort: „deutsche Mehrfachrentner im Ausland“)

Beispiel 6
Frau L. ist deutsche Staatsangehörige und war zuletzt in Deutschland gesetzlich als Arbeitnehmerin pflichtversichert. Mit Beginn der Rente verlegt sie ihren Wohnort nach Spanien. Sie bezieht eine deutsche und eine österreichische Rente. Die längsten Versicherungszeiten hat sie in Deutschland zurückgelegt. Die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR sind jedoch nicht erfüllt.

Beurteilung
Gemäß Art. 24 Abs. 2 Buchst. b VO (EG) 883/04 hat Frau L. Anspruch zulasten des Mitgliedstaates, dessen Rechtsvorschriften am längsten gegolten haben – in diesem Falle Deutschland. Da Frau L. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, kommt bei ihr die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V zustande, es sei denn, sie gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bleibt kein Raum.

Sofern sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus den Art. 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergibt, ist für Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, bei der Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht (und der freiwilligen Versicherung) der Ausschlusstatbestand des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V nicht zu prüfen. Im Ergebnis kommt es bei der Beurteilung der Beispiele in den Fallgruppen 4 bis 6 nicht darauf an, welche Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates die betroffene Person besitzt. Unterliegen Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe der Art. 23 bis 25 VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V (vgl. Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang.

A.2.4.2.3 Koordinierungsregelungen nach Abkommensrecht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V gilt auch in Anwendungsfällen mit Staaten, mit denen Deutschland ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat. Dies setzt voraus, dass für eine Person die deutschen Rechtsvorschriften gelten, das jeweilige Abkom-

men den Bereich der Krankenversicherung umfasst und entsprechende Regelungen zur Sachverhaltsgleichstellung beinhaltet. Eine Sachverhaltsgleichstellung in diesem Sinne sehen die Abkommen mit folgenden Ländern vor: Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Serbien (deutsch-jugoslawisches Abkommen), Mazedonien, Tunesien und Türkei.

Die vorgenannten Abkommen unterscheiden sich jedoch im Umfang der Gleichstellung der einzelnen Sachverhalte. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V setzt voraus, dass die betroffene Person zuletzt gesetzlich krankenversichert war. Das deutsch-mazedonische Abkommen, das deutsch-tunesische Abkommen und das deutsch-türkische Abkommen sehen eine Gleichstellung der Versicherungspflicht vor (vgl. Abschnitt A.2.2.2). Entsprechend ist die „letzte gesetzliche Versicherung", die in diesen Staaten bestanden hat, mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gleichzustellen. Das deutsch-jugoslawische Abkommen (gilt für Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro und Serbien) sieht eine solche Gleichstellung nicht vor. In diesen Fällen muss die „letzte Versicherung" in Deutschland geprüft werden.

Beispiel 1

Herr A. wohnt in Deutschland und ist zulasten des mazedonischen Trägers bei einer Krankenkasse in Deutschland als Rentner eingeschrieben. Nun nimmt Herr A. eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland auf.

Beurteilung

Herr A. unterliegt ab Aufnahme der Beschäftigung den deutschen Rechtsvorschriften. Die Einschreibung zulasten des mazedonischen Trägers ist zu beenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit, eine rechtzeitige Antragstellung und wenigstens einen Tag der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland in der Vergangenheit voraus. Das Ausscheiden aus der Versicherung in Mazedonien wird dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in Deutschland gleichgestellt. Die mazedonischen Vorversicherungszeiten können mit deutschen Versicherungszeiten zusammengerechnet werden. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Herr A. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte" Versicherung bei einem mazedonischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Lebt eine Person in einem der in Absatz 1 genannten Abkommensstaaten und bezieht ausschließlich eine deutsche Rente, müssen zunächst die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der

Rentner bzw. für die freiwillige Versicherung geprüft werden. Sind diese nicht erfüllt, wäre eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu prüfen.

Beispiel 2

Herr B. ist deutscher Staatsangehöriger und ist in Deutschland zuletzt in der GKV als Arbeitnehmer pflichtversichert. Mit Beginn seiner Rente verlegt er seinen Wohnort nach Tunesien. Er bezieht ausschließlich eine deutsche Rente. Da er einige Jahre im vertragslosen Ausland gelebt hat, sind die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht erfüllt.

Beurteilung

Nach dem deutsch-tunesischen Abkommen über soziale Sicherheit unterliegt Herr B. aufgrund seiner deutschen Rente den deutschen Rechtsvorschriften. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V und des § 9 SGB V ist mangels einer Regelung zur Gebietsgleichstellung im Rahmen der freiwilligen Versicherung im deutsch-tunesischen Abkommen nicht möglich. Dagegen ist eine derartige Sachverhaltsgleichstellung im Anwendungsbereich der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V in entsprechender Anwendung des Art. 16 Abs. 4 deutsch-tunesisches Abkommen vorgesehen. Herr B. unterlegt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V, wenn er über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügt.

Bei Personen, die bereits der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen, wird diese auch beim Verzug in einen Abkommensstaat fortgesetzt.

Beispiel 3

Herr C. ist deutscher Staatsangehöriger, bezieht eine deutsche Rente und unterliegt seit Jahren der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Nunmehr verlegt er seinen Wohnort nach Mazedonien.

Beurteilung

Nach dem deutsch-mazedonischen Abkommen über soziale Sicherheit unterliegt Herr C. aufgrund seiner deutschen Rente den deutschen Rechtsvorschriften. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bleibt bestehen.

A.2.4.2.4 Versicherungskonkurrenz zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V

Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung in der GKV ausscheiden und keine sich nahtlos anschließende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben, erfüllen

seit der Einführung der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung im Sinne des § 188 Abs. 4 SGB V durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung mit Wirkung vom 1. August 2013 gleichzeitig die Tatbestände des § 188 Abs. 4 und des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Aufgrund der Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht (vgl. § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V) kommt in diesen Fallkonstellationen die obligatorische Anschlussversicherung zum Tragen. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Auffang-Versicherungspflicht seit dem 1. August 2013 erheblich an Bedeutung – zu Gunsten der freiwilligen Versicherung – verloren hat. Der Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V beschränkt sich seither im Wesentlichen auf folgende Fallgruppen:

- Fallkonstellationen, bei denen sich der absicherungslose Zeitraum nicht unmittelbar an die letzte gesetzliche Krankenversicherung anschließt, weil
  - zwischenzeitlich eine andere Form der Absicherung im Krankheitsfall vorlag, die weder der GKV noch PKV zuzuordnen ist (vgl. Abschnitt A.2.4.4.1) oder
  - die betroffene Person zwischenzeitlich dem deutschen Recht nicht unterstellt war, insbesondere wegen des Aufenthalts im sog. vertragslosen Ausland oder wegen einer Beschäftigung bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation;
- Sachverhalte mit Berührung zum über- und zwischenstaatlichen Recht (vgl. Abschnitte A.2.2.2, 2.4.2.2 und 2.4.2.3);
- „Altfälle“ (Als Altfälle sind die Fallkonstellationen zu verstehen, bei denen die Personen, deren gesetzliche Krankenversicherung ohne sich anschließender Absicherung im Krankheitsfall vor dem 1. August 2013 endete, trotz der seit dem 1. April 2007 bestehenden Versicherungspflicht bei deren Feststellung nicht mitgewirkt haben).

Die Fortentwicklung der Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung durch das „Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften“ vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757 ff.) mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 und durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG mit Wirkung ab dem 15. Dezember 2018 bewirkt, dass bei bestimmten Fallkonstellationen weitere Anwendungsfälle für die Auffang-Versicherungspflicht entstehen können. Es handelt sich hierbei um die Sachverhalte, bei denen das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung an den Vorgaben des § 188 Abs. 4 Satz 4 oder 5 SGB V bzw. des § 22 Abs. 3 KVLG 1989 scheitert, die freiwillige Versicherung nach Maßgabe des § 191 Nr. 4 SGB V (ggfs. in Verbindung mit § 24 Abs. 2 KVLG 1989) beendet wird oder die obligatorische Anschlussversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 323 Abs. 2 SGB V bzw. des § 66 KVLG 1989 aufgehoben wird. In allen diesen Fallkonstellationen wird zunächst anhand von bestimmten Indizien (fehlende Erreichbarkeit des Betroffenen für die Mitteilungen der Krankenkasse in Verbindung mit der fehlenden Beitragszahlung und feh-

lenden Leistungsinanspruchnahme oder alternativ die Zugehörigkeit zum Personenkreis der Saisonarbeitnehmer) davon ausgegangen, dass die betroffene Person den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches verlassen hat. Sollte sich jedoch im Einzelfall nachträglich herausstellen, dass der Betroffene – entgegen der ursprünglichen Annahme – einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte, wird für ihn rückwirkend die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V für die Zeiträume begründet, in denen keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorlag.

Die Sachverhalte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V sind von dem beschriebenen Konkurrenzverhältnis nicht berührt.

A.2.4.2.5 Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch, der Auffang-Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V

Für das Konkurrenzverhältnis zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und dem nachgehenden Leistungsanspruch regelt § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V den Vorrang der Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V, wenn der Betroffene spätestens nach Ablauf eines Monats nach dem Ende der bisherigen Mitgliedschaft eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall erlangt. Seit der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung am 1. August 2013 erfüllen die Personen, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ohne dass sich nahtlos ein anderweitiger Versicherungspflichttatbestand oder eine Familienversicherung anschließt, und keine Erwerbstätigkeit ausüben, neben den vorgenannten Tatbeständen gleichzeitig die Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V. Aufgrund der Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht (vgl. § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V) wird diese durch die obligatorische Anschlussversicherung verdrängt. Im Ergebnis geht es somit für die Zeiträume seit dem 1. August 2013 im Kern um die Versicherungskonkurrenz zwischen § 188 Abs. 4 SGB V und § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

Gemäß § 188 Abs. 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V schließt der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Anschlussversicherung aus, sofern im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden kann. Dies gilt für nachgehende Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V gleichermaßen.

Über das Konkurrenzverhältnis zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und dem nachgehenden Leistungsanspruch ist nach der analogen Anwendung der BSG-Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 2012 – B 1 KR 19/11 R –, USK 2012-31, sowie Urteil vom 4. März 2014 – B 1 KR 68/12 R –, USK 2014-2) grundsätzlich im Wege einer vorausschauenden

Betrachtungsweise am letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft zu entscheiden. In der weit überwiegenden Anzahl der Sachverhalte, bei denen über die Versicherungskonkurrenz zwischen dem § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V und der obligatorischen Anschlussversicherung dem Grunde nach zu entscheiden wäre, werden die Krankenkassen vor dem Hintergrund der den zur Meldung verpflichteten Stellen eingeräumten Abmeldefristen bei Ende eines Versicherungspflichttatbestandes mit dieser Fragestellung erst nachträglich konfrontiert. Zu diesem Zeitpunkt ist der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von einem Monat häufig verstrichen. Insofern scheitert eine generelle praktische Umsetzung der vom BSG verlangten prognostischen Entscheidung an den tatsächlichen Gegebenheiten.

Erhält die Krankenkasse ausnahmsweise bereits vor Ablauf der Monatsfrist im Sinne des § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V Kenntnis über die mögliche Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch und der obligatorischen Anschlussversicherung, ist danach zu unterscheiden, ob möglicherweise ein Krankengeldanspruch realisiert werden kann. Da die Sachleistungsansprüche unabhängig davon, welcher Versicherungsstatus letztendlich den Vorrang erhält, identisch sind und sich gegen dieselbe Krankenkasse richten, fehlt es aus Sicht des Betroffenen insoweit an einer Sicherungslücke. Vor diesem Hintergrund wird es für sachgerecht gehalten, wenn die Beurteilung über den Versicherungsstatus in den Fällen, in denen keine Leistungen oder alleine Sachleistungen in Anspruch genommen werden, erst nach Ablauf der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V endgültig getroffen wird. Der vom BSG verlangten Prognoseentscheidung zu Beginn des Monats bedarf es in diesen Fällen nicht.

Lediglich bei Geltendmachung eines Krankengeldanspruchs ist eine prognostische Beurteilung des Versicherungsstatus erforderlich, weil der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V im Gegensatz zum Leistungsanspruch aus der Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V heraus auch einen Krankengeldanspruch beinhalten kann. In die Prognose sind regelmäßig sowohl die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Versicherungstatbestände als auch die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzubeziehen. Bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung auf der Grundlage der Prognose verbleibt es selbst dann, wenn sich der tatsächliche Verlauf wider Erwarten anders entwickelt. Eine rückwirkende Korrektur des Versicherungsverhältnisses findet nicht statt; vielmehr ist nur die zukunftsbezogene Umstellung ab dem Zeitpunkt der geänderten Prognose vorzunehmen.

In den Sachverhaltskonstellationen, in denen dem Versicherten aufgrund einer ersten prognostischen Beurteilung im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V ein Krankengeldanspruch eingeräumt wurde und im Zuge einer weiteren prognostischen Statusentscheidung der nachgehende Leistungsanspruch ohne sich anschließende anderweitige Absicherung zu beenden ist, gilt Folgendes: Für die Vergangenheit bleibt der Leistungsanspruch

nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V unberührt. Vom Zeitpunkt nach Beendigung des nachgehenden Leistungsanspruchs ist eine Mitgliedschaft im Rahmen einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V durchzuführen; für die Begründung einer obligatorischen Anschlussversicherung verbleibt kein Raum, da diese sich entsprechend dem Wortlaut des § 188 Abs. 4 SGB V immer nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht anschließen muss (vgl. auch Niederschrift zu TOP 1 über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 24./25. Juni 2015).

A.2.4.3 Private Krankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

A.2.4.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen

Anders als das Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat versichert“ (vgl. Abschnitt A.2.2.3.1), setzt ein die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließender anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nicht zwingend voraus, das die Versicherung bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen besteht. Das BSG hat in seinem Urteil vom 20. März 2013 – B 12 KR 14/11 R –, USK 2013-7, entschieden, dass diese Voraussetzung auch aufgrund einer ausländischen Krankenversicherung erfüllt werden 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. 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.

Die Einbeziehung in die US-amerikanische Krankenversicherung TRICARE, deren Leistungen auch in Deutschland gewährt werden und deren Leistungsumfang das nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG maßgebliche Mindestsicherungsniveau erfüllt, stellt beispielsweise einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall dar, der die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließt (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2013 – B 12 KR 14/11 R –, USK 2013-7).

A.2.4.3.2 Art des Versicherungsvertrages

Zur Erfüllung der Versicherungspflicht ist erforderlich, aber auch ausreichend, dass die Versicherung die Voraussetzungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG erfüllt. Dies trifft auf die Verträge über Krankheitskostenversicherung (vgl. § 192 Abs. 1 VVG) zu. Der Krankheitskostenversicherung

steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Dagegen sind Krankentagegeldversicherung (vgl. § 192 Abs. 5 VVG) und Krankenhaustagegeldversicherung (vgl. § 192 Abs. 4 VVG) allein für einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der Auffang-Versicherungspflicht nicht ausreichend.

Eine Auslands- oder Reisekrankenversicherung für Auslandsaufenthalte, die über das Maß einer „normalen" Urlaubsreise hinausgehen, kann unter bestimmten Voraussetzungen als eine die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall klassifiziert werden. Diese Bewertungsfrage stellt sich im Übrigen nur in solchen Fallkonstellationen, bei denen das deutsche Krankenversicherungsrecht Anwendung findet, weil der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds trotz seines vorübergehenden Auslandsaufenthalts weiterhin in Deutschland besteht.

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.

Der Anerkennung einer privaten Auslandskrankenversicherung als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall für die Dauer des Auslandsaufenthaltes steht die Beschränkung der Leistungsansprüche auf im Ausland eintretende Versicherungsfälle nicht entgegen; insoweit ist hinsichtlich des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ein differenzierter Bewertungsmaßstab anzusetzen. Sofern der Versicherungsvertrag Leistungen während eines vorübergehenden Besuchsaufenthalts in Deutschland vorsieht, ist die Absicherung des Betroffenen im Rahmen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auch für diese Zeit ausgeschlossen. Die Anerkennung einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall unter den vorgenannten Voraussetzungen beschränkt sich nicht auf die Verträge, die bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen zustande kommen.

Eine Anwartschaftsversicherung in der PKV beinhaltet für den Betroffenen keinen Anspruch auf Leistungen gegen das private Versicherungsunternehmen und stellt daher keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar.

A.2.4.3.3 Rückkehrrecht in die PKV nach § 5 Abs. 9 Satz 1 SGB V

Personen, die nach einer mindestens fünfjährigen Zugehörigkeit zur PKV ihren Vertrag wegen Begründung einer Pflicht- oder Familienversicherung in der GKV kündigen und anschließend aus der Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung ausscheiden, ohne mindestens 12 Monate GKV-versichert gewesen zu sein, wird nach § 5 Abs. 9 Satz 1 zweite Alternative SGB V ein privilegiertes Rückkehrrecht zur PKV eingeräumt. Das Rückkehrrecht beinhaltet einen Anspruch gegen das private Versicherungsunternehmen auf Abschluss eines Versicherungsvertrages zu den bisherigen Tarifbedingungen.

Dieser Anspruch alleine kann jedoch nicht als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall klassifiziert werden, wenn der Betroffene von seinem Rückkehrrecht keinen Gebrauch macht. Aufgrund der Nachrangigkeit der Auffang-Versicherungspflicht gegenüber der obligatorischen Anschlussversicherung erlangt diese Bewertung seine praktische Bedeutung für Zeiträume ab dem 1. August 2013 lediglich im Kontext der Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V.

Personen im Sinne des § 5 Abs. 9 Satz 1 erste Alternative SGB V (Stichwort: „keine gesetzliche Versicherung trotz Kündigung des Versicherungsvertrages“) sind dagegen im Sinne der Systemabgrenzung weiterhin der PKV zuzuordnen.

A.2.4.4 Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV und PKV

A.2.4.4.1 Allgemeines

Folgende Ansprüche auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall schließen zwar die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V aus, wirken sich jedoch nach ihrem Wegfall nicht auf die Prüfung des Merkmals „letzte Versicherung in der GKV oder PKV“ aus:

- Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII (vgl. BSG, Urteil vom 27. Januar 2010 – B 12 KR 2/09 R –, USK 2010-12),
- Bezug laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII (vgl. Abschnitt A.2.4.4.2),
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge,
- Anspruch auf freie Heilfürsorge bzw. unentgeltliche truppenärztliche Versorgung (Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr während der Dienstzeit),
- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen, wenn die Heil- oder

Krankenbehandlung auch für sog. Nichtschädigungsfolgen gewährt wird (Anforderungen nicht erfüllt z. B. bei der Heilbehandlung nach § 82 SVG für ehemalige Wehrdienstleistende),
- Bezug laufender Leistungen nach § 2 oder 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes – AsylbLG (vgl. Abschnitt A.2.5.4),
- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (vgl. BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, USK 2011-1),
- Versicherung in der Postbeamtenkrankenkasse.

Eine besondere Problematik ergibt sich für Beschäftigte von Internationalen Organisationen mit Sitz in Deutschland und ihre Familienangehörige. Auf der Grundlage zwischenstaatlicher Abkommen (sogenannter Sitzstaatsabkommen) ist für diese Beschäftigten selbst regelmäßig vorgesehen, dass die Vorschriften des deutschen Krankenversicherungsrechts generell und somit einschließlich der Regelungen über die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für die Dauer der Beschäftigung keine Anwendung finden (so z. B. für Beschäftigte der Europäischen Zentralbank und des Europäischen Patentamts). Der Schutz im Krankheitsfall wird durch das besondere Absicherungssystem der Internationalen Organisation gewährleistet. Regelmäßig werden auch die Familienangehörigen von Bediensteten der Internationalen Organisation unter bestimmten Voraussetzungen in dieses besondere Sicherungssystem subsidiär einbezogen. Da die in Deutschland wohnenden Familienangehörigen von dem deutschen Sozialversicherungsrecht – anders als Beschäftigte selbst – erfasst werden, stellt sich die Frage, ob der Krankenversicherungsschutz von Internationalen Organisationen für Familienangehörige die Anforderungen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt. Dies ist nach den Kriterien des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2013, – B 12 KR 14/11 R –, USK 2013-7) dann der Fall, wenn das Sicherungsniveau den qualitativen Anforderungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG genügt. Zur Erfüllung der Versicherungspflicht ist somit erforderlich, aber auch ausreichend, dass eine anderweitige Absicherung unter Einhaltung einer Selbstbeteiligungsgrenze in Höhe von maximal 5.000 Euro kalenderjährlich ambulante und stationäre Heilbehandlung in Deutschland abdeckt. Dagegen bedarf es weder einer Absicherung von Zahnbehandlungen und Zahnersatz noch von Pflegeleistungen im Sinne der Pflegeversicherung. Bei Absicherungssystemen von Internationalen Organisationen mit Sitzstaatsabkommen dürften diese Anforderungen regelmäßig erfüllt sein. Es ist davon auszugehen, dass bereits beim Zustandekommen des entsprechenden Sitzstaatsabkommens Deutschland als Vertragspartner prüft, ob das Absicherungssystem der internationalen Organisation einen ausreichenden Schutz im Krankheitsfall bietet, und nur dann dem Ausschluss des deutschen Krankenversicherungsrechts für die Beschäftigten der Organisation zustimmt, wenn der Versicherungsschutz dem Schutz der GKV gleichwertig ist.

Im Übrigen ist zu beachten, dass die Familienangehörigen durch das Absicherungssystem von Internationalen Organisationen nur in Bezug auf die nachrangige Versicherungspflicht nach § 5

Abs. 1 Nr. 13 SGB V von dieser ausgenommen sind. Erfüllt der Familienangehörige einen anderen Versicherungspflicht-Tatbestand, z. B. durch Ausübung einer mehr als geringfügigen Beschäftigung, gelten für ihn die deutschen Rechtsvorschriften. Eine vorrangige Absicherung über das System der Internationalen Organisation kommt insofern nicht in Betracht.

Endet der Anspruch in einem derartigen Sicherungssystem wegen der Beendigung des Dienstverhältnisses oder des Wegfalls der Voraussetzungen für Familienangehörige, muss bei der Prüfung des Tatbestandes „zuletzt versichert" im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auf die Versicherungssystemzugehörigkeit vor der Absicherung in diesem Sondersystem zurückgegriffen werden, weil es weder der GKV noch der PKV zuzuordnen ist.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für Mitglieder einer Truppe, eines zivilen Gefolges der Streitkräfte der NATO und deren Angehörige sinngemäß (vgl. Art. 13 des Zusatzabkommens zum NATO-Truppenstatut).

Eine weitere Besonderheit ergibt sich für Beamte und (Vertrags-)Bedienstete bei einem der Organe oder bei einer der Einrichtungen der Europäischen Union, die über das „Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der EU" abgesichert sind. Familienangehörige von Bediensteten können unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls in das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der EU einbezogen sein. Personen, die im Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften abgesichert sind, sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 SGB V versicherungsfrei.

Endet der Anspruch in einem Krankheitsfürsorgesystem wegen der Beendigung des Dienstverhältnisses oder des Wegfalls der Voraussetzungen für Familienangehörige, muss bei der Prüfung des Tatbestandes „zuletzt versichert" im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zunächst auf die Versicherungssystemzugehörigkeit vor der Absicherung in diesem Sondersystem zurückgegriffen werden. War die betroffene Person unmittelbar vor der Zugehörigkeit zum Krankheitsfürsorgesystem gesetzlich krankenversichert, werden die Zeiten mit Zeiten der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt, sodass beim Fehlen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V infrage kommt.

Neben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie unterschiedlichen staatlichen Formen der sozialen Sicherung existieren in Deutschland aus der geschichtlichen Entwicklung heraus privat organisierte kleine Selbsthilfeeinrichtungen bzw. Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen, z. B. ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. oder die in der Bundesarbeitsgemeinschaft von Selbsthilfeeinrichtungen und Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen (BASSG) zusammengeschlossenen Selbsthilfeeinrichtungen (z. B. Samarita Solidargemeinschaft e.V.). Die angesprochenen Selbsthilfeeinrichtungen gewähren ihren Mitgliedern allerdings

im Regelfall keinen Rechtsanspruch auf Erstattung der Kosten im Krankheitsfall. Daher stellt sich die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der ggf. bestehende faktische Anspruch der Mitglieder gegenüber einer solchen Einrichtung dazu führen kann, dass die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zum Tragen kommt. Es liegt hierzu zwar keine höchstrichterliche Entscheidung vor, dennoch hat sich in der Rechtsprechung die Auffassung gefestigt, dass zur Begründung des Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V lediglich ein faktischer Anspruch nicht ausreicht; zwingend erforderlich ist vielmehr, dass entsprechende Rechtsansprüche im Sinne des § 194 Abs. 1 BGB bestehen (vgl. Beschluss des Sozialgerichts Landshut vom 10. August 2009 – S 4 KR 124/09 ER –, Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 19. Juli 2011 – S 9 KR 212/08 –). Im Falle vorhandener Rechtsansprüche in dem vorgenannten Sinne müssen sie dauerhaft erfüllbar sein.

Sollte in der Vergangenheit aufgrund eines Schreibens des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. April 2008 an die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen hinsichtlich der Bewertung von einigen sogenannten Pfarrvereinen bzw. der Spar- und Unterstützungskasse der Bediensteten der Justizvollzugsanstalt Mannheim/Heidelberg die Anerkennung der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vollzogen worden sein, ohne dass ein Rechtsanspruch auf Erstattung der Kosten gegeben oder geprüft worden ist, hat es damit sein Bewenden.

A.2.4.4.2 Abgrenzung zum Bezug von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe

A.2.4.4.2.1 Allgemeines

Empfänger laufender Leistungen der Sozialhilfe nach dem

- Dritten Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt nach den §§ 27 bis 40 SGB XII),
- Vierten Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach den §§ 41 bis 46 SGB XII),
- Sechsten Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach den §§ 53 bis 60a SGB XII) und
- Siebten Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 bis 66a SGB XII)

werden aufgrund ausdrücklicher Regelung in § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterstellt. Diese Regelung berücksichtigt folgerichtig, dass Empfänger von laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall nach § 48 SGB XII haben und die Krankenbehandlung dieser Leistungsempfänger im Rahmen des § 264 Abs. 2 SGB V auftragsweise von der Krankenkasse übernommen wird. Umgekehrt stellt der Empfang von Hilfen zur Gesundheit im Sinne des 5. Kapitels des SGB XII bzw. die Übernahme der Krankenbehandlung

nach § 264 Abs. 2 SGB V allein - also ohne gleichzeitigen Empfang laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII - keinen eigenständigen Ausschlusstatbestand für den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V dar (vgl. BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 13/10 R -, USK 2011-119).

Der die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V i. V. m. § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V ausschließende "Empfang" laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII bezieht sich auf den - vom Sozialhilfeträger durch Verwaltungsakt zuerkannten - Beginn des Leistungsanspruchs. Es kommt daher weder darauf an, wann der Sozialhilfeträger solche Leistungen durch Verwaltungsakt zuerkennt, noch darauf, wann er sie erbringt und sie vom Leistungsempfänger tatsächlich erhalten werden, insbesondere nicht darauf, ob beides ohne Verzögerung erfolgt (vgl. BSG, Urteil vom 6. Oktober 2010 – B 12 KR 25/09 R -, USK 2010-83).

Eine Unterbrechung des Sozialhilfebezugs von weniger als einen Monat führt nach § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Vorrangregelung der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V für die Erbringung von Hilfen zur Gesundheit nicht dadurch unterlaufen werden können, dass für eine unverhältnismäßig kurze Zeit der Leistungsbezug unterbrochen wird (vgl. Bundestagsdrucksache 16/4247, Seite 29).

Andererseits bleibt eine auf der Grundlage des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründete Mitgliedschaft in der GKV jedoch bestehen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt – ggf. erneut – Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII gewährt werden (vgl. § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V).

A.2.4.4.2.2 Übergang von Arbeitslosengeld II zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe

Für Personen, die während des Bezugs von Arbeitslosengeld II (Alg II) der Versicherungspflicht in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V unterliegen und im Anschluss daran Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII erhalten, ist die Abgrenzung zwischen den Sozialhilfeleistungen (einschließlich der Hilfe im Krankheitsfall nach § 48 SGB XII), der obligatorischen Anschlussversicherung und der Auffang-Versicherungspflicht wie folgt vorzunehmen:

Sind die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs erfüllt und beginnen die Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII innerhalb der Monatsfrist im Sinne des § 19 Abs. 2 SGB V, ist im ersten Prüfungsschritt die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V und im zweiten Prüfungsschritt die Auf-

fang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V ausgeschlossen, weil nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist. Ein Beitrittsrecht zur GKV könnte sich jedoch nach Maßgabe des § 9 SGB V ergeben.

In allen anderen Fallkonstellationen setzt sich die Versicherung in der GKV mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht als obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kraft Gesetzes fort. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bleibt kein Raum.

Beispiel 1
Herr A. ist aufgrund des Bezugs von Alg II bis zum 30. Juni 2018 bei einer Krankenkasse nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V pflichtversichert. Ab dem 1. Juli 2018 erhält er Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII.

Beurteilung
Die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V sind erfüllt. Die sich nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht anschließenden Leistungen der Sozialhilfe nach dem Vierten Kapitel des SGB XII (einschließlich der Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII) stellen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V dar und schließen sowohl die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V als auch die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V aus. Ein Beitrittsrecht unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 sowie Abs. 2 SGB V bleibt unberührt.

Beispiel 2
Wie Beispiel 1, Herr A. übt jedoch eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus.

Beurteilung
Die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V sind aufgrund der Erwerbstätigkeit nicht erfüllt. Daher stellen die Leistungen der Sozialhilfe nach dem Vierten Kapitel des SGB XII (einschließlich der Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII) keinen Ausschlusstatbestand für die obligatorische Anschlussversicherung dar, ungeachtet dessen, das sie den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall genügen und sich lückenlos an die vorherige Versicherungspflicht anschließen. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kommt zustande. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bleibt kein Raum.

A.2.4.4.2.3 Leistungen der Sozialhilfe im Anschluss an die Haftunterbringung

Mit Antritt der Haft erhält der Strafgefangene Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz und somit ist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben (vgl. Abschnitt A.2.4.4.1). Der Anspruch auf Gefangenenfürsorge im Krankheitsfall endet zu dem Zeitpunkt, an dem die betreffende Person die Haftanstalt verlässt. Personen, die ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sind und zuletzt Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz hatten, unterliegen der nachrangigen Versicherungspflicht des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V, wenn sie vor ihrer Inhaftierung zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Dies gilt auch im Falle einer Haftunterbrechung (z. B. für die Dauer einer Krankenhausbehandlung mit anschließender Rehabilitationsbehandlung). Ein den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausschließender anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall durch Gesundheitsleistungen der Sozialhilfe setzt voraus, dass Leistungen im Sinne von § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V mit dem Tag der Haftentlassung einsetzen. Dies ist (das Vorliegen der sozialhilfespezifischen Leistungsvoraussetzungen im Einzelfall vorausgesetzt) der Fall, wenn die Antragstellung während der Inhaftierung oder am Tag der Haftentlassung erfolgt.

Werden Leistungen nach dem SGB XII später beantragt, kommt es für die Beurteilung der Absicherung im Krankheitsfall entscheidend auf die Art der begehrten Sozialhilfeleistung an.

Werden Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) im Kalendermonat der Haftentlassung begehrt, so wird der Haftentlassene wegen der rückwirkenden Leistungsbewilligung (§ 44 SGB XII) letztlich so gestellt, als wenn er seinen Antrag bereits am Tage seiner Haftentlassung gestellt hätte. In der Folge tritt keine Versicherungspflicht in der GKV gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ein. Die Absicherung im Krankheitsfall erfolgt durch Gesundheitsleistungen der Sozialhilfe, die eine Krankenbehandlung gemäß § 48 SGB XII i. V. m. § 264 Abs. 2 SGB V als Regelfall einschließen.

Anders ist die Situation in Leistungsfällen nach dem Dritten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII zu beurteilen, denn diese Leistungen setzen frühestens mit dem Tag der Antragstellung bzw. der Kenntnisnahme der Hilfebedürftigkeit des Haftentlassenen seitens des Sozialhilfeträgers ein. Eine rückwirkende Leistungsbewilligung ab dem Tag der Haftentlassung ist in diesen Fällen ausgeschlossen. Dies gilt auch in Fällen, in denen der Antrag auf Leistungen nach dem Vierten Kapitel erst in dem auf den Monat der Haftentlassung folgenden Monat oder später gestellt wird. Die Konsequenz daraus ist, dass am Tag der Haftentlassung nach dem Verlassen der Haftanstalt kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht und die Voraussetzungen

der Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V gegeben sind (zum Mitgliedschaftsbeginn vgl. unter Abschnitt C.2.3).

A.2.4.4.3 Abgrenzung zur Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche Fürsorgepflicht (vgl. § 78 des Bundesbeamtengesetzes), sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch eine zumutbare Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. Beihilfeberechtigt sind insbesondere aktive Beamte, Beamte im Ruhestand, Berufsrichter sowie Witwen/Witwer und Waisen beihilfeberechtigter Personen. Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der beihilfeberechtigten Person bestimmte Leistungen zustehen, wie z. B. Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebührnisse, Witwen-/Witwergeld oder Waisengeld.

Für Berufssoldaten sowie Soldaten auf Zeit besteht während der Dienstzeit unentgeltliche truppenärztliche Versorgung, die eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall darstellt (vgl. Abschnitt A.2.4.4.1). Für die Zeit nach dem aktiven Dienst steht den Berufssoldaten Ruhegehalt (vgl. §§ 14, 15 SVG) und stehen den Soldaten auf Zeit Übergangsgebührnisse (vgl. § 11 SVG) zu, beides gekoppelt mit dem Anspruch auf Beihilfe. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 entfällt für die Bezieher der Übergangsgebührnisse der Anspruch auf Beihilfe, weil der Dienstherr stattdessen einen Zuschuss zu den Kosten der Krankenversicherung für die ehemaligen Zeitsoldaten in einem bestimmten Umfang leistet. Sofern jedoch der Betroffene am 31. Dezember 2018 bereits Übergangsgebührnisse bezieht, besteht für ihn Anspruch auf Beihilfe bis zum Ende der Leistung fort.

Beihilfe wird als prozentualer Anteil der beihilfefähigen Aufwendungen von dem jeweiligen Dienstherrn gewährt. Erstattet werden 50 % bis 80 % der Aufwendungen, je nach Familiensituation und Bundes- bzw. Landesrecht. Beihilfeberechtigte Personen, die über keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen, werden als Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall angesehen.

Eine praktische Bedeutung erlangt diese Bewertung im Anwendungsbereich des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nur für beihilfeberechtigte Personen, die keiner Versicherungsfreiheit unterliegen (z. B. für neugeborene Beamtenkinder oder für Bezieher von Übergangsgebührnissen (Rechtslage bis zum 31. Dezember 2018). Darüber hinaus ist sie im Kontext der Wirksamkeit der Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V und seit dem 1. August 2013 im Rahmen der Austrittserklärung nach § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V relevant.

A.2.5 Sonderregelung für Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen (vgl. § 5 Abs. 11 SGB V)

A.2.5.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erstreckt sich auch auf Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben, wenngleich auch nur unter den weiteren Voraussetzungen des § 5 Abs. 11 SGB V. Hierbei ist einerseits zwischen Ausländern, die Angehörige eines anderen EU-/EWR-Staates oder Staatsangehörige der Schweiz sind, und andererseits solchen, die nicht hierunter fallen, zu unterscheiden.

A.2.5.2 Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz

Nach der ausdrücklichen Bestimmung in § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V werden von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V solche Personen nicht erfasst, für die nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes verlangt wird. Hierbei knüpft diese Regelung ausschließlich an einen Krankenversicherungsschutz nach Maßgabe des Gesetzes an; auf das (tatsächliche) Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes kommt es hier nicht an (vgl. BSG; Urteil vom 3. Juli 2013 – B 12 KR 2/11 R –, USK 2013-65).

Nach diesem Maßstab werden insbesondere folgende Personengruppen vom persönlichen Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht erfasst, weil für sie der Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V irrelevant ist:

- Arbeitnehmer (praktische Relevanz nur bei der Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit nach § 7 SGB V),
- Arbeitsuchende ohne Bezug von Sozialleistungen,
- selbstständig Erwerbstätige und
- Familienangehörige dieser Personengruppen

Darüber hinaus ist der Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V – ungeachtet der anders lautenden Vorgaben des § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU – dann irrelevant, wenn sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus den Art. 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergibt (vgl. Abschnitt A.2.4.2.2).

Fehlt eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (wie z. B. eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder eine freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V), kommt für die vorgenannten Personen die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Betracht.

Bei der Prüfung der Voraussetzung „letzte Versicherung in der GKV oder in der PKV“ ist aufgrund der sich aus dem Art. 5 Buchst. b VO (EG) 883/04 ergebenden Sachverhaltsgleichstellung auf den letzten Krankenversicherungsschutz im bisherigen Wohnstaat abzustellen (vgl. Abschnitte A.2.2.2 und A.2.2.3.2.1).

Dagegen werden nichterwerbstätige Unionsbürger sowie ihre Familienangehörige aus dem persönlichen Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht ausgenommen, weil das Aufenthaltsrecht für sie die eigenständige Existenzsicherung und einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz voraussetzt (vgl. § 4 FreizügG/EU). Daher ist der Zugang zur GKV über die Auffang-Versicherungspflicht für diesen Personenkreis nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V ausgeschlossen. Im Übrigen wirkt sich der Ausschluss nach § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V bereits ab Beginn des Aufenthalts der betroffenen Person in Deutschland aus, ungeachtet eines voraussetzungslosen Aufenthaltsrechts in den ersten drei Monaten nach § 2 Abs. 5 FreizügG/EU für alle Unionsbürger. Bei einer unveränderten Personengruppenzugehörigkeit wird das Zugangsrecht zur GKV im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auch dann nicht eröffnet, wenn im Einzelfall die bei der Einreise nach Deutschland vorhandene Absicherung im Krankheitsfall später entfällt (z. B. Wegfall einer aus dem Herkunftsland „mitgebrachten“ zeitlich befristeten privaten Auslandskrankenversicherung).

Im Übrigen ist der Zugang zur GKV über die Regelung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V für nichterwerbstätige Unionsbürger gleichermaßen nicht eröffnet. Voraussetzung für die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV ist in Anlehnung an § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V die „Rechtmäßigkeit der Wohnortnahme in Deutschland“; da diese jedoch die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes voraussetzt, bleibt für eine freiwillige Mitgliedschaft innerhalb der GKV kein Raum.

Beispiel

Frau A. ist bulgarische Staatsangehörige und war zuletzt in Bulgarien gesetzlich als Arbeitnehmerin pflichtversichert. Nunmehr verlegt sie ihren Wohnort nach Deutschland und möchte zu ihrem Freund ziehen.

Beurteilung

Frau A. ist eine nicht erwerbstätige Unionsbürgerin. Voraussetzung für das Aufenthaltsrecht nichterwerbstätiger Unionsbürger ist die eigenständige Existenzsicherung sowie der Nachweis eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes. Gemäß § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen. Dies gilt auch für die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Die Zugehörigkeit zum jeweiligen Personenkreis der Unionsbürger stellt die Krankenkasse in eigener Zuständigkeit fest, kann hierbei aber bei Bedarf die Ausländerbehörden oder Jobcenter im Rahmen der Amtshilfe nach §§ 4 ff. VwVfG (bzw. nach dem entsprechenden Landesrecht) oder nach §§ 3 ff. SGB X einbinden, um Auskünfte zur weiteren Sachverhaltsaufklärung einzuholen.

Bei der Abgrenzung zwischen den Arbeitsuchenden und nicht erwerbstätigen Unionsbürgern sind folgende Grundsätze zu beachten: Für Arbeitsuchende ist die Freizügigkeitsberechtigung gegeben, wenn begründete Aussicht besteht, einen Arbeitsplatz zu finden (vgl. EuGH, Urteil vom 26. Februar 1991, Rs. C-292/89 – Antonissen, Art. 14 Abs. 4, Buchst. b Freizügigkeitsrichtlinie). Begründete Aussicht, einen Arbeitsplatz zu finden, kann angenommen werden, wenn der Arbeitsuchende aufgrund seiner Qualifikation und des aktuellen Bedarfs am Arbeitsmarkt voraussichtlich mit seinen Bewerbungen erfolgreich sein wird. Dies ist zu verneinen, wenn er keinerlei ernsthafte Absichten verfolgt, eine Beschäftigung aufzunehmen (vgl. Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Freizügigkeitsgesetz/EU des Bundesministeriums des Innern).

Die Begrifflichkeit „ernsthafte Absichten zur Beschäftigungsaufnahme“ ist zwar nicht mit dem Tatbestand „Eigenbemühungen“ im Recht der Arbeitsförderung (vgl. § 138 Abs. 1 Nr. 2 SGB III) identisch, gleichwohl können die in diesem Rechtsgebiet entwickelten Kriterien sowie das Verfahren hilfsweise herangezogen werden. Im Einzelnen wird auf die Geschäftsanweisung der Bundesagentur für Arbeit zu § 138 SGB III (www.arbeitsagentur.de) verwiesen. Danach gehören zu den Eigenbemühungen z. B.

- die Auswertung von Informationssystemen der Bundesagentur für Arbeit "Virtuelle Arbeitsmarkt" und „Markt & Chance“,
- die Auswertung von Stellenanzeigen in Zeitungen, Fachzeitschriften und anderen Medien (z. B. Internet),
- gezielte Initiativbewerbungen und -vorsprachen bei Arbeitgebern,
- Arbeitsplatzsuche per Anzeige in Zeitungen und Fachzeitschriften,
- Besuch von Arbeitsmarktbörsen sowie
- die Kontaktaufnahme zu privaten Vermittlern.

Grundsätzlich reicht es aus, wenn der Arbeitsuchende glaubhaft darlegt, dass er Eigenbemühungen unternimmt. Ergeben sich Zweifel hierzu, ist ein Nachweis der Eigenbemühungen zu fordern.

Der Begriff „Familienangehörige“ ist in § 3 Abs. 2 FreizügG/EU abschließend definiert. Danach genießen das abgeleitete Aufenthaltsrecht ohne Einschränkungen des § 4 FreizügG/EU insbesondere folgende Familienangehörige von Erwerbstätigen oder Arbeitsuchenden:

- der Ehegatte,
- der Lebenspartner (im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetztes),
- die Verwandten in gerader absteigender Linie, die noch nicht 21 Jahre alt sind, und
- die Verwandten in gerader aufsteigender und in gerader absteigender Linie, solange ihnen durch Erwerbstätigen/Arbeitsuchenden/seinem Ehegatten der Unterhalt gewährt wird.

A.2.5.3 Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz sind

Diese Personen benötigen zur Einreise und zum Aufenthalt im Bundesgebiet einen Aufenthaltstitel im Sinne des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG). Die Einbeziehung in die Auffang-Versicherungspflicht in der GKV ist für solche Ausländer nach § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V nur vorgesehen, wenn sie kumulativ zwei Voraussetzungen erfüllen. Zum einen muss bereits ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland begründet worden sein. Diese Voraussetzung gilt formell erst beim Vorliegen einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten als erfüllt. Zum anderen darf die Erteilung des Aufenthaltstitels nicht an die Verpflichtung zur Sicherstellung des Lebensunterhalts als Bedingung gekoppelt sein. Nach der Legaldefinition in § 2 Abs. 3 AufenthG ist der Lebensunterhalt eines Ausländers gesichert, wenn er ihn einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bestreiten kann.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Begründung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für Ausländer, die vom Geltungsbereich des Aufenthaltsgesetzes erfasst werden, von der jeweils maßgeblichen Rechtsgrundlage zur Erteilung des Aufenthaltstitels nach dem Aufenthaltsgesetz abhängt. Diese Rechtsvorschriften lassen sich in drei Gruppen aufteilen:

1. Rechtsgrundlagen, die eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG immer als Bedingung zur Erteilung des Aufenthaltstitels vorsehen (= Regelfall);
2. Rechtsgrundlagen, die eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG in keinem Fall als Bedingung zur Erteilung des Aufenthaltstitels vorsehen (= gesetzlich definierte Fälle der Aufenthaltsgewährung aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen);
3. Rechtsgrundlagen, die eine variable Handhabung dieses Merkmals vorsehen (= Ermessen bei der Aufenthaltsgewährung aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen).

Bei den Fallgruppen nach Nummer 1 ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ausgeschlossen. Bei den Fallgruppen nach Nummer 2 kommt die Versicherungspflicht nach § 5

Abs. 1 Nr. 13 SGB V beim Vorliegen einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten (und beim Fehlen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall) grundsätzlich in Frage. Dies gilt auch für die Fallgruppen nach Nummer 3, wenn die Erteilung des Aufenthaltstitels in dem zu prüfenden Sachverhalt nicht von der Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts abhängig ist.

Für die versicherungsrechtliche Beurteilung nach § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V, ob bei der Erteilung des Aufenthaltstitels eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 AufenthG (einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes) besteht oder nicht, kommt es allein auf die Rechtslage nach dem Aufenthaltsgesetz (und den ggf. hierzu bestehenden Erlassregelungen der obersten Landesbehörden) an. Wird von dem Erfordernis einer Lebensunterhaltssicherung rechtlich nicht abgesehen, spielt es keine Rolle, ob die Sicherung des Lebensunterhalts in jedem konkreten Sachverhalt nachzuweisen ist oder im Rahmen einer (politischen) Einschätzung bei Bestehen einer bestimmten familiären Situation ohne Beibringung weiterer Nachweise als typisch (positiv) unterstellt wird. Die Ausländer mit einem derartigen Aufenthaltstitel unterfallen nicht dem persönlichen Anwendungsbereich der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl. BSG; Urteil vom 3. Juli 2013 – B 12 KR 2/11 R –, USK 2013-65).

Beispielhafte Zuordnung zu den vorgenannten Fallgruppen:

Fallgruppe 1= Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhals besteht immer	Fallgruppe 2= Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhals besteht nie
§ 16 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für Studium, Besuch eines studienvorbereitenden Sprachkurses oder Besuch eines Studienkollegs, zur Arbeitsplatzsuche nach dem Studium)	§ 24 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis zum vorübergehenden Schutz)
§ 17 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für sonstige Ausbildungszwecke)	§ 25 Abs. 1 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für anerkannte Asylberechtigte)
§ 18 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für Beschäftigung)	§ 25 Abs. 2 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für anerkannte Flüchtlinge oder Personen mit subsidiären Schutz)
§ 19 AufenthG (Niederlassungserlaubnis für Hochqualifizierte)	§ 25 Abs. 3 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis bei Abschiebungsverbot)
§ 21 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis und Niederlassungserlaubnis für selbständige Tätigkeit)	§ 25 Abs. 4a und 4b AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für Opfer bestimmter Straftaten)
	§ 28 Abs. 1 Nr. 2 und 3 AufenthG (Aufent-

	haltserlaubnis für bestimmte Familienangehörige von Deutschen)

Als Beispiele für die Fallgruppe 3 sind die auf der Grundlage des § 23 Abs. 1 oder 2 AufenthG (in Verbindung mit den entsprechenden Erlassregelungen der obersten Landesbehörden oder Anordnungen des Bundesministeriums des Innern) erteilten Aufenthaltstitel zu nennen.

Bei den Fallgruppen nach den Nummern 1 und 2 können die Krankenkassen das Vorliegen bzw. Fehlen der Voraussetzungen des § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V aus den Inhalten des Aufenthaltstitels ableiten. Diese enthalten die Angaben sowohl über die zum Aufenthalt berechtigende Norm als auch über die Aufenthaltsdauer. Innerhalb von Fallkonstellationen nach Nummer 3 sind die Krankenkassen in der Regel auf die Unterstützung durch die Ausländerbehörde im Rahmen der Amtshilfe nach §§ 4 ff. VwVfG (bzw. nach dem entsprechenden Landesrecht) angewiesen, um festzustellen, ob die Erteilung des Aufenthaltstitels von der Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts abhängig ist.

Sofern Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Erwerbstätige“) oder der Art. 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) dem deutschen Recht unterliegen (vgl. Abschnitt A.2.4.2.2), sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ohne Belang.

Beispiel 1
Frau A., russische Staatsangehörige, wohnt in Frankreich und ist nach französischem Recht familienversichert. Nun nimmt Frau A. eine selbstständige Tätigkeit in Deutschland auf.

Beurteilung
Frau A. unterliegt ab Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit den deutschen Rechtsvorschriften. Der Krankenversicherungsschutz in Frankreich erlischt mit Beginn der Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften. Die Anwendbarkeit des § 188 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem französischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Familienversicherung und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau A. der Versicherungs-

pflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in Frankreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Der Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V ist nicht zu prüfen.

A.2.5.4 Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sind insbesondere:

- Asylbewerber (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 7 AsylbLG),
- Ausländer mit „Duldung“ (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 4 AsylbLG),
- ausreisepflichtige Ausländer (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG).

Diese Personen werden vom persönlichen Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht bereits mangels eines Aufenthaltstitels nach § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V ausgeschlossen.

Asylberechtigte Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis haben in der Regel Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII. In wenigen Ausnahmefällen fallen sie jedoch gleichwohl unter das AsylbLG. Dies sind Personen, denen ein Aufenthaltstitel nach den §§ 23 Abs. 1, 24, 25 Abs. 4 Satz 1 oder 25 Abs. 5 des AsylbLG (bei der letzten Fallgruppe nur, sofern die Entscheidung über die Aussetzung ihrer Abschiebung noch nicht 18 Monate zurückliegt) erteilt wird. Für diese Personen stellt sich die Frage, ob Leistungsansprüche nach dem AsylbLG die Auffang-Versicherungspflicht verdrängen können.

Zu den Sozialleistungen des AsylbLG zählen unter anderem auch Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (vgl. § 4 AsylbLG). Der Anspruch nach § 4 AsylbLG umfasst, verkürzt dargestellt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. § 6 AsylbLG sieht ergänzend hierzu vor, dass auch „sonstige Leistungen“ gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Der Anspruch nach § 4 AsylbLG stellt eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entgegensteht. Nach einer ausdrücklichen Bestimmung in § 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V liegt eine Absicherung im Krankheitsfall selbst dann vor, wenn der Anspruch nach § 4 AsylbLG nur dem Grunde nach vorliegt und wegen eigenes Einkommens oder Vermögens nach § 7 AsylbLG ruht.

Die Leistungsberechtigten, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst ha-

ben, erhalten ab diesem Zeitpunkt Leistungen nach § 2 AsylbLG. Art und Umfang der Leistungen nach § 2 AsylbLG richten sich nach dem SGB XII. Dies beinhaltet unter anderem die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel bzw. laufende Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel sowie Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel SGB XII. Die Krankenbehandlung wird im Rahmen des § 264 Abs. 2 SGB V auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Mit der Gesundheitskarte können die Betroffenen die gleichen Leistungen wie gesetzlich Krankenversicherte beanspruchen. Rechtlich handelt es sich weiterhin um Leistungen nach AsylbLG.

Nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V werden Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterstellt. Eine Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einen Monat führt nach § 5 Abs. 8a Satz 3 SGB V ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

A.3 Feststellung der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes, wenn ihre Voraussetzungen vorliegen. Zu welchem Zeitpunkt die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt sein müssen, ergibt sich nach Auffassung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 6. Oktober 2010 – B 12 KR 25/09 R –, USK 2010-83) aus den Vorgaben des § 186 Abs. 11 SGB V. Der jeweils maßgebende Beurteilungszeitpunkt ist daher je nach Personenkreis unterschiedlich. Im Allgemeinen ist dies der Folgetag nach dem Wegfall der vorrangigen anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V). Für Ausländer im Sinne des § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V ist der erste Geltungstag der Niederlassungserlaubnis/Aufenthaltserlaubnis ausschlaggebend (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 2 SGB V). Für „Altfälle“ entspricht der maßgebende Beurteilungszeitpunkt dem frühestmöglichen Beginn der Versicherungspflicht am 1. April 2007 (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V).

Praktische Schwierigkeiten bei der Feststellung der Auffang-Versicherungspflicht bestehen in erster Linie bei der Prüfung des „negativen“ Tatbestands des Fehlens einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall. Hierfür bedarf es im Regelfall einer entsprechenden Mitwirkung des Betroffenen. Verweigert die betroffene Person eine Erklärung, dass sie über keine Absicherung im Krankheitsfall verfügt, darf die Krankenkasse dies nicht ohne weiteres unterstellen. In diesen Fällen scheidet nach herrschender Meinung die Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von Amts wegen grundsätzlich aus.

Eine Besonderheit gilt jedoch in den Fällen, bei denen Versicherte nach dem Ende ihrer Mitgliedschaft weiterhin mit der Gesundheitskarte der bisherigen Krankenkasse Leistungen in Anspruch

genommen haben. Bei derartigen Fallkonstellationen kommen für die Feststellung des Tatbestandes des Fehlens einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall die Regelungen des Anscheinsbeweises zum Tragen. Der Anscheinsbeweis setzt einen typischen Geschehensablauf voraus, der nach der Lebenserfahrung auf eine bestimmte Ursache hinweist und so sehr das Gepräge des Gewöhnlichen und Üblichen trägt, dass die besonderen und individuellen Umstände in ihrer Bedeutung zurücktreten. Die Mitglieder der GKV wissen, dass sie Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse – von § 19 Abs. 2 SGB V abgesehen – nur beim Vorliegen einer Mitgliedschaft haben. Mit der Inanspruchnahme von Leistungen seiner Krankenkasse nach dem Ende der Mitgliedschaft gibt der Bürger somit regelmäßig zu erkennen, weiterhin Mitglied seiner Krankenkasse sein zu wollen. Durch konkludentes Handeln (hier: Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Ablauf des nachgehenden Leistungsanspruchs) kommt hier der Wille des Betroffenen zu einer Mitgliedschaft in der GKV zum Ausdruck. Das Fehlen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist in diesen Fällen daher typischerweise anzunehmen. Für die Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bedarf es darüber hinaus einer Feststellung, dass die betroffene Person den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB hat. Von dem Fortbestehen des bisherigen Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland darf die Krankenkasse ausgehen, wenn die Leistungsinanspruchnahme innerhalb von sechs Monaten nach der Beendigung der letzten Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland erfolgt. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird in einem solchen Fall von Amts wegen durchgeführt. Aufgrund der Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht gegenüber der obligatorischen Anschlussversicherung (vgl. Abschnitt A.2.4.2.4) dürften die Anwendungsfälle für diese Regelung auf die atypischen Fallkonstellationen beschränkt sein, in denen die betroffene Person unmittelbar nach dem Ausscheiden aus der GKV in ein Sondersystem der Absicherung im Krankheitsfall (vgl. Abschnitt A.2.4.4) einbezogen war. Werden Leistungen zulasten der Krankenkasse erst nach Ablauf von sechs Monaten nach der Beendigung der letzten Absicherung im Krankheitsfall in Anspruch genommen, scheidet die Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V von Amts wegen aus. Vielmehr bedarf es einer aktiven Mitwirkung der betroffenen Person bei der Klärung ihres (durchgehenden) Aufenthalts im Geltungsbereich des SGB im maßgeblichen Zeitraum.

Eine Reihe praktischer Schwierigkeiten entsteht, wenn es um die Feststellung der „letzten“ Versicherung im Sinne der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V geht. In diesen Fällen sind die Betroffenen zwar oft gewillt, den Sachverhalt aufzuklären, hierzu jedoch aus verschiedenen Gründen (vordergründig weil die letzte Versicherung viele Jahre zurückliegt) teilweise nicht in der Lage. Die Krankenkassen haben dann unter Ausschöpfung aller zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten den entscheidungserheblichen Sachverhalt aufzuklären. Hierzu kann im Einzelfall auch gehören, eine Anfrage zum Rentenversicherungsverlauf an die Deutsche Rentenversicherung zu richten, jedenfalls wenn der Betroffene jemals als Arbeitnehmer tätig war. Weist der Versiche-

rungsverlauf der Deutschen Rentenversicherung nach, dass in irgendeinem Zeitraum Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt worden sind, dürfte daraus in aller Regel die Schlussfolgerung zulässig sein, dass die betroffene Person in dieser Zeit auch gesetzlich krankenversichert gewesen ist (es sei denn, ausnahmsweise liegen Anhaltpunkte für andere Annahmen vor, z. B. wenn die Höhe des Arbeitsentgelts die Annahme einer Krankenversicherungsfreiheit rechtfertigen würde). Ist auf dem beschriebenen Weg nachgewiesen, dass eine gesetzliche Krankenversicherung zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit bestanden hat, gilt die Schlussfolgerung, dass nur eine Versicherungspflicht nach der Alternative a innerhalb des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorliegen könnte, die Alternative b wäre dagegen ausgeschlossen. In den meisten Fällen wird die Deutsche Rentenversicherung auch die zuständige Einzugsstelle für den betroffenen Zeitraum benennen können, es sei denn, die zu prüfende Zeit liegt Jahrzehnte zurück. Für die Feststellung der Zeiten ohne Versicherung sind die Angaben des Betroffenen, sofern plausibel und glaubhaft, ausschlaggebend.

Lässt sich der Sachverhalt auch unter Ausschöpfung zumutbarer Ermittlungsmöglichkeiten nicht vollständig ermitteln, gilt Folgendes: Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bzw. nach § 193 Abs. 3 VVG muss allein anhand der zuletzt nachgewiesenen Versicherungszeit in der GKV oder PKV festgestellt werden; die mit Zweifel behafteten Lücken im Versicherungsverlauf werden ausgeblendet. Sind Versicherungszeiten weder in der GKV noch PKV nachgewiesen, findet die Prüfung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V statt. Ist ausnahmsweise zwar das Vorliegen einer gesetzlichen Krankenversicherung für einen beliebigen Zeitraum in der Vergangenheit nachgewiesen, kann die letzte gesetzliche Krankenkasse jedoch nicht ermittelt werden, ist es sachgerecht, den Betroffenen das Wahlrecht in analoger Anwendung des § 174 Abs. 5 Halbsatz 2 SGB V einzuräumen.

Die Prüfung der Voraussetzungen zum Vorliegen von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V obliegt der zuständigen Krankenkasse (vgl. Abschnitt B). Dazu kann das als Anlage beigefügte Formular „Anzeige zur Pflichtversicherung“ verwendet werden, dessen Inhalte als Orientierungshilfe bei der Erstellung der krankenkasseninternen Vordrucke dienen.

A.4 Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht und Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit

A.4.1 Versicherungsfreiheit

Unter den in § 6 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen sind bestimmte Personen, die eigentlich der Versicherungspflicht unterliegen, kraft Gesetzes versicherungsfrei. Über § 6 Abs. 3 SGB V strahlt diese Versicherungsfreiheit auch auf andere Tatbestände, die für sich betrachtet zur Versicherungspflicht führen, aus (sog. „absolute Versicherungsfreiheit“).

Bei der Einführung der Auffang-Versicherungspflicht zum 1. April 2007 waren die Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, nicht von der absoluten Versicherungsfreiheit erfasst. Ab dem 1. Januar 2009 ist die Notwendigkeit der Einbeziehung der nach § 6 Abs. 1 SGB V versicherungsfreien Personen in die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entfallen, weil diese nach § 193 Abs. 3 VVG der Versicherungspflicht in der PKV unterliegen (vgl. Bundestagsdrucksache 16/10609, Seite 64). Die absolute Versicherungsfreiheit im Sinne des § 6 Abs. 3 SGB V wurde daher auf die Personen, die die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V erfüllen, ausgedehnt. Folglich sind die Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, die zuletzt gesetzlich versichert waren und dem Grunde nach der Versicherungspflicht im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen, gleichwohl nach § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V versicherungsfrei. Dies sind insbesondere folgende Personengruppen:

- die nach § 6 Absatz 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet;
- die nach § 6 Absatz 1 Nr. 2 SGB V versicherungsfreien Beamten oder Richter, die über keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen;
- die nach § 6 Absatz 1 Nr. 6 SGB V versicherungsfreien ehemaligen Beamten, Richter oder Berufssoldaten der Bundeswehr mit Anspruch auf Ruhegehalt, die über keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen.

Für die während der Dienstzeit nach § 6 Absatz 1 Nr. 2 SGB V versicherungsfreien Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten der Bundeswehr ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits deswegen ausgeschlossen, weil sie über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen (vgl. Abschnitt A.2.4.4.1).

Personen, die aus dem Dienstverhältnis Soldat auf Zeit ausgeschieden sind und Übergangsgebührnisse nach § 11 SVG erhalten, sind weder nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 noch Nr. 6 SGB V versicherungsfrei. Das BSG hat mit dem Urteil vom 13. Juni 2007 – B 12 KR 14/06 R –, USK 2007-59, entschieden, dass die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nicht in Betracht kommt, weil die betroffene Person aus dem aktiven Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit bereits ausgeschieden ist. Der Versicherungsfreiheitstatbestand des § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ist wiederum beim Bezug von Übergangsgebührnissen deswegen nicht erfüllt, weil Übergangsgebührnisse nach § 11 SVG weder ein Ruhegehalt noch dem Ruhegehalt ähnliche Bezüge darstellen. Aufgrund des Wegfalls der Beihilfeberechtigung im Krankheitsfall für Bezieher von Übergangsgebührnissen nach

der Rechtslage ab dem 1. Januar 2019 stellt sich die Frage nach einer möglichen Versicherungsfreiheit dieser Personen von vornherein nicht.

Mangels grundsätzlicher Versicherungsfreiheit kann also für die aus dem Dienstverhältnis ausgeschiedenen Soldaten auf Zeit während des Bezugs der Übergangsgebührnisse die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V über § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V (wie für Soldaten im Ruhestand) nicht ausgeschlossen werden. Die Voraussetzungen der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V werden erfüllt, wenn zuletzt vor Beginn der truppenärztlichen Versorgung eine Versicherung in der GKV bestand und nach dem Ende der truppenärztlichen Versorgung keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall existiert.

Für Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und daher der Alternative b innerhalb des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen, ist die Auffang-Versicherungspflicht in der GKV per se ausgeschlossen, wenn sie zu den nach § 6 Abs. 1 und 2 SGB V versicherungsfreien Personen gehören oder bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (vgl. Abschnitt A.2.3).

Die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V wegen Vollendung des 55. Lebensjahres und nicht ausreichender Vorversicherungszeiten gilt nach ausdrücklicher Bestimmung in § 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

A.4.2 (Keine) Befreiung von der Auffang-Versicherungspflicht

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist ausgeschlossen, da § 8 SGB V mit seiner abschließenden Aufzählung von Befreiungstatbeständen kein Befreiungsrecht für diese Personen vorsieht.

A.4.3 (Kein) Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit

Der Ausschluss der Versicherungspflicht bei Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit ist in § 5 Abs. 5 SGB V geregelt. Da diese Regelung den Versicherungspflichttatbestand des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wörtlich nicht umfasst, steht eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht generell entgegen. Es ist entscheidend, ob der hauptberuflich selbstständig Tätige zuletzt in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. Hauptberuflich selbstständig Tätige, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren und die keinen anderweitigen Anspruch auf eine Absicherung im Krankheitsfall haben, können somit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen. Für hauptberuflich Selbstständige, die noch nie in der gesetzlichen Krankenversicherung

versichert waren, ist die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V ausgeschlossen.

Wird nach Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit aufgenommen, endet diese Versicherungspflicht nicht.

A.5 Wirkung einer (anderweitigen) Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf die Auffang-Versicherungspflicht

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 8 SGB V wirkt zunächst tatbestandsbezogen auf das jeweilige Versicherungspflichtverhältnis, aufgrund dessen die Befreiung herbeigeführt worden ist. Die Befreiung erzeugt ihre Wirkung so lange, wie der für die Befreiung führende Tatbestand ununterbrochen vorliegt bzw. fortbesteht und ohne die Befreiung Versicherungspflicht bewirken würde. Die Befreiung schließt des Weiteren den Eintritt von Versicherungspflicht aufgrund anderer zeitgleich vorliegender Tatbestände grundsätzlich aus. Dies entspricht der Regelung in § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V, die mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 um die Auffang-Versicherungspflicht erweitert wurde. 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 (vgl. Niederschrift zu TOP 3 der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes vom 17. Juni 2015).

Aufgrund der absoluten Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht würde sich jegliche gesetzlich zulässige Befreiung von der Versicherungspflicht – solange sie fortwirkt – auf den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V auswirken und diesen verhindern. Diese Bewertung ist jedoch eher theoretischer Natur, weil jede Befreiung nach § 8 Abs. 2 Satz 4 SGB V den Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall verlangt. Da es sich in diesem Kontext im Regelfall um eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung handelt, dürfte die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits daran scheitern, dass die Versicherungsvoraussetzung „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ nicht erfüllt ist.

A.6 Regelungen in der LKV

Nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 sind die Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen, nach Maßgabe des § 3 Abs. 2 Nr. 7 KVLG 1989 grundsätzlich pflichtversichert. Dabei enthält § 2 Abs. 9 KVLG 1989 eine dem § 5 Abs. 11 SGB V entsprechende Bestimmung. § 2 Abs. 6a KVLG 1989 ist zu beachten.

B. Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

B.1 Allgemeines

Für die Krankenkassenwahlrechte der Personen, die der Auffang-Versicherungspflicht unterliegen, gelten die Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend; die nachfolgenden Hinweise sind als Ergänzung zu verstehen. Bei der Ausgestaltung des Krankenkassenwahlrechts ist danach zu unterscheiden, ob sich die Auffang-Versicherungspflicht nach der Alternative a oder b innerhalb des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V richtet.

B.2 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen

Personen, die der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen, werden nach § 174 Abs. 5 SGB V wieder Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt eine – ggf. schon viele Jahre zurückliegende – Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat. Die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte gelten für diesen Personenkreis bei Eintritt der Versicherungspflicht nicht. Im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung. Dies ermöglicht auch diesen Mitgliedern, unter Einhaltung der Bindungs- und Kündigungsfristen zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln.

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V versicherungspflichtigen Personen, die zuletzt bei einem Träger im Sinne der VO (EG) 883/04 versichert waren, werden grundsätzlich Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt in Deutschland eine Versicherung bestanden hat. Ist diese nicht vorhanden bzw. nicht ermittelbar, werden die betroffenen Mitglied einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse.

Dies gilt gleichermaßen für Personen, die zuletzt in Mazedonien, Tunesien oder der Türkei gesetzlich versichert waren (vgl. Abschnitt A.2.2.2).

B.3 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V unterliegen

Für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren, aber ihrem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, gelten die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte. Sie werden bei Eintritt der Versicherungspflicht Mitglied einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse, wobei zu

beachten ist, dass § 173 SGB V für die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht gilt (vgl. § 173 Abs. 1 SGB V, § 20 KVLG 1989).

B.4 Pflegekassenzuständigkeit

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Mitgliedschaft besteht (vgl. § 48 Abs. 1 SGB XI).

C. Mitgliedschaft

C.1 Allgemeines

Beginn und Ende der Mitgliedschaft für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sind in § 186 Abs. 11 SGB V und § 190 Abs. 13 SGB V geregelt. Diese Vorschriften gelten für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 Versicherungspflichtigen entsprechend (vgl. §§ 20, 22 und 24 KVLG 1989).

Durch die gesetzliche Festlegung des Beginns der Versicherungspflicht will der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung (vgl. Bundestagsdrucksache 16/3100, Seite 158) verhindern, „dass die Betroffenen selber über den Beginn des Versicherungsschutzes entscheiden und ihn bis zu dem Zeitpunkt hinausschieben, in dem die anfallenden Krankheitskosten die zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichtenden Beiträge übersteigen“.

Beginn und Ende der Mitgliedschaft sind an den Tatbestand des Fehlens bzw. des Vorhandenseins einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekoppelt. Die Mitgliedschaft beginnt danach grundsätzlich mit dem ersten Tag ohne einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall und endet, wenn ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird.

Der Beginn sowie das Ende der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung der nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI Versicherungspflichtigen richtet sich nach den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

C.2 Beginn der Mitgliedschaft

C.2.1 Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten

Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten und die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht erfüllen, be-

ginnt die Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V am 1. April 2007. Angesichts des Umstandes, dass nicht alle Personen, die die Voraussetzungen der Auffang-Versicherungspflicht erfüllen, ihrer Verpflichtung zur Meldung bei der Krankenkasse zwecks Feststellung der Versicherungspflicht nachgekommen sind, ist diese Regelung ungeachtet des Zeitablaufs unverändert aktuell.

C.2.2 Personen, deren anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach dem 1. April 2007 endet

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen beginnt nach § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V mit dem Tag, von dem an kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und damit einhergehend die Mitgliedschaft schließen sich stets unmittelbar an die vorangegangene anderweitige Absicherung im Krankheitsfall an. Dies gilt auch in den Sachverhalten, bei denen das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung an den Vorgaben des § 188 Abs. 4 Satz 4 oder 5 SGB V bzw. des § 22 Abs. 3 KVLG 1989 scheitert, die freiwillige Versicherung nach Maßgabe des § 191 Nr. 4 SGB V (ggfs. in Verbindung mit § 24 Abs. 2 KVLG 1989) beendet wird oder die obligatorische Anschlussversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 323 Abs. 2 SGB V bzw. des § 66 KVLG 1989 aufgehoben wird (vgl. Abschnitt A.2.4.2.4).

C.2.3 Personen, die aus der Haft entlassen werden

Die Mitgliedschaft aufgrund der nachrangigen Auffang-Versicherungspflicht beginnt nach dem Wortlaut des § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Dies bedeutet, dass der Beginn der Mitgliedschaft im Allgemeinen der erste volle Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ist. Der Anspruch auf Gefangenenfürsorge im Krankheitsfall endet jedoch zu dem Zeitpunkt, an dem die betreffende Person die Haftanstalt verlässt, also im Laufe des Tages. Bei der wortgetreuen Anwendung des § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V bestünde für den Tag der Haftentlassung keine Mitgliedschaft in der GKV. Hier liegt eine planwidrige Regelungslücke vor, die dahingehend zu lösen ist, dass in den seltenen Fällen, in denen Leistungen bereits am Tage der Haftentlassung nach Verlassen der Haftanstalt benötigt werden, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch ab diesem Zeitpunkt gewährt werden und in diesen Fällen der Mitgliedschaftsbeginn vorgezogen wird.

C.2.4 Personen, die aus dem Ausland zurückkehren

Personen, die nach einem Auslandsaufenthalt in das Inland zurückkehren und keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, unterliegen der Versicherungspflicht nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Mitgliedschaft beginnt mit der Rückkehr nach Deutschland.

C.2.5 Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz

Die Mitgliedschaft beginnt grundsätzlich mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, sofern die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt werden und sich die Anwendbarkeit des deutschen Rechts aus den Koordinierungsregelungen der VO(EG) 883/04 ergibt.

C.2.6 Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz sind

Die Mitgliedschaft dieser Personen beginnt entsprechend § 186 Abs. 11 Satz 2 SGB V mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis.

C.3 Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflichtversicherten endet nach § 190 Abs. 13 SGB V

- mit dem Tod des Mitglieds,
- mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird,
- mit Ablauf des Vortages, an dem der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt ins Ausland verlegt wird.

Im Übrigen hat es der Gesetzeber bei der Einführung eines neuen Beendigungsgrundes für die freiwillige Versicherung im Sinne des § 191 Nr. 4 SGB V durch das GKV-VEG unterlassen, die Vorschrift des § 190 Abs. 13 SGB V entsprechend anzupassen. Von einer planwidrigen Rechtslücke kann nicht ausgegangen werden; eine analoge Anwendung der Regelung des § 191 Nr. 4 SGB V bei den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründeten Mitgliedschaften scheidet aus.

Grundsätzlich gelten mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat die Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaates. Infolgedessen endet die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V mit der Wohnortverlegung, es sei denn, aufgrund vorrangiger Koordinierungsregelungen sind weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften anwendbar (z. B. nach Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04 bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung). Unterliegt die Person weiterhin dem deutschen Recht, bedarf es für die Beendigung der Mitgliedschaft

bei einer deutschen Krankenkasse des Nachweises einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (z. B. in der privaten Krankenversicherung).

Die Mitgliedschaft endet stets kraft Gesetzes; einer Kündigung der Mitgliedschaft bedarf es daher selbst in den Fällen nicht, in denen die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall durch den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung in der privaten Krankenversicherung sichergestellt wird.

Eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist bei Bezug von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII entsprechend § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen; eine Mitgliedschaft kann mithin in diesen Fällen nicht begründet werden. Nach ausdrücklicher Bestimmung in § 190 Abs. 13 Satz 2 SGB V bleibt jedoch für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bereits der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, die Mitgliedschaft auch dann bestehen, wenn sie während der Mitgliedschaft Anspruch auf laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII erwerben und diese beziehen.

C.4 Fortbestand der Mitgliedschaft

Ein Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V oder § 25 Abs. 1 und 2 KVLG 1989 kommt für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nicht in Betracht, weil der eigentliche die Versicherungspflicht begründende Tatbestand (des Fehlens einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall) auch während der Zeiten im Sinne des § 192 SGB V oder § 25 Abs. 1 und 2 KVLG 1989 weiterhin erfüllt ist.

Nach § 193 Abs. 2 SGB V (vgl. § 25 Abs. 3 KVLG 1989) berührt der Wehrdienst nach § 4 Abs. 1 und § 6b Abs. 1 des Wehrpflichtgesetzes sowie der freiwillige Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes eine bestehende Mitgliedschaft (also, auch in dem Fall der Auffang-Versicherungspflicht) nicht. Dies gilt auch für Personen, die Dienstleistungen oder (Wehr-)Übungen nach den Vorschriften des Vierten Abschnittes des Soldatengesetzes verrichten (vgl. § 193 Abs. 4 SGB V), oder für Personen während der Teilnahme an einer Eignungsübung (vgl. § 8 Eignungsübungsgesetz). Grundwehrdienst und Zivildienst wurden mit dem Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 ausgesetzt.

D. Meldungen, Auskunfts- und Mitteilungspflichten

Nach § 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V haben Versicherte oder die, die als Versicherte in Betracht kommen, gegenüber der Krankenkasse auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versiche-

rungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenden Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen. Gleiches gilt nach § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI für die Pflegeversicherung.

Den im Gesetz normierten Auskunfts- und Mitteilungspflichten kommen im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erhebliche Bedeutung zu, da diese Informationen für die Beurteilung der Versicherungs- und Beitragspflicht wesentlich sind und nicht bereits durch Dritte gemeldet werden. Bei diesem Personenkreis fehlt, im Gegensatz zu allen anderen versicherungspflichtigen Personengruppen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, eine zur Meldung verpflichtete Stelle. Die Verantwortung und Initiative für eine ordnungsgemäße Prüfung und ggf. Durchführung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes auf Basis der gesetzlichen Regelungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V obliegt einzig dem potenziellen Versicherungspflichtigen durch Anzeige eines derzeit nicht bestehenden Krankenversicherungsschutzes bzw. anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall und hat von diesem potenziellen Versicherungspflichtigen auszugehen. Zur Unterstützung des Versicherten können die Krankenkassen das als Anlage beigefügte Formular „Anzeige zur Pflichtversicherung“ verwenden.

Die gesetzlichen Regelungen über die Meldepflichten bei besonderen Tatbeständen wie z. B. bei Rentenantragstellung oder Bezug von Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (vgl. §§ 201, 202 und 205 SGB V) sind allgemein gefasst, sodass sie auch Meldungen bei Vorliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V beinhalten. Dies gilt sowohl für die Meldepflichten der betroffenen Personen, als auch der Krankenkassen, des Rentenversicherungsträgers oder der Zahlstellen. Auch im Falle der Ausübung einer geringfügig entlohnten Beschäftigung durch einen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflichtversicherten hat der Arbeitgeber die üblichen Meldepflichten nach § 28a SGB IV zu erfüllen und dem Versicherten obliegt eine Mitteilungspflicht nach § 28o Abs. 1 SGB IV.

E. Beiträge

E.1 Allgemeines

Die Beiträge, die aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu zahlen sind, werden nach einem Beitragssatz von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben, die jedoch nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze unter Beachtung der Rangfolge beitragspflichtiger Einnahmen berücksichtigt wird. Beitragsbemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen. Soweit gelten für diesen Per-

sonenkreis keine Besonderheiten im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung.

Für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 gelten nach § 43 Abs. 3 i. V. m. § 46 KVLG 1989 für die Beitragsbemessung die Satzungsregelungen für freiwillig Versicherte. Danach werden die Beiträge unter Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V nach Beitragsklassen festgesetzt. Hinsichtlich der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und aus Versorgungsbezügen gelten die Regelungen des § 39 Abs. 2 und 3 sowie § 48 Abs. 3 und § 50 KVLG 1989 entsprechend.

E.2 Beitragspflichtige Einnahmen

Durch die Regelung in § 227 SGB V und einen entsprechenden Verweis in § 57 Abs. 1 SGB XI ist sichergestellt, dass für die Beitragsbemessung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder § 240 SGB V Anwendung findet. Auf der Grundlage der Ermächtigungsnorm des § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V regelt der GKV-Spitzenverband ab 1. Januar 2009 im Rahmen der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) bundesweit einheitlich die Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder. Aufgrund der vorgenannten Gleichstellung sind die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflichtversicherten ebenfalls in den Geltungsbereich der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler einbezogen. Ferner ist auch die zu § 240 SGB V ergangene oder ergehende Rechtsprechung bei der Beitragsbemessung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder anzuwenden.

Aus der beitragsrechtlichen Gleichstellung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflichtversicherten mit den freiwilligen Mitgliedern folgt unter anderem auch, dass die Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 SGB V (in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV) für die Beitragserhebung aus den Versorgungsbezügen und dem nebenberuflichen Arbeitseinkommen für beide Personengruppen nicht gilt (vgl. § 3 Abs. 4 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler).

E.3 Rangfolge der Einnahmearten

Für die Rangfolge der beitragspflichtigen Einnahmen können unterschiedliche Regelungen von Bedeutung sein, und zwar in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Personengruppen. Im Hinblick auf die Nichtanwendbarkeit des § 5 Abs. 5 SGB V im Rahmen der Auffang-Versicherungspflicht ist es nicht ausgeschlossen, dass die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflicht-

versicherten ihre selbstständige Erwerbstätigkeit hauptberuflich ausüben. In diesem Fall ist § 7 Abs. 6 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ausschlaggebend, wonach in den ersten Rang das Arbeitseinkommen gestellt wird.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Pflichtversicherten mit Rentenbezug, die nicht hauptberuflich selbstständig Tätig sind, findet hinsichtlich der Rangfolge der für die Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Einnahmen § 238a SGB V Anwendung. Hierdurch wird gewährleistet, dass zunächst die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und danach für die Beitragsbemessung nach § 240 SGB V alle weiteren Einkünfte – in der gesetzlich vorgesehenen Reihenfolge – bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden.

E.4 Beitragssatz in der Krankenversicherung

E.4.1 Allgemeines

Für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist grundsätzlich der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V maßgebend, sofern nachfolgend nichts Abweichendes geregelt ist.

Sofern die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, ist darüber hinaus auf jede beitragspflichtige Einnahme der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 SGB V anzuwenden. Abweichend hiervon kommt für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V (Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte – ALG) sowie aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland für die Zeiträume ab dem 1. Januar 2019 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zur Anwendung.

Bei den in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 Versicherungspflichtigen wird bei der Bemessung der Beiträge aus Renten und Versorgungsbezügen anstelle eines kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V verwendet.

E.4.2 Beitragssatz bei Arbeitsentgelt

Sofern Arbeitnehmer in ihrer mehr als geringfügig entlohnten Beschäftigung (in seltenen Fallkonstellationen) der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen, sind, abweichend von dem im Abschnitt E.4.1 genannten Grundsatz, die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt mit dem allgemeinen Beitragssatz (§ 241 SGB V) zu erheben, wenn bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht.

E.4.3 Beitragssatz bei Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Beziehen Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 sowie Sätze 2 und 3 SGB V oder erzielen sie (neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen) Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, ist nach § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V i. V. m. § 247 Satz 1 und § 248 Satz 1 SGB V bei der Berechnung der Beiträge aus diesen Einnahmearten der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V zugrunde zu legen. Für gesetzliche Renten aus dem Ausland gilt nach § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V i. V. m. § 247 Satz 2 SGB V die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, ist ebenfalls die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes maßgebend (vgl. § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V i. V. m. § 248 Satz 2 SGB V).

Für das Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, sofern es nicht neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird, ist der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V maßgebend.

Für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Stichwort: „Optionskrankengeld“) abgegeben haben[1], gilt für das Arbeitseinkommen und sonstige beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 240 Abs. 1 SGB V der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V.

E.4.4 Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes

Bei Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes gelten folgende Besonderheiten:

§ 247 Satz 3 SGB V bestimmt, dass sich Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes bei der Bemessung der Beiträge aus Renten erst mit einer zweimonatigen Verzögerung auswirken. Der neue Zusatzbeitragssatz gilt mithin erst vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats. Diese Regelung umfasst von seinem Geltungsbereich alle Versicherungspflichtigen und gilt daher unmittelbar auch für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen. Vor diesem Hintergrund ist die in § 227 SGB V im Allgemeinen angeordnete Anwendbarkeit des § 240 SGB V unbeachtlich, weil sie die Teilnahme der § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen im Quellenabzugsverfahren für die Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V – anders als bei freiwilligen Mitgliedern – nicht berücksichtigt.

[1] Vgl. Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), Bundestagsdrucksache 19/6337, Seite 10

Nach § 248 Satz 3 SGB V wirken sich für Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 SGB V Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes ebenfalls erst mit einer zweimonatigen Verzögerung aus, sofern die Beiträge für versicherungspflichtige Rentenbezieher nach § 256 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge einbehalten und an die Krankenkasse abgeführt werden (Zahlstellenverfahren). Die Fälle, in denen die Krankenkasse den Zusatzbeitrag aus Versorgungsbezügen unmittelbar vom Versicherten erhebt, werden hingegen von der zweimonatigen Verzögerung nicht erfasst.

Werden die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen in das Zahlstellenverfahren für Versorgungsbezüge einbezogen, gilt in solchen Fällen die vorgenannte verzögerte Veränderung des Zusatzbeitragssatzes. Die in § 227 SGB V angeordnete Anwendbarkeit des § 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V ist – wie oben dargelegt – insoweit unbeachtlich.

Für Arbeitseinkommen ist für die Wirkung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes kein Zeitverzug vorgesehen. Für die auf gesetzliche Renten aus dem Ausland nach § 228 Abs. 1 Satz 2 SGB V entfallenden Zusatzbeiträge gilt die zweimonatige Verzögerung nach ausdrücklicher Bestimmung in § 247 Satz 3 SGB V ebenfalls nicht. Auch für alle weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V ist keine zeitliche Verzögerung bei der Veränderung des Zusatzbeitragssatzes vorgesehen.

E.5 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI seit dem 1. Januar 2017 2,55 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 wird der Beitragssatz auf 3,05 % erhöht.

Mitglieder haben ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten („Beitragszuschlag für Kinderlose“, § 55 Abs. 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen seit dem 1. Januar 2017 2,8 % (bzw. 3,3 % seit dem 1. Januar 2019). Der Beitragszuschlag für Kinderlose gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden.

Näheres geht aus den „Grundsätzlichen Hinweisen zum Beitragszuschlag für Kinderlose und Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung hervor.

E.6 Beitragstragung

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen haben ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich allein zu tragen; hierbei sind für Beiträge aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung abweichende Regelungen zu beachten (vgl. § 250 Abs. 3 SGB V, § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gelten gleiche Grundsätze (vgl. §§ 47, 48 Abs. 3 KVLG 1989). Die alleinige Tragung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V und eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags für Kinderlose in der Pflegeversicherung durch das Mitglied bleibt bei den vorgenannten Sonderregelungen für Beiträge aus Arbeitsentgelt und aus Renten unberührt (vgl. § 249 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V, § 249a Satz 1 Halbsatz 2 SGB V, § 59 Abs. 5 SGB XI).

Soweit der Krankenversicherungsbeitrag eines im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen nach dem Arbeitsentgelt zu bemessen ist, das nicht aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV resultiert, tragen der Versicherte und der Arbeitgeber den Beitrag – mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags – je zur Hälfte (vgl. § 249 Abs. 1 Satz1 SGB V). Dies gilt – mit Ausnahme des Beitragszuschlags nach § 55 Abs. 3 SGB XI – grundsätzlich auch für die Beiträge zur Pflegeversicherung (vgl. § 58 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 SGB XI). Diese Regelung über die Beteiligung des Arbeitgebers an den Beiträgen aus Arbeitsentgelt hat jedoch seit dem 1. Januar 2009 erheblich an Bedeutung verloren. Wegen der Veränderung des § 6 Abs. 3 SGB V sind nur wenige Fallkonstellationen vorstellbar, in denen solche Arbeitnehmer, die eine mehr als geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben, der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen.

Für geringfügig entlohnte Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV gelten die besonderen Beitragsregelungen des § 249b SGB V. Danach trägt der Arbeitgeber die pauschalen Krankenversicherungsbeiträge allein. Dies gilt gleichermaßen für die Personen, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind.

Die Regelung des § 249a SGB V über die Tragung der Krankenversicherungsbeiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung unterscheidet nicht, nach welcher Vorschrift Versicherungspflicht für den Rentenbezieher vorliegt. Der Rentenversicherungsträger hat demnach auch für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Hälfte des nach der Rente zu bemessenden Krankenversicherungsbeitrags – mit Ausnahme des kassenindividuellen Zusatzbeitrags – zu tragen; ein Anspruch auf Zahlung eines Beitragszuschusses durch den Rentenversicherungsträger besteht nicht.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung, die aus der Rente zu zahlen sind, hat dagegen der Versicherungspflichtige einschließlich eines eventuell zu zahlenden Beitragszuschlags nach § 55 Abs. 3 SGB XI in voller Höhe allein zu tragen.

Im Übrigen bleibt der Versicherte auch dann Beitragsschuldner, wenn die Beiträge von Dritten, z. B. von Sozialhilfeträgern aufgrund des § 32 SGB XII, übernommen und im Wege einer Direktzahlung nach § 32a Abs. 2 SGB XII an die zuständige Krankenkasse geleistet werden.

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2019 sieht das GKV-VEG vor, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag paritätisch finanziert wird. Im Ergebnis werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt, das nicht aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV resultiert, in gleichem Maße von Arbeitgebern und Beschäftigten getragen. Dies gilt auch für Rentenversicherungsträger und Rentner, soweit es sich um die Tragung der Beiträge aus dem Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung handelt.

E.7 Beitragszahlung

E.7.1 Allgemeines

Nach § 252 Satz 1 SGB V sind die Beiträge, soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Gleiches gilt für die Pflegeversicherung nach § 60 SGB XI. D.h., dass Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die Beiträge grundsätzlich selbst an die Krankenkasse zu zahlen haben, da diese auch von ihnen allein getragen werden. Entsprechendes gilt für die landwirtschaftliche Krankenversicherung (vgl. § 49 KVLG 1989). Die von diesem Grundsatz abweichenden Regelungen werden nachfolgend erläutert.

E.7.2 Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

Die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt, das nicht aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV resultiert, für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtigen Mitglieder werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer grundsätzlich je zur Hälfte getragen (vgl. Abschnitt E.6). Demzufolge wären prinzipiell die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung durch den Tatbestand des Eintretens der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V im Wege des üblichen Verfahrens durch den Arbeitgeber an die Einzugsstelle abzuführen.

Die Regelungen über die Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags im Rahmen der §§ 28d bis 28n SGB IV finden hier allerdings keine Anwendung. Der Gesetzgeber hat mit der Regelung des § 227 SGB V eindeutig bestimmt, dass die Regelungen des § 240 SGB V für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen anzuwenden sind. Diese bewegen sich gänzlich außerhalb der Rechtsnormen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Dies hat zur Folge, dass der Arbeitgeber

nur seine Beitragsanteile zur Kranken- und Pflegeversicherung zahlt und der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtige für diese ebenso wie für die von ihm zu tragenden Teile Beitragsschuldner ist.

Es ist daher der gesamte Betrag vom Versicherten an die Krankenkasse zu zahlen. Der Arbeitgeber zahlt die sich aus dem Arbeitsentgelt ergebenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung daher wie einen Beitragszuschuss für einen Beschäftigten (vgl. § 257 SGB V, § 61 SGB XI) an den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen aus.

E.7.3 Beitragszahlung aus Rente

Die Rentenversicherungsträger sind nach § 255 Abs. 1 SGB V verpflichtet, für versicherungspflichtige Mitglieder die Krankenversicherungsbeiträge nach dem allgemeinen und dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz von den Renten und Rentennachzahlungen der Rentenbezieher einzubehalten und an die Deutsche Rentenversicherung Bund für den Gesundheitsfonds zu zahlen. Dies gilt unabhängig davon, nach welcher Vorschrift die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung besteht. Die Beiträge für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherungspflichtigen sind vom Rentenversicherungsträger bei der Zahlung der Rente einzubehalten und an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen (vgl. § 50 Abs. 1 KVLG 1989).

Hinsichtlich der Beitragszahlung zur sozialen Pflegeversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gilt § 255 SGB V entsprechend (vgl. § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Somit kommt eine Beitragserhebung aus dem Zahlbetrag der Rente durch die Krankenkasse bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V – anders als bei freiwillig Versicherten – grundsätzlich nicht in Betracht. Ist jedoch für den Versicherungspflichtigen nach § 240 Abs. 4 SGB V eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage vorgesehen und ist der Zahlbetrag der Rente niedriger als die maßgebliche Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, hat die Krankenkasse Beiträge nach § 240 SGB V vom Unterschiedsbetrag zwischen dem Zahlbetrag der Rente und der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage direkt vom Versicherten zu erheben.

Eine weitere Besonderheit gilt bei der Gruppe der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen, die neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII erhalten und in Einrichtungen stationär untergebracht sind. Für sie gilt nach § 7 Abs. 10 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler eine pauschalierte beitragspflichtige Einnahme in Höhe des 3,2-fachen des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 3 nach der Anlage zu § 28 SGB XII und der Beitrag wird durch die Multiplikation dieser beitragspflichtigen Einnahme mit dem ermäßigten Beitragssatz nach § 243 SGB V errechnet, zuzüg-

lich des Zusatzbeitrags. In diesem Fall ist der Versicherte der Beitragsschuldner gegenüber der Krankenkasse für die Differenz zwischen dem (pauschalen) Beitrag, der für Sozialhilfeempfänger in stationären Einrichtungen vorgesehen ist, und dem Beitrag, der aus dem Zahlbetrag der Rente (unter Berücksichtigung des allgemeinen Beitragssatzes und des Zusatzbeitragssatzes) einbehalten wurde.

Die Ausführungen im vorangegangenen Absatz gelten ab dem 1. Januar 2019 aufgrund der Ausweitung der pauschalierenden Beitragsbemessung für alle Sozialhilfeempfänger mit Rentenbezug – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – sinngemäß.

E.7.4 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

Sofern die Krankenkasse der Zahlstelle mitteilt, dass die Zahlstelle die Beiträge abzuführen hat, hat die Zahlstelle der Versorgungsbezüge die Beiträge zu ermitteln, von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen (vgl. § 256 Abs. 1 SGB V). Die Zahlstelle hat in diesem Fall auch den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V sowie die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (einschließlich des Beitragszuschlags für Kinderlose) einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen.

E.7.5 Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger

Mit dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen sowie zur Änderung des Zweiten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 22. Dezember 2016 (BGBl I S. 3159) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2018 an eine generelle Direktzahlung der Beiträge nach § 32a Abs. 2 SGB XII zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung für alle Leistungsberechtigten nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII durch die Sozialhilfeträger an die zuständige Krankenkasse eingeführt. Die Zahlungsverpflichtung umfasst somit unter anderem auch Beiträge für solche Sozialhilfeempfänger, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind.

Die Direktzahlung von Beiträgen wurde unter der Voraussetzung eingeführt, dass die Gesamtsumme der monatlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus dem Zahlungsanspruch abgeführt werden kann. Diese Regelung soll solche Fallkonstellationen ausschließen, bei denen ein Versicherungsbeitrag anteilig zum einen vom Mitglied und zum anderen vom Sozialamt an die Krankenkasse zu zahlen wäre. In den Fällen, in denen die Gesamtsumme der monatlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung höher ist als der Zahlungsanspruch des Leistungsberechtigten (was Folge der Berücksichtigung des anrechenbaren Einkommens ist), muss der Leistungsempfänger selbst die gesamten Beiträge an die Krankenkasse abführen.

Die Direktzahlung erfolgt an die jeweilige Krankenkasse, bei der die leistungsberechtigte Person versichert ist. Beginn und Ende der Direktzahlung sowie die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind sowohl den Leistungsberechtigten als auch der zuständigen Krankenkasse mitzuteilen. Zusätzlich sind die Leistungsberechtigten darüber zu informieren, an welche Krankenkasse die Beiträge gezahlt werden, die Krankenkassen sind darüber hinaus über Namen und Anschrift des Versicherten zu informieren, für den die Beiträge gezahlt werden.

Die Sozialhilfeträger haben die Beiträge an die Krankenkassen bis zum Ende des Beitragsmonats (Monat, für den der Beitrag gezahlt wird) zu zahlen.

Im Übrigen tangiert das beschriebene Verfahren einer direkten Zahlung der Beiträge an die Krankenkasse weder die Beitragsschuldnereigenschaft der betroffenen Mitglieder nach § 252 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 250 Abs. 3 SGB V gegenüber der zuständigen Krankenkasse noch die Fälligkeitsregelung des § 10 Abs. 1 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler.

E.8 Ermäßigung von Beitragsschulden bei verspäteter Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, soweit die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorliegen. Mit dem Beginn der Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 11 SGB V (vgl. § 49 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) korrespondiert auch die Beitragspflicht nach § 223 Abs. 1 SGB V und § 54 Abs. 2 Satz 2 SGB XI. Wird die Mitgliedschaft erst längere Zeit nach ihrem eigentlichen Beginn angezeigt, sind die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Zeit der Mitgliedschaft grundsätzlich nachzuzahlen.

Für Mitglieder, die das Vorliegen der Voraussetzungen der Auffang-Versicherungspflicht nicht zeitnah bei ihrem Beginn anzeigen, wurden durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl I S. 2423) mit Wirkung ab dem 1. August 2013 rechtliche Instrumente des Erlasses und der Ermäßigung der Beitragsschulden vorgesehen (vgl. § 256a SGB V). Hierbei kam das Verfahren des Beitragserlasses nur für Personen infrage, die sich zwecks Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis zum Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse gemeldet haben. Für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die sich erst nach dem Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, sollen die für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht und der Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse festgestellten Beitragsansprüche gemäß § 256a Abs. 1 SGB V ermäßigt werden.

Die Ausgestaltung der näheren Voraussetzungen für den Erlass von Beiträgen bzw. den Umfang der Beitragsermäßigung im Sinne des § 256a Abs. 1 bis 3 SGB V wurde dem GKV-Spitzenverband nach § 256a Abs. 4 SGB V übertragen. In Erfüllung dieses Regelungsauftrages hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 4. September 2013 „Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Einheitlichen Grundsätzen am 16. September 2013 zugestimmt.

Danach sind im Falle der verspäteten Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V die für die Zeit seit dem Beginn der Versicherungspflicht bis zum Ende des Monats, der dem Tag der Anzeige vorhergeht (Nacherhebungszeitraum) zu zahlenden Beiträge auf den Beitrag zu ermäßigen, der sich unter Zugrundelegung einer beitragspflichtigen Einnahme in Höhe von 10 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 SGB V für den Kalendermonat ergibt. Eine Ermäßigung der Beiträge setzt voraus, dass das Mitglied schriftlich erklärt, während des Nacherhebungszeitraums Leistungen für sich nicht in Anspruch genommen zu haben oder im Falle in Anspruch genommener Leistungen auf eine Kostenübernahme oder Kostenerstattung zu verzichten. Eine Ermäßigung der Beiträge scheidet aus, wenn der Nacherhebungszeitraum nicht mehr als drei Monate umfasst.

Sofern im Falle der Ermäßigung von Beiträgen auf die Beitragsforderung für den Nacherhebungszeitraum Säumniszuschläge nach § 24 SGB IV zu erheben sind, sind diese zu erlassen. Die Erhebung von Säumniszuschlägen bei Nichtzahlung der Beitragsforderung bleibt unberührt.

Näheres zur Ermäßigung von Beiträgen ist den vorgenannten Einheitlichen Grundsätzen respektive den hierzu ergangenen weiteren Veröffentlichungen (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes Nr. 2013/415 vom 17. September 2013 sowie Niederschrift zu TOP 4 der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes vom 19. November 2013) zu entnehmen.

Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI

1. Angaben zur Person

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Familienstand
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Ich habe Familienangehörige, die beitragsfrei mitversichert werden sollen	☐ ja (Bitte senden Sie mir den Antrag zur Familienversicherung zu.) ☐ nein	

Staatsangehörigkeit

☐ deutsch
☐ EU-/EWR-Staat[1] oder Schweiz
Bitte ergänzend den Fragebogen „Angaben zur Freizügigkeit" ausfüllen.
☐ sonstige_____
Bitte Kopie der Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis beifügen.

2. Angaben zur letzten Krankenversicherung oder anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland

2.1 Ich habe seit _____ keine Absicherung im Krankheitsfall.
2.2 Bis zu diesem Zeitpunkt (s. Angabe zu Ziffer 2.1) war ich zuletzt

2.2.1 ☐ gesetzlich versichert in Deutschland bei _____
Name der Krankenkasse

☐ selbst versichert
☐ familienversichert über _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Wenn Sie das Feld unter Ziffer 2.2.1 angekreuzt haben, bitte weiter bei Ziffer 3.

2.2.2 ☐ privat versichert in Deutschland bei _____
Name des Versicherungsunternehmens
(Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Wenn Sie das Feld unter Ziffer 2.2.2 angekreuzt haben, bitte weiter bei Ziffer 3.

2.2.3 ☐ in einem „Sondersystem" in Deutschland abgesichert **(Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)**

☐ durch freie Heilfürsorge bzw. unentgeltliche truppenärztliche Versorgung
☐ aufgrund von Leistungen von einem Sozialhilfeträger (z. B. Grundsicherungsleistungen, Krankenhilfe)
☐ im Rahmen der Krankenhilfe von einem Jugendamt
☐ durch Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz
☐ aufgrund von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
☐ im Rahmen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
☐ im Rahmen der Versicherung in der Postbeamtenkrankenkasse
☐ im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach dem über- und zwischenstaatlichen Recht
☐ im Rahmen der „Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der EU"
☐ im Rahmen einer Incoming-Krankenversicherung
☐ Sonstiges _____
Name der Absicherungsform

Wenn Sie ein Feld unter Ziffer 2.2.3 angekreuzt haben, bitte weiter bei Ziffer 2.3.

2.2.5 ☐ im Ausland
(Bitte ergänzend den Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug bzw. Rückkehr nach Deutschland" ausfühlen und weiter bei Ziffer 3)

2.3 Vor der Absicherung in einem Sondersystem war ich

2.3.1 ☐ zuletzt gesetzlich versichert in Deutschland bei _____
Name der Krankenkasse

☐ selbst versichert
☐ familienversichert über _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

2.3.2 ☐ zuletzt privat versichert in Deutschland bei _____
Name des Versicherungsunternehmens
(Bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

2.3.3 ☐ noch nie gesetzlich oder privat krankenversichert in Deutschland
(Bitte ergänzend den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf" ausfüllen und weiter bei Ziffer 3)

2.3.4 ☐ Meine letzte Versicherung ist mir nicht bekannt.
(Bitte ergänzend den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf" ausfüllen und weiter bei Ziffer 3)

[1] Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (griechischer Teil)

3. Angaben zur Beschäftigung oder Tätigkeit

Ich bin zurzeit

☐ als Arbeitnehmer(in) beschäftigt und krankenversicherungsfrei
bei _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers / Telefonnummer

☐ selbstständig tätig als* _____
wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden
(einschließlich Vor- und Nacharbeiten sowie Prüfaufwand für die Personalführung)
Ich beschäftige _____ Arbeitnehmer, davon geringfügig: _____
gesamtes monatliches Arbeitsentgelt aller geringfügig Beschäftigten _____ Euro
*** Fügen Sie bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei.**

☐ Beamter / Beamtin / Pensionär / Pensionärin
☐ Hausfrau / Hausmann
☐ Rentner / Rentnerin
☐ Schüler / Schülerin / Umschüler / Umschülerin
☐ Student / Studentin
☐ Sozialhilfeempfänger / Sozialhilfeempfängerin
☐ Sonstiges _____

Ich bin aus dem Ausland zugezogen und war dort zuletzt tätig als*

(* Diese Frage ist nur zu beantworten, wenn Sie noch nie in Deutschland, in einem EU-/EWR-Staat, in der Schweiz, in Mazedonien, Tunesien oder in der Türkei gesetzlich oder privat versichert waren)

☐ als Arbeitnehmer(in), mein Jahreseinkommen betrug _____ Euro.
☐ Selbstständiger als _____
☐ Beamter / Beamtin
☐ Sonstiges _____

4. Allgemeine Angaben

4.1 Ich bin von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag befreit
☐ nein ☐ ja, bitte Nachweis beifügen

4.2 Ich bin von der Pflegeversicherungspflicht auf Antrag befreit
☐ nein ☐ ja, bitte Nachweis beifügen

4.3 Ich habe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen eigene Ansprüche auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit.
☐ nein ☐ ja, bitte Nachweis beifügen

4.4 Ich habe Kinder (wg. Prüfung „Beitragszuschlag für Kinderlose“ in der Pflegeversicherung)
☐ nein ☐ ja, bitte Nachweis (z. B. Kopie der Geburtsurkunde, des Kindergeldbescheides oder des Familienstammbuches) beifügen

5. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
IBAN	BIC
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse

Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI
hier: Zusätzliche Angaben bei Zuzug bzw. Rückkehr nach Deutschland

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit

1. Wann sind Sie nach Deutschland eingereist bzw. zurückgekehrt?*

am _____

***) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.**

2. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht?

☐ ja
☐ nein
☐ ich weiß nicht

3. Unterlagen Sie im Ausland weiterhin dem deutschen Recht (z. B. als entsandter Arbeitnehmer oder als Urlauber)?

☐ ja
☐ nein
☐ ich weiß nicht

4. In welchem Ausland haben Sie sich zuletzt aufgehalten?

☐ EU-/EWR-Staat oder Schweiz
☐ Mazedonien, Tunesien oder Türkei
☐ Sonstiges, Staat: _____

5. Wie waren Sie im Ausland versichert?*

*** Bitte entsprechende Unterlagen beifügen**

☐ bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausland
☐ bei einem privaten Versicherungsunternehmen im Ausland
☐ im Rahmen einer privaten Auslandskrankenversicherung für Auslandsaufenthalte von mehr als 42 Tagen
☐ im Rahmen einer Auslands-Gruppenversicherung meines Arbeitgebers
☐ im Rahmen der „Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der EU“
☐ nicht versichert
☐ Sonstiges

_____
Name der Absicherungsform

6. Für Auslandsrückkehrer: In welchem Versicherungssystem waren Sie zuletzt vor Ihrem Auslandsaufenthalt in Deutschland versichert?*

*** Bitte entsprechende Unterlagen beifügen**

☐ in der GKV, bei der Krankenkasse _____
☐ in der PKV, bei dem Unternehmen _____

Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 52a SGB V und § 33a SGB XI
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherungen in einer Versicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI (Familienversicherung) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für mich *und meine familienversicherten Angehörigen*)* Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind der Krankenkasse bzw. Pflegekasse gemäß § 50 SGB X zu erstatten.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
	Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben.	Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse

Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI
hier: Angaben zur Freizügigkeit

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit

Zum Zeitpunkt des Zuzugs war ich freizügigkeitsberechtigt nach der folgenden Nummer des § 2 Absatz 2 Freizügigkeitsgesetz/EU **(nur eine Auswahl ist möglich)**:

☐ Nr. 1 Unionsbürger, die sich als Arbeitnehmer oder zur Berufsausbildung aufhalten wollen

Beginn der Beschäftigung: _____

Saisonarbeit: ☐ nein
☐ ja, voraussichtlich bis _____

Name des Arbeitgebers: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

☐ Nr. 1a Unionsbürger, die sich zur Arbeitssuche aufhalten wollen

Folgende Eigenbemühungen zur Arbeitssuche habe ich bereits unternommen:

☐ Auswertung des Onlineportals der Arbeitsagentur „virtueller Arbeitsmarkt“
☐ Auswertung von Stellenanzeigen in Zeitungen, Fachzeitschriften und Internet
☐ gezielte Initiativbewerbungen und -vorsprachen bei Arbeitgebern
☐ Arbeitsplatzsuche per Anzeige in Zeitungen und Fachzeitschriften
☐ Besuch von Arbeitsmarktbörsen
☐ Kontaktaufnahme zu privaten Vermittlern

☐ Nr. 2 Unionsbürger, wenn sie zur Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit berechtigt sind (niedergelassene selbständige Erwerbstätige)

Ich bin selbstständig tätig als* _____

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

(einschließlich Vor- und Nacharbeiten sowie Zeitaufwand für Personalführung)

Ich beschäftige _____ Arbeitnehmer, davon _____ geringfügig.

Das gesamte Arbeitsentgelt aller geringfügig Beschäftigten beträgt _____ Euro.

*** Fügen Sie bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei.**

☐ Nr. 3 Unionsbürger, die, ohne sich niederzulassen, als selbständige Erwerbstätige Dienstleistungen im Sinne des Artikels 57 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union erbringen wollen (Erbringer von Dienstleistungen), wenn sie zur Erbringung der Dienstleistung berechtigt sind,

Ich bin selbstständig tätig als* _____

Ich bin selbstständig tätig ☐ ausschließlich in Deutschland
☐ in Deutschland und in _____

In Deutschland bin ich ☐ vorübergehend bis zum _____
☐ dauerhaft selbstständig tätig.

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

(einschließlich Vor- und Nacharbeiten sowie Zeitaufwand für Personalführung)

Ich beschäftige _____ Arbeitnehmer, davon _____ geringfügig.

Das gesamte Arbeitsentgelt aller geringfügig Beschäftigten beträgt _____ Euro.

*** Fügen Sie bitte eine Kopie der Gewerbeanmeldung bei.**

☐ Nr. 4 Unionsbürger als Empfänger von Dienstleistungen

Hierunter fallen Unionsbürger, die sich z.B. als Tourist, Studien- oder Geschäftsreisender oder zur medizinischen Behandlung in Deutschland aufhalten. In diesen Fällen orientiert sich die Aufenthaltsdauer an dem Zeitraum des Erhalts der Dienstleistung und ist vorübergehend. Der Wohnsitz im Herkunftsland besteht weiter.

☐ Nr. 5 nicht erwerbstätige Unionsbürger unter den Voraussetzungen des § 4 FreizügG/EU

Ich bin
☐ Rentner/Rentnerin/Rentenantragsteller/Rentenantragstellerin

Persönliche Kennnummer: _____(Rentenversicherungsnummer)

☐ Empfänger/in* ☐ Antragsteller/in

folgender Rente:

☐ Alter ☐ Invalidität ☐ Hinterbliebene
☐ Arbeitsunfall ☐ Berufskrankheit

Name des Rentenversicherungsträgers: _____

Anschrift des Rentenversicherungsträgers: _____

*** Fügen Sie bitte eine Kopie des Rentenbescheides bei. Sofern sie mehrere Renten beziehen, benötigen wir für alle Renten einen Nachweis.**

☐ Student/Studentin
☐ sonstige nichterwerbstätige Person

☐ Nr. 6 Familienangehörige unter den Voraussetzungen der §§ 3 und 4 FreizügG/EU

Ich bin
☐ Familienangehörige/r eines Arbeitnehmers bzw. einer Arbeitnehmerin
☐ Familienangehörige/r einer selbständig erwerbstätigen Person
☐ Familienangehörige/r eines Dienstleistungsempfängers bzw. einer Dienstleistungsempfängerin
☐ Familienangehörige/r einer nicht erwerbstätigen Person

☐ Nr. 7 Unionsbürger und ihre Familienangehörigen, die ein Daueraufenthaltsrecht (§ 4a FreizügG/EU) erworben haben.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse

Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI
hier: Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit

1. Angaben zur eigenen Person

a) früher geführte Namen

_____

b) Zeiten der Schulausbildung (lückenlose Angabe ist erforderlich)

von	bis	Schule (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

c) Zeiten der Erwerbstätigkeit (Erwerbsbiographie) (lückenlose Angabe ist erforderlich)
Eine Erwerbstätigkeit habe ich erstmalig aufgenommen (auch im Ausland) am _____
Folgende Erwerbstätigkeiten wurden von mir ausgeübt:

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

2. Angaben zum Ehegatten
Verheiratet vom _____ bis _____ mit (Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten) _____

Während dieser Zeit war mein Ehegatte wie folgt erwerbstätig und krankenversichert (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)

3. Angaben über die Eltern
zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Name, Vorname des Vaters	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____		
		_____		
Name, Vorname der Mutter	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____		
		_____		

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters

Interne Datenschutzhinweise der Krankenkasse