RUNDSCHREIBEN

RS 2018/695 vom 14.12.2018

Spitzenverband

Einheitliche Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Kurzbeschreibung: Einheitliche Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V werden bekannt gegeben

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Ansprechpartner/innen:
Irina Riesen

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

wir kommen zurück auf unser Rundschreiben 2018/620 vom 22. November 2018, mit dem wir über die Neuregelungen des GKV-Versicherten-entlastungsgesetzes (GKV-VEG) berichtet haben, die den Zugang in die freiwillige Krankenversicherung im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung sowie die Fortführung der freiwilligen Mitgliedschaft für Personen beschränken, deren Aufenthaltsort nicht feststellbar ist.

Bei der Umsetzung dieser Neuregelungen sind die Krankenkassen verpflichtet, alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auszuschöpfen, um den Wohnsitz oder Aufenthalt des Mitglieds in Deutschland zu ermitteln. Der GKV-Spitzenverband regelt nach § 188 Abs. 5 SGB V verbindlich für alle Krankenkassen das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen im Rahmen untergesetzlicher Normsetzung.

In Erfüllung dieses Regelungsauftrages wurden die Einheitlichen Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze) entwickelt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat die Einheitlichen Ermittlungsgrundsätze am 28. November 2018 beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den Einheitlichen Grundsätzen am 14. Dezember 2018 zugestimmt. Mit der Zustimmung des BMG sind die Einheitlichen Grundsätze wirksam. Sie werden

zeitnah im elektronischen Bundesanzeiger und auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

1. Einheitliche Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V

Spitzenverband

Einheitliche Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze)

vom 28. November 2018[1]

Auf der Grundlage des § 188 Abs. 5 SGB V, der durch Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b des Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl I S. 2387) eingefügt worden ist,

regelt der GKV-Spitzenverband[2] einheitlich für alle Krankenkassen[3]:

§ 1
Anwendungsbereich

Diese Grundsätze regeln das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 4 und § 191 Nr. 4 SGB V.

§ 2
Ermittlungsgrundsätze

(1) Die Krankenkasse hat in Erfüllung der Amtsermittlungspflicht nach § 20 SGB X die ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten auszuschöpfen, um den Wohnsitz oder den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 4 oder § 191 Nr. 4 SGB V zu ermitteln.
(2) Die Ermittlungsaktivitäten nach § 188 Abs. 4 Satz 4 und § 191 Nr. 4 SGB V sind Bestandteil der sonstigen Aktivitäten der Krankenkasse zur Klärung des Krankenversicherungsschutzes.

---

[1] Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Einheitlichen Grundsätzen vom 28. November 2018 am 14. Dezember 2018 zugestimmt.
[2] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.
[3] Die Ermächtigungsgrundlage des § 188 Abs. 5 SGB V gilt für die landwirtschaftliche Krankenkasse analog.

Spitzenverband

§ 3
Beginn der Ermittlungen zur Klärung des Krankenversicherungsschutzes nach § 188 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V

(1) Bei einem Ende der Versicherungspflicht nimmt die Krankenkasse spätestens nach Ablauf der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 SGB V zuzüglich einer Frist von sechs Wochen Kontakt mit dem Mitglied auf, um festzustellen, ob im Anschluss an die Versicherungspflicht die Voraussetzungen nach § 188 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V erfüllt sind.
(2) Bei einem Ende der Familienversicherung nimmt die Krankenkasse unverzüglich danach Kontakt mit der familienversicherten Person bzw. mit ihrem gesetzlichen Vertreter auf, um festzustellen, ob im Anschluss an die Familienversicherung die Voraussetzungen nach § 188 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V erfüllt sind. Satz 1 gilt nicht, wenn

1. die Familienversicherung nur wegen der Beendigung der Mitgliedschaft des Stammversicherten mit Ausnahme des Sachverhaltes im Sinne des § 190 Abs. 1 SGB V endet,
2. die Familienversicherung wegen eines der Krankenkasse bekannten Tatbestandes der Versicherungspflicht endet oder
3. der Krankenkasse die Informationen über den anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall für die familienversicherte Person im Rahmen der Meldung nach § 9 Abs. 3 der Fami-Meldegrundsätze vorliegen.

(3) Für die Kontaktaufnahme zur Klärung des Krankenversicherungsschutzes ist die Schriftform zu verwenden. Briefsendungen sind durch Aufgabe zur Post an die letzte bekannte Anschrift des Mitglieds zu richten.

§ 4
Ermittlungsanlässe und Ermittlungsaktivitäten

(1) Wird mindestens eine der an die letzte bekannte Anschrift des Mitglieds gerichteten Briefsendungen mit einem Unzustellbarkeitsvermerk an die Krankenkasse zurückgesendet, hat die Krankenkasse die Ermittlungsaktivitäten mit dem Ziel einzuleiten, einen Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches festzustellen. Gleiches gilt in den Fällen, in denen mit Einwilligung des Mitglieds Schriftstücke über öffentlich zugängige Netze bereitgestellt werden, wenn das Mitglied diese innerhalb einer von der Krankenkasse bestimmten Frist nach Absenden einer Benachrichtigung über die Bereitstellung nicht abruft. Darüber hinaus

Spitzenverband

sind Ermittlungsaktivitäten einzuleiten, wenn ein Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung am Fälligkeitstag nicht gezahlt wird.
(2) Um die Ermittlungsmöglichkeiten im Sinne des § 2 Abs. 1 auszuschöpfen, hat die Krankenkasse folgende Ermittlungsaktivitäten mit dem Ziel der Feststellung des Wohnortes zu unternehmen:

1. Versuch der telefonischen Kontaktaufnahme mit dem Mitglied, sofern eine Telefonnummer bekannt ist,
2. Versuch der Kontaktaufnahme mit dem Mitglied per E-Mail, sofern eine E-Mail-Adresse bekannt ist,
3. elektronische Melderegisterabfrage bei der für den letzten bekannten Wohnsitz zuständigen Meldebehörde oder – sofern ein automatischer Datenabruf noch nicht realisiert ist – Amtshilfeersuchen an die für den letzten bekannten Wohnsitz zuständige Meldebehörde,
4. Auswertung des Protokolls über die Vollstreckung, sofern ein Vollstreckungsversuch beim Mitglied stattfindet.

In welcher Reihenfolge die Aktivitäten nach Satz 1 einzuleiten sind, bestimmt die Krankenkasse in Abhängigkeit von den Gegebenheiten des Einzelfalls.

§ 5
Feststellungen der Krankenkasse

(1) Die Ermittlungsaktivitäten nach § 4 Abs. 2 sind von der Krankenkasse einzustellen, wenn sie unter Berücksichtigung der Ermittlungsergebnisse und der Gesamtumstände des Einzelfalls feststellt, dass weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermittelt werden konnte. Folgende Indizien sprechen gegen einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches:

1. Eine an die letzte bekannte Anschrift des Mitglieds gerichtete Briefsendung wird mit einem Unzustellbarkeitsvermerk an die Krankenkasse zurückgesendet.
2. Nach Auskunft der für den letzten bekannten Wohnsitz zuständigen Meldebehörde ist im Melderegister kein Wohnsitz in Deutschland hinterlegt.
3. Nach dem Protokoll über die Vollstreckung hat das Mitglied nicht bzw. nicht mehr seinen Wohnsitz unter der Vollstreckungsanschrift und bestehen auch keine sonstigen Anhaltspunkte für einen anderen inländischen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt.
4. Das Mitglied ist unter der bekannten Telefonnummer nicht erreichbar.
5. Das Mitglied antwortet nicht auf eine E-Mail an die bekannte E-Mail-Adresse.

(2) Stellt die Krankenkasse für die Sachverhalte im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V nach Absatz 1 fest, dass sie weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte, hat sie unverzüglich die Feststellung zu treffen, dass keine Versicherung zustande gekommen ist. Die Feststellung nach Satz 1 ist spätestens zu dem Zeitpunkt zu treffen, an dem die entsprechende Versicherungszeit in den Korrekturmeldungen nach § 30 Abs. 4 Satz 2 RSAV für das jeweilige Ausgleichsjahr noch Berücksichtigung finden kann.
(3) Stellt die Krankenkasse für die Sachverhalte im Sinne des § 191 Nr. 4 SGB V nach Absatz 1 fest, dass sie weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte, hat sie zu prüfen, ob die weiteren Voraussetzungen des § 191 Nr. 4 SGB V innerhalb des Sechs-Monats-Zeitraums erfüllt sind und anschließend die Feststellung zu treffen, dass die Mitgliedschaft beendet ist. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 6
Dokumentation

Die Ermittlungsaktivitäten, deren jeweilige Ergebnisse und die Feststellungen im Sinne des § 5 hat die Krankenkasse mit Bezug auf das jeweilige Mitglied und unter Angabe des jeweiligen Zeitpunktes oder Zeitraumes zu dokumentieren.

§ 7
Inkrafttreten, Bekanntmachung

(1) Die Grundsätze treten am Tag nach der Verkündung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes – GKV-VEG in Kraft. Sie werden nach der Zustimmung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam.

(2) Die Grundsätze werden im elektronischen Bundesanzeiger und auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes bekannt gemacht.

Spitzenverband

Begründung

Allgemeiner Teil

Mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) werden im Rahmen eines Maßnahmenpakets zur Reduzierung von Beitragsschulden in der GKV unter anderem Regelungen geschaffen, die den Zugang in die freiwillige Krankenversicherung sowie die Fortführung der freiwilligen Mitgliedschaft für Personen beschränken, deren Aufenthaltsort nicht feststellbar ist. Nach dem bisherigen Rechtsverständnis war die freiwillige Versicherung in Form der obligatorischen Anschlussversicherung selbst in Zweifelsfällen zu begründen, wenn unklar war, ob die betroffene Person weiterhin den Aufenthalt in Deutschland hat. Nach der neuen Rechtslage ist die Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung auf die Fälle des geklärten Aufenthalts beschränkt. Darüber hinaus ist ein Beendigungstatbestand für freiwillige Mitgliedschaften geschaffen worden, wenn Mitglieder unauffindbar werden.

In diesem Zusammenhang sind die Krankenkassen verpflichtet, alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auszuschöpfen, um den Wohnsitz oder Aufenthalt des Mitglieds in Deutschland zu ermitteln. Um eine einheitliche Vorgehensweise aller Krankenkassen zu gewährleisten, hat der GKV-Spitzenverband nach § 188 Abs. 5 SGB V einheitliche Grundsätze zu den Ermittlungsaktivitäten festzulegen.

Auf der Grundlage dieser Ermächtigungsnorm hat der GKV-Spitzenverband die vorliegenden „Einheitliche Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze)“ beschlossen.

Besonderer Teil

zu § 1 – Anwendungsbereich

Die Regelung beschreibt den sachlichen Geltungsbereich der Grundsätze. Danach erstreckt sich der Anwendungsbereich der Ermittlungsgrundsätze auf die Aktivitäten der Krankenkassen bei der Umsetzung der Vorgaben des § 188 Abs. 4 Satz 4 sowie des § 191 Nr. 4 SGB V. Einheitliche Ermittlungsgrundsätze treten dafür an, die Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen zu definieren, damit eine einheitliche Vorgehensweise sichergestellt ist.

Spitzenverband

zu § 2 – Ermittlungsgrundsätze

Absatz 1
Die Regelung entspricht dem Programmsatz, wonach die Krankenkassen ihre Amtsermittlungspflichten nach § 20 SGB X auszuschöpfen haben, um die gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen. In § 188 Abs. 4 Satz 4 und § 191 Nr. 4 SGB V sind bestimmte Rechtsfolgen angeordnet, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln konnte. Aufgabe der Krankenkassen ist es mithin festzustellen, ob das (potenzielle) Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (noch) im Inland hat. Diese Feststellung setzt die Ausschöpfung aller Aktivitäten voraus, die für die Ermittlung des Aufenthaltsorts der betroffenen Person geeignet sind.

Absatz 2
Die Ermittlungsaktivitäten nach § 188 Abs. 4 Satz 4 sowie § 191 Nr. 4 SGB V im engeren Sinne sind auf die Klärung der Fragestellung gerichtet, ob sich das betroffene Mitglied im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches aufhält. Sie werden daher erst dann ausgelöst, wenn Anhaltspunkte vorliegen (vgl. hierzu § 4 der Ermittlungsgrundsätze), die darauf hindeuten, dass der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Inland unter Umständen aufgegeben wurde. Vor diesem Hintergrund sind die Ermittlungsaktivitäten nach § 188 Abs. 4 Satz 4 bzw. § 191 Nr. 4 SGB V als Teil der sonstigen Aktivitäten der Krankenkasse anzusehen und können als „zweite Stufe“ der Ermittlungen bezeichnet werden.

zu § 3 – Beginn der Ermittlungen zur Klärung des Krankenversicherungsschutzes nach § 188 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V

In dieser Vorschrift ist die Organisation der Abläufe bei Ermittlungen der Krankenkassen beschrieben, die den eigentlichen Ermittlungsaktivitäten nach § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V vorgeschaltet sind. Es handelt sich um die Klärung der möglichen obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung oder aus der Versicherungspflicht. Die Regelung beschreibt nur den Teil der Ermittlungsaktivitäten der Krankenkasse, der auf die Kontaktaufnahme mit dem Betroffenen gerichtet ist. Welche Besonderheiten hierbei zu beachten sind, in Abhängigkeit davon, ob zuletzt eine Familienversicherung oder eine Versicherungspflicht vorlag, ergibt sich aus den Absätzen 1 und 2.

Spitzenverband

Absatz 1
Nach der Kenntnis der Krankenkasse über das Ausscheiden des Mitglieds aus der Versicherungspflicht sind zunächst interne Ermittlungen notwendig, ob die betroffene Person bereits wegen eines vorliegenden Ausschlusstatbestandes (vgl. § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V) nicht der obligatorischen Anschlussversicherung unterliegt. Als die am häufigsten in der Praxis vorkommenden Ausschlusstatbestände sind die Sachverhalte zu nennen, bei denen sich an das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nahtlos oder im zeitlichen Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V ein anderweitiger Tatbestand der Versicherungspflicht, insbesondere aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses, bei derselben Krankenkasse anschließt. Da für diese Fallkonstellationen die in der Sozialversicherung gesetzlich bzw. untergesetzlich vorgeschriebenen An- und Abmeldefristen (typischerweise von sechs Wochen, vgl. insbesondere § 6 DEÜV) gelten, bedingt ein verwaltungsökonomisches und zielgerichtetes Handeln, dies zu berücksichtigen und eine angemessene Zeit verstreichen zu lassen, bevor der Versicherte kontaktiert wird, zumal sich die Sachlage auf diese Weise in einer Vielzahl der Fälle ohne Beteiligung des Versicherten aufklären lässt. In dieser Zeit werden im Übrigen – ebenfalls ohne Kontaktaufnahme mit dem Versicherten – auch die Fallkonstellationen einer Klärung zugeführt, bei denen die obligatorische Anschlussversicherung wegen einer Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse ausgeschlossen ist, weil hierfür ein entsprechendes Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen gemäß den Fami-Meldegrundsätzen des GKV-Spitzenverbandes vorgeschrieben ist.

Erst nachdem die im vorigen Absatz genannten internen Sachverhaltsermittlungen zu keinem abschließenden Ergebnis führen, hat die Krankenkasse Kontakt mit der betroffenen Person aufzunehmen. Als spätester Zeitpunkt für ein Tätigwerden der Krankenkasse in diesem Sinne ergibt sich das Verstreichen von „vier plus sechs Wochen“ nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Ein weiteres Hinausschieben der nach außen gerichteten Ermittlungsaktivitäten über diesen Zeitpunkt hinaus ist vor dem Hintergrund der damit einhergehenden hohen Beitragsforderungen für zurückliegende Zeiträume im Falle des Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung unzulässig.

Absatz 2
Im Falle des Ausscheidens der betroffenen Person aus der Familienversicherung gestalten sich die auf die Klärung der Weiterversicherung gerichteten Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen im Hinblick auf die möglichen Beendigungsgründe der Familienversicherung und das regelmäßige Fehlen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach anderen Grundsätzen.

Spitzenverband

Absatz 3
Im Absatz 3 ist im Hinblick auf die notwendige Dokumentation (vgl. § 5 der Ermittlungsgrundsätze) die Schriftform für die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkasse, die auf die Klärung des aktuellen Versicherungsschutzes des Betroffenen gerichtet sind, vorgeschrieben. Im Falle der elektronischen Kommunikation mit dem Versicherten kann die Schriftform nach Maßgaben des § 36a Abs. 2 SGB I durch die elektronische Form ersetzt werden.

Bei der Kontaktaufnahme mit dem (potenziellen) Mitglied in der ersten Stufe der Ermittlungen im Kontext der Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V verfolgen die Krankenkassen mehrere Ziele, insbesondere: Klärung der Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung, Kommunikation über die Austrittsmöglichkeit, Ermittlungen hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds sowie Bekanntgabe eines Beitragsbescheides. Wie die Krankenkassen diese Inhalte an die betroffenen Personen kommunizieren, wird nicht im Sinne der einheitlichen organisatorischen Abläufe geregelt. Jede Krankenkasse entscheidet in eigener Zuständigkeit, wie viele Briefsendungen für die Kommunikation notwendig sind, wie die Inhalte auf die einzelnen Briefe verteilt werden und ob Erinnerungsschreiben notwendig sind.

Ergibt sich eine Reaktion des Mitglieds auf eines der Schreiben der Krankenkasse aus der ersten Ermittlungsstufe (sei es telefonisch, per Brief oder E-Mail bzw. in Gestalt einer Beitragszahlung), bedarf es zunächst keiner darauf aufbauenden Ermittlungen auf der zweiten Stufe, da kein Anlass für Zweifel besteht, ob sich das betroffene Mitglied in Deutschland aufhält. Im Falle der ausdrücklichen Erklärung des Mitgliedes über seinen Auslandsaufenthalt (verbunden mit einem geeigneten Nachweis) bedarf es einer Prüfung, ob deutsche Rechtsvorschriften weiterhin Anwendung finden. Ist dies zu verneinen, wird die obligatorische Anschlussversicherung unter Bezugnahme auf § 3 SGB IV nicht begründet. Für die mögliche Anwendung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V ist in solchen Fällen kein Raum.

zu § 4 – Ermittlungsanlässe und Ermittlungsaktivitäten

Absatz 1
Im Absatz 1 wird definiert, durch welche Ereignisse („Ermittlungsanlässe“) die Ermittlungsaktivitäten nach § 188 Abs. 4 Satz 4 bzw. § 191 Nr. 4 SGB V im engeren Sinne in Gang gesetzt werden. Der auslösende Impuls für die zweite Stufe der Ermittlungen ist typischerweise der Umstand, dass mindestens eine der Briefsendungen der Krankenkasse an die letzte bekannte Anschrift des Mitglieds als unzustellbar zurückgesendet wird. Dadurch sind Zweifel gerechtfertigt, ob sich die betroffene Person im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches aufhält. Selbiges gilt, wenn Schriftstücke über ein elektronisches Postfach im geschützten Bereich eines Krankenkassennetzwerkes

Spitzenverband

(z. B. Online-Geschäftsstelle) bereitgestellt werden, wenn das Mitglied diese innerhalb einer von der Krankenkasse bestimmten Frist nach Absenden einer Benachrichtigung über die Bereitstellung nicht abruft.

Alternativ wird die zweite Stufe der Ermittlungen durch ein Ereignis ausgelöst, das dem Bereich des Beitragseinzugs zuzuordnen ist. Es handelt sich um die Nichtzahlung eines Beitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung am Fälligkeitstag. Zwar entstehen dadurch nicht direkte Zweifel am Aufenthalt des Mitglieds in Deutschland, dennoch wird im Hinblick auf die Zielsetzung der Vermeidung nicht realisierbarer Beitragsforderungen die Notwendigkeit gesehen, die zweite Stufe der Ermittlungen nicht hinauszuzögern. Außerdem wird hiermit dem Umstand Rechnung getragen, dass auch der 6-Monate-Zeitraum im Sinne des § 191 Nr. 4 SGB V durch dasselbe Ereignis ausgelöst wird.

Absatz 2
Welche Ermittlungsaktivitäten im Einzelnen zu der zweiten Stufe der Ermittlungen gehören, wird im Absatz 2 beschrieben. Eins der wichtigsten Instrumente bei den Ermittlungen ist die Anfrage bei der zuständigen Meldebehörde. Diese ist dann einzuleiten, wenn eine an die letzte bekannte Anschrift des Mitglieds gerichtete Briefsendung mit einem Unzustellbarkeitsvermerk an die Krankenkasse zurückgesendet wird und auch eine Kontaktaufnahme über die letzte bekannte Telefonnummer oder E-Mail-Adresse erfolglos bleibt. Ergeben sich daraus keine Informationen, die das Einstellen der weiteren Ermittlungsaktivitäten rechtfertigen (vgl. Erläuterungen zum § 5 der Ermittlungsgrundsätze), ist des Weiteren die Informationsgewinnung im Rahmen eines Vollstreckungsversuchs beim Mitglied zu nutzen. Alternativ kann sich die Notwendigkeit einer Anfrage bei der zuständigen Meldebehörde erst im Verlauf einer Vollstreckungsmaßnahme ergeben.

zu § 5 – Feststellungen der Krankenkasse

Absatz 1
Der Absatz 1 des § 5 beschreibt die Feststellung der Krankenkasse, dass weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermittelt werden konnte. Diese Entscheidung geht mit dem Einstellen der Ermittlungsaktivitäten einher. Der Entscheidung liegen das Auswerten der einzelnen Ermittlungsergebnisse und die Würdigung der Gesamtumstände des Einzelfalls zugrunde. Ein einheitlicher zeitlicher Rahmen für die Dauer der Ermittlungen ist nicht vorgegeben; diese hängt von den Besonderheiten des Einzelfalls ab.

Spitzenverband

So kann die Krankenkasse z. B. dann von der Nichtfeststellbarkeit des Aufenthaltsorts des (potenziellen) Mitglieds ausgehen, wenn eine an die letzte bekannte Anschrift des Mitglieds gerichtete Briefsendung mit einem Unzustellbarkeitsvermerk an die Krankenkasse zurückgesendet wird, nach Auskunft der Meldebehörde im Melderegister kein Wohnsitz in Deutschland hinterlegt ist und keine Anhaltspunkte für eine gegenteilige Annahme bekannt sind. In den Fällen, in denen eine an die letzte bekannte Anschrift des Mitglieds gerichtete Briefsendung mit einem Unzustellbarkeitsvermerk an die Krankenkasse zurückgesendet wird und nach Auskunft der Meldebehörde im Melderegister dieselbe Adresse hinterlegt ist, ist ebenfalls die Annahme gerechtfertigt, dass der Betroffene die Abmeldung bei der Meldebehörde versäumt hat und somit weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermittelt werden konnte.

Liegen der Krankenkasse zunächst keine Informationen über Hindernisse bei der Postzustellung vor und ergibt sich aus der Nachfrage bei der Meldebehörde aus Anlass der fehlenden Beitragszahlung die Information, dass im Melderegister kein Wohnsitz in Deutschland hinterlegt ist, ist die Feststellung begründet, dass weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermittelt werden konnte.

Ergibt sich aus dem Vollstreckungsprotokoll, dass der Schuldner unter der Vollstreckungsadresse unbekannt ist, hat die Krankenkasse festzustellen, dass weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermittelt werden konnte, sofern keine sonstigen Anhaltspunkte für einen anderen inländischen Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt bestehen. Diese Feststellung erfasst den gesamten Zeitraum, für den das Vollstreckungsersuchen gilt, unabhängig davon, wie weit in der Vergangenheit der Beginn dieses Zeitraumes liegt.

Wird ein säumiges Mitglied im Vollstreckungsverfahren unter der Vollstreckungsadresse angetroffen, darf die Krankenkasse annehmen, dass sich die betroffene Person innerhalb des gesamten zu prüfenden Zeitraumes im Geltungsbereich des SGB aufgehalten hat. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte Nachweise erbringt, dass er zeitweise nicht dem deutschen Recht unterlag.

Wenn der Krankenkasse keine Hindernisse bei der Postzustellung bekannt sind, nach Auskunft der Meldebehörde im Melderegister dieselbe Adresse hinterlegt ist und eine Vollstreckungsmaßnahme aus einem berechtigten Grund nicht stattfindet (z. B. beim Vorliegen einer Vermögensauskunft des Beitragsschuldners oder wegen einer zwischenzeitlich eingetretenen Hilfebedürftigkeit des Mitglieds im Sinne des SGB II-Vorschriften), darf die Krankenkasse davon ausgehen, dass sich die Person weiterhin im Geltungsbereich des SGB aufhält.

Spitzenverband

Absatz 2

Im Absatz 2 wird der Zeitpunkt definiert, zu dem die Krankenkasse im Falle der Nichtermittelbarkeit des Aufenthaltsorts der betroffenen Person die Feststellung über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V trifft. Diese Entscheidung hat die Krankenkasse unverzüglich nach dem Bekanntwerden, dass weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermittelt werden konnte, zu treffen, weil für das Eintreten der Rechtsfolge keine weiteren Tatbestände notwendig sind. Wird jedoch im Falle einer Leistungsinanspruchnahme zu Lasten der Krankenkasse durch den Betroffenen innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende der letzten Versicherung die ursprüngliche Annahme über den fehlenden Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB unter Berufung auf die Regelungen des Anscheinsbeweises widerlegt, hat die Krankenkasse ihre ursprüngliche Entscheidung aufzuheben. Die obligatorische Anschlussversicherung kommt in derartigen Fallkonstellationen rückwirkend zustande.

Absatz 3

Die Regelungen im Absatz 3 betreffen die Fallkonstellationen, in denen es sich um die Feststellungen zur Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nr. 4 SGB V handelt. Diese Bestimmungen sind im Wesentlichen mit den Anforderungen identisch, die im Absatz 2 definiert sind. Der Unterschied ergibt sich lediglich aus dem Umstand, dass für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft neben dem ungeklärten Aufenthaltsort noch weitere Voraussetzungen innerhalb des Sechs-Monats-Zeitraumes erfüllt sein müssen, deren Klärung regelmäßig einen längeren Zeitraum beansprucht. Erst nach dem Verstreichen der Fristen für die Abrechnungen mit den Leistungserbringern wird die Krankenkasse in die Lage versetzt, die Feststellungen im Sinne des § 191 Nr. 4 SGB V zu treffen.

zu § 6 – Dokumentation

Die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkasse, deren Ergebnisse und sämtliche Feststellungen der Krankenkasse müssen prüfsicher dokumentiert werden. Die Form der Dokumentation ist in Abhängigkeit von der jeweiligen Aktivität zu wählen. Hierzu gehören z. B. zuordnungsbare Nachweise über die Unzustellbarkeit von Briefsendungen, Ausdrucke aus der Online-Auskunft der Melderegister der Meldebehörden, Protokolle über die Vollstreckung, Aktenvermerke über Telefongespräche usw. Die Dokumentation kann sowohl in einer papiergebundenen als auch in einer elektronischen Form erfolgen.

Die Entscheidungen über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V oder die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191

Spitzenverband

Nr. 4 SGB V bedürfen keiner förmlichen Feststellung der Krankenkasse per Verwaltungsakt, da es sich um kraft Gesetzes eintretende Rechtsfolgen handelt. Im Hinblick auf die mögliche rückwirkende Begründung der Auffang-Versicherungspflicht sowohl in den Fällen des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V als auch in den Fallkonstellationen nach § 191 Nr. 4 SGB V ist es wichtig, dass aus den internen Unterlagen jeweils das Datum der entsprechenden Feststellung der Krankenkasse hervorgeht.

zu § 7 – Inkrafttreten, Bekanntmachung

Absatz 1
Die Grundsätze treten am Tag nach der Verkündung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes – GKV-VEG in Kraft. Sie bedürfen zu ihrer Wirksamkeit nach § 188 Abs. 5 Satz 2 SGB V der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Absatz 2
Die Grundsätze als sonstiges autonomes Recht sind öffentlich, das heißt in einer allgemein zugänglichen Art, bekanntzumachen. Nach Absatz 2 erfolgt die Bekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger. Darüber hinaus werden die Grundsätze auch im Internet bereitgestellt.