Spitzenverband

RUNDSCHREIBEN

RS 2023/391 vom 25.07.2023

Überarbeitung der Grundsätzlichen Hinweise zur obligatorischen Anschlussversicherung und zur Auffang-Versicherungspflicht

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Irina Riesen

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

Kurzbeschreibung: Wir geben die Neufassungen der Grundsätzlichen Hinweise „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V“ und „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“ bekannt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Umsetzung der Regelungen über die obligatorische Anschlussversicherung und die Auffang-Versicherungspflicht veröffentlicht der GKV-Spitzenverband die rechtlichen Auslegungshinweise hierzu mit empfehlendem Charakter in Form der Grundsätzlichen Hinweise. Diese unterliegen einer kontinuierlichen Fortentwicklung und Anpassung an die sich verändernden rechtlichen Gegebenheiten.

Seit der letzten Veröffentlichung der beiden Dokumente am 14. Dezember 2018 ergaben sich einige konkretisierende Entscheidungen des Bundessozialgerichts zu verschiedenen Aspekten der Umsetzung dieser versicherungsrechtlichen Vorschriften. Darüber hinaus sind in der Zwischenzeit einzelne gesetzliche Neuregelungen in Kraft getreten, die unter anderem auch diese Themengebiete am Rande tangieren.

Die vorliegenden Fassungen der Grundsätzlichen Hinweise greifen diese Rechtsentwicklung auf und ersetzen die Dokumente mit dem Stand vom 14. Dezember 2018.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

1. Grundsätzliche Hinweise „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V“
2. Grundsätzliche Hinweise „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“
3. Anlage 1 zu den Grundsätzlichen Hinweisen „Auffang-Versicherungspflicht“
4. Anlage 2 zu den Grundsätzlichen Hinweisen „Auffang-Versicherungspflicht“

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

Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V vom 24. Juli 2023

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

Einleitung

Mit dem Begriff „obligatorische Anschlussversicherung“ wird die Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V bezeichnet. Sie richtet sich an die Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall und dient einer konsequenten Umsetzung der Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland. Diese Krankenversicherungspflicht wurde ab dem 1. April 2007 schrittweise eingeführt. Als zeitlich erstes Instrument wurde die nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (sogenannte Auffang-Versicherungspflicht in der Terminologie des Bundessozialgerichts [BSG]) vorgesehen. Da die Begründung der Auffang-Versicherungspflicht jedoch häufig an der fehlenden Mitwirkung der Betroffenen gescheitert ist, wurde mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (Bundesgesetzblatt I Seite 2423 ff.) mit Wirkung vom 1. August 2013 eine ergänzende Regelung im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft eingeführt. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers ersetzt die obligatorische Anschlussversicherung weitgehend die Auffang-Versicherungspflicht. Aufgrund des Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung kraft Gesetzes ohne aktive Mitwirkung der betroffenen Person gelingt es mit dieser Regelung im Regelfall, das Entstehen von unzulässigen Lücken im Verlauf der Krankenversicherung zu unterbinden. Mit der obligatorischen Anschlussversicherung in der Krankenversicherung geht die Versicherungspflicht nach § 20 Absatz 3 SGB XI in der Pflegeversicherung einher.

Personen, die die Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung erfüllen, verwirklichen gleichzeitig den Tatbestand des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V, was zur versicherungsrechtlichen Konkurrenz führt. Diese wird im Sinne einer Vorrangigkeit der obligatorischen Anschlussversicherung aufgelöst (vergleiche § 5 Absatz 8a Satz 1 SGB V sowie BSG, Urteil vom 10. März 2022 - B 1 KR 30/20 R -, USK 2022-13). Infolge dessen hat die Auffang-Versicherungspflicht seit dem 1. August 2013 erheblich an Bedeutung verloren. Der Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht beschränkt sich seitdem im Wesentlichen auf die Sachverhalte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V sowie auf derartige Fallkonstellationen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V, bei denen sich der absicherungslose Zeitraum nicht unmittelbar an die letzte gesetzliche Krankenversicherung anschließt. Darüber hinaus kann die Auffang-Versicherungspflicht auch bei Sachverhalten mit Berührung zum über- und zwischenstaatlichen Recht eine Rolle spielen. Ausführliche Auslegungshinweise hierzu beinhalten gesonderte Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung.

Eine wesentliche Veränderung bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung ist durch das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz -

GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 (Bundesgesetzblatt I Seite 2387) mit Wirkung ab dem 15. Dezember 2018 eingetreten. Hierbei wurden die Fallkonstellationen geregelt, in denen die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten den Aufenthaltsort der betroffenen Person im Geltungsbereich des SGB nicht feststellen kann.

Seit der Veröffentlichung der letzten Fassung der Grundsätzlichen Hinweise ergaben sich einige konkretisierende Entscheidungen des Bundessozialgerichts zu verschiedenen Aspekten der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung und der Auffang-Versicherungspflicht. Die vorliegende dritte Fassung der Grundsätzlichen Hinweise greift diese Rechtsentwicklung auf und ersetzt die Fassung vom 14. Dezember 2018.

Die in den Grundsätzlichen Hinweisen enthaltenen Aussagen dienen der Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung durch die Krankenkassen bei der Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung und besitzen einen empfehlenden Charakter.

Für die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkasse ergeben sich die Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung aus § 22 Absatz 3, § 24 Absatz 2 und § 66 KVLG 1989. Wegen der inhaltlichen Übereinstimmung zu § 188 Absatz 4, § 191 Nummer 4 und § 408 SGB V wird in diesen Grundsätzlichen Hinweisen auf eine gesonderte Darstellung verzichtet. Die Ausführungen gelten analog auch für die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in den Grundsätzlichen Hinweisen gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1 Verhältnis der obligatorischen Anschlussversicherung zur freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V 7
1.1 Allgemeines 7
1.2 Bedeutung der Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Krankenversicherung 7
1.3 Kein Erfordernis einer formgebundenen Beitrittserklärung bei Anwendung des § 188 Absatz 4 SGB V 9
1.4 Regelungen zum Beginn einer freiwilligen Mitgliedschaft 9
1.5 Einheitliche Regelungen bei der Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft 10
1.6 Rechtliche Einordnung der obligatorischen Anschlussversicherung in sonstigen Rechtsvorschriften 10
2 Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung 10
2.1 Allgemeines 10
2.2 Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung kraft Gesetzes 10
2.3 Ausschlusstatbestände 12
2.3.1 Versicherungspflicht als Ausschlusstatbestand 12
2.3.2 Familienversicherung als Ausschlusstatbestand 13
2.3.3 Freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse als Ausschlusstatbestand 13
2.3.4 Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V als Ausschlusstatbestand 14
2.3.5 Absicherungsformen außerhalb der GKV als Ausschlusstatbestand 17
2.4 Austrittserklärung 20
2.4.1 Allgemeines 20
2.4.2 Keine Berücksichtigung von Mindestbindungsfristen bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung 21
2.4.3 Austrittserklärung nach Ablauf von zwei Wochen 21
2.5 Sonderregelung für Saisonarbeitnehmer aus dem Ausland 22
3 Organisatorische Besonderheiten bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung 23
3.1 Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall 23
3.2 Begründung der Anschlussversicherung bei fehlender Mitwirkung der betroffenen Person 23
3.3 Rückabwicklung der Anschlussversicherung bei nachträglicher Kenntnis eines Ausschlusstatbestandes 24

4 Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung in den Fällen, in denen weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt der Betroffenen im Geltungsbereich des SGB feststellbar ist 25

4.1 Rechtslage bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG 25

4.2 Keine Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist 25

4.2.1 Allgemeines 25

4.2.2 Klärung der Versicherungszeiten zwischen zwei versicherungspflichtigen Tatbeständen 28

4.2.3 Mögliche Rückabwicklung der ursprünglichen Feststellung der Krankenkasse über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung 29

4.3 Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nummer 4 SGB V, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist 30

4.3.1 Allgemeines 30

4.3.2 Voraussetzungen 31

4.3.2.1 6-Monate-Zeitraum 31

4.3.2.2 Fehlende Leistungsinanspruchnahme 34

4.3.2.3 Fehlende Beitragszahlung 35

4.3.2.4 Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen 35

4.3.3 Beitragsbemessung für die Dauer der Klärung des Fortbestehens der Mitgliedschaft 35

4.3.4 Mögliche Rückabwicklung der beendeten Mitgliedschaften 35

4.4 Bestandsbereinigung der Versicherungsverhältnisse nach § 408 SGB V 36

4.5 Notwendige Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen 36

5 Berücksichtigung von Sachverhalten mit Auslandsberührung bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung 37

5.1 Personen, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung im Ausland ausscheiden 37

5.2 Ausländer, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in Deutschland ausscheiden 40

5.3 Abgrenzung zu den Sondersystemen der sozialen Sicherheit für internationale Organisationen in Deutschland und zum Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften 40

5.4 Aufenthalt im Ausland 40

5.4.1 Allgemeines 40

5.4.2 Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU beziehungsweise des EWR, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich 41

5.4.3 Wohnortverlegung in einen anderen Mitgliedstaat der EU beziehungsweise des EWR, in die Schweiz oder in das Vereinigte Königreich während einer freiwilligen Mitgliedschaft 44
5.4.4 Wohnort im Abkommensstaat 46

1 Verhältnis der obligatorischen Anschlussversicherung zur freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V

1.1 Allgemeines

Bei der rechtlichen Einordnung der obligatorischen Anschlussversicherung handelt es sich um eine freiwillige Versicherung. Das folgt aus dem Wortlaut der Vorschrift sowie systematischen Erwägungen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13). Nach der Bewertung des BSG handelt es sich hierbei um eine Pflichtkrankenversicherung in Form der freiwilligen Versicherung, nicht aber um eine Versicherung "aus freien Stücken" (vergleiche BSG, Beschluss vom 24. Januar 2017 – B 12 KR 19/17 B – sowie BSG, Urteil vom 13. Dezember 2022 – B 12 KR 13/20 R –, USK 2022-70).

Da der Gesetzgeber trotz der Einführung des § 188 Absatz 4 SGB V die Vorschrift zur freiwilligen Krankenversicherung (vergleiche § 9 SGB V) unverändert gelassen hat, gelten ab dem 1. August 2013 für Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, im Regelfall zwei Optionen bei der Begründung einer freiwilligen Versicherung. Dies ist zum einen eine Fortsetzung der Versicherung als freiwillige Versicherung von Gesetzes wegen (vergleiche § 188 Absatz 4 SGB V) und zum anderen ein freiwilliger Beitritt infolge einer Erklärung (vergleiche § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 2 erste Alternative SGB V). Für diesen Personenkreis ist § 188 Absatz 4 SGB V vorrangig anzuwenden, sodass im Ergebnis bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 SGB V die Anwendbarkeit des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 2 erste Alternative SGB V ausscheidet und das Erfordernis einer ausreichenden Vorversicherungszeit entfällt (vergleiche Abschnitt 1.2). Im Regelfall entfällt auch die Notwendigkeit einer Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Anzeigefrist (vergleiche Abschnitt 1.3); auf die Besonderheiten bei Saisonarbeitnehmern aus dem Ausland wird unter Abschnitt 2.5 eingegangen.

1.2 Bedeutung der Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Krankenversicherung

Im Anwendungsbereich des § 188 Absatz 4 SGB V wird – anders als bei der Anwendung des § 9 SGB V – auf die Erfüllung einer Vorversicherungszeit in Anlehnung an § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V verzichtet. Vielmehr ist lediglich eine unmittelbar vorausgehende Zugehörigkeit zur GKV als Versicherungspflichtiger oder Familienversicherter notwendig und ausreichend. Der Verzicht auf die Vorversicherungszeit gilt hierbei nicht nur für Versicherte, die ohne die obligatorische Anschlussversicherung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen würden, sondern generell für alle Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden. Im Ergebnis bedarf es zum Beispiel auch für Arbeitnehmer, deren Versicherungspflicht wegen des Überschreitens der

Jahresarbeitsentgeltgrenze endet, zur Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Vorversicherungszeit.

Seit dem 1. August 2013 hat daher die Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Krankenversicherung für inländische Sachverhalte erheblich an Bedeutung verloren. Neben den Personenkreisen, die von der Einführung des § 188 Absatz 4 SGB V ohnehin nicht tangiert sind (vergleiche § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zweite Alternative SGB V [Stichwort: „Neugeborene"] oder § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V [Stichwort: „schwerbehinderte Menschen"]) bedarf es typischerweise nur dann einer Prüfung der Vorversicherungszeit, wenn die Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung bei der betroffenen Person wegen eines Ausschlusstatbestandes zwar nicht erfüllt sind, aber gleichwohl – ungeachtet einer vorrangigen anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV – ein nachrangiger freiwilliger Beitritt gewünscht wird (vergleiche Abschnitt 2.3.4). Darüber hinaus sind die Fallkonstellationen denkbar, bei denen die Betroffenen anstelle einer obligatorischen Anschlussversicherung bei der bisherigen Krankenkasse eine freiwillige Versicherung bei einer anderen Krankenkasse wählen; auch hierfür ist die Erfüllung der Vorversicherungszeit notwendig (vergleiche Abschnitt 2.3.3).

Die Bedeutung der Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Krankenversicherung bleibt für Personen, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung im Ausland ausscheiden, im Wesentlichen unberührt, da sie vom Geltungsbereich des § 188 Absatz 4 SGB V nicht erfasst sind (vergleiche im Einzelnen Abschnitt 5.1). Das Zugangsrecht zur deutschen GKV im Rahmen einer freiwilligen Versicherung für Personen unter Einbeziehung des über- und zwischenstaatlichen Rechts ist unverändert nur unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 2 SGB V (Vorversicherungszeit, Anzeigefrist) gegeben. Nähere Ausführungen dazu enthält der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, „Freiwillige Krankenversicherung im Rahmen der EG-/EWG-Verordnungen und nach Abkommensrecht" in der jeweils geltenden Fassung.

Das Fortbestehen der Regelung des § 5 Absatz 9 Satz 1 zweite Alternative SGB V ist im Hinblick auf den weitgehenden Verzicht auf die Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Versicherung rechtssystematisch nicht widerspruchsfrei. Danach ist für Personen, die nach einer mindestens fünfjährigen Zugehörigkeit zur privaten Krankenversicherung (PKV) ihren Vertrag wegen Begründung einer Pflicht- oder Familienversicherung in der GKV kündigen und anschließend – ohne ausreichende Vorversicherungszeit für die freiwillige Weiterversicherung – aus der Versicherungspflicht beziehungsweise aus der Familienversicherung ausscheiden, ein privilegiertes Rückkehrrecht zur PKV vorgesehen. Ungeachtet dessen, ob aus Sicht der PKV möglicherweise Zweifel an der Notwendigkeit des Fortbestands der vorgenannten Vorschrift aufkommen, ist aus Sicht der GKV festzuhalten, dass der hier zur Diskussion stehende

Personenkreis vom Wortlaut des § 188 Absatz 4 SGB V erfasst wird und somit das Recht hat, in der GKV trotz einer nicht erfüllten Vorversicherungszeit zu verbleiben.

1.3 Kein Erfordernis einer formgebundenen Beitrittserklärung bei Anwendung des § 188 Absatz 4 SGB V

Während für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 188 Absatz 3 SGB V im Grundsatz eine ausdrückliche Willenserklärung notwendig ist, für die ein Textformerfordernis gilt, stellt die Vorschrift des § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V zur obligatorischen Anschlussversicherung eine Spezialregelung dar, die den Regelungen der Absätze 1 bis 3 vorgeht (vergleiche Bundestagsdrucksache 17/13947, Seite 27). Danach bedarf es für das rechtswirksame Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Willenserklärung des Betroffenen; es kommt ausschließlich auf die Erfüllung der objektiven gesetzlichen Voraussetzungen an. Dies gilt auch dann, wenn die betroffene Person bereits im Vorgriff auf den gesetzlich vorgeschriebenen Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten (vergleiche Abschnitt 2.4.1) ihren Willen zur freiwilligen Versicherung ausdrücklich bekundet; in solchen Fällen bedarf es keines schriftlichen Hinweises der Krankenkasse auf die Austrittsmöglichkeit.

Gleichwohl spielen die rechtsgestaltenden Willensäußerungen der Betroffenen auch bei der obligatorischen Anschlussversicherung eine Rolle. Diese sind jedoch nicht als Beitrittserklärung, sondern umgekehrt in Form einer Austrittserklärung vorgesehen, sofern eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorhanden ist (vergleiche § 188 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V sowie Abschnitt 2.4).

Die abweichende Regelung zur Beitrittserklärung bei Beendigung der Versicherungspflicht für Saisonarbeitnehmer aus dem Ausland wird unter Abschnitt 2.5 erläutert.

1.4 Regelungen zum Beginn einer freiwilligen Mitgliedschaft

Während für die freiwillige Krankenversicherung nach § 9 SGB V je nach Fallkonstellation unterschiedliche Zeitpunkte für den Beginn der Mitgliedschaft relevant sein können, schließt sich die obligatorische Anschlussversicherung immer nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht oder Familienversicherung an (vergleiche BSG, Urteil vom 13. Dezember 2022 – B 12 KR 13/20 R –, USK 2022-70). Hierbei handelt es sich zwingend um die Weiterführung der Mitgliedschaft bei derselben Krankenkasse. So heißt es ausdrücklich in der Gesetzesbegründung (vergleiche Bundestagsdrucksache 17/13947, Seite 27): „Für Personen, die aus einer bei dieser Krankenkasse vorangegangenen Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, enthält der neue § 188 Absatz 4 SGB V eine Spezialregelung, die den Regelungen der Absätze 1 bis 3 vorgeht“. Dass es sich bei der Fortsetzung der

Versicherung um die organisatorischen Abläufe innerhalb derselben Krankenkasse handelt, wird auch durch die Regelung bekräftigt, dass die Vermeidung der obligatorischen Anschlussversicherung per Austritt zwingend eine Information der betroffenen Person durch die zuständige Krankenkasse über die Rechtslage voraussetzt.

1.5 Einheitliche Regelungen bei der Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft

Bei der Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft wird nicht danach differenziert, ob diese nach § 9 oder § 188 Absatz 4 SGB V begründet wurde. Für beide Optionen gilt einheitlich § 191 SGB V.

1.6 Rechtliche Einordnung der obligatorischen Anschlussversicherung in sonstigen Rechtsvorschriften

Sofern in sonstigen Rechtsvorschriften außerhalb des Versicherungsrechts (zum Beispiel §§ 240, 250 Absatz 2, 252 Absatz 1 Satz 1 SGB V, Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, § 106 Absatz 1 SGB VI, § 26 SGB II und so weiter) der Tatbestand „freiwillige Versicherung beziehungsweise Mitgliedschaft“ oder „Versicherungsberechtigung“ mit bestimmten Rechtsfolgen verbunden ist, sind die nach § 9 und § 188 Absatz 4 SGB V begründeten freiwilligen Versicherungsverhältnisse gleich zu behandeln.

2 Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung

2.1 Allgemeines

Das Zustandekommen einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V setzt eine kumulative Erfüllung folgender Tatbestände voraus:

- Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung kraft Gesetzes (vergleiche Abschnitt 2.2),
- keine Ausschlusstatbestände (vergleiche Abschnitt 2.3),
- keine Austrittserklärung (vergleiche Abschnitt 2.4).

Die Voraussetzungen für die Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung für Saisonarbeitnehmer aus dem Ausland nach der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit weichen in puncto „Beitrittserklärung“ von sonstigen Personen ab. Einzelheiten hierzu werden im Abschnitt 2.5 erläutert. Der Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung in den Fällen, in denen weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt der Betroffenen im Geltungsbereich des SGB feststellbar ist, wird im Abschnitt 4 näher beschrieben.

2.2 Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung kraft Gesetzes

Die obligatorische Anschlussversicherung erfasst solche Personen, deren vorhergehende Versicherungspflicht nach § 5 SGB V (einschließlich des Fortbestehens der Mitgliedschaft nach

§§ 192, 193 SGB V) oder Familienversicherung nach § 10 SGB V kraft Gesetzes endet (vergleiche § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V sowie Bundestagsdrucksache 17/13947, Seite 27).

Personen, die aus der Mitgliedschaft als Rentenantragsteller ausscheiden, gehören unter den in § 188 Absatz 4 SGB V genannten Voraussetzungen ebenfalls zum berechtigten Personenkreis.

Da die Familienversicherung aufgrund ihrer strengen Akzessorietät immer das Schicksal der Mitgliedschaft des Stammversicherten teilt, wird sie im Falle seiner obligatorischen Anschlussversicherung fortgesetzt. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Rechtssystematik von Stamm- und Familienversicherung erfasst der in § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V formulierte Tatbestand "Familienversicherung endet" nur solche Sachverhalte, in denen die persönlichen Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 SGB V nicht mehr erfüllt sind. Denkbar sind insoweit ein Wegfall der Angehörigeneigenschaft, zum Beispiel durch rechtskräftige Ehescheidung, den Tod des Stammversicherten, das Überschreiten der Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 SGB V beziehungsweise der Einkommensgrenze nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V oder den Eintritt des Ausschlusstatbestandes im Sinne des § 10 Absatz 3 SGB V. In allen derartigen Sachverhalten kommt die obligatorische Anschlussversicherung für bislang familienversicherte Personen unter den üblichen Voraussetzungen zustande.

Demgegenüber ist eine obligatorische Anschlussversicherung nach dem Ende der Familienversicherung per se ausgeschlossen, wenn die Familienversicherung nur wegen der beendeten Mitgliedschaft des Stammversicherten nicht mehr besteht. Dies ist typischerweise dann der Fall, wenn die Mitgliedschaft des Stammversicherten in der GKV aufgrund seines Wechsels zu einem anderen Absicherungssystem im Krankheitsfall in Deutschland endet (zum Beispiel substitutive Krankenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, freie Heilfürsorge, Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz, Bezug von laufenden Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder SGB XII). In solchen Fällen kommt es bei Familienangehörigen auf den Ausschlusstatbestand des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V nicht mehr an (vergleiche BSG, Urteil vom 29. März 2022 – B 12 KR 15/20 R –, USK 2022-14). Ein mögliches Beitrittsrecht nach Maßgabe des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V oder die Auffang-Versicherungspflicht bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V für bislang familienversicherten Personen bleiben unberührt.

Die Beendung der Familienversicherung im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V liegt ferner dann vor, wenn das Ende der Familienversicherung darauf zurückzuführen ist, dass das Mitglied nicht alle für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben an die zuständige Krankenkasse gemäß § 10 Absatz 6 SGB V meldet. Aufgrund der fehlenden Nachweise und der dem Mitglied zuzuordnenden Beweislast gelten die persönlichen Voraussetzungen für eine

Familienversicherung ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr als erfüllt. Es ist daher zunächst von einem Anwendungsfall des § 188 Absatz 4 SGB V (unter den sonst üblichen Voraussetzungen) für den betroffenen Familienangehörigen auszugehen. Werden die fehlenden Nachweise nachgereicht und erweist sich die ursprüngliche Annahme über die fehlenden persönlichen Voraussetzungen für eine Familienversicherung – rückblickend betrachtet – als unrichtig, wird die obligatorische Anschlussversicherung aufgehoben und die Familienversicherung rückwirkend wieder begründet. Demgegenüber wird der Verzicht auf die nachträgliche Nachweisführung der persönlichen Voraussetzungen für eine Familienversicherung als konkludentes Handeln im Sinne des Fehlens dieser Voraussetzungen gewertet, sodass die Statusentscheidung über die Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung rückwirkend bestätigt wird.

Endet die Stammmitgliedschaft, weil das Mitglied dem Wirkungskreis des deutschen Rechts entzogen wird, während seine bislang familienversicherten Angehörigen weiterhin dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegen, liegt hier ebenfalls ein Wegfall der Angehörigeneigenschaft im weiteren Sinne vor, sodass der Tatbestand des Ausscheidens aus der Familienversicherung im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V ebenfalls als erfüllt gilt. Dies ist beispielhaft der Fall, wenn das Mitglied alleine den gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, während seine Angehörigen weiterhin in Deutschland bleiben. Für die betroffenen Familienangehörigen kommt die obligatorische Anschlussversicherung unter den sonst üblichen Voraussetzungen zustande.

2.3 Ausschlusstatbestände

2.3.1 Versicherungspflicht als Ausschlusstatbestand

Eine obligatorische Anschlussversicherung ist ausgeschlossen, wenn sich an das Ausscheiden aus der Familienversicherung oder Versicherungspflicht nahtlos der Tatbestand einer (anderen) Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 12 SGB V anschließt. Die Vorrangigkeit einer Versicherungspflicht gegenüber einer obligatorischen Anschlussversicherung ergibt sich aus der Regelung des § 191 Nummer 2 SGB V, nach der die freiwillige Mitgliedschaft mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft endet. Der Nachweis dieses Ausschlusstatbestandes vollzieht sich im Regelfall durch die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle, sofern die versicherungspflichtige Mitgliedschaft bei derselben Krankenkasse durchgeführt wird. Ansonsten bekommt die bisherige Krankenkasse Kenntnis hierüber entweder durch die Meldung nach § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes oder durch die Meldung der gewählten Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ist dagegen nachrangig gegenüber der obligatorischen Anschlussversicherung (vergleiche § 5 Absatz 8a Satz 1 SGB V).

2.3.2 Familienversicherung als Ausschlusstatbestand

Eine obligatorische Anschlussversicherung ist für Personen, deren Versicherungspflicht endet, nach § 188 Absatz 4 Satz 3 erste Alternative SGB V ausgeschlossen, wenn sich lückenlos daran eine Familienversicherung anschließt. Dies gilt auch in atypischen Fällen, in denen eine kraft Gesetzes beendete Familienversicherung durch eine aus der anderen Stammversicherung abgeleitete Familienversicherung abgelöst wird (zum Beispiel Ende der Familienversicherung wegen des Erreichens der Altersgrenze für Kinder, anschließend Familienversicherung als Ehegatte).

Anders als im Falle einer bereits bestehenden freiwilligen Versicherung, die nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V vorrangig gegenüber einer Familienversicherung ist und dementsprechend unter Berücksichtigung der in § 175 Absatz 4 Sätze 9 und 10 SGB V genannten Bedingungen gekündigt werden muss, gilt bei der Begründung der Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V der Vorrang der freiwilligen Versicherung gegenüber einer Familienversicherung nicht. Vielmehr kommt in diesen Sachverhaltskonstellationen die Anschlussversicherung erst gar nicht zustande (vergleiche BSG, Urteil vom 29. März 2022 – B 12 KR 15/20 R –, USK 2022-14).

Die Nachweisführung über das Bestehen einer Familienversicherung wird, sofern sich hierfür die Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse ergibt, im Regelfall durch die Meldung nach § 9 Absatz 6 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt.

2.3.3 Freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse als Ausschlusstatbestand

Für Personen, deren Familienversicherung im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V endet (vergleiche Abschnitt 2.2), bestehen im Hinblick auf die Fortführung der Versicherung im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft regelmäßig zwei Optionen. Einerseits können sie unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V jeder nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse beitreten. Andererseits unterliegen sie grundsätzlich den Regelungen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V, die dazu führen, dass die Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse, bei der die Familienversicherung bestand, fortgeführt wird.

Entscheidet sich die zuletzt familienversicherte Person für den Beitritt zu einer wählbaren Krankenkasse, müsste nach wortgetreuer Anwendung des § 188 Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V zur Verhinderung der obligatorischen Anschlussversicherung gegenüber der bisherigen Krankenkasse fristgemäß der Austritt erklärt werden. Dies würde allerdings in den Fällen, in denen eine Austrittserklärung mit Blick auf die bereits ausgeübte Krankenkassenwahl unterbleibt, zu einer mit der Zielsetzung der Neuregelung des § 188 Absatz 4 SGB V nicht konformen

„doppelten“ freiwilligen Mitgliedschaft bei unterschiedlichen Krankenkassen führen. Um diese nicht gewollte Rechtsfolge auszuschließen, bedarf es bei derartigen Sachverhalten – entsprechend einer sinngemäßen Anwendung des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V – für den Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Austrittserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der bisherigen Krankenkasse. Stattdessen ist hierfür die an keine Fristen gebundene Nachweisführung der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ausreichend, die sich im Übrigen typischerweise im Rahmen einer Meldung nach § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes vollzieht.

Für Personen, deren Versicherungspflicht endet, gelten die vorstehenden Ausführungen grundsätzlich entsprechend, jedoch mit folgenden Abweichungen: Das Beitrittsrecht bei der neuen Krankenkasse ist an die Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V gekoppelt. Der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall in Gestalt einer freiwilligen Mitgliedschaft bei der anderen Krankenkasse wird durch die Meldung der gewählten Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V an die bisherige Krankenkasse vollzogen.

2.3.4 Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V als Ausschlusstatbestand

Nach dem Wortlaut des § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V schließt der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V die Anschlussversicherung für Personen, deren Versicherungspflicht endet, aus. Dies gilt allerdings – nach dem Vorbild des § 5 Absatz 8a Satz 4 SGB V – nur, sofern im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden kann.

Demgegenüber spielt der Ausschlusstatbestand des § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V bei Personen, deren Familienversicherung endet, im Regelfall keine Rolle. Einerseits scheitert die obligatorische Anschlussversicherung in den Fällen, in denen die Familienversicherung aufgrund der Beendigung der Mitgliedschaft des Stammversicherten endet, bereits an den Vorgaben des § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V; auf den Ausschlusstatbestand kommt dann nicht mehr an (vergleiche Abschnitt 2.2). Andererseits verfügen die Angehörigen in den Sachverhalten, in denen die Beendigung der Familienversicherung auf den Wegfall der persönlichen Voraussetzungen des § 10 SGB V zurückzuführen ist, regelmäßig über keinen nachgehenden Leistungsanspruch. Insoweit kommt eine analoge Anwendung des § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V für zuletzt Familienversicherte hauptsächlich dann zum Tragen, wenn es sich um die Leistungsansprüche nach § 19 Absatz 3 SGB V nach dem Tod des Stammversicherten handelt.

Der nachgehende Leistungsanspruch erfüllt seine Funktion als Ausschlusstatbestand bereits in seiner potenziellen Ausprägung, das heißt unabhängig von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme, und ungeachtet dessen, ob sich die anderweitige Absicherung im

Krankheitsfall nahtlos an die vorherige Versicherungspflicht (oder ausnahmsweise Familienversicherung) anschließt oder innerhalb der Monatsfrist des § 19 Absatz 2 oder 3 SGB V begründet wird. Im Ergebnis kommt in diesen Sachverhaltskonstellationen die obligatorische Anschlussversicherung nicht zustande; einer Austrittserklärung bedarf es nicht. Wird dagegen der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, findet § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V Anwendung; im Ergebnis ist eine freiwillige Versicherung im direkten Anschluss an die zuvor bestehende Versicherungspflicht (oder ausnahmsweise Familienversicherung) durchzuführen.

Über das Konkurrenzverhältnis zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und dem nachgehenden Leistungsanspruch ist nach der BSG-Rechtsprechung (vergleiche BSG, Urteil vom 10. Mai 2012 – B 1 KR 19/11 R –, USK 2012-31, Urteil vom 4. März 2014 – B 1 KR 68/12 R –, USK 2014-2, Urteile vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 33/19 R – und – B 12 KR 35/19 R–, USK 2021-33, sowie Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13) 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 Absatz 2 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 dem Ablauf der Monatsfrist im Sinne des § 19 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1

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

Der in § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V verwendete Begriff „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ ist im Allgemeinen inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden Begriff in § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V; dementsprechend gelten die in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung publizierten Auslegungshinweise sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu diesem Begriff im Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls im Zusammenhang mit der Anschlussversicherung. Abweichend von diesem Grundsatz begründen die Grundleistungen nach §§ 3 und 4 AsylbLG jedoch keinen die obligatorische Anschlussversicherung ausschließenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, während sie der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V gleichwohl entgegenstehen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13 sowie Abschnitt 5.2).

Der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V erfasst somit im Allgemeinen die Absicherungsformen innerhalb oder außerhalb der GKV. Besteht für Personen, die wegen einer Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV von der obligatorischen Anschlussversicherung nicht erfasst sind,

ausnahmsweise das Interesse an einer Fortsetzung der Versicherung innerhalb der GKV, steht ihnen ein Beitrittsrecht unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 2 sowie Absatz 2 SGB V (ausreichende Vorversicherungszeit, Beitrittserklärung in Textform innerhalb der dreimonatigen Anzeigefrist) zu. Als typisches Beispiel hierzu sind Personen zu nennen, die während des Bezugs von Bürgergeld nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V versicherungspflichtig sind und anschließend – bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 19 Absatz 2 SGB V – nahtlos oder innerhalb der Monatsfrist laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII beziehen. Im Übrigen hat das Bundessozialgericht ausdrücklich bestätigt, dass ein im Anschluss an einen nachgehenden Leistungsanspruch nahtlos bestehender Anspruch auf laufende Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII eine Anschlussversicherung in der GKV ausschließt (vergleiche BSG, Urteile vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 33/19 R – und – B 12 KR 35/19 R–, USK 2021-33).

Das Vorliegen eines nachgehenden Leistungsanspruchs als Ausschlusstatbestand stellt die Krankenkasse in eigener Zuständigkeit fest. Hierbei wird das Vorliegen des Tatbestandes „fehlende Erwerbstätigkeit“ ohne nähere Prüfung unterstellt, es sei denn, der Krankenkasse sind konkrete Anhaltspunkte für die gegenteilige Annahme bekannt. Die sich an den nachgehenden Leistungsanspruch anschließende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hat der Betroffene gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen, sofern dies nicht bereits durch die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle geschehen ist.

Der Begriff "nachgewiesen" innerhalb des § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V setzt nach der Auffassung des Bundessozialgerichts nichts anderes als das Bestehen einer anderweitigen Absicherung voraus. Daher sind auch weitergehende Regelungen, beispielhaft zum Zeitpunkt oder zur Frist eines entsprechenden Nachweises, nicht erforderlich (vergleiche BSG, Urteile vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 33/19 R – und – B 12 KR 35/19 R–, USK 2021-33).

2.3.5 Absicherungsformen außerhalb der GKV als Ausschlusstatbestand

Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV schließt nach § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V die obligatorische Anschlussversicherung aus, wenn die betroffene Person die Voraussetzungen nach § 19 Absatz 2 oder 3 SGB V erfüllt und der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nahtlos oder innerhalb der Monatsfrist beginnt. Um welche Form der Absicherung es sich handelt, ist hierbei irrelevant, solange diese den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung genügt (vergleiche die Auslegungshinweise in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung). In diesen Sachverhalten kommt die obligatorische Anschlussversicherung nicht zustande, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die betroffene Person die anderweitige Absicherung im

Krankheitsfall nachweist. Der zweiwöchigen Frist für die Austrittserklärung (vergleiche Abschnitt 2.4.1) kommt in diesem Zusammenhang keine Bedeutung zu, das heißt der Austritt muss nicht erklärt werden.

Im Umkehrschluss stellt das Vorhandensein einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV für alle Personen ohne einen nachgehenden Leistungsanspruch (etwa wegen des Ausscheidens aus der Familienversicherung oder wegen der Ausübung einer – gegebenenfalls geringfügigen – Erwerbstätigkeit) keinen Ausschlusstatbestand dar. Das Zustandekommen einer obligatorischen Anschlussversicherung kann daher in diesen Fällen nur im Wege einer Austrittserklärung (vergleiche Abschnitt 2.4) vermieden werden.

Beispiel 1
Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied einer Krankenkasse. Er scheidet aus der Versicherungspflicht nach § 6 Absatz 4 SGB V zum 31.12.2022 aus und ist ab dem 01.01.2023 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert. Die Krankenkasse weist auf die Austrittsmöglichkeit im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V hin. Der Hinweis wird dem Mitglied am 01.02.2023 zugestellt.

Beurteilung
Wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit sind die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V nicht erfüllt. Daher stellt eine substitutive Krankenversicherung keinen Ausschlusstatbestand im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V für die obligatorische Anschlussversicherung dar, ungeachtet dessen, dass sie den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall genügt und sich lückenlos an die vorherige Versicherungspflicht anschließt. Das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung kann nur im Wege einer Austrittserklärung nach § 188 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V vermieden werden. Diese muss der Krankenkasse spätestens bis zum 15.02.2023 vorliegen. Darüber hinaus ist ein (an keine Frist gebundener) Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (vergleiche Abschnitt 2.4.1) notwendig.

Beispiel 2
Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied einer Krankenkasse. Mit Aufgabe seiner Beschäftigung scheidet er aus der Versicherungspflicht zum 31.07.2023 aus. Ab dem 01.08.2023 ist er selbstständig erwerbstätig und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert. Die Krankenkasse weist auf die Austrittsmöglichkeit im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V hin. Der Hinweis wird dem Mitglied am 04.09.2023 zugestellt.

Beurteilung
Wegen der Ausübung einer Erwerbstätigkeit sind die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V nicht erfüllt. Daher stellt eine substitutive Krankenversicherung keinen Ausschlusstatbestand im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V für die obligatorische Anschlussversicherung dar, ungeachtet dessen, dass sie den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall genügt und sich lückenlos an die vorherige Versicherungspflicht anschließt. Das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung kann nur im Wege einer Austrittserklärung nach § 188 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V vermieden werden. Diese muss der Krankenkasse spätestens bis zum 18.09.2023 vorliegen. Darüber hinaus ist ein (an keine Frist gebundener) Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegenüber der Krankenkasse notwendig.

Beispiel 3
Eine Empfängerin der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII ist bei einer Krankenkasse über ihren Ehepartner familienversichert. Die Familienversicherung endet wegen Scheidung zum 28.08.2023. Die Leistungen der Grundsicherung werden weiterhin gewährt.

Beurteilung
Wegen des Ausscheidens aus der Familienversicherung sind die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V nicht erfüllt. Daher stellt die (zusammen mit den Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung gewährte) Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII keinen Ausschlusstatbestand im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V für die obligatorische Anschlussversicherung dar, ungeachtet dessen, dass sie den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall genügt und sich lückenlos an die vorherige Familienversicherung anschließt. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V kommt zustande, es sei denn, die betroffene Person gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab.

Beispiel 4
Eine Studentin ist versicherungspflichtiges (§ 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V) Mitglied einer Krankenkasse. Mit dem Ende des Studiums endet ihre Mitgliedschaft in der GKV zum 30.09.2023. Da sie als Ehepartnerin einer beihilfeberechtigten Person ebenfalls beihilfeberechtigt ist, schließt sie ab dem 01.10.2023 einen die Beihilfe ergänzenden Vertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen ab; sie ist zunächst nicht erwerbstätig. Die Krankenkasse informiert die Betroffene über die Rechtslage mit einem Schreiben, welches ihr am 23.10.2023 zugestellt wird.

Beurteilung
Die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V sind erfüllt. Die Beihilfeansprüche in Verbindung mit einer ergänzenden PKV-Versicherung genügen den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Diese wird innerhalb der Monatsfrist des § 19 Absatz 2 SGB V begründet. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V kommt wegen eines Ausschlusstatbestandes im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V nicht zustande. Dies setzt allerdings voraus, dass ein (an keine Frist gebundener) Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegenüber der Krankenkasse erbracht wird.

2.4 Austrittserklärung

2.4.1 Allgemeines

Beim Fehlen eines Ausschlusstatbestandes setzt sich die bisherige Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Versicherung in Gestalt der obligatorischen Anschlussversicherung fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt (vergleiche § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V). Der Hinweis der Krankenkasse bildet die Grundlage für den Austritt, sodass die Zweiwochenfrist grundsätzlich erst mit dem Zugang des Hinweises der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit beginnt. Die Erklärung ist gegenüber der zuständigen Krankenkasse abzugeben. Maßgeblich für die Einhaltung der Frist ist der Eingang der Austrittserklärung bei der Krankenkasse (vergleiche § 130 BGB).

Der Austritt wird allerdings nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist (vergleiche § 188 Absatz 4 Satz 2 SGB V). Voraussetzung ist ferner, dass sich der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall lückenlos (eventuell unter Berücksichtigung der nachgehenden Leistungsansprüche) an die vorangegangene Versicherung anschließt. Ohne eine solche anderweitige Absicherung kommt dem Austrittswillen keine Bedeutung zu. Das Vorliegen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist grundsätzlich gegenüber der zuständigen Krankenkasse nachzuweisen. Bei den nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmern gilt der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall durch die Zahlung eines Beitragszuschusses nach § 257 Absatz 2 SGB V als erbracht, es sei denn, es liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Arbeitgeber keinen Beitragszuschuss zahlt.

Im Übrigen gilt auch in diesem Zusammenhang, dass der Begriff „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ grundsätzlich inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden

Begriff in § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ist; insoweit wird auf die Ausführungen in Abschnitt 2.3.4 verwiesen.

Ein Austritt wirkt im Sinne einer auflösenden Bedingung auf den Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung zurück, sodass im Ergebnis die obligatorische Anschlussversicherung rückwirkend ausgeschlossen wird. Dies gilt selbst dann, wenn die Krankenkasse im Einzelfall den Hinweis über die Austrittsmöglichkeiten an das Mitglied (gegebenenfalls erheblich) verspätet übermitteln sollte (vergleiche BSG, Urteil vom 13. Dezember 2022 – B 12 KR 13/20 R –, USK 2022-70).

2.4.2 Keine Berücksichtigung von Mindestbindungsfristen bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung

Die Austrittsoption bezieht sich auf solche Sachverhalte, bei denen eine Absicherung außerhalb der GKV begründet wird. Typischerweise dürfte es sich bei solchen Fällen um eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen handeln, wobei auch andere Formen der Absicherung denkbar sind (zum Beispiel Heilfürsorge). Im Falle einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V endet daher die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wegfall der vorangegangenen Versicherungspflicht, unabhängig davon, ob die allgemeine Mindestbindung nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V oder die Mindestbindung nach § 53 Absatz 8 SGB V bei Teilnahme an einem Wahltarif erfüllt ist.

2.4.3 Austrittserklärung nach Ablauf von zwei Wochen

Eine explizite Regelung über die Folgen für den Fall einer verspäteten Austrittserklärung enthält die maßgebliche Regelung des § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V zwar nicht, die Rechtsfolgen ergeben sich allerdings aus dem systematischen Stellungsgefüge, wonach eine wirksam begründete freiwillige Mitgliedschaft durch Willenserklärung unter den Voraussetzungen des § 191 Nummer 3 SGB V beendet werden kann. Dementsprechend ist eine verspätete Austrittserklärung in eine Kündigung im Sinne des § 191 Nummer 3 SGB V umzudeuten, die wegen der Verweisung auf § 175 Absatz 4 SGB V allen dort genannten Anforderungen unterliegt. Davon geht im Übrigen auch der Gesetzgeber aus (vergleiche Bundestagsdrucksache 17/13947, Seite 28). Das bedeutet insbesondere, dass die Kündigungsfrist zu berücksichtigen ist. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die Mindestbindungsfrist nach § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V ohne Bedeutung, weil diese aufgrund der Beendigung der vorangegangenen Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes erloschen ist. Die sich bei einer verspäteten Austrittserklärung ergebenden Rechtsfolgen treten selbst dann ein, wenn die betroffene Person im Ausnahmefall für eine gegebenenfalls kurze Übergangszeit mit einer doppelten Beitragszahlung zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung belastet ist. Diese Konsequenz ist zumutbar, weil für die Vermeidung der

unerwünschten Fortsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung alleine eine fristgerechte Austrittserklärung gegenüber der Krankenkasse notwendig ist. Die für die Wirksamkeit der Austrittserklärung erforderliche Nachweisführung eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist dagegen an keine gesetzliche Frist gekoppelt, sodass die Betroffenen über eine ausreichende Zeit für die Wahl eines Krankenversicherungsunternehmens sowie für den Abschluss eines Versicherungsvertrages verfügen.

2.5 Sonderregelung für Saisonarbeitnehmer aus dem Ausland

Für das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung nach der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit gilt eine Sonderregelung (vergleiche § 188 Absatz 4 Sätze 5 bis 8 SGB V). Die Anschlussversicherung kommt in diesen Fällen – im Gegensatz zum Regelfall – nur unter der Voraussetzung einer ausdrücklichen Beitrittserklärung des Betroffenen zustande. Für die Abgabe dieser Erklärung ist eine dreimonatige Frist nach dem Ende der Beschäftigung vorgesehen; die Textform nach § 188 Absatz 3 SGB V ist einzuhalten. Darüber hinaus wird ein Nachweis des Wohnsitzes oder des ständigen Aufenthalts im Geltungsbereich des SGB, zum Beispiel mithilfe einer aktuellen Bescheinigung der Meldebehörde, verlangt.

Ansonsten gelten die übrigen Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung, und zwar:

- Verzicht auf die Vorversicherungszeit,
- Zuständigkeit der Krankenkasse, bei der die Pflichtmitgliedschaft als Saisonarbeitnehmer durchgeführt wurde, und
- Beginn der Mitgliedschaft immer im Anschluss an die vorangegangene Versicherungspflicht.

Für den Fall, dass die betroffene Person sich erst nach Fristablauf doch noch bei der Krankenkasse meldet, sei es, weil sie ohne Beschäftigung wieder nach Deutschland zurückgekehrt oder weil sie dort verblieben ist, sich aber zu spät gemeldet hat, kommt für sie die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 in Verbindung mit Absatz 11 SGB V für die Zeiträume infrage, in denen die Person dem deutschen Recht unterstellt ist.

Der Personenkreis der Saisonarbeitnehmer ist im Gesetz ausdrücklich definiert. Als solcher ist ein Arbeitnehmer zu verstehen, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige, auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. Für Arbeitgeber entsteht die Verpflichtung, solche Arbeitnehmer im Meldeverfahren zur Sozialversicherung gesondert zu kennzeichnen. Hierbei sind Arbeitgeber nicht verpflichtet festzustellen beziehungsweise zu prognostizieren, ob der Arbeitnehmer allein für die Beschäftigung nach Deutschland gekommen ist und unmittelbar nach dieser Beschäftigung wieder in sein Heimatland zurückkehrt oder nach der Beschäftigung in Deutschland verbleibt.

Das Arbeitgeber-Meldeverfahren enthält ein entsprechendes Kennzeichen für „Saisonarbeitnehmer". Die Angabe zum Kennzeichen „Saisonarbeitnehmer" ist nur in Anmeldungen aufgrund des Beginns eines Beschäftigungsverhältnisses sowie der gleichzeitigen An- und Abmeldung (Abgabegründe 10 und 40) erforderlich.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, unverzüglich nach dem Erhalt einer Anmeldung für einen Saisonarbeitnehmer diesen über die Rechtslage hinsichtlich seines Krankenversicherungsschutzes nach Beendigung der Beschäftigung zu informieren. Darüber hinausgehende Ermittlungsaktivitäten seitens der Krankenkassen im Kontext der Prüfung einer möglichen obligatorischen Anschlussversicherung sind nicht notwendig.

3 Organisatorische Besonderheiten bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung

3.1 Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall

Die obligatorische Anschlussversicherung ist kraft Gesetzes ausgeschlossen beziehungsweise kann im Wege einer Austrittserklärung verhindert werden, wenn für die betroffene Person in einem lückenlosen Anschluss an die beendete Versicherungspflicht oder Familienversicherung (eventuell unter Berücksichtigung der nachgehenden Leistungsansprüche) ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist. Das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist jeweils nachzuweisen (vergleiche § 188 Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB V). Die Form der Nachweisführung ist gesetzlich nicht geregelt. Daher entscheidet jede Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts, welche Beweismittel (Nachweise) sie für erforderlich hält (vergleiche § 21 SGB X).

3.2 Begründung der Anschlussversicherung bei fehlender Mitwirkung der betroffenen Person

Die obligatorische Anschlussversicherung kommt nach Beendigung der Versicherungspflicht oder Familienversicherung für betroffene Personen kraft Gesetzes zustande, sofern keine Ausschlusstatbestände vorliegen. Für die Prüfung dieser Voraussetzung verfügt die Krankenkasse zum Teil über eigene Ermittlungsmöglichkeiten, die auf gesetzlich und untergesetzlich vorgeschriebenen Meldepflichten Dritter beruhen, und zum Teil ist sie auf die Mitwirkung des Betroffenen angewiesen.

Anders als bei der Begründung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, die nach herrschender Auffassung bei fehlender Mitwirkung des Betroffenen bezüglich der Klärung einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall grundsätzlich nicht zustande kommen kann, wurde bei der Ausgestaltung der obligatorischen Anschlussversicherung die Beweislast umgekehrt. Die Nachweisführung für die der Anschlussversicherung entgegenstehenden

Ausschlussgründe obliegt im Zweifelsfall dem Versicherten. Liegen der Krankenkasse aufgrund der fehlenden Mitwirkung des Versicherten keine Angaben oder Anhaltspunkte für eine vorrangige Absicherung im Krankheitsfall vor, hat sie die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V durchzuführen. Für die Beitragsbemessung sind nach § 240 Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V beitragspflichtige Einnahmen zunächst in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze anzusetzen.

Etwas anderes gilt jedoch seit dem 1. Januar 2018 für Saisonarbeitnehmer im Sinne des § 188 Absatz 4 Sätze 5 bis 8 SGB V. Bei Saisonarbeitnehmern aus dem Ausland geht der Gesetzgeber grundsätzlich davon aus, dass sie nach Beendigung ihrer Tätigkeit wieder an ihren bisherigen Wohnsitz im Ausland zurückkehren und somit ab diesem Zeitpunkt das deutsche Sozialversicherungsrecht keine Anwendung findet (vergleiche Bundestagdrucksache 18/12587, Seite 55). Sollte die betroffene Person ausnahmsweise weiterhin dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegen, zum Beispiel weil der Wohnsitz beziehungsweise der ständige Aufenthalt in Deutschland begründet oder eine Erwerbstätigkeit in Deutschland ausgeübt wird, bedarf das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung einer aktiven Mitwirkung des Betroffenen (vergleiche Abschnitt 2.5).

Eine weitere Besonderheit gilt seit dem Inkrafttreten des GKV-VEG für solche Fallkonstellationen, in denen die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten den Aufenthaltsort der betroffenen Person im Geltungsbereich des SGB nicht feststellen kann (vergleiche Abschnitt 4).

3.3 Rückabwicklung der Anschlussversicherung bei nachträglicher Kenntnis eines Ausschlusstatbestandes

Die obligatorische Anschlussversicherung ist beim Vorliegen eines Ausschlusstatbestandes ausgeschlossen. Sofern die Krankenkasse in Unkenntnis eines Ausschlusstatbestandes zunächst von einer obligatorischen Anschlussversicherung ausgeht und erst nachträglich Kenntnis über die Unrichtigkeit der angenommenen Sachlage erlangt (zum Beispiel, weil der Versicherte seine Mitwirkung nachholt oder die zur Meldung verpflichtete Stelle eine Anmeldung verspätet abgibt), ist die Anschlussversicherung (eventuell mit einer bereits erfolgten Beitragsfestsetzung) rückwirkend abzuwickeln. Hierbei ist es unerheblich, zu welchem Zeitpunkt die Krankenkasse Kenntnis über das Vorliegen eines Ausschlusstatbestandes erlangt.

4 Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung in den Fällen, in denen weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt der Betroffenen im Geltungsbereich des SGB feststellbar ist

4.1 Rechtslage bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG

Nach der bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG geltenden Rechtslage war die obligatorische Anschlussversicherung auch für solche Personen durchzuführen, deren Aufenthaltsort mit angemessenem Aufwand durch die Krankenkasse nicht feststellbar war, sei es, weil sie zwischenzeitlich ins Ausland verzogen oder zum Beispiel ohne festen Wohnsitz waren. In diesem Sinne wurde die Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V seit deren Einführung zum 1. August 2013 angewandt. Im Ergebnis wurden Mitgliedszeiten auch dann begründet, wenn die betroffene Person wegen des zwischenzeitlichen Verzugs ins Ausland dem Geltungsbereich des SGB nicht mehr unterlag, dieser Umstand jedoch nicht abschließend aufgeklärt werden konnte. Als Folge wurden zumeist nicht realisierbare Beitragsansprüche erzeugt, die zum Anwachsen der Beitragsrückstände in der GKV beigetragen haben. Dies hat den Gesetzgeber veranlasst, im Rahmen des GKV-VEG die rechtlichen Rahmenbedingungen nachzujustieren.

4.2 Keine Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist

4.2.1 Allgemeines

Für Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, ist die obligatorische Anschlussversicherung gemäß der Neuregelung des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln konnte. Der GKV-Spitzenverband regelt nach § 188 Absatz 5 SGB V verbindlich für alle Krankenkassen das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen im Rahmen untergesetzlicher Normsetzung (vergleiche Abschnitt 4.5). Beide Rechtsvorschriften sind seit dem Tag nach der Verkündung des GKV-VEG, also seit dem 15. Dezember 2018, in Kraft.

Die Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung ist somit nach der geänderten Rechtslage grundsätzlich auf die Fälle des geklärten Aufenthalts beschränkt. Darüber hinaus darf die Krankenkasse unter Berufung auf die Regelungen des Anscheinsbeweises von dem Fortbestehen des bisherigen Wohnsitzes oder ständigen Aufenthalts des ehemaligen Mitglieds innerhalb des Geltungsbereichs des SGB ausgehen, wenn das ehemalige Mitglied beziehungsweise seine zuletzt familienversicherten Angehörigen nach der Beendigung der

Versicherung Leistungen zu ihren Lasten in Anspruch genommen haben. Dies befreit die Krankenkasse zwar nicht von der Verpflichtung, alle ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten zur Feststellung des Aufenthaltsorts des ehemaligen Pflichtmitglieds (vergleiche Abschnitt 4.5) auszuschöpfen, bei deren Scheitern wird die obligatorische Anschlussversicherung dennoch begründet. Anschließend wird geprüft, ob die Voraussetzungen für die Beendigung der Mitgliedschaft gemäß § 191 Nummer 4 SGB V (vergleiche Abschnitt 4.3) erfüllt sind.

Die Annahme über das kontinuierliche Fortbestehen des bisherigen Wohnsitzes beziehungsweise Aufenthalts des ehemaligen Mitglieds innerhalb des Geltungsbereichs des SGB ist jedoch nur im Falle einer zeitnahen Leistungsinanspruchnahme gerechtfertigt; davon ist in Anlehnung an die Intention des § 191 Nummer 4 SGB V auszugehen, wenn die Leistungsinanspruchnahme in dem vorgenannten Sinne innerhalb von sechs Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht erfolgt.

Um eine mögliche Leistungsinanspruchnahme als den der Anwendung des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V entgegenstehenden Ausschlusstatbestand abschließend zu klären, müssten die Krankenkassen für eine entsprechende verbindliche Feststellung grundsätzlich abwarten, bis die Fristen für die Abrechnungen mit den Leistungserbringern (jedenfalls soweit diese eine versichertenbezogene Zuordnung der Leistungsinanspruchnahme vorsehen) für den entscheidungsrelevanten Zeitraum abgelaufen sind. Unter Berücksichtigung verwaltungsökonomischer Aspekte ist es jedoch sachgerecht, wenn die Krankenkassen eine Entscheidung über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung bereits dann treffen, wenn sie die üblichen Ermittlungsmöglichkeiten zur Feststellung des Aufenthaltsorts des ehemaligen Mitglieds (vergleiche Abschnitt 4.5) erfolglos ausschöpfen. Insoweit liegt ein Unterschied zum Verfahren der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nummer 4 SGB V (vergleiche Abschnitt 4.3.2.2) vor. Wird die Information über die Leistungsinanspruchnahme durch das ehemalige Mitglied der Krankenkasse erst nach dem Zeitpunkt der vorgenannten Entscheidung bekannt, kann die ursprüngliche Annahme über den fehlenden Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB nicht mehr aufrechterhalten werden und die Anschlussversicherung ist rückwirkend zu begründen.

Die vorstehenden Ausführungen gelten im Rahmen der Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung für Personen, die aus der Familienversicherung ausgeschieden sind (vergleiche Abschnitt 2.2), sinngemäß.

Beispiel
Herr A. scheidet mit Ablauf des 31.01.2023 aus der Versicherungspflicht aus. Im Rahmen der Klärung seines weiteren Krankenversicherungsschutzes gelingt es der zuständigen

Krankenkasse nicht, seinen Wohnort zu ermitteln. Die an die letzte Adresse gerichteten Briefe können nicht zugestellt werden und aus der Auskunft der Meldebehörde resultieren keine neuen Erkenntnisse. Am 17.05.2023 stellt die Krankenkasse fest, dass die Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V erfüllt sind. Die obligatorische Anschlussversicherung kommt nicht zustande. Zu einem späteren Zeitpunkt bekommt die Krankenkasse Kenntnis darüber, dass Herr A. am 03.03.2023 eine Leistung zu ihren Lasten in Anspruch genommen hat.

Beurteilung
Die Leistungsinanspruchnahme ist innerhalb von sechs Monaten nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht erfolgt. Die Feststellung der Krankenkasse wurde in Unkenntnis der Leistungsinanspruchnahme getroffen und ist somit rückwirkend aufzuheben. Die obligatorische Anschlussversicherung kommt nach § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V rückwirkend ab dem 01.02.2023 zustande. Anschließend ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Beendigung der Mitgliedschaft gemäß § 191 Nummer 4 SGB V erfüllt sind (vergleiche Fortsetzung des Beispiels in Abschnitt 4.3.2.1).

Im Übrigen liegt ein Sachverhalt im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V auch dann vor, wenn die Krankenkasse zunächst von dem Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung ausgeht, weil ihr keine Informationen über Hindernisse bei der Postzustellung vorliegen, und erst später, insbesondere im Rahmen einer Vollstreckungsmaßnahme, bekannt wird, dass die betroffene Person zu diesem Zeitpunkt unter der zuletzt bekannten Adresse nicht auffindbar ist und der Zeitpunkt der Aufgabe des bisherigen Wohnsitzes nicht abschließend geklärt werden kann. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass der Ausschlusstatbestand im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V von Anfang an vorlag. Da erst zu diesem Zeitpunkt die Ermittlungsmöglichkeiten (vergleiche Abschnitt 4.5) ausgeschöpft sind, kann die ursprüngliche Annahme der Krankenkasse über den fortbestehenden Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB nicht mehr aufrechterhalten werden; die Anschlussversicherung ist daher (zusammen mit einer bereits erfolgten Beitragsfestsetzung nach § 240 Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze) rückwirkend aufzuheben.

Für die Führung des Versichertenverzeichnisses der sich in Klärung befindenden Versicherungszeiten gilt Folgendes: Sofern die Entscheidung der Krankenkasse über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V auf der Tatsache basiert, dass die Briefsendungen der Krankenkasse unzustellbar sind, werden die zu klärenden Versicherungszeiten von Anfang an im Versichertenverzeichnis nicht erfasst. Liegen der Krankenkasse dagegen zunächst keine Informationen über die Hindernisse bei der Postzustellung vor, werden zunächst die Versicherungszeiten und entsprechende

Beitragsforderungen generiert, die nach der Feststellung über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V rückwirkend aufzuheben sind. Sofern – in der Annahme, dass die bisherige Familienversicherung der Angehörigen unberührt bleibt – auch die Versicherungszeiten für die familienversicherten Angehörigen generiert wurden, sind diese im Falle der Aufhebung der Mitgliedschaft des Stammmitglieds ebenfalls zu stornieren. Im Übrigen dürften sich die separaten Ermittlungen hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes für bisher Familienversicherte in diesem Zusammenhang nur ausnahmsweise als notwendig erweisen, wenn sich hierzu im Laufe der Ermittlungen zur Klärung der Weiterversicherung des ehemaligen Mitglieds entsprechende Hinweise ergeben.

4.2.2 Klärung der Versicherungszeiten zwischen zwei versicherungspflichtigen Tatbeständen

Eine besondere Bedeutung haben in der Praxis die Fallkonstellationen, in denen bei einer Krankenkasse zwischen zwei Mitgliedschaften, in denen jeweils ein Versicherungspflichttatbestand erfüllt ist, zunächst eine Versicherungslücke besteht. Solange die Unterbrechung zwischen zwei Pflichtmitgliedschaften bei derselben Krankenkasse im zeitlichen Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V liegt, erübrigt sich in der Praxis meistens die Notwendigkeit der Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung (vergleiche Abschnitt 2.3.4). Bei längeren Unterbrechungen bedarf es dagegen einer Feststellung, wie die Person in der Zwischenzeit abgesichert war.

Kann die Krankenkasse den ständigen Aufenthalt beziehungsweise den Wohnsitz der betroffenen Person in Deutschland ermitteln und wird keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen, besteht in der Zwischenzeit die obligatorische Anschlussversicherung.

Etwas anderes gilt, wenn die Krankenkasse für die Dauer der Unterbrechung weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln konnte. Hierbei sind unter dem Blickwinkel der zeitlichen Abläufe bei den Ermittlungsaktivitäten der Krankenkasse zwei Fallgruppen vorstellbar. In der ersten Fallgruppe erfährt die Krankenkasse über eine erneute Anmeldung zur Pflichtmitgliedschaft erst nachdem sie bereits die Feststellung getroffen hat, dass nach der vorangegangenen Pflichtmitgliedschaft gemäß § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V die obligatorische Anschlussversicherung ausgeschlossen ist. Für die nachträgliche Schließung der Versicherungslücke kommt in diesem Fall nur die Auffangversicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V infrage. Dies setzt voraus, dass der Betroffene bei der Klärung seines Aufenthalts im Geltungsbereich des SGB während der vorliegenden Versicherungslücke aus Anlass einer erneuten Anmeldung mitwirkt. Bleibt die Aufenthaltsfrage ungeklärt, weil zum Beispiel wegen einer erneuten Abmeldung die Krankenkasse keine

Briefsendungen an das Mitglied zustellen kann, verbleibt es beim ungeklärten Versicherungsverhältnis.

In der zweiten Fallgruppe erfolgt eine erneute Anmeldung zur Pflichtmitgliedschaft zu dem Zeitpunkt, an dem die Ermittlungen der Krankenkasse hinsichtlich der Weiterversicherung des Betroffenen nach dem Ausscheiden aus der vorherigen Versicherungspflicht noch nicht abgeschlossen sind. Im Kontext dieser Ermittlungen ist die erneute Anmeldung zur Versicherungspflicht zwar als Nachweis anzusehen, dass sich die Person jedenfalls ab Beginn der erneuten Versicherungspflicht in Deutschland aufhält. Dennoch reicht alleine dieser Umstand nicht dafür aus, um auch den zwischenzeitlichen Aufenthalt der betroffenen Person in Deutschland zu unterstellen. Die erneute Anmeldung zur Pflichtmitgliedschaft wirkt sich daher auf die Entscheidung der Krankenkasse, ob die Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V für die Dauer der Unterbrechung im Versicherungsverlauf erfüllt sind, nicht aus.

Die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkasse aus Anlass der Neuanmeldung zwecks Klärung der Krankenkassenzuständigkeit für die Durchführung der Pflichtmitgliedschaft, die unter anderem auch die Kontaktaufnahme mit der meldepflichtigen Stelle beinhalten können, bleiben unberührt.

4.2.3 Mögliche Rückabwicklung der ursprünglichen Feststellung der Krankenkasse über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung

Konnte die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten (vergleiche Abschnitt 4.5) weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des potenziellen Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln und hat sie auf dieser Grundlage eine Feststellung über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung gemäß § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V getroffen, bleibt diese Feststellung auch dann unberührt, wenn nachträglich bekannt wird, dass sich das potenzielle Mitglied im strittigen Zeitraum in Deutschland aufgehalten hat und über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügte. Um die Versicherungslücke rückwirkend zu schließen, kommt die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V zum Tragen, wenn das Mitglied mitwirkt.

Beispiel
Frau B. scheidet mit Ablauf des 28.02.2023 aus der Versicherungspflicht aus. Im Rahmen der Klärung ihres weiteren Krankenversicherungsschutzes gelingt es der zuständigen Krankenkasse nicht, ihren Wohnort zu ermitteln. Die an die letzte Adresse gerichteten Briefe können nicht zugestellt werden und aus der Auskunft der Meldebehörde resultieren keine neuen Erkenntnisse. Am 06.06.2023 stellt die Krankenkasse fest, dass die Gesamtbetrachtung aller vorliegenden Erkenntnisse keinen Wohnsitz in Deutschland annehmen lässt und somit die Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V erfüllt

sind. Die obligatorische Anschlussversicherung kommt nicht zustande. Zum 01.08.2023 wird Frau B. bei derselben Krankenkasse als versicherungspflichtiges Mitglied unter Angabe einer neuen inländischen Adresse angemeldet. Aus Anlass der Neuanmeldung erklärt Frau B, dass sie sich in der Zwischenzeit in Deutschland aufgehalten, keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen und keinen Krankenversicherungsschutz hatte.

Beurteilung
Die ursprüngliche Feststellung der Krankenkasse über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung bleibt unberührt. Für die Zeit vom 01.03.2023 bis zum 31.07.2023 unterliegt Frau B. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V.

Dagegen sind die in Abschnitt 4.2.1 beschriebenen Fallkonstellationen der rückwirkenden Korrektur der ursprünglichen Annahmen beziehungsweise Feststellungen der Krankenkasse dadurch gekennzeichnet, dass diese einen vorläufigen Charakter hatten, weil sie zu dem Zeitpunkt getroffen wurden, an dem entweder nicht alle Ermittlungsmöglichkeiten zur Feststellung des Aufenthaltsorts ausgeschöpft waren oder der Ausschluss der möglichen Leistungsinanspruchnahme durch das Mitglied noch nicht sicher war.

4.3 Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nummer 4 SGB V, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist

4.3.1 Allgemeines

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung endet kraft Gesetzes, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB nicht mehr besteht. Davon ist nach § 191 Nummer 4 SGB V in der seit dem 15. Dezember 2018 geltenden Fassung auszugehen, wenn innerhalb eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Für die Mitgliedschaft wurden keine Beiträge geleistet.
- Weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen haben Leistungen in Anspruch genommen.
- Die Krankenkasse konnte trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, ist die freiwillige Mitgliedschaft einschließlich der Versicherung von familienversicherten Angehörigen rückwirkend ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums zu beenden.

Im Übrigen wird im Verfahren der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nummer 4 SGB V nicht danach differenziert, ob diese seinerzeit nach § 9 oder § 188 Absatz 4 SGB V begründet wurde.

Die Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben unberührt (vergleiche Abschnitt 5.4).

4.3.2 Voraussetzungen

4.3.2.1 6-Monate-Zeitraum

Der nach § 191 Nummer 4 SGB V maßgebliche sechsmonatige Zeitraum wird durch die erste fehlende Beitragszahlung ausgelöst. Hierbei ist nur von Bedeutung, dass an einem bestimmten Fälligkeitstag erstmalig keine Beiträge gezahlt wurden. Dagegen ist irrelevant, für welchen Monat die Beiträge fällig waren. Der 6-Monate-Zeitraum beginnt an dem Tag, der dem Fälligkeitstermin folgt.

Sind die Voraussetzungen für die Beendigung der Mitgliedschaft erfüllt, ist sie rückwirkend mit Ablauf des Vortages des Beginns des sechsmonatigen Zeitraums zu beenden.

Beispiel 1
Herr C. ist seit Jahren freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse. Die Beitragszahlung weist keine Unregelmäßigkeiten aus. Am 15.02.2023 wurden die Beiträge für Januar 2023 nicht bezahlt. Das entsprechende Mahnschreiben der Krankenkasse kommt mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ am 22.02.2023 zurück.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nummer 4 SGB V sind innerhalb des Zeitraums vom 16.02.2023 bis 15.08.2023 zu prüfen. Sind diese erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.02.2023 zu beenden.

Beispiel 2
Frau D. ist seit Jahren freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse. Die Beitragszahlung weist keine Unregelmäßigkeiten aus. Der im Rahmen einer turnusmäßigen Überprüfung der Einkommensverhältnisse versandte Einkommensfragebogen kommt mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ am 04.01.2023 zurück. Am 16.01.2023 (* = 15.01.2023 ist ein Sonntag.) erfolgt keine Beitragszahlung für Dezember 2022.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nummer 4 SGB V sind innerhalb des Zeitraums vom 17.01.2023 bis 16.07.2023 zu prüfen. Sind diese erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 16.01.2023 zu beenden.

In den Fallkonstellationen, in denen das Mitglied zu keinem Zeitpunkt die Beiträge für die freiwillige Mitgliedschaft gezahlt hat, gelten für die Bildung des maßgeblichen sechsmonatigen Zeitraums bestimmte Besonderheiten. Angesprochen sind hierbei zunächst die Sachverhalte, in denen die obligatorische Anschlussversicherung ausschließlich aufgrund der Leistungsinanspruchnahme durch das ehemalige Mitglied beziehungsweise seine zuletzt familienversicherte Angehörige zustande kommt (vergleiche Abschnitt 4.2.1). Für den Beginn des 6-Monats-Zeitraums im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V wird hierbei auf die fehlende Beitragszahlung am ersten der Leistungsinanspruchnahme folgenden Fälligkeitstermin abgestellt.

Fortsetzung des Beispiels aus Abschnitt 4.2.1
Herr A. scheidet mit Ablauf des 31.01.2023 aus der Versicherungspflicht aus. Im Rahmen der Klärung seines weiteren Krankenversicherungsschutzes gelingt es der zuständigen Krankenkasse nicht, seinen Wohnort zu ermitteln. Am 17.05.2023 stellt die Krankenkasse fest, dass die Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V erfüllt sind. Die obligatorische Anschlussversicherung kommt zunächst nicht zustande. Zu einem späteren Zeitpunkt bekommt die Krankenkasse Kenntnis darüber, dass Herr A. am 03.03.2023 eine Leistung zu ihren Lasten in Anspruch genommen hat. Für Herrn A. wird rückwirkend die obligatorische Anschlussversicherung ab dem 01.02.2023 begründet. Die Beiträge wurden zu keinem Zeitpunkt gezahlt.

Beurteilung
Der 6-Monats-Zeitraum im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V wird durch die fehlende Beitragszahlung am ersten der Leistungsinanspruchnahme folgenden Fälligkeitstermin ausgelöst und verläuft somit hier vom 16.03.2023 bis zum 15.09.2023. Sind die Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.03.2023 zu beenden.

Des Weiteren sind die Sachverhalte der fehlenden Beitragszahlung gemeint, in denen die Krankenkasse bei der Klärung des Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung mindestens einmalig nachweislich einen Kontakt mit dem Mitglied herstellen kann, aus dem sein fortbestehender Aufenthalt in Deutschland hervorgeht, und erst anschließend zur Erkenntnis gelangt, dass weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches feststellbar ist. Hier wird der 6-Monats-Zeitraum durch die fehlende Beitragszahlung am ersten dem letzten nachgewiesenen Kontakt mit dem Mitglied folgenden Fälligkeitstermin ausgelöst.

Beispiel 3
Das Mitglied scheidet mit Ablauf des 28.02.2023 aus der Versicherungspflicht aus. Im Rahmen der Ermittlungen zwecks Feststellung der Weiterversicherung des Betroffenen kann die Krankenkasse in einem am 23.05.2023 geführten Telefonat mit dem Mitglied,

das ordnungsgemäß dokumentiert wurde, in Erfahrung bringen, dass sich das Mitglied weiterhin im Geltungsbereich des SGB befindet. Auf dieser Grundlage wird ab dem 01.03.2023 eine Versicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V begründet. Der Beitragsbescheid wird am 26.06.2023 versandt; aufgrund fehlender Mitwirkung erfolgt eine Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze. Hindernisse bei der Postzustellung werden der Krankenkasse zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt. Nachdem die Beitragszahlung ausbleibt und entsprechende Mahnungen mit einem Unzustellbarkeitsvermerk zurückgesandt werden, unternimmt die Krankenkasse weitere Ermittlungsaktivitäten zur Feststellung des Wohnsitzes beziehungsweise gewöhnlichen Aufenthalts des Mitglieds. Nachdem diese erfolglos ausgeschöpft wurden, stellt die Krankenkasse die Ermittlungen gemäß § 5 der Einheitlichen Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Absatz 5 SGB V des GKV-Spitzenverbandes am 06.10.2023 ein und hat anschließend die Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V zu prüfen.

Beurteilung
Der 6-Monats-Zeitraum im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V wird durch die fehlende Beitragszahlung am ersten Fälligkeitstermin nach dem letzten nachgewiesenen Kontakt mit dem Mitglied ausgelöst, der am 23.05.2023 stattgefunden hat. Der 6-Monats-Zeitraum verläuft vom 16.06.2023 bis 15.12.2023. Sind die Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.06.2023 zu beenden.

Die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft setzt voraus, dass innerhalb des nach dem vorgenannten Maßstab gebildeten sechsmonatigen Zeitraums die drei maßgeblichen Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind. Wird eine dieser Voraussetzungen innerhalb des Zeitraums nicht erfüllt, werden die eingeleiteten Aktivitäten zur Prüfung der Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V gegenstandslos, sodass die freiwillige Mitgliedschaft zunächst fortbesteht. Ein neuer sechsmonatiger Zeitraum kann wieder nur durch die fehlende Beitragszahlung an einem bestimmten Fälligkeitstag ausgelöst werden. Wird dagegen eine der Voraussetzungen erst außerhalb des relevanten Zeitraums nicht erfüllt, bleibt die Beendigung der Mitgliedschaft unberührt; hierbei ist ohne Bedeutung, zum welchen Zeitpunkt die Krankenkasse Kenntnis davon erlangt.

Fortsetzung des Beispiels 1
Die Krankenkasse war angehalten, für Herrn C. die Voraussetzungen nach § 191 Nummer 4 SGB V innerhalb des Zeitraums vom 16.02.2023 bis 15.08.2023 zu prüfen. Im Rahmen einer Abrechnung mit Leistungserbringern von Heilmitteln wird bekannt, dass Herr C. am 15.05.2023 eine Leistung zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen hat.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nummer 4 SGB V sind zunächst nicht erfüllt. Der neue Zeitraum für die Prüfung nach § 191 Nummer 4 SGB V beginnt am 16.06.2023 wenn bis zum 15.06.2023 keine Beiträge gezahlt werden, und verläuft bis zum 15.12.2023. Sind die Voraussetzungen im neuen 6-Monate-Zeitraum erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.06.2023 zu beenden.

Fortsetzung des Beispiels 2
Die Krankenkasse war angehalten, für Frau D. die Voraussetzungen nach § 191 Nummer 4 SGB V innerhalb des Zeitraums vom 17.01.2023 bis 16.07.2023 zu prüfen. Am 15.04.2024 wird im Rahmen einer Abrechnung mit Leistungserbringern von Heilmitteln für das III. Quartal 2023 bekannt, dass Frau D. am 01.08.2023 eine Leistung zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen hat.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nummer 4 SGB V sind im Zeitraum vom 17.01.2023 bis 16.07.2023 erfüllt. Die Mitgliedschaft ist rückwirkend mit Ablauf des 16.01.2023 zu beenden. Nimmt Frau D. später den Kontakt mit der Krankenkasse auf, wird der Aufenthalt von Frau D. in Deutschland geklärt und aufgrund dieser Mitwirkung die Auffang-Versicherungspflicht für die Zeiten begründet, in denen sie dem deutschen Recht unterlag und über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügte.

4.3.2.2 Fehlende Leistungsinanspruchnahme

Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt voraus, dass die Leistung konkret und individuell für das Mitglied oder den familienversicherten Angehörigen erbracht wird. Dies ist zum Beispiel bei pauschalen Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen nicht der Fall (vergleiche Bundesratsdrucksache 375/18, Seite 21). Die Krankenkasse kann den Ausschluss der Leistungsinanspruchnahme erst dann feststellen, wenn die Fristen für die Abrechnungen mit den Leistungserbringern (jedenfalls soweit diese eine versichertenbezogene Zuordnung der Leistungsinanspruchnahme vorsehen) abgelaufen sind. Wann dies der Fall ist, prüft jede Krankenkasse für sich unter Berücksichtigung der jeweiligen internen organisatorischen Abläufe der Abrechnungsverfahren. Nach dem Ablauf dieser Fristen hat die Krankenkasse unverzüglich die Feststellung zu treffen, ob keine Leistungsinanspruchnahme vorliegt.

Im Übrigen werden für die Dauer der Klärung dieses Tatbestandes zunächst die Versicherungszeiten im Versichertenverzeichnis (verbunden mit den entsprechenden Beitragsforderungen) generiert. Erst nach der Feststellung des rechtlichen Endes der Mitgliedschaft wird auch eine entsprechende Korrektur des Versichertenverzeichnisses

vorgenommen. Zu den zeitlichen Anforderungen an die Feststellung über die Beendigung der Mitgliedschaft wird auf die „Einheitlichen Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Absatz 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze)“ verwiesen (vergleiche Abschnitt 4.5).

4.3.2.3 Fehlende Beitragszahlung

Bei der Prüfung der fehlenden Beitragszahlung gilt derselbe Grundsatz, wie bei der Bestimmung des Beginns des sechsmonatigen Zeitraums (vergleiche Abschnitt 4.3.2.1). Es ist also nur von Bedeutung, dass im maßgeblichen Zeitraum keine Beiträge gezahlt wurden. Somit bedeutet jegliche im maßgeblichen Zeitraum geleistete Beitragszahlung (unabhängig von deren Höhe und unabhängig davon, für welchen Beitragsmonat sie bestimmt ist), dass die Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V nicht erfüllt sind.

4.3.2.4 Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband regelt nach § 188 Absatz 5 SGB V verbindlich für alle Krankenkassen das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen im Rahmen untergesetzlicher Normsetzung (vergleiche Abschnitt 4.5).

4.3.3 Beitragsbemessung für die Dauer der Klärung des Fortbestehens der Mitgliedschaft

Für die Beitragsbemessung innerhalb des Zeitraumes, in dem die Ermittlungen zur Feststellung des Wohnsitzes beziehungsweise des gewöhnlichen Aufenthalts des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB andauern, gelten die allgemeinen beitragsrechtlichen Grundsätze. Dies bedeutet, dass die bisherige Beitragsfestsetzung in ihrer Höhe von dem den sechsmonatigen Zeitraum auslösenden Ereignis grundsätzlich unberührt bleibt. Wird jedoch innerhalb des Zeitraumes, in dem die Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V auf dem Prüfstand stehen, eine turnusmäßige Einkommensüberprüfung nach § 6 Absatz 2 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler fällig, führt die fehlende Mitwirkung des Mitglieds zur künftigen Beitragsfestsetzung nach § 240 Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze.

4.3.4 Mögliche Rückabwicklung der beendeten Mitgliedschaften

Der Regelung nach § 191 Nummer 4 SGB V liegt (beim Vorliegen der bestimmten Indizien, die als Tatbestandsvoraussetzungen formuliert sind) die pauschale Annahme zugrunde, dass sich das Mitglied ab einem bestimmten Zeitpunkt im Verlauf der freiwilligen Mitgliedschaft dem Geltungsbereich des deutschen Krankenversicherungsrechts entzieht, ohne die Krankenkasse über seinen Verzug ins Ausland zu informieren. Man geht also von einer fehlenden Schutzbedürftigkeit aus; die Rechtsfolge ist daher die Beendigung der Mitgliedschaft rückwirkend zu dem Zeitpunkt, ab dem die fehlende Schutzbedürftigkeit angenommen wurde.

Eine unter den Voraussetzungen des § 191 Nummer 4 SGB V rechtmäßig beendete Mitgliedschaft lebt nicht wieder auf, selbst wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt im Einzelfall herausstellen sollte, dass das Mitglied seinen Wohnsitz beziehungsweise gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte. In diesen Fällen kommt die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bei Mitwirkung des Versicherten zum Tragen, um die Versicherungslücke rückwirkend zu schließen. Damit geht auch die Möglichkeit der Ermäßigung von Beitragsrückständen nach Maßgabe des § 256a SGB V einher.

4.4 Bestandsbereinigung der Versicherungsverhältnisse nach § 408 SGB V

Aus Anlass der Neukonzeption der Ausgestaltung der obligatorischen Anschlussversicherung durch das GKV-VEG waren die Krankenkassen zur Bereinigung ihres Mitgliederbestands für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum 1. Januar 2019 um die sogenannten „ungeklärten passiven“ Mitgliedschaften bis zum 15. Juni 2019 verpflichtet. Danach waren Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit Beginn der Mitgliedschaft folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt waren:

- Die Krankenkasse konnte keinen Kontakt zum Mitglied herstellen.
- Für die Mitgliedschaft wurden keine Beiträge geleistet.
- Weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen haben Leistungen in Anspruch genommen.

Weitere Erläuterungen hierzu enthält die vorangegangene Fassung dieser Grundsätzlichen Hinweise vom 14. Dezember 2018.

4.5 Notwendige Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen

Das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V oder die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nummer 4 SGB V setzt voraus, dass die Krankenkasse alle zumutbaren Möglichkeiten zur Ermittlung des Aufenthaltsorts des Mitglieds erfolglos ausschöpft. Um die einheitliche Auslegung und Anwendung der in § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V und § 191 Nummer 4 SGB V vorgeschriebenen Ermittlungspflichten der Krankenkassen sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband nach § 188 Absatz 5 Satz 1 SGB V den Auftrag, das Nähere zu diesen Ermittlungspflichten in einer untergesetzlichen Rechtsnorm festzulegen. In Erfüllung dieser Verpflichtung wurden „Einheitliche Grundsätze zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Absatz 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze)“ entwickelt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes

hat die Einheitlichen Ermittlungsgrundsätze am 28. November 2018 beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Grundsätzen am 14. Dezember 2018 zugestimmt.

Näheres zu den Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen bei der Umsetzung des § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V und des § 191 Nummer 4 SGB V ist den vorgenannten Einheitlichen Grundsätzen zu entnehmen.

5 Berücksichtigung von Sachverhalten mit Auslandsberührung bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung

5.1 Personen, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung im Ausland ausscheiden

Die Begriffe „Versicherungspflicht“ und „Familienversicherung“ im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V umfassen zunächst jede Pflichtversicherung (§ 5 SGB V) und jede Familienversicherung (§ 10 SGB V) in Deutschland. Darüber hinaus ist diese Voraussetzung nach Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 als erfüllt anzusehen, wenn es sich um ein Ausscheiden aus der Versicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in einem EU- beziehungsweise EWR-Mitgliedstaat und der Schweiz beziehungsweise ein Ausscheiden aus der Versicherung in einem Mitgliedstaat mit Nationalem Gesundheitsdienst handelt. Dies gilt auch für Sachverhalte mit dem Vereinigten Königreich. Über das Abkommen über den Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft (Austrittsabkommen) ist Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 anwendbar. Das Austrittsabkommen regelt die Sachverhalte, die vor dem 1. Januar 2021 einen grenzüberschreitenden Bezug zum Vereinigten Königreich aufweisen. Eine Gleichstellung erfolgt ebenfalls über die gleichlautende Regelung in Artikel KSS.6 des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft einerseits und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland andererseits (Abkommen über Handel und Zusammenarbeit). Das Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ist für Sachverhalte maßgeblich, die ab dem 1. Januar 2021 beginnen und vorher keinerlei grenzüberschreitenden Bezug zwischen einem EU-Mitgliedstaat und dem Vereinigten Königreich hatten. Im Übrigen wird in den weiteren Ausführungen aus Übersichtsgründen darauf verzichtet, eine explizite Bezugnahme auf das Austrittsabkommen vorzunehmen. Für die vom Austrittsabkommen erfassten Sachverhalte sind die Regelungen der Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09 vollumfänglich weiter anwendbar, sodass die alleinige Rechtsquellenangabe aus diesen Verordnungen ausreicht.

Ferner beinhalten das deutsch-jugoslawische Abkommen über soziale Sicherheit, das noch im Verhältnis zu Bosnien und Herzegowina, dem Kosovo, Montenegro und Serbien Anwendung

findet, und das deutsch-nordmazedonische Abkommen Gleichstellungsvorschriften zum Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Nähere Informationen hierzu sind dem Leitfaden „Die freiwillige Krankenversicherung im Rahmen der EG-/EWG- Verordnungen und nach Abkommensrecht“ des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zu entnehmen.

Die Sachverhalte mit einer zeitlich letzten Versicherung in Nichtvertragsstaaten sind mangels Gleichstellungsvorschriften demgegenüber nicht relevant.

Allein die formelle Gleichstellung des Ausscheidens aus der Versicherung innerhalb des über- und zwischenstaatlichen Rechts reicht allerdings nicht aus, um den Anwendungsbereich des § 188 Absatz 4 SGB V auf die Sachverhalte mit Auslandsbezug auszudehnen. Es bedarf der Berücksichtigung der systematischen Eingliederung der obligatorischen Anschlussversicherung in das deutsche Krankenversicherungsrecht. In Abgrenzung zum Beitrittsrecht unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V ist die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V ausschließlich als Fortsetzung der Versicherung konzipiert. Dies ergibt sich bereits aus der unterschiedlichen Begrifflichkeit innerhalb dieser Rechtsvorschriften. Darüber hinaus spricht die gesetzestechnische Einordnung der Regelung des § 188 Absatz 4 SGB V in einem Abschnitt mit mitgliedschaftsrechtlichen Normen ebenfalls für diese Unterscheidung. Mit der Fortsetzung einer Versicherung kann allerdings ausschließlich die Weiterführung einer Versicherung nach dem deutschen Recht, und zwar bei derselben Krankenkasse, gemeint sein (vergleiche weitere Hinweise in Abschnitt 1.4).

In der Konsequenz kann die obligatorische Anschlussversicherung – ungeachtet einer unter bestimmten Voraussetzungen zulässigen grundsätzlichen Gleichstellung des Ausscheidens aus der Versicherung innerhalb des über- und zwischenstaatlichen Rechts – vom Ergebnis her nur für Personen gelten, die zuletzt dem nationalen (deutschen) Recht unterstellt waren. Selbst die Personen, die wegen ihres Wohnortes in Deutschland zuletzt Anspruch auf Sachleistungen aufgrund einer im Ausland bestehenden Versicherung nach Vorgaben der VO (EG) 883/04, des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit oder der bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit hatten, werden vom Geltungsbereich des § 188 Absatz 4 SGB V nicht erfasst. Das Zugangsrecht zur GKV nach Maßgabe der Regelungen des § 9 oder § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unter Berücksichtigung des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleibt unberührt.

Beispiel 1
Nach einem Studium, während dessen eine Versicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Frankreich bestand, hat ein französischer Staatsbürger zum 01.03.2023 eine nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung in Deutschland aufgenommen. Anlässlich der

Beschäftigungsaufnahme verlegt er seinen Wohnsitz aus Frankreich nach Deutschland und erkundigt sich bei einer deutschen Krankenkasse über die Möglichkeiten, sich in der deutschen GKV zu versichern.

Beurteilung
Für den Arbeitnehmer gelten aufgrund einer Erwerbstätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften. Das Zugangsrecht zur GKV kann sich bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen alternativ aus § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 oder 3 SGB V ergeben. Soweit § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 2 SGB V das Ausscheiden aus der gesetzlichen Versicherung und eine entsprechende Vorversicherungszeit verlangt, können diese Voraussetzungen durch die französische gesetzliche Versicherung erfüllt werden. Eine Beitrittserklärung in Textform innerhalb der dreimonatigen Frist ist erforderlich. Die Auffang-Versicherungspflicht ist im Übrigen nach § 6 Absatz 3 SGB V ausgeschlossen.

Die Anwendung des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen.

Beispiel 2
Ein niederländischer Staatsbürger war bis zum 28.02.2023 in den Niederlanden wohnhaft, dort selbstständig erwerbstätig und gesetzlich krankenversichert. Zum 01.03.2023 verlegt er seinen Wohnsitz und seine selbstständige Tätigkeit nach Deutschland. Er ist daran interessiert, sich in der deutschen GKV zu versichern.

Beurteilung
Für den Selbstständigen gelten aufgrund einer Erwerbstätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften. Das Zugangsrecht zur GKV kann sich bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen aus § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (vorrangig) oder § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V (nachrangig) ergeben.

Soweit § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V das Ausscheiden aus der gesetzlichen Versicherung und eine entsprechende Vorversicherungszeit verlangt, können diese Voraussetzungen durch die niederländische gesetzliche Versicherung erfüllt werden. Eine Beitrittserklärung in Textform innerhalb der dreimonatigen Frist ist erforderlich.

Für die Anwendung des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V ist die bisherige Mitgliedschaft im gesetzlichen Krankenversicherungssystem der Niederlande das ausschlaggebende Kriterium. Die Tatsache, dass der Betroffene zuletzt selbständig tätig war, tritt hier in den Hintergrund.

Die Anwendung des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen.

5.2 Ausländer, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in Deutschland ausscheiden

Die obligatorische Anschlussversicherung setzt immer eine vorbestehende Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung bei einer deutschen Krankenkasse voraus. Ausländer, die in der Vergangenheit einmalig einen rechtmäßigen Zugang zur GKV im Rahmen einer Versicherungspflicht (zum Beispiel als Arbeitnehmer oder Bürgergeldbezieher) oder einer Familienversicherung gefunden haben, und anschließend aus dieser Versicherung ausscheiden, werden nach den allgemein gültigen Voraussetzungen von der obligatorischen Anschlussversicherung erfasst. Eine analoge Anwendung der für die Auffang-Versicherungspflicht relevanten Einschränkungen des § 5 Absatz 11 Sätze 1 und 2 SGB V für ausländische Bürger im Rahmen des § 188 Absatz 4 SGB V ist aufgrund entgegenstehender Regelungszwecke beider Vorschriften ausgeschlossen. Während der Regelungszweck des § 5 Absatz 11 SGB V darin besteht, eine voraussetzungslose unkontrollierte erstmalige Aufnahme mittels der Auffang-Versicherungspflicht in die GKV auszuschließen, setzt die obligatorische Anschlussversicherung demgegenüber gerade einen vorbestehenden Bezug zur GKV voraus. Vor diesem Hintergrund findet im Übrigen auch die Regelung des § 5 Absatz 11 Satz 3 SGB V keine analoge Anwendung (vergleiche Abschnitt 2.3.4).

5.3 Abgrenzung zu den Sondersystemen der sozialen Sicherheit für internationale Organisationen in Deutschland und zum Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften

Sämtliche Abgrenzungsfragen zwischen der freiwilligen Krankenversicheng und Sondersystemen der sozialen Sicherheit für internationale Organisationen in Deutschland sowie Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften werden in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung in den Abschnitten A.2.4.4.4 und A. 2.4.4.5 erläutert.

5.4 Aufenthalt im Ausland

5.4.1 Allgemeines

Nach § 3 Nummer 2 SGB IV kann die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V grundsätzlich nur für solche Personen zur Anwendung kommen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (vergleiche § 30 SGB I) in Deutschland haben. Demgegenüber werden die Personen, die aus der Pflicht- oder der Familienversicherung nach dem deutschen Recht ausscheiden und unmittelbar danach ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen beziehungsweise dort weiterhin beibehalten, von der obligatorischen Anschlussversicherung grundsätzlich nicht erfasst.

Für Personen, die sich vorübergehend im Ausland aufhalten, ohne ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufzugeben, findet § 188 Absatz 4 SGB V weiterhin Anwendung, sofern nicht etwaige Kollisionsregelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts zum Ausschluss der deutschen Krankenversicherung führen. Die Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung in derartigen Fallkonstellationen obliegt den allgemeinen Regeln für die freiwillige Krankenversicherung (einschließlich der beitragsrechtlichen Vorschriften über die sogenannte Anwartschaftsversicherung). Hinsichtlich der Beurteilung einer privaten Auslandskrankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 2 SGB V wird auf die entsprechenden Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung verwiesen.

Ausnahmen von dem Grundsatz, dass es bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland nicht zur Anwendung des § 188 Absatz 4 SGB V kommt, können sich lediglich im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ergeben (vergleiche § 6 SGB IV sowie Abschnitte 5.4.2 bis 5.4.4).

5.4.2 Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU beziehungsweise des EWR, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich

Im Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04 beziehungsweise des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit gilt nach Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit grundsätzlich eine Gebietsgleichstellung, sodass für die Personen, die aus der Pflicht- oder der Familienversicherung nach dem deutschen Recht ausscheiden, selbst beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat oder im Vereinigten Königreich § 188 Absatz 4 SGB V nicht ausgeschlossen ist. Dies setzt voraus, dass die betreffende Person den deutschen Rechtsvorschriften unterliegt.

Personen, die eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausüben, unterliegen nach Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit den Rechtsvorschriften des Staates, in dem die Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird. Für in Deutschland erwerbstätige und im Ausland wohnende Personen (zum Beispiel die nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 oder § 7 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer oder selbstständig Erwerbstätige) gelten dementsprechend die deutschen Rechtsvorschriften.

Darüber hinaus kann sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus den Artikeln 23 bis 25 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikeln KSS.22 bis KSS.24 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergeben. Hierunter fallen insbesondere:

- Personen, die ausschließlich eine deutsche Rente erhalten oder
- Doppelrentner, die keine Rente aus dem Staat erhalten, in dem sie wohnen, jedoch eine deutsche Rente beziehen und die deutschen Rechtsvorschriften am längsten gegolten haben.

Scheidet eine Person aus der Pflicht- oder der Familienversicherung nach dem deutschen Recht aus und unterliegt diese Person aufgrund der Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder des Rentenbezuges auch beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat oder im Vereinigten Königreich weiterhin den deutschen Rechtsvorschriften, kommt für sie die obligatorische Anschlussversicherung kraft Gesetzes zustande, wenn keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist. Die Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung kann nur im Wege einer Austrittserklärung (vergleiche Abschnitt 2.4), verbunden mit dem Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall, vermieden werden.

Unterliegt eine Person dagegen beim Wohnort außerhalb Deutschlands den Rechtsvorschriften des Wohnstaates (zum Beispiel nach Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe c Abkommen über Handel und Zusammenarbeit), kann die freiwillige Versicherung nur unter Heranziehung des Artikels 14 Absatz 2 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikels KSS.13 Absatz 2 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit begründet werden. Dies setzt voraus, dass im Wohnstaat keine Pflichtversicherung vorliegt und der Wille des Betroffenen erkennbar ist, dass er die freiwillige Versicherung in Deutschland begründen möchte. Der Begriff „freiwillige Krankenversicherung“ im Sinne des Artikels 14 Absatz 2 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikels KSS.13 Absatz 2 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit umfasst grundsätzlich sowohl die Regelungen des § 9 als auch die des § 188 Absatz 4 SGB V. Dennoch ist die Besonderheit zu beachten, dass die obligatorische Anschlussversicherung von ihrem Wesen her als kraft Gesetzes zustande kommende Versicherung konzipiert ist. Vor diesem Hintergrund kann die freiwillige Versicherung bei Personen, die aus der Pflicht- oder der Familienversicherung nach dem deutschen Recht ausscheiden und zu diesem Zeitpunkt ihren Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat oder im Vereinigten Königreich haben, nur unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V zustande kommen, sofern diese Personen den Rechtsvorschriften des Wohnstaates unterliegen. Dies gilt auch für den (eher theoretischen) Fall, dass die Wohnortverlegung zeitgleich mit dem Ausscheiden aus der Versicherung nach dem deutschen Recht vollzogen wird.

Beispiel 1
Ein in Belgien wohnender belgischer Staatsbürger übt als Grenzgänger eine versicherungspflichtige Beschäftigung in Deutschland aus und ist bei einer deutschen Krankenkasse versichert. Zum 31.12.2022 scheidet er nach § 6 Absatz 4 SGB V aus der Versicherungspflicht aus.

Beurteilung
Für den Arbeitnehmer gelten aufgrund einer Erwerbstätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften, ungeachtet seines Wohnortes in einem anderen Mitgliedsstaat (Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04). Er unterliegt grundsätzlich der obligatorischen Anschlussversicherung im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V, wobei die Austrittsmöglichkeit unberührt bleibt. Dies setzt voraus, dass eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (vergleiche Abschnitt 2.4.1) nachgewiesen wird. Als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall kommen insbesondere eine substitutive Krankenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen (mit Sitz in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedsstaat) oder eine freiwillige Krankenversicherung bei einem anderen ausländischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung infrage.

Beispiel 2
Ein Saisonarbeitnehmer aus Bulgarien unterliegt während seiner auf vier Monate befristeten Beschäftigung in Deutschland der Krankenversicherungspflicht und ist bei einer deutschen Krankenkasse versichert. Nach dem Ende der Beschäftigung kehrt er in seine Heimat zurück, ohne dort erwerbstätig zu sein. Das Hinweisschreiben der Krankenkasse über sein Beitrittsrecht bleibt unbeantwortet.

Beurteilung
Nach der Beendigung der Erwerbstätigkeit in Deutschland unterliegt der Betroffene wieder den Rechtsvorschriften des Wohnstaates (Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04). Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil die deutschen Rechtsvorschriften infolge der Beendigung der Erwerbstätigkeit und der Wohnortverlegung nicht mehr gelten.

Beispiel 3
Ein belgischer Staatsangehöriger wohnt in Belgien und übt als Grenzgänger eine versicherungspflichtige Beschäftigung in Deutschland aus und ist bei einer deutschen Krankenkasse versichert. Zum 31.12.2022 endet die Beschäftigung in Deutschland.

Beurteilung
Nach der Beendigung der Erwerbstätigkeit in Deutschland unterliegt der Betroffene wieder den Rechtsvorschriften des Wohnstaates (Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04). Die kraft Gesetzes angeordnete obligatorische Anschlussversicherung ist ausgeschlossen, weil die deutschen Rechtsvorschriften infolge der Beendigung der Erwerbstätigkeit nicht mehr gelten. Wenn der Betroffene jedoch ausdrücklich den Willen äußert, in Deutschland eine freiwillige Versicherung zu begründen, muss geprüft werden, ob in Belgien eine die freiwillige Versicherung in Deutschland ausschließende

Pflichtversicherung vorliegt (Artikel 14 Absatz 2 VO (EG) 883/04). Ist dies nicht der Fall, kommt die freiwillige Versicherung unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Nummer 1 SGB V, nicht hingegen die obligatorische Anschlussversicherung, in Betracht.

Beispiel 4
Ein deutscher Arbeitnehmer unterliegt während seiner Beschäftigung in Deutschland der Krankenversicherungspflicht und ist bei einer deutschen Krankenkasse versichert. Mit Rentenbeginn verlegt er seinen Wohnsitz nach Spanien. Er bezieht ausschließlich eine deutsche Rente. Die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) liegen nicht vor, da er sich einige Jahre im vertragslosen Ausland aufgehalten hatte.

Beurteilung
Bei der Person handelt es sich um einen sogenannten deutschen Einfachrentner. Auch bei Wohnsitz in Spanien und ungeachtet der nicht bestehenden KVdR unterliegt er ausschließlich den deutschen Rechtsvorschriften (Artikel 24 VO (EG) 883/04). Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V kommt zustande, es sei denn, die betroffene Person gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach.

5.4.3 Wohnortverlegung in einen anderen Mitgliedstaat der EU beziehungsweise des EWR, in die Schweiz oder in das Vereinigte Königreich während einer freiwilligen Mitgliedschaft

Grundsätzlich gelten mit Wohnortverlegung in einen anderen Mitgliedstaat oder in das Vereinigte Königreich für den Versicherten nach Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe c Abkommen über Handel und Zusammenarbeit die Rechtsvorschriften des Wohnstaates. Eine zu diesem Zeitpunkt in Deutschland bestehende freiwillige Versicherung ist grundsätzlich nachrangig und wäre ohne Kündigung zu beenden. Nach Artikel 14 Absatz 2 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.13 Absatz 2 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit besteht jedoch die Möglichkeit sich in Deutschland freiwillig zu versichern, wenn im anderen Staat keine Pflichtversicherung vorliegt und der Wille des Versicherten erkennbar ist, dass er die freiwillige Versicherung fortführen möchte.

Etwas anderes gilt jedoch dann, wenn für den Versicherten, ungeachtet der Wohnortverlegung, weiterhin deutsche Rechtsvorschriften maßgeblich sind. Dies ist insbesondere bei Erwerbstätigen (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit) und Beziehern einer deutschen Rente (vergleiche Artikel 23 bis 25 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.22 bis KSS.24 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit) der Fall. Gilt deutsches

Krankenversicherungsrecht fort, kann die freiwillige Versicherung nur nach Maßgabe des § 175 Absatz 4 SGB V (vergleiche insbesondere Kündigungsfrist und Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall) beendet werden.

Die dargelegten Bewertungskriterien gelten im Übrigen unabhängig davon, ob die jeweilige freiwillige Mitgliedschaft ursprünglich nach den Vorgaben des § 9 oder § 188 Absatz 4 SGB V begründet wurde.

Beispiel 1
Ein österreichischer Arbeitnehmer unterliegt während seiner Beschäftigung in Deutschland den deutschen Rechtsvorschriften und ist freiwilliges Mitglied (nach § 9 SGB V oder nach § 188 Absatz 4 SGB V) bei einer deutschen Krankenkasse. Mit Ende der Beschäftigung verlegt er seinen Wohnsitz nach Österreich. Er lebt ausschließlich von seinen Ersparnissen und möchte weiter bei seiner Krankenkasse freiwillig krankenversichert bleiben.

Beurteilung
Die Person unterliegt ausschließlich den Rechtsvorschriften des Wohnstaates (Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04). Die bisherige freiwillige Versicherung ist mit Wohnsitzverlegung grundsätzlich zu beenden. Da der Versicherte ausdrücklich den Willen äußert, seine freiwillige Versicherung aufrecht zu erhalten, muss geprüft werden, ob in Österreich eine Pflichtversicherung vorliegt. Ist dies nicht der Fall, kann die freiwillige Versicherung fortgesetzt werden.

Beispiel 2
Ein spanischer Arbeitnehmer unterliegt während seiner Beschäftigung in Deutschland den deutschen Rechtsvorschriften und ist freiwilliges Mitglied (nach § 9 SGB V oder nach § 188 Absatz 4 SGB V) bei einer deutschen Krankenkasse. Mit Ende der Beschäftigung verlegt er seinen Wohnsitz nach Spanien. Er lebt ausschließlich von seinen Ersparnissen und möchte sich in Spanien krankenversichern.

Beurteilung
Die Person unterliegt ausschließlich den Rechtsvorschriften des Wohnstaates (Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04). Da der Versicherte keinen Willen zur weiteren freiwilligen Versicherung in Deutschland erklärt, ist die Mitgliedschaft in Deutschland ohne Kündigung beziehungsweise ohne Kündigungsfrist zu beenden.

5.4.4 Wohnort im Abkommensstaat

Die obligatorische Anschlussversicherung bei einem Wohnort in einem Staat, mit dem Deutschland ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit hat, dürfte lediglich im Anwendungsbereich des noch bestehenden deutsch-jugoslawischen Abkommens Anwendung finden. Tritt ein solcher Sachverhalt ein, sollte die Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes eingebunden werden.

Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V vom 24. Juli 2023

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 (Bundesgesetzblatt I Seite 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V in die gesetzliche Krankenversicherung (sogenannte Auffang-Versicherungspflicht in der Terminologie des Bundessozialgerichts [BSG], vergleiche BSG, Urteil vom 6. Oktober 2010 – B 12 KR 25/09 R –, USK 2010-83) einbezogen. Für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung enthält § 2 Absatz 1 Nummer 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.

Der GKV-Spitzenverband hat mit der Veröffentlichung der ersten Fassung der Grundsätzlichen Hinweise „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“ vom 14. Dezember 2018 die Aufgabe übernommen, zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Umsetzung der Regelungen über die Auffang-Versicherungspflicht den Krankenkassen Auslegungshinweise mit empfehlendem Charakter an die Hand zu geben.

Seitdem sind einige Änderungen durch gesetzliche Neuregelungen, insbesondere durch den Artikel 1 des Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) vom 3. Juni 2021 (Bundesgesetzblatt I Seite 1309), eingetreten. Darüber hinaus haben sich Anpassungsnotwendigkeiten aufgrund einiger Entscheidungen des Bundesozialgerichts sowie der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der Auffang-Versicherungspflicht unter Einbeziehung des überstaatlichen Rechts ergeben. Der GKV-Spitzenverband nimmt diese Änderungen zum Anlass, die Grundsätzlichen Hinweise zu aktualisieren.

Die Ausführungen zum Begriff „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ gelten neben dem unmittelbaren Anwendungsbereich des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V für die

gleichlautendenden Begriffe bei der Anwendung des § 188 Absatz 4, des § 175 Absatz 4 Satz 4 und des § 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V entsprechend, sofern nichts Abweichendes geregelt ist.

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in den Grundsätzlichen Hinweisen gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

A. Versicherungspflicht 8
A.1 Allgemeines 8
A.2 Voraussetzungen der Versicherungspflicht 9
A.2.1 Zuordnung zum Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a oder b SGB V 9
A.2.2 Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V 9
A.2.2.1 Allgemeines 9
A.2.2.2 Letzte Krankenversicherung in der GKV 10
A.2.2.3 Letzte Krankenversicherung in der PKV 12
A.2.2.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen 12
A.2.2.3.2 Art des Versicherungsvertrages 12
A.2.2.3.2.1 Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung 12
A.2.2.3.2.2 Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Incoming-Krankenversicherung 13
A.2.2.3.2.3 Anwartschaftsversicherung in der PKV 13
A.2.2.3.3 Rücktritt vom Vertrag 14
A.2.2.4 Letzte Absicherung in einem Sondersystem 15
A.2.3 Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V 15
A.2.4 Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall 17
A.2.4.1 Allgemeines 17
A.2.4.2 Absicherung in der GKV als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall 17
A.2.4.2.1 Allgemeines 17
A.2.4.2.2 Koordinierungsregelungen der Verordnung (EG) 883/04 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit 18
A.2.4.2.2.1 Allgemeines 18
A.2.4.2.2.2 Deutsches Recht findet keine Anwendung 19
A.2.4.2.2.3 Typische Sachverhalte für die Anwendbarkeit von deutschen Rechtsvorschriften über die Auffang-Versicherungspflicht 20
A.2.4.2.2.4 Geringfügige Beschäftigung beziehungsweise geringfügige selbstständige Tätigkeit bei grenzüberschreitenden Sachverhalten mit Dänemark, Luxemburg oder Österreich 31
A.2.4.2.3 Koordinierungsregelungen nach Abkommensrecht 32
A.2.4.2.4 Versicherungskonkurrenz zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V 34
A.2.4.2.5 Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch, der Auffang-Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V 36
A.2.4.3 Private Krankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall 38
A.2.4.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen 38

A.2.4.3.2 Art des Versicherungsvertrages ... 38
A.2.4.3.3 Rückkehrrecht in die PKV nach § 5 Absatz 9 Satz 1 SGB V ... 39
A.2.4.4 Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV und PKV ... 40
A.2.4.4.1 Allgemeines ... 40
A.2.4.4.2 Abgrenzung zum Bezug von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe beziehungsweise Eingliederungshilfe ... 41
A.2.4.4.2.1 Allgemeines ... 41
A.2.4.4.2.2 Übergang von Bürgergeld zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe ... 43
A.2.4.4.2.3 Leistungen der Sozialhilfe im Anschluss an die Haftunterbringung beziehungsweise bei deren Unterbrechung ... 44
A.2.4.4.3 Abgrenzung zur Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ... 46
A.2.4.4.4 Sondersysteme der sozialen Sicherheit für internationale Organisationen in Deutschland ... 47
A.2.4.4.5 Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften ... 49
A.2.4.4.6 Mitgliedschaft in einer nach § 176 SGB V anerkannten Solidargemeinschaft ... 51
A.2.5 Sonderregelung für Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen (vergleiche § 5 Absatz 11 SGB V) ... 53
A.2.5.1 Allgemeines ... 53
A.2.5.2 Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz ... 53
A.2.5.3 Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz sind ... 56
A.2.5.4 Besonderheiten für die britischen Staatsangehörigen ... 60
A.2.5.5 Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ... 64
A.3 Feststellung der Versicherungspflicht ... 66
A.4 Versicherungsfreiheit, Befreiung von der Versicherungspflicht und Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit ... 69
A.4.1 Versicherungsfreiheit ... 69
A.4.2 (Keine) Befreiung von der Auffang-Versicherungspflicht ... 70
A.4.3 (Kein) Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit ... 71
A.5 Wirkung einer (anderweitigen) Befreiung von der Krankenversicherungspflicht auf die Auffang-Versicherungspflicht ... 71
A.6 Regelungen in der LKV ... 72
B. Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit ... 72
B.1 Allgemeines ... 72
B.2 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unterliegen ... 72

B.3 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V unterliegen ... 73
B.4 Pflegekassenzuständigkeit ... 73
C. Mitgliedschaft ... 73
C.1 Allgemeines ... 73
C.2 Beginn der Mitgliedschaft ... 74
C.2.1 Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten ... 74
C.2.2 Personen, deren anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall nach dem 1. April 2007 endet ... 74
C.2.3 Personen, die aus der Haft entlassen werden ... 74
C.2.4 Personen, die aus dem Ausland zurückkehren ... 75
C.2.5 Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz ... 75
C.2.6 Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der EU/des EWR oder der Schweiz sind ... 75
C.3 Ende der Mitgliedschaft ... 75
C.4 Fortbestand der Mitgliedschaft ... 76
D. Meldungen, Auskunfts- und Mitteilungspflichten ... 77
E. Beiträge ... 78
E.1 Allgemeines ... 78
E.2 Beitragspflichtige Einnahmen ... 78
E.3 Rangfolge der Einnahmearten ... 79
E.4 Beitragssatz in der Krankenversicherung ... 79
E.4.1 Allgemeines ... 79
E.4.2 Beitragssatz bei Arbeitsentgelt ... 80
E.4.3 Beitragssatz bei Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ... 80
E.4.4 Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ... 80
E.5 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung ... 81
E.6 Beitragstragung ... 82
E.7 Beitragszahlung ... 83
E.7.1 Allgemeines ... 83
E.7.2 Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt ... 83
E.7.3 Beitragszahlung aus Rente ... 84
E.7.4 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen ... 85
E.7.5 Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger ... 85

E.8 Ermäßigung von Beitragsschulden bei verspäteter Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V 86

Anlage 1 Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB XI

Anlage 2 Liste der nach § 176 Absatz 1 SGB V anerkannten Solidargemeinschaften

A. Versicherungspflicht

A.1 Allgemeines

Nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (Buchstabe a) oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren und dem Grunde nach der GKV zuzuordnen sind (Buchstabe b).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche Abschnitt A.3).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V gilt gemäß § 3 Nummer 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 Absatz 3 SGB I vorbehaltlich abweichender Regelungen (vergleiche § 37 SGB I), die sich aus der Anwendung des über- und zwischenstaatlichen Rechts ergeben können (vergleiche § 6 SGB IV).

Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sind nach § 20 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 Nummer 12 SGB XI versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für die in Deutschland wohnhaften 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 Absatz 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 Absatz 4 SGB V mit Wirkung vom 1. August 2013 ist die Anzahl der Anwendungsfälle für die Auffang-Versicherungspflicht erheblich zurückgegangen (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.4).

A.2 Voraussetzungen der Versicherungspflicht

A.2.1 Zuordnung zum Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V. Die 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V maßgeblich.

A.2.2 Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V

A.2.2.1 Allgemeines

Nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

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

und

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

Mit dem Begriff "zuletzt" in § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V auch Zeiten einer anderweitigen, nun aber entfallenen Sicherungsform im Krankheitsfall liegen, die weder der GKV

noch der PKV zuzurechnen ist (vergleiche 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 (vergleiche analoge Anwendung des § 5 Absatz 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 (vergleiche § 3 Nummer 2 SGB IV) oder in denen sie in Deutschland selbstständig tätig beziehungsweise beschäftigt waren (vergleiche § 3 Nummer 1 SGB IV); Letzteres schließt Zeiten einer Entsendung im Sinne des § 4 SGB IV oder des zwischen- beziehungsweise überstaatlichen Rechts ein. Als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung kommen in dieser Zeit nur die Krankenkassen im Sinne des § 21 Absatz 2 SGB I in Verbindung mit § 4 Absatz 2 SGB V infrage.

Darüber hinaus sind auf der Grundlage des Artikels 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit die in den Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in der Schweiz eingetretenen Sachverhalte mit solchen, die in Deutschland eingetreten sind, gleichzustellen. Dies gilt auch für Sachverhalte mit dem Vereinigten Königreich. Über das Abkommen über den Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft (Austrittsabkommen) ist Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 anwendbar. Das Austrittsabkommen regelt die Sachverhalte, die vor dem 1. Januar 2021 einen grenzüberschreitenden Bezug zum Vereinigten Königreich aufweisen. Eine Gleichstellung erfolgt ebenfalls über die gleichlautende Regelung in Artikel KSS.6 des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Atomgemeinschaft einerseits und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland andererseits (Abkommen über Handel und Zusammenarbeit). Das Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ist für Sachverhalte maßgeblich, die ab dem 1. Januar 2021 beginnen und vorher keinerlei grenzüberschreitenden Bezug zwischen einem EU-Mitgliedstaat und dem Vereinigten Königreich hatten. Im Übrigen wird in den weiteren Ausführungen aus

Übersichtsgründen darauf verzichtet, eine explizite Bezugnahme auf das Austrittsabkommen vorzunehmen. Für die vom Austrittsabkommen erfassten Sachverhalte sind die Regelungen der Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09 vollumfänglich weiter anwendbar, sodass die alleinige Rechtsquellenangabe aus diesen Verordnungen ausreicht.

Die Anwendung des überstaatlichen Rechts hat zur Folge, dass die Zeiten, in denen die betroffene Person dem Recht eines EU-/EWR-Staates, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs unterworfen war, ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind. Eine Systemzuordnung zur GKV im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 beziehungsweise bei dem eine Anwendung des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit gegeben ist. Die gesetzliche Versicherung in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich wird im Rahmen des S_BUC_24 mit dem SED S040 angefragt. Die Antwort erfolgt mit dem SED S041. (Zu der Möglichkeit des Nachweises durch anderweitige Dokumente vergleiche 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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-nordmazedonischen, 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 erst recht für Zeiten der Versicherung im sogenannten „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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V orientiert sich an den im § 193 Absatz 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 Absatz 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, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich ist ohne weitere Prüfung anzunehmen, dass sie auch in Deutschland zugelassen sind. Der Grund hierfür liegt in der sich aus Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ergebenden Tatbestandsgleichstellung (vergleiche LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13. Mai 2020 - L 4 KR 1252/20 ER-B). Die Krankenversicherung bei einem nicht in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten ausländischen Krankenversicherungsunternehmen erfüllt dagegen die Voraussetzung „zuletzt privat krankenversichert“ im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche Abschnitt A.2.2.3.1) das Bestehen eines bestimmten Vertrages voraus, und zwar eines Vertrages über eine Krankheitskostenversicherung (vergleiche § 192 Absatz 1 VVG). Der Krankheitskostenversicherung steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Die Versicherungszeiten in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich erfüllen im Wege der Tatbestandsgleichstellung nach Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit das Merkmal "zuletzt privat versichert", wenn es sich um einen privaten Krankenversicherungsvertrag handelt, der mit einem Krankheitskostenversicherungsvertrag im Sinne des § 192 Absatz 1 VVG vergleichbar ist.

Dagegen begründen die Krankentagegeldversicherung (vergleiche § 192 Absatz 5 VVG) beziehungsweise die Krankenhaustagegeldversicherung (vergleiche § 192 Absatz 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 (vergleiche 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V vorliegt. Dies ergibt sich aus dem befristeten Charakter dieser Versicherungsverträge (vergleiche § 195 Absatz 2 VVG). Für eine Auslandskrankenversicherung ist darüber hinaus von Bedeutung, dass die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund des Ruhens von Leistungsansprüchen nach § 16 Absatz 1 Nummer 1 SGB V, insbesondere bei Aufenthalt des Versicherten im sogenannten „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 Absatz 1 Nummer 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, regelmäßig 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 11 SGB V (vergleiche 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 gegebenenfalls 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, stellte sich in der Vergangenheit typischerweise 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. Seit der Einführung des Beitrittsrechts zur vorrangigen freiwilligen Krankenversicherung in der GKV für ehemalige Soldaten auf Zeit (vergleiche § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V) dürfte diese Problematik für diese Personen in der Praxis nur ausnahmsweise eine Rolle spielen, zum Beispiel beim Verstreichen der Beitrittsfrist.

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 Absatz 2 VVG vom Versicherungsvertrag zurücktritt oder den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung nach § 22 VVG in Verbindung mit § 123 Absatz 1 BGB anfechtet (vergleiche analoge Anwendung des BSG- Urteils vom 29. Juni 2016 – B 12 KR 23/14 R –, USK 2016-53). Der bis zur Anfechtung des Versicherungsvertrages beziehungsweise bis zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag durch ein privates Krankenversicherungsunternehmen tatsächlich gewährte Versicherungsschutz ist im Anwendungsbereich des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V als letzte Versicherung im System der privaten Krankenversicherung zu verstehen. Auch für die Zukunft haben die Betroffenen nach § 193 Absatz 5 Satz 4 Nummer 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 Krankheitskostenversicherung 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 Absatz 3 VVG dienen, kein Rücktrittsrecht des Versicherungsunternehmens nach § 37 VVG. Stattdessen hat der Gesetzgeber für Prämienrückstände (einschließlich der Erstprämie) in § 193 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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, das heißt es muss auf die Versicherungssystemzugehörigkeit vor der Absicherung in diesem Sondersystem zurückgegriffen werden (vergleiche jedoch eine besondere Regelung für Bedienstete der Europäischen Institutionen, die über das „Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der EU“ abgesichert sind unter Abschnitt A.2.4.4.5).

Auf die Bewertung, welche Sondersysteme die Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall erfüllen und daher die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausschließen, jedoch nach dem Wegfall der Absicherung nicht als letzte Krankenversicherung im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V gelten, wird unter Abschnitt A.2.4.4 eingegangen.

A.2.3 Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V

Nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die

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

und

- bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Absatz 5 SGB V oder den in § 6 Absatz 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- beziehungsweise einer Familienversicherung führen oder zu einer freiwilligen Versicherung berechtigen.

Auf der Grundlage des Artikels 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikels KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ist sowohl eine gesetzliche als auch eine private Krankenversicherung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V richtet. Dies gilt aufgrund von entsprechenden Regelungen in den jeweiligen Abkommen auch im Falle einer Wohnsitzverlegung nach Deutschland aus der Türkei, Nordmazedonien und Tunesien. Die Alternative b dürfte – wenn überhaupt – nur in Ausnahmefällen ausschlaggebend sein.

Im Zusammenhang mit der Begründung einer Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V sind bei Ausländern ferner die Zusatzregelungen des § 5 Absatz 11 SGB V zu beachten (vergleiche 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b Satzteil 2 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 beziehungsweise um die versicherungsfreien Personen im Sinne von § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V.

Der Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b Satzteil 2 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 Absatz 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 Absatz 1 und 2 SGB V ausgeübt, ist eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 5 oder § 6 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und wird ergänzt durch die Regelungen

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

Die die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 (vergleiche Abschnitt A.2.4.2) und privaten Krankenversicherung (vergleiche Abschnitt A.2.4.3) auch anderweitige Formen der Absicherung im Krankheitsfall in Betracht, die weder der GKV noch PKV zuzuordnen sind (vergleiche Abschnitt A.2.4.4).

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 Absatz 1 Nummer 1 bis 12 SGB V,
- freiwillige Versicherung nach § 9 oder § 188 Absatz 4 SGB V,
- mitgliedschaftserhaltende Zeiten nach § 7 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 192 beziehungsweise 193 SGB V oder nach § 8 Eignungsübungsgesetz,
- Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V,
- Familienversicherung nach § 10 SGB V,

- nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V (unter bestimmten Voraussetzungen).

Liegen bei Ehegatten oder Lebenspartnern die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit

A.2.4.2.2.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V gilt gemäß § 3 Nummer 2 SGB IV grundsätzlich für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben. Dieser Grundsatz wird nach Maßgabe des vorrangigen überstaatlichen Rechts (vergleiche § 6 SGB IV) entsprechend konkretisiert beziehungsweise erweitert. Nach Maßgabe der VO (EG) 883/04 beziehungsweise des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit ist auf den Wohnortbegriff des Artikels 1 Buchstabe j VO (EG) 883/04 beziehungswiese Artikels KSS.1 Buchstabe aa des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit abzustellen. Danach ist Wohnort der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts.

Die Koordinierungsregelungen der VO (EG) 883/04 sowie des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit stellen sicher, dass Personen, die dem persönlichen Geltungsbereich unterliegen, bei den Sachverhalten mit Auslandsberührung den Rechtsvorschriften nur eines Staats unterliegen. Welche Rechtsvorschriften dies sind, ergibt sich nach den bestimmten Grundsätzen. Im Allgemeinen kann dies also dazu führen, dass die deutschen Rechtsvorschriften – trotz eines gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland – keine Anwendung finden oder umgekehrt bei einem gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands ins Ausland „exportiert“ werden. Die sich daraus für die Anwendbarkeit der Vorschrift über die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ergebenden Konsequenzen werden im Einzelnen in den Abschnitten A.2.4.2.2.2 bis A.2.4.2.2.4 erörtert.

Für Personen, die in einem anderen Staat gesetzlich versichert sind und aufgrund des 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 (vergleiche Bundestagsdrucksache 16/3100, Seite 94). Jedoch darf sich diese Frage faktisch regelmäßig 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 überstaatlichen Rechts nicht den deutschen Rechtsvorschriften über die Krankenversicherung unterliegt, dann ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bereits aus diesem Grund ausgeschlossen. Personen, die zuletzt in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versichert waren und nun den deutschen Rechtsvorschriften unterliegen, können keine Sachleistungen zulasten eines dieser Staaten in Anspruch nehmen (vergleiche jedoch die abweichenden Vereinbarungen mit Dänemark, Luxemburg und Österreich, Abschnitt A.2.4.2.2.4). Die im anderen Staat (zu Unrecht) bestehende Absicherung gilt nicht als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

A.2.4.2.2.2 Deutsches Recht findet keine Anwendung

Nach Vorgaben der VO (EG) 883/04 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit unterliegen Personen, die sich nur vorübergehend in Deutschland aufhalten, im Regelfall den Rechtsvorschriften des Staates, in dem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe c Abkommen über Handel und Zusammenarbeit) oder denen sie aufgrund einer Erwerbstätigkeit unterliegen (vergleiche insbesondere Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit). Eine konkrete zeitliche Grenze zur Unterscheidung zwischen einem gewöhnlichen und vorübergehenden Aufenthalt ist im Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04 beziehungsweise des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit nicht vorgesehen, sodass hierzu jeweils eine einzelfallbezogene Prüfung vorzunehmen ist. Die relevanten Entscheidungskriterien beziehungsweise Indizien ergeben sich aus Artikel 11 VO (EG) 987/09 beziehungsweise Artikel KSSD.10 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit. Typische Personengruppen, bei denen ein vorübergehender Aufenthalt in Deutschland vorliegt, sind Reisende zu Urlaubszwecken oder in Deutschland studierende Personen aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich.

Neben den Sachverhalten eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland kann sich die Anwendbarkeit der Rechtsvorschriften eines EU-/EWR-Staats, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs auch aus anderen Koordinierungsregelungen ergeben. Insbesondere sind die in einem anderen Staat erwerbstätigen und in Deutschland wohnenden Grenzgänger (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit) sowie in Deutschland wohnende Bezieher einer Rente aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich (vergleiche Artikel 24 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.22 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit) zu nennen.

Sehen also die Koordinierungsregelungen die Anwendbarkeit der Rechtsvorschriften eines EU-/EWR-Staates, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs vor, sind deutsche Rechtsvorschriften zur Versicherungspflicht in der Krankenversicherung insgesamt, und somit einschließlich der Regelungen zur Auffang-Versicherungspflicht, ausgeschlossen. Beim Vorliegen der entsprechenden Anspruchsnachweise (zum Beispiel PD 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 beziehungsweise des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit.

A.2.4.2.2.3 Typische Sachverhalte für die Anwendbarkeit von deutschen Rechtsvorschriften über die Auffang-Versicherungspflicht

Gelten nach der VO (EG) 883/04 beziehungsweise dem Abkommen über Handel und Zusammenarbeit für eine Person die deutschen Rechtsvorschriften, so kommt bei Erfüllung sonstiger Voraussetzungen auch die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
2. Personen, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit (ausschließlich) in Deutschland ausüben, unabhängig vom gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
3. Personen, die rechtmäßig einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland begründen (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe c Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
4. Personen, die ausschließlich eine deutsche Rente erhalten oder Doppelrentner (Mehrfachrentner), die eine deutsche Rente und eine (mehrere) Rente(n) aus einem (mehreren) Staat(en) erhalten, die Voraussetzungen der deutschen Krankennversicherung der Rentner (KVdR) nicht erfüllen und einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland begründen (vergleiche Artikel 23 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.21 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
5. Personen, die ausschließlich eine deutsche Rente erhalten, die Voraussetzungen der deutschen KVdR nicht erfüllen und einen gewöhnlichen Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich begründen (vergleiche Artikel 24

und 25 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.22 und KSS.23 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),

6. Doppelrentner, die keine Rente aus dem Staat 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 (vergleiche Artikel 24 Absatz 2 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.22 Absatz 2 Buchstabe b Abkommen über Handel und Zusammenarbeit).

Für unter Nummern 4 bis 6 genannten Personengruppen gelten folgende ergänzende Hinweise:

Personen, die eine Rente beantragt haben, werden nach Artikel 22 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.20 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit den Rentenbeziehern gleichgestellt, sodass ein Zuständigkeitswechsel bereits bei Beantragung einer Rente erfolgen kann. Dies gilt in der Regel nicht, wenn der Rentenantragssteller in einem Staat mit nationalem Gesundheitssystem oder einem Einwohnersystem (auch sogenannte Mischsysteme) seinen Wohnort hat. Diese sind: Bulgarien, Dänemark, Finnland, Irland, Island, Italien, Lettland, Litauen, Malta, Niederlande, Norwegen, Portugal, Rumänien Schweden, Slowakei, Spanien, Tschechien sowie das Vereinigte Königreich. Nähere Erläuterungen und Sachverhaltskonstellationen ergeben sich aus dem Rundschreiben der Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes 2021/687 vom 1. Oktober 2021.

Aus deutscher Sicht gelten als Renten im Sinne von Artikel 1 Buchstabe w VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.1 Buchstabe w Abkommen über Handel und Zusammenarbeit gesetzliche Renten der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung. Als gesetzliche Renten gelten ebenso vergleichbare Leistungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, zum Beispiel Altersversorgung für Ärzte, Apotheker, Architekten oder Rechtsanwälte. Der Bezug eines Ruhegehalts aufgrund der Zugehörigkeit „zum Sondersystem für Beamte“ (vergleiche Artikel 1 Buchstaben d und e VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.1 Buchstabe f Abkommen über Handel und Zusammenarbeit) gilt ebenfalls als vergleichbarer Rentenbezug. Treten an die Stelle der vorgenannten Leistungen die Kapitalabfindungen, sind diese ebenso als Renten im Sinne der Koordinierungsvorschriften anzusehen.

Die vorgenannten Koordinierungsregelungen gelten für alle Personen, die vom persönlichen Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/04 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit 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 Absatz 11 Satz 2 SGB V zu beachten (vergleiche Abschnitt A.2.5.2 sowie weitere Erläuterungen zu den nachfolgenden Beispielen). Für britische Staatsangehörige, denen nach dem Austrittsabkommen kein Bestandsschutz zu Teil

wird, sind die ergänzenden Anforderungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V zu prüfen (vergleiche Abschnitt A.2.5.4). Hinsichtlich der Gleichstellung des Merkmals „letzte Versicherung in der GKV oder in der PKV“ im Geltungsbereich der VO (EG) 883/04 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit 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 beziehungsweise mit der Aufnahme der geringfügigen Beschäftigung in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr B. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau C. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 beziehungsweise aus dem Vereinigten Königreich 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 (vergleiche Artikel 31 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.28 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit). Für den Rentenbezieher kommt grundsätzlich (nachrangig) die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V sowie (vorrangig) die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau E. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 beziehungsweise 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 Absatz 11 Satz 2 SGB V (vergleiche 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 beziehungsweise der freiwilligen Versicherung in den dargelegten Beispielen ohne Bedeutung, welche Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates die betroffene Person besitzt, sofern sie vom Geltungsbereich des Freizügigkeitsgesetzes/EU erfasst ist. Unterliegen Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Artikels 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang. Die Besonderheiten für britische Staatsangehörige werden in Abschnitt A.2.5.4 erläutert).

Die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung führt bei grenzüberschreitenden Sachverhalten mit Dänemark, Luxemburg oder Österreich zu Ausnahmen hinsichtlich der Absicherung im Krankheitsfall (vergleiche im Einzelnen Abschnitt A.2.4.2.2.4).

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 beziehungsweise mit der Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau F. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 2023 in Österreich aufgrund einer Beschäftigung pflichtversichert. Nun nimmt er in Deutschland ab dem 1. Juni 2023 eine selbstständige Tätigkeit in einem mehr als geringfügigen Umfang (vergleiche § 8 SGB IV) auf.

Beurteilung
Für Herrn G. sind ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr G. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Herr G. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V irrelevant.

Der Ausschlusstatbestand nach § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V (vergleiche 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 beziehungsweise der freiwilligen Versicherung in den dargelegten Beispielen

ohne Bedeutung, welche Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates die betroffene Person besitzt, sofern sie vom Geltungsbereich des Freizügigkeitsgesetzes/EU erfasst ist. Unterliegen Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Artikels 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang. Die Besonderheiten für britische Staatsangehörige werden in Abschnitt A.2.5.4 erläutert).

Die Ausübung einer geringfügigen selbstständigen Tätigkeit führt bei grenzüberschreitenden Sachverhalten mit Dänemark, Luxemburg oder Österreich zu Ausnahmen hinsichtlich der Absicherung im Krankheitsfall (vergleiche im Einzelnen Abschnitt A.2.4.2.2.4).

Beispiel zu Personengruppe 3 (Stichwort: „Wohnortfälle“)

Beispiel 3
Frau H., deutsche Staatsangehörige, war bis 31. Dezember 2019 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 2023 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (ausschlaggebend ist hier ausschließlich die Alternative a) ab dem 1. Juli 2023 infrage, weil sie nach dem Ausscheiden aus einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 31. Dezember 2019 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 Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 (Stichwort: „gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland“) ergibt, gelten für ausländische Bürger, die vom Geltungsbereich des Freizügigkeitsgesetzes/EU erfasst sind, bei der Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht die ergänzenden Anforderungen des § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V, die im Ergebnis für nicht erwerbstätige Personen zum Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V führen (vergleiche Abschnitt A.2.5.2). Die Besonderheiten für britische Staatsangehörige werden in Abschnitt A.2.5.4 erläutert).

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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr I. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 2007 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 2008 ist sie als Ärztin in einem österreichischen Krankenhaus tätig und bei der Wiener Gebietskrankenkasse versichert. Mit Zahlungsbeginn der österreichischen Rente am 1. Oktober 2023 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 Artikels 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 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau J. zuletzt nicht in

Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 5.1
Herr K. ist deutscher Staatsangehöriger und zuletzt in der GKV pflichtversichert. Er erhält ab dem 1. Oktober 2023 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 (vergleiche Artikel 25 VO (EG) 883/04). Da Herr K. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, kommt bei ihm die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleibt kein Raum. Die Krankenbehandlung in Finnland findet im Rahmen der Sachleistungsaushilfe statt.

Ergänzender Hinweis zum Beispiel 5.1: 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 5.2
Frau L. ist deutsche Staatsangehörige und lebt seit Jahren von ihren Ersparnissen in Italien. Sie erhält ab dem 1. September 2023 eine deutsche Altersrente und erfüllt die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht.

Beurteilung
Italien gehört zu den Staaten mit „nationalem Gesundheitsdienst". Vor diesem Hintergrund unterliegt Frau L. erst ab Erhalt einer deutschen Rente (und nicht bereits ab der Antragstellung) den deutschen Rechtsvorschriften (vergleiche Artikel 24 VO (EG) 883/04). Da Frau L. zuletzt in Italien gesetzlich versichert war, ist für sie die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ausgeschlossen. Frau L. unterliegt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte" gesetzliche Versicherung in Italien ist im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Die Krankenbehandlung in Italien findet ab dem 1. September 2023 im Rahmen der Sachleistungsaushilfe statt.

Beispiel 5.3
Herr M. ist amerikanischer Staatsangehöriger und lebt seit Jahren von seinen Ersparnissen in den USA. Er erhält ab dem 1. Oktober 2023 eine deutsche Altersrente und erfüllt die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht. Mit Rentenbeginn verzieht er nach Spanien. Vor seinem Aufenthalt in den USA war er in Deutschland gesetzlich versichert.

Beurteilung
Ab Erhalt einer deutschen Rente unterliegt Herr M. den deutschen Rechtsvorschriften (vergleiche Artikel 24 VO (EG) 883/04). Da Herr M. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, unterliegt er der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die Krankenbehandlung in Spanien findet im Rahmen der Sachleistungsaushilfe statt.

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

Beispiel 6
Frau N. 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 Artikel 24 Absatz 2 Buchstabe b VO (EG) 883/04 hat Frau N. Anspruch zulasten des Mitgliedstaates, dessen Rechtsvorschriften am längsten gegolten haben – in diesem Falle Deutschland. Da Frau N. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, kommt bei ihr die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleibt kein Raum. Die Krankenbehandlung in Spanien findet im Rahmen der Sachleistungsaushilfe statt.

Sofern sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus den Artikeln 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergibt, ist für Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und vom Geltungsbereich des Freizügigkeitsgesetzes/EU erfasst sind, bei der Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht (und der freiwilligen Versicherung) der Ausschlusstatbestand des § 5 Absatz 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 Artikel 23 bis 25 VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang. Die Besonderheiten für britische Staatsangehörige werden in Abschnitt A.2.5.4 erläutert).

A.2.4.2.2.4 Geringfügige Beschäftigung beziehungsweise geringfügige selbstständige Tätigkeit bei grenzüberschreitenden Sachverhalten mit Dänemark, Luxemburg oder Österreich

Für Personen, die in Deutschland wohnen und zulasten eines anderen Mitgliedstaats krankenversichert sind, gelten mit Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland gemäß Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 die deutschen Rechtsvorschriften. Für Personen, die bisher zulasten eines dänischen, luxemburgischen oder österreichischen Trägers in Deutschland eingeschrieben waren und als Familienangehörige betreut wurden, gelten danach zwar ebenfalls die deutschen Rechtsvorschriften. Allerdings können diese Personen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung weiterhin beim Träger des anderen Mitgliedstaats versichert und in Deutschland wie bisher als Familienangehörige eingeschrieben bleiben, sofern die Voraussetzungen der Familienversicherung gemäß § 10 SGB V weiterhin vorliegen. Das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ist unter diesen Bedingungen ausgeschlossen, weil Anspruch auf Sachleistungen nach dem überstaatlichen Recht ausnahmsweise (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.2.1) als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gilt. Die üblichen Melde- und Beitragspflichten des Arbeitgebers bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung nach Maßgabe der deutschen Rechtsvorschriften bleiben im Übrigen unberührt.

Die für Dänemark, Luxemburg und Österreich geltenden Ausnahmeregelungen bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung gelten sinngemäß auch bei Ausübung einer geringfügigen selbstständigen Tätigkeit. Weitere Erläuterungen und Sachverhaltskonstellationen ergeben sich aus den Rundschreiben der Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes 2021/287 vom 16. April 2021 und 2022/157 vom 10. März 2022.

A.2.4.2.3 Koordinierungsregelungen nach Abkommensrecht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Abkommen 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), Nordmazedonien, Tunesien und Türkei.

Die vorgenannten Abkommen unterscheiden sich jedoch im Umfang der Gleichstellung der einzelnen Sachverhalte. Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 (vergleiche 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 nordmazedonischen 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 nordmazedonischen Trägers ist zu beenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Nordmazedonien 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte" Versicherung bei einem nordmazedonischen 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 beziehungsweise für die freiwillige Versicherung geprüft werden. Sind diese nicht erfüllt, wäre eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V zu prüfen. Da die vorgenannten Abkommen keine Pflegeversicherung erfassen, endet die Pflegeversicherung der betroffenen Mitglieder mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland kraft Gesetzes ungeachtet der Tatsache, dass in der Krankenversicherung weiterhin das deutsche Recht anzuwenden ist. Das Weiterversicherungsrecht nach § 26 Absatz 2 SGB XI bleibt zwar unberührt. Die Weiterversicherung nach § 26 Absatz 2 SGB XI hat jedoch nur anwartschaftserhaltende Wirkung und begründet somit keine Leistungsansprüche.

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 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V in entsprechender Anwendung des Artikels 16 Absatz 4 deutsch-tunesisches Abkommen vorgesehen. Herr B. unterlegt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V, wenn er über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügt. Die Krankenbehandlung in Tunesien findet im Rahmen der

Sachleistungsaushilfe statt. Die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung endet mit der Verlegung des Wohnsitzes nach Tunesien.

Bei Personen, die bereits der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V. Nunmehr verlegt er seinen Wohnort nach Nordmazedonien.

Beurteilung
Nach dem deutsch-nordmazedonischen Abkommen über soziale Sicherheit unterliegt Herr C. aufgrund seiner deutschen Rente den deutschen Rechtsvorschriften. Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleibt bestehen. Die Krankenbehandlung in Nordmazedonien findet im Rahmen der Sachleistungsaushilfe statt. Die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung endet mit der Verlegung des Wohnsitzes nach Nordmazedonien.

A.2.4.2.4 Versicherungskonkurrenz zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 4 und des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Aufgrund der Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht (vergleiche § 5 Absatz 8a Satz 1 SGB V) kommt in diesen Fallkonstellationen die obligatorische Anschlussversicherung zum Tragen; eine nachrangige Auffang-Versicherungspflicht ist daher von vornherein ausgeschlossen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13). 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 (vergleiche Abschnitt A.2.4.4) oder
  - die betroffene Person zwischenzeitlich dem deutschen Recht nicht unterstellt war, insbesondere wegen des Aufenthalts im sogenannten vertragslosen Ausland oder wegen einer Beschäftigung bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation;
- Sachverhalte mit Berührung zum über- und zwischenstaatlichen Recht (vergleiche Abschnitte A.2.2.2, A.2.4.2.2 und A.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 (Bundesgesetzblatt I Seite 2757 ff.) und durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG vom 11. Dezember 2018 (Bundesgesetzblatt I Seite 2387) hat 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 Absatz 4 Satz 4 oder 5 SGB V beziehungsweise des § 22 Absatz 3 KVLG 1989 scheitert, die freiwillige Versicherung nach Maßgabe des § 191 Nummer 4 SGB V (gegebenenfalls in Verbindung mit § 24 Absatz 2 KVLG 1989) beendet wird oder die obligatorische Anschlussversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 408 Absatz 2 SGB V beziehungsweise des § 66 KVLG 1989 aufgehoben wurde. 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 fehlenden 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V für die Zeiträume begründet, in denen keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorlag.

Die Sachverhalte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 4 SGB V

Für das Konkurrenzverhältnis zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und dem nachgehenden Leistungsanspruch regelt § 5 Absatz 8a Satz 4 SGB V den Vorrang der Leistungsansprüche nach § 19 Absatz 2 Satz 1 SGB V gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 4 SGB V. Aufgrund der Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht (vergleiche § 5 Absatz 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 Absatz 4 SGB V und § 19 Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Gemäß § 188 Absatz 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V schließt der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 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 Absatz 3 SGB V gleichermaßen.

Über das Konkurrenzverhältnis zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und dem nachgehenden Leistungsanspruch ist nach der BSG-Rechtsprechung (vergleiche BSG, Urteil vom 10. Mai 2012 – B 1 KR 19/11 R –, USK 2012-31, Urteil vom 4. März 2014 – B 1 KR 68/12 R –, USK 2014-2, Urteile vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 33/19 R – und – B 12 KR 35/19 R–, USK 2021-33, sowie Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13) 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 SGB V im Gegensatz zum Leistungsanspruch aus der Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 SGB V unberührt. Vom Zeitpunkt nach Beendigung des nachgehenden Leistungsanspruchs ist eine Mitgliedschaft im Rahmen einer Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V durchzuführen; für die Begründung einer obligatorischen Anschlussversicherung verbleibt kein Raum, da diese sich entsprechend dem Wortlaut des § 188 Absatz 4 SGB V immer nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht anschließen muss (vergleiche 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“ (vergleiche Abschnitt A.2.2.3.1), setzt ein die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 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 Absatz 3 Satz 1 VVG maßgebliche Mindestsicherungsniveau erfüllt, stellt beispielsweise einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall dar, der die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausschließt (vergleiche 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 Absatz 3 Satz 1 VVG erfüllt. Dies trifft auf die Verträge über Krankheitskostenversicherung (vergleiche § 192 Absatz 1 VVG) zu. Der Krankheitskostenversicherung steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Dagegen sind Krankentagegeldversicherung (vergleiche § 192 Absatz 5 VVG) und Krankenhaustagegeldversicherung (vergleiche § 192 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 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 beziehungsweise Familienversicherung ausscheiden, ohne mindestens 12 Monate GKV-versichert gewesen zu sein, wird nach § 5 Absatz 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 Absatz 4 SGB V.

Personen im Sinne des § 5 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche BSG, Urteil vom 27. Januar 2010 –B 12 KR 2/09 R –, USK 2010-12),
- Bezug laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des SGB XII (vergleiche Abschnitt A.2.4.4.2),
- Bezug laufender Leistungen nach dem Teil 2 des SGB IX (vergleiche Abschnitt A.2.4.4.2.1),
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge,
- Anspruch auf freie Heilfürsorge beziehungsweise 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 sogenannte Nichtschädigungsfolgen gewährt wird (Anforderungen nicht erfüllt zum Beispiel bei der Heilbehandlung nach § 82 SVG für ehemalige Wehrdienstleistende),
- Bezug laufender Leistungen nach § 2 oder 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes – AsylbLG (vergleiche Abschnitt A.2.5.5),
- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (vergleiche BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, USK 2011-1),
- Versicherung in der Postbeamtenkrankenkasse,

- Mitgliedschaft in einer nach § 176 SGB V anerkannten Solidargemeinschaft (vergleiche Abschnitt 2.4.4.6).

A.2.4.4.2 Abgrenzung zum Bezug von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe beziehungsweise Eingliederungshilfe

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) und
- Siebten Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 bis 66a SGB XII)

sowie Personen, die Eingliederungshilfe nach dem Teil 2 des SGB IX erhalten, werden aufgrund ausdrücklicher Regelung in § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterstellt. Diese Regelung berücksichtigt folgerichtig, dass Empfänger von laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten 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 Absatz 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 beziehungsweise die Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 SGB V allein – also ohne gleichzeitigen Empfang laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII – keinen eigenständigen Ausschlusstatbestand für den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V dar (vergleiche BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 13/10 R –, USK 2011-119).

Der die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V in Verbindung mit § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V ausschließende "Empfang" laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten 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 – und somit unter Umständen rückwirkend – erfolgt (vergleiche 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 Absatz 8a Satz 3 SGB V ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Vorrangregelung der Leistungspflicht des

Sozialhilfeträgers nach § 5 Absatz 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 (vergleiche Bundestagsdrucksache 16/4247, Seite 29).

Empfänger von Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB XII zählen trotz fehlenden Leistungsbezugs für einen Monat zu dem von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausgeschlossenen Personenkreis, wenn ihnen die Leistungen nach dem SGB XII nicht endgültig, sondern nur vorläufig versagt worden sind. Fehlt es an einer Regelung des Sozialhilfe- und Grundsicherungsträgers über die in § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V genannten Leistungen sowohl im positiven (Zuerkennung) als auch im negativen (Ablehnung) Sinn, kann eine Tatbestandswirkung gegenüber der Krankenkasse nicht entstehen; in diesen Fällen knüpft der Status als Empfänger laufender Leistungen nach dem SGB XII an die materiell-rechtliche Anspruchsberechtigung an, die von der für die Durchführung der Versicherungspflicht zuständigen Krankenkasse selbst zu prüfen ist (vergleiche BSG, Urteil vom 7. Juli 2020 – B 12 KR 21/18 R –, USK 2020-26).

Im Übrigen hat das Bundessozialgericht ausdrücklich bestätigt, dass der Empfang laufender Leistungen nach dem SGB XII im Sinne einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall sowohl dem Entstehen einer Auffang-Versicherungspflicht als auch der Begründung einer obligatorischen Anschlussversicherung entgegensteht (vergleiche BSG, Urteil vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 35/19 R –, USK 2021-33).

Andererseits bleibt eine auf der Grundlage des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V begründete Mitgliedschaft in der GKV jedoch bestehen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt – gegebenenfalls erneut – Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII gewährt werden. § 190 Absatz 13 Satz 2 SGB V stellt sicher, dass die ansonsten im Satz 1 dieser Vorschrift geregelte Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird, eben nicht für Empfänger laufender Leistungen nach dem SGB XII gilt, obwohl sie über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen.

Die Ausführungen in diesem Abschnitt gelten gleichermaßen für die Personen, die Eingliederungshilfe nach dem Teil 2 des SGB IX erhalten. Durch das Bundesteilhabegesetz vom 23. Dezember 2016 (Bundesgesetzblatt I Seite 3234) wurde die Eingliederungshilfe mit Wirkung zum 1. Januar 2020 aus dem SGB XII herausgelöst und in das SGB IX integriert. Der bis dahin geltende Verweis in § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V auf das Sechste Kapitel des SGB XII wurde daher gestrichen und durch einen neuen Verweis auf Teil 2 des SGB IX ersetzt. In der rechtlichen Bewertung der Leistungen der Eingliederungshilfe als die die Versicherungspflicht nach

§ 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausschließende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hat sich dadurch nichts geändert.

A.2.4.4.2.2 Übergang von Bürgergeld zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe

Für Personen, die während des Bezugs von Bürgergeld (bis zum 31. Dezember 2022 Arbeitslosengeld II) der Versicherungspflicht in der GKV nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V unterliegen und im Anschluss daran Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten 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 oder Siebten Kapitel des SGB XII innerhalb der Monatsfrist im Sinne des § 19 Absatz 2 SGB V, ist sowohl die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V als auch die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V ausgeschlossen, weil nach § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist (vergleiche BSG, Urteil vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 35/19 R –, USK 2021-33). 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 Absatz 4 SGB V kraft Gesetzes fort. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleibt kein Raum.

Beispiel 1
Herr A. ist aufgrund des Bezugs von Bürgergeld bis zum 30. Juni 2023 bei einer Krankenkasse nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V pflichtversichert. Ab dem 1. Juli 2023 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 Absatz 8a Satz 2 SGB V dar und schließen sowohl die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V als auch die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V aus. Ein

Beitrittsrecht unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie Absatz 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, dass sie den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall genügen und sich lückenlos an die vorherige Versicherungspflicht anschließen. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V kommt zustande. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleibt kein Raum.

A.2.4.4.2.3 Leistungen der Sozialhilfe im Anschluss an die Haftunterbringung beziehungsweise bei deren Unterbrechung

Mit Antritt der Haft erhält der Strafgefangene Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz und somit ist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben (vergleiche 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V, wenn sie vor ihrer Inhaftierung zuletzt gesetzlich krankenversichert waren. Ein den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausschließender anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall durch Gesundheitsleistungen der Sozialhilfe setzt voraus, dass Leistungen im Sinne von § 5 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ein. Die Absicherung im Krankheitsfall erfolgt durch Gesundheitsleistungen der Sozialhilfe, die eine Krankenbehandlung gemäß § 48 SGB XII in Verbindung mit § 264 Absatz 2 SGB V als Regelfall einschließen.

Anders ist die Situation in Leistungsfällen nach dem Dritten oder Siebten Kapitel des SGB XII oder nach dem Teil 2 SGB IX zu beurteilen, denn diese Leistungen setzen frühestens mit dem Tag der Antragstellung beziehungsweise 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V gegeben sind (zum Mitgliedschaftsbeginn vergleiche unter Abschnitt C.2.3).

Für die Sachverhalte der Unterbrechung einer Haftunterbringung, insbesondere aus Anlass einer Entwöhnungsmaßnahme nach § 35 BtMG, gelten die vorstehenden Ausführungen entsprechend. Das Bundessozialgericht führt in seinem Urteil vom 5. August 2021 – B 4 AS 58/20 R – aus, dass unter der Voraussetzung der Teilnahme an einer Entwöhnungsbehandlung diese weiterhin als Vollzug der Freiheitsstrafe zu bewertet ist und die betroffenen Personen im Falle der Hilfebedürftigkeit dem Leistungssystem des SGB XII unterliegen. Der Bezug von laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel SGB XII oder nach dem Teil 2 des SGB IX steht wiederum nach § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V ausdrücklich der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V entgegen. Setzen die Leistungen im Sinne des § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V bereits mit dem Tag der Haftentlassung ein, bleibt kein Raum für das Zustandekommen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V. Stattdessen ist der Sozialhilfeträger für die Erbringung der Gesundheitsleistungen, regelmäßig im Rahmen eines Betreuungsverhältnisses nach § 264 Absatz 2 SGB V, zuständig.

Lediglich im Falle des fehlenden Anspruchs auf die Leistungen im Sinne des § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V am Tag der Haftentlassung, sei es wegen der Nichterfüllung von sozialhilfespezifischen Leistungsvoraussetzungen oder wegen einer verspäteten Antragstellung, unterliegen die Betroffenen unter den üblichen Voraussetzungen der Auffang-Versicherungspflicht.

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 (vergleiche § 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 zum Beispiel 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 (vergleiche Abschnitt A.2.4.4.1). Für die Zeit nach dem aktiven Dienst steht den Berufssoldaten Ruhegehalt (vergleiche §§ 14, 15 SVG) zu, gekoppelt mit dem Anspruch auf Beihilfe. Die ehemaligen Soldaten auf Zeit erhalten nach dem Ausscheiden aus der Bundeswehr (für die Dauer von bis zu fünf Jahren) Übergangsgebührnisse (vergleiche § 11 SVG). Nach der Rechtslage vor dem 1. Januar 2019 war der Bezug von Übergangsgebührnissen mit einer Beihilfeberechtigung verbunden. Dies gilt im Sinne einer Übergangsregelung weiterhin für Personen, die am 31. Dezember 2018 Übergangsgebührnisse bezogen haben, für die Dauer des Leistungsbezugs. Für alle Personen, die aus dem Dienstverhältnis als Soldat auf Zeit ab dem 31. Dezember 2018 ausscheiden, besteht kein Anspruch auf Beihilfe, weil der Dienstherr stattdessen einen Zuschuss zu den Kosten der Krankenversicherung für die ehemaligen Zeitsoldaten in einem bestimmten Umfang leistet.

Beihilfe wird als prozentualer Anteil der beihilfefähigen Aufwendungen von dem jeweiligen Dienstherrn gewährt. Erstattet werden 50 bis 80 Prozent der Aufwendungen, je nach Familiensituation und Bundes- beziehungsweise 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 (vergleiche BSG, Urteil vom 10. Dezember 2019 – B 12 KR 20/18 R –, USK 2019-83).

Eine praktische Bedeutung erlangt diese Bewertung im Anwendungsbereich des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nur für beihilfeberechtigte Personen, die keiner Versicherungsfreiheit unterliegen (zum Beispiel Kinder von Beamten von ihrer Geburt an). Darüber hinaus ist sie im Kontext der Wirksamkeit der Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 175 Absatz 4

Satz 5 SGB V und seit dem 1. August 2013 im Rahmen der Austrittserklärung nach § 188 Absatz 4 Satz 2 SGB V relevant.

A.2.4.4.4 Sondersysteme der sozialen Sicherheit für internationale Organisationen in Deutschland

Die Rechtstellung für Beschäftigte von internationalen Organisationen mit Sitz in Deutschland und ihre Familienangehörigen ergibt sich aus dem Gaststaatgesetz vom 30. November 2019 (Bundesgesetzblatt I Seite 1929). Eine internationale Organisation im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn sie von mindestens zwei Völkerrechtssubjekten durch völkerrechtlichen Vertrag oder ein anderes völkerrechtliches Instrument errichtet wurde und Rechtsfähigkeit nach Völkerrecht besitzt. Für die Regulierung ihrer Tätigkeit in Deutschland müssen solche Organisationen mit der Bundesrepublik Deutschland ein sogenanntes „Sitzabkommen" abschließen. Das Gesetz findet im Übrigen keine Anwendung auf die Vereinten Nationen, NATO oder auf die Europäische Union und deren Organe oder Einrichtungen.

§ 19 Absatz 1 Gaststaatgesetz sieht unter anderem vor, dass die deutschen Vorschriften über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auf internationale Organisationen und ihre in Deutschland beschäftigten Bediensteten keine Anwendung finden, soweit diese Bediensteten einem System der sozialen Sicherheit einer internationalen Organisation angehören. Auch die Familienangehörigen von Bediensteten werden nach Maßgabe des § 19 Absatz 2 in Verbindung mit § 2 Nummer 10 Gaststaatgesetz dem Geltungsbereich der deutschen Vorschriften über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung entzogen, solange sie über den Bediensteten im System der sozialen Sicherheit der internationalen Organisation berücksichtigungsfähig sind und eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall wie der Bedienstete haben. Die Anerkennung von sozialen Leistungen des Organisationssystems als Voraussetzung für die Befreiung von den deutschen Vorschriften obliegt dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales; die entsprechende Befreiung wird im Bundesanzeiger veröffentlicht.

Aufgrund eines generellen Ausschlusses der deutschen Vorschriften über die Krankenversicherungspflicht kommen weder bei den Bediensteten von internationalen Organisationen noch bei ihren mitversicherten Angehörigen die Regelungen über die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V zum Tragen. Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage, ob der Krankenversicherungsschutz von internationalen Organisationen die Anforderungen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfüllt, nicht. Nach Sinn und Zweck des § 19 Absätze 1 und 2 Gaststaatgesetz und damit im Wege einer Auslegung dieser Norm gilt, dass für den vorgenannten Personenkreis auch die Begründung einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188

Absatz 4 SGB V ausgeschlossen wird beziehungsweise eine bereits bestehende freiwillige Versicherung zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit bei der internationalen Organisation ohne Kündigung zu beenden ist.

Davon abzugrenzen sind die internationalen Organisationen, die ihre Tätigkeit in Deutschland noch vor dem Inkrafttreten des Gaststaatgesetzes aufgenommen haben. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die soziale Sicherheit deren Beschäftigten ergeben sich nicht aus dem Gesetz, sondern unmittelbar aus den jeweiligen Sitzstaatsabkommen, gegebenenfalls ergänzt um weitere rechtliche Grundlagen wie zum Beispiel Immunitätenprotokolle. Diese sehen regelmäßig vor, dass die jeweiligen Organisationen ein eigenes Sozialversicherungssystem (einschließlich Krankenversicherung) für ihre Bediensteten errichten. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass die Beschäftigten der internationalen Organisationen in die deutsche GKV nicht einbezogen werden, um eine doppelte Beitragspflicht zu vermeiden. Die hierfür in den jeweiligen Sitzstaatsabkommen verwendeten Formulierungen sind nicht einheitlich. Teilweise wird nur eine Befreiung von Pflichtbeiträgen definiert und teilweise die Anwendbarkeit der Vorschriften des deutschen Krankenversicherungsrechts generell ausgeschlossen. Auf diese Differenzierung kommt es jedoch nach Sinn und Zweck von Sitzstaatsabkommen im Kontext der hier relevanten Regelungen nicht an. Für die Dauer der Beschäftigung und somit der Zugehörigkeit zu einem besonderen Absicherungssystem der internationalen Organisation werden die Betroffenen von der Anwendbarkeit der Regelungen über die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausgeschlossen. Gleiches gilt für den Ausschluss der Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V; eine bestehende freiwillige Versicherung ist zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit bei der internationalen Organisation ohne Kündigung zu beenden. Die vorgenannten Regelungen gelten zum Beispiel für Beschäftigte des Europäischen Patentamts oder der internationalen Organisation EUMETSAT.

Regelmäßig werden auch die Familienangehörigen von Bediensteten der internationalen Organisationen unter bestimmten Voraussetzungen in dieses besondere Sicherungssystem subsidiär einbezogen. Jedoch werden die Familienangehörigen nach den Sitzstaatsabkommen – anders als Beschäftigte selbst und anders als das Gaststaatgesetz dies vorsieht – von den deutschen Vorschriften über die Versicherungspflicht oder die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung (weiterhin) erfasst. Vor diesem Hintergrund 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 188 Absatz 4 SGB V erfüllt. Dies ist nach den Kriterien des BSG (vergleiche 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 Absatz 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. Die Krankenkassen können ohne nähere Prüfung unterstellen, dass bereits beim Zustandekommen des entsprechenden Sitzstaatsabkommens Deutschland als Vertragspartner geprüft hat, 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 und deren Angehörigen zugestimmt hat, 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V von dieser ausgenommen sind. Erfüllt der Familienangehörige einen anderen Versicherungspflicht-Tatbestand, zum Beispiel 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V auf die Versicherungssystemzugehörigkeit vor der Absicherung in diesem Sondersystem zurückgegriffen werden, weil es weder der GKV noch der PKV zuzuordnen ist. Darüber hinaus kann sich das Zugangsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V ergeben.

Die in diesem Abschnitt dargestellten Grundsätze gelten für Mitglieder einer Truppe, eines zivilen Gefolges der Streitkräfte der NATO und deren Angehörige sinngemäß, sofern sie nach Artikel 13 des Zusatzabkommens zum NATO-Truppenstatut von der Anwendbarkeit der in Deutschland geltenden Bestimmungen über soziale Sicherheit ausgeschlossen sind.

A.2.4.4.5 Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften

Eine weitere Besonderheit ergibt sich für Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind. Es handelt sich hierbei um Beamte und (Vertrags-)Bedienstete bei bestimmten Institutionen der Europäischen Union, die unter die Verordnung Nummer 31 (EWG) 11 (EAG) über das Statut der Beamten und über die Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten der Europäischen

Wirtschaftsgemeinschaft und der Europäischen Atomgemeinschaft (kurz EU-Beamtenstatut oder BSB) fallen. Zu den EU-Institutionen in diesem Sinne gehören zunächst die sieben Organe der Europäischen Union (vergleiche Artikel 13 Absatz 1 des EU-Vertrages [EUV]); davon in Deutschland ansässig die Europäische Zentralbank (EZB). Des Weiteren zählen hierzu die in Artikel 1b EU-Beamtenstatut genannten Einrichtungen sowie in Artikel 1a Absatz 2 EU-Beamtenstatut aufgelisteten EU-Agenturen. In Deutschland sind zwei von diesen Agenturen ansässig, und zwar die Europäische Agentur für Flugsicherheit (EASA) in Köln und die Europäische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen und die betriebliche Altersvorsorge (EIOPA) in Frankfurt am Main. Eine vollständige Übersicht über die EU-Institutionen ist auf der Webseite der Europäischen Union veröffentlicht: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/types-institutions-and-bodies_de.

Die Beschäftigten in den vorgenannten EU-Institutionen erhalten den Krankenversicherungsschutz im Rahmen des eigenen gemeinschaftsrechtlichen Krankheitsfürsorgesystems der EU. Den rechtlichen Rahmen hierfür bilden insbesondere Artikel 72 des EU-Beamtenstatuts und Artikel 28 der Beschäftigungsbedingen sowie die „Gemeinsamen Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge für die Beamten der Europäischen Gemeinschaften“. Im Übrigen werden nicht nur die Beschäftigten, sondern auch die ehemaligen Beschäftigten (zum Beispiel Ruhestandsbeamte) oder Familienangehörige von Bediensteten unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls in das Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der EU einbezogen.

Personen, die im Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften abgesichert sind, unterliegen im Ergebnis nicht dem deutschen Krankenversicherungssystem. Dies wird im Wege der Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 8 SGB V und der sogenannten „absoluten Versicherungsfreiheit“ über § 6 Absatz 3 SGB V (vergleiche Abschnitt A.4.1) erreicht.

Endet der Anspruch in einem Krankheitsfürsorgesystem der EU wegen der Beendigung des Dienstverhältnisses oder des Wegfalls der Voraussetzungen für Familienangehörige, ist bei der Prüfung des Tatbestandes „zuletzt versichert“ im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V in einem ersten Schritt die Versicherungssystemzugehörigkeit des Betroffenen vor der Absicherung in diesem Sondersystem festzustellen. War die betroffene Person unmittelbar vor Eintritt ins Sondersystem gesetzlich krankenversichert, werden die Zeiten der Absicherung innerhalb des Krankheitsfürsorgesystems der EU – auf Grundlage der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH) – mit Zeiten der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt, sodass beim Fehlen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V infrage kommt. Darüber hinaus kann sich das Zugangsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V ergeben.

A.2.4.4.6 Mitgliedschaft in einer nach § 176 SGB V anerkannten Solidargemeinschaft

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 beziehungsweise Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen, zum Beispiel die in der Bundesarbeitsgemeinschaft von Selbsthilfeeinrichtungen und Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen (BASSG) zusammengeschlossenen Selbsthilfeeinrichtungen (beispielsweise Samarita Solidargemeinschaft e.V.). Seit der Einführung der Auffang-Versicherungspflicht war umstritten, ob die vorgenannten Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen sind. Mit dem neu eingeführten § 176 SGB V hat der Gesetzgeber im Rahmen des DVPMG eine gesetzliche Klarstellung hierzu vorgenommen. Danach können im Wege einer Bestandschutzregelung solche Solidargemeinschaften eine entsprechende Anerkennung erfahren, die am 20. Januar 2021 (Tag des Kabinettbeschlusses zum DVPMG) bereits bestanden haben und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurden.

Die Anerkennung setzt eine dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft voraus. Diese ist gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit alle fünf Jahre durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachzuweisen, das von einem unabhängigen Gutachter zu prüfen und zu testieren ist. Die Anerkennung erfolgt nach denselben Grundsätzen sowohl im Recht der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung.

Die Anerkennung der jeweiligen Solidargemeinschaft wird erteilt, indem das Bundesministerium für Gesundheit das Vorliegen des vorgenannten testierten Gutachtens bestätigt. Liegt diese Bestätigung vor, gilt jede einzelne Mitgliedschaft in der betroffenen Solidargemeinschaft kraft Gesetzes als eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Einer jeweils einzelfallbezogenen Prüfung sowie eines förmlichen Feststellungsbescheides der Krankenkasse bedarf es daher nicht.

Die jeweils aktuelle Liste der anerkannten Solidargemeinschaften wird durch den GKV-Spitzenverband per Rundschreiben bekannt gegeben; diese gilt gleichzeitig als Anlage 2 der vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise.

Die gesetzliche Anerkennung von Mitgliedschaften erfolgt zukunftsorientiert und wirkt frühestens mit der vorgenannten Bestätigung des Bundesministeriums für Gesundheit für die jeweilige Solidargemeinschaft. Ausschlaggebend ist hierbei nach der Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit nicht das Datum der Bekanntgabe der maßgeblichen Bestätigung, sondern das Datum des Eingangs des jeweiligen Antrags. Die Regelung führt nicht zu einer Rückabwicklung von Versicherungsverhältnissen. Die versicherungsrechtliche Beurteilung derartiger Mitgliedschaften in den vor der Anerkennung liegenden Zeiträumen richtet sich nach dem bislang geltenden Regelungsrahmen.

Im Hinblick auf die turnusmäßige Beantragung der Anerkennung gilt diese jeweils nur befristet. Erbringt die Solidargemeinschaft nach Ablauf von fünf Jahren den Nachweis des versicherungsmathematischen Gutachtens gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nicht erneut, entfällt die gesetzliche Anerkennung der Mitgliedschaften in dieser Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist die Anerkennung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf den Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V beschränkt. Laut Gesetzesbegründung erstreckt sich jedoch die Rechtswirkung der Anerkennung im Sinne des § 176 SGB V auf sämtliche SGB V-Rechtsvorschriften, die eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall für den Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung voraussetzen (vergleiche Bundestagsdrucksache 19/27652, Seite 110). Dies betrifft insbesondere die Voraussetzungen einer Kündigung der freiwilligen Krankenversicherung (vergleiche § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V), die Austrittsmöglichkeiten bei dem Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung (vergleiche § 188 Absatz 4 Satz 2 SGB V) sowie das Recht zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht (vergleiche § 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V).

Ein Rückkehrrecht zur GKV nach dem Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft besteht nach Maßgabe der allgemein gültigen Voraussetzungen unabhängig davon, aus welchem Grund die Mitgliedschaft bei der Solidargemeinschaft beendet wird. Dies schließt unter anderem eine Anwendung von § 6 Absatz 3a SGB V (Versicherungsfreiheit nach Vollendung des 55. Lebensjahres bei Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 12 SGB V) ein. Werden dagegen keine vorrangigen Versicherungstatbestände erfüllt, kommt bei Personen, die zuletzt vor der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft gesetzlich versichert waren, unabhängig von ihrem Lebensalter die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V zur Anwendung.

Im Übrigen ist auch ein wiederholter Wechsel zwischen dem System der GKV und den Solidargemeinschaften – beim Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen – rechtlich nicht ausgeschlossen.

Da die Solidargemeinschaften eine Absicherung im Krankheitsfall, nicht aber im Pflegefall leisten, unterliegen die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften der Versicherungspflicht entweder in der sozialen Pflegeversicherung (vergleiche § 21a SGB XI) oder in der privaten Pflege-Pflichtversicherung (vergleiche § 23 Absatz 4a SGB XI). Weitere Einzelheiten zu den Regelungen für die Pflegeversicherung für diesen Personenkreis ergeben sich aus dem Rundschreiben 2021/402 des GKV-Spitzenverbandes vom 8. Juni 2021.

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

A.2.5.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 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. Für britische Staatsangehörige gelten besondere Regelungen (vergleiche Abschnitt 2.5.4).

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

Nach der ausdrücklichen Bestimmung in § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V werden von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche 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 Absatz 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 Absatz 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 Artikeln 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergibt (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.2.3).

Fehlt eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (wie zum Beispiel eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder eine freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1

Nummer 1 oder 2 SGB V), kommt für die vorgenannten Personen die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ergebenden Sachverhaltsgleichstellung auf den letzten Krankenversicherungsschutz im bisherigen Wohnstaat abzustellen (vergleiche 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 (vergleiche § 4 FreizügG/EU sowie Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b Freizügigkeitsrichtlinie). Daher ist der Zugang zur GKV über die Auffang-Versicherungspflicht für diesen Personenkreis nach § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V ausgeschlossen (vergleiche BSG, Urteil vom 18. November 2014 – B 8 SO 9/13 R –). Im Übrigen wirkt sich der Ausschluss nach § 5 Absatz 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 Absatz 5 FreizügG/EU für alle Unionsbürger. Bei einer unveränderten Personengruppenzugehörigkeit wird das Zugangsrecht zur GKV im Rahmen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V auch dann nicht eröffnet, wenn im Einzelfall die bei der Einreise nach Deutschland vorhandene Absicherung im Krankheitsfall später entfällt (zum Beispiel Wegfall einer aus dem Herkunftsland „mitgebrachten“ zeitlich befristeten privaten Auslandskrankenversicherung).

Im Übrigen ist der Zugang zur GKV über die Regelung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 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 Absatz 11 Satz 2 SGB V ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausgeschlossen. Dies gilt auch für die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.

Dieser Rechtsanwendung steht auch das Urteil des EuGHs vom 15. Juli 2021 in der Rechtssache C-535/19 nicht entgegen. Demnach müssen die wirtschaftlich nicht aktiven Unionsbürger, die sich freizügigkeitsberechtigt in den ersten 5 Jahren in Deutschland aufhalten, ein Beitrittsrecht zum „öffentlichen Krankenversicherungssystem“ erhalten. Mit Blick darauf, dass Deutschland über ein duales Krankenversicherungssystem verfügt, wird dieses Recht bereits durch die Verpflichtung privater Versicherungsunternehmen zur Aufnahme bestimmter Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall in den Basistarif (§ 193 Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 VVG) realisiert. Im Übrigen setzt das Zugangsrecht zur Krankenversicherung in Deutschland nach wie vor voraus, dass sich der EU-Bürger rechtmäßig im Aufnahme-/Wohnstaat aufhält. Vor diesem Hintergrund hält der EuGH in seiner vorgenannten Rechtsprechung an dem Erfordernis eigenständiger „ausreichender Existenzmittel“ zur Finanzierung des Lebensunterhalts im neuen Aufenthaltsmitgliedstaat ohne Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen gemäß Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b Freizügigkeitsrichtlinie für die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts der wirtschaftlich nicht aktiven Unionsbürger unverändert fest.

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. Verwaltungsverfahrensgesetz (beziehungsweise 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 (vergleiche EuGH, Urteil vom 26. Februar 1991, Rechtssache C-292/89 – Antonissen, Artikel 14 Absatz 4, Buchstabe 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 (vergleiche 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 (vergleiche § 138 Absatz 1 Nummer 2 SGB III) identisch, gleichwohl können die in diesem Rechtsgebiet entwickelten Kriterien sowie das Verfahren hilfsweise herangezogen werden. Im Einzelnen wird auf die fachlichen Weisungen der Bundesagentur für Arbeit zu § 138 SGB III (www.arbeitsagentur.de) verwiesen. Danach gehören zu den Eigenbemühungen zum Beispiel:

- die Auswertung der Jobbörse,
- die Auswertung von Stellenanzeigen in Zeitungen, Fachzeitschriften und anderen Medien (zum Beispiel 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 § 1 Absatz 2 Nummer 3 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.

Den Familienangehörigen von Unionsbürgern steht das abgeleitete Aufenthaltsrecht nur dann zu, wenn sie den Unionsbürger begleiten oder ihm nachziehen. Der Begriff des Familienangehörigen schließt die drittstaatsangehörigen Familienangehörigen eines Unionsbürgers mit ein.

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 Absatz 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 im Sinne einer Regelung nach § 37 SGB I formell erst beim Vorliegen einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten als erfüllt (vergleiche Bundestagsdrucksache 16/3100, Seite 95). Sofern eine auf nicht mehr als zwölf Monate erteilte Aufenthaltserlaubnis verlängert wird, kommt die Auffang-Versicherungspflicht nur dann in Betracht, wenn deren Verlängerung für sich betrachtet eine Befristung auf mehr als zwölf Monate ausweist; eine summarische Betrachtung der Aufenthaltserlaubnis und deren Verlängerung scheidet aus. Zum anderen darf die Erteilung des Aufenthaltstitels nicht an die Verpflichtung zur Sicherstellung des Lebensunterhalts als Bedingung gekoppelt sein. Nach der Legaldefinition in § 2 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 1 AufenthG immer als Bedingung zur Erteilung des Aufenthaltstitels vorsehen
   (= Regelfall);
2. Rechtsgrundlagen, die eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausgeschlossen. Bei den Fallgruppen nach Nummer 2 kommt die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 11 Satz 1 SGB V, ob bei der Erteilung des Aufenthaltstitels eine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 AufenthG (einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes) besteht oder nicht, kommt es allein auf die Rechtslage nach dem Aufenthaltsgesetz (und den gegebenenfalls 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (vergleiche 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 Absatz 1 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für anerkannte Asylberechtigte)
§ 18 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für Beschäftigung)	§ 25 Absatz 2 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für anerkannte Flüchtlinge oder Personen mit subsidiären Schutz)
§ 19 AufenthG (Niederlassungserlaubnis für Hochqualifizierte)	§ 25 Absatz 3 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis bei Abschiebungsverbot)
§ 21 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis und Niederlassungserlaubnis für selbständige Tätigkeit)	§ 25 Absatz 4a und 4b AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für Opfer bestimmter Straftaten)
	§ 28 Absatz 1 Nummer 2 und 3 AufenthG (Aufenthaltserlaubnis für bestimmte Familienangehörige von Deutschen)

Als Beispiele für die Fallgruppe 3 sind die auf der Grundlage des § 23 Absatz 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 beziehungsweise Fehlen der Voraussetzungen des § 5 Absatz 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. Verwaltungsverfahrensgesetz (beziehungsweise nach dem entsprechenden Landesrecht) angewiesen, um festzustellen, ob die Erteilung des Aufenthaltstitels von der Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts abhängig ist.

Im Übrigen ist eine analoge Anwendung des Ausschlusstatbestandes nach § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V ausgeschlossen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 - B 1 KR 30/20 R -, USK 2022-13). Näheres geht aus den entsprechenden Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung hervor.

Sofern Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Artikels 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Erwerbstätige“) oder der Artikel 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) dem deutschen Recht unterliegen (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.2.3), sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 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 (Aufenthaltserlaubnis zur Ausübung einer selbständigen Tätigkeit nach § 21 AufentG).

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 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 11 Satz 1 SGB V ist nicht zu prüfen.

A.2.5.4 Besonderheiten für die britischen Staatsangehörigen

Am 1. Februar 2020 ist das Vereinigte Königreich mit einem Austrittsabkommen aus der Europäischen Union ausgetreten. Am 31. Dezember 2020 endete der im Austrittsabkommen vereinbarte Übergangszeitraum. In aufenthaltsrechtlicher Hinsicht war das Vereinigte Königreich bis zum 31. Dezember 2020 so zu behandeln, als sei es Mitgliedstaat der Europäischen Union. Seit dem 1. Januar 2021 ist diese Gleichstellung entfallen. Sofern das Austrittsabkommen keine besonderen Regelungen trifft, sind ab dann britische Staatsangehörige Drittstaatsangehörige und somit nach den Regelungen des Aufenthaltsgesetzes zu behandeln. Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Abgrenzung zwischen den Sachverhalten im Sinne des Austrittsabkommens einerseits und den Sachverhalten im Sinne des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit andererseits wird auf die Ausführungen in Abschnitt A.2.2.2 verwiesen.

Das Austrittsabkommen folgt dem grundlegenden Konzept, dass die britischen Staatsangehörigen, die im Einklang mit dem Unionsrecht rechtmäßig zum Ende des Übergangszeitraums in Deutschland gewohnt haben, weiterhin in Deutschland leben dürfen. Das Aufenthaltsrecht nach dem Austrittsabkommen können die betroffenen Personen mit dem Aufenthaltsdokument-GB belegen. Die Aufenthaltsrechte nach dem Austrittsabkommen bestehen nur in dem Mitgliedstaat, in dem sie jeweils ausgeübt worden sind. Nicht von Deutschland ausgestellte Aufenthaltsdokumente, die Rechte nach dem Austrittsabkommen bescheinigen, haben daher in Deutschland nicht die gleichen Rechtswirkungen wie entsprechende deutsche Dokumente. Personen mit GB-Aufenthaltsdokumenten anderer Mitgliedstaaten werden also wie alle anderen britischen Staatsangehörigen behandelt, die in Deutschland kein Aufenthaltsrecht aus dem Austrittsabkommen ableiten können. Im Ergebnis dürfen die britischen Staatsangehörige, die über ein Aufenthaltsdokument-GB eines anderen Mitgliedsstaates verfügen, ohne deutsche Erlaubnis, für deren Erteilung das Aufenthaltsgesetz anzuwenden ist, nicht in Deutschland arbeiten oder nach Deutschland umziehen.

Neben den britischen Staatsangehörigen, die am 31. Dezember 2020 in Deutschland gewohnt haben, werden vom Austrittsabkommen auch Grenzgänger erfasst, die zum Jahreswechsel

2020/2021 in Deutschland gearbeitet haben und in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (beziehungsweise Vereinigten Königreich) ihren Wohnsitz hatten. Für solche Personen wird ein Aufenthaltsdokument-GB in ihrem Wohnsitzstaat und ein deutsches Aufenthaltsdokument für Grenzgänger-GB ausgestellt.

Die Aufenthaltsdokumente-GB in Kartenform enthalten Hinweise auf Artikel 50 EUV und auf Artikel 18 Absatz 4 des Austrittsabkommens. Sie müssen zwingend für einen Gültigkeitszeitraum von mindestens fünf Jahren und höchstens von zehn Jahren ausgestellt werden. Jede Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit) in Deutschland ist mit einem derartigen – in Deutschland ausgestellten – Aufenthaltsdokument erlaubt. Die Gültigkeitsdauer der Karte beinhaltet jedoch keine Aussage zur Dauer des Bestehens des Rechts, das mit der Karte bescheinigt wird. Diese Voraussetzungen für die Erlangung von Aufenthaltsrechten entsprechen im Wesentlichen den Voraussetzungen, die nach den Freizügigkeitsvorschriften der Union für Aufenthaltsrechte gelten. Wurde ein Daueraufenthaltsrecht erworben, wird dies in dem Dokument auf Antrag entsprechend vermerkt.

Die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 SGB V, die beim Zustandekommen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V für Ausländer zu prüfen sind, kennen nur eine duale Differenzierung zwischen Angehörigen eines anderen EU-/EWR-Staates beziehungsweise der Schweiz einerseits und allen anderen Ausländern andererseits. In aufenthaltsrechtlicher Hinsicht geht es bei diesen Personen also um das Aufenthaltsrecht in Deutschland entweder nach dem Freizügigkeitsgesetz/EU oder Aufenthaltsgesetz. Insoweit passt das Austrittsabkommen als unmittelbar geltende aufenthaltsrechtliche Anspruchsgrundlage grundsätzlich nicht in diese rechtliche Systematik. Von seiner Zielsetzung und seines Ursprungs her handelt es sich jedoch bei dem Aufenthaltsrecht nach dem Austrittsabkommen um nichts anderes, als um ein aus dem EU-Recht abgeleitetes Freizügigkeitsrecht. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, die vom Austrittsabkommen erfassten Personen mit deutschen GB-Aufenthaltsdokumenten bei der Anwendung des § 5 Absatz 11 SGB V wie die Unionsbürger zu behandeln. Dies bedeutet im Kern, dass § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V grundsätzlich analog anzuwenden ist; die Ausführungen in Abschnitt A.2.5.2 gelten entsprechend, sofern sie im Einzelfall praktische Relevanz erlangen.

Beispiel 1
Frau A. ist britische Staatsangehörige. Sie hat vor dem 1. Januar 2021 das Recht auf Daueraufenthalt in Deutschland unter den in Artikel 15 des Austrittsabkommens festgelegten Bedingungen erworben. Am 1. Mai 2022 hat sie Deutschland für einen Zeitraum von vier Jahren wegen einer beruflichen Tätigkeit in Australien (keine Entsendung) verlassen. Vor dem Verzug ins Ausland war sie gesetzlich versichert. Frau A. ist auf Grund des Austrittsabkommens weiterhin berechtigt, nach Deutschland

zurückkehren und ihr Recht auf Daueraufenthalt in Deutschland auszuüben; sie behält alle damit verbundenen Rechte nach dem Austrittsabkommen, weil eine Abwesenheit von höchstens fünf aufeinanderfolgenden Jahren als unschädlich gilt. Ihre Aufenthaltsrechte kann sie mit den Aufenthaltsdokumenten-GB nachweisen. Nach der Rückkehr aus Australien ist Frau A. zunächst nicht erwerbstätig und lebt von ihren Ersparnissen.

Beurteilung
Es handelt sich um einen Sachverhalt im Sinne des Austrittsabkommens. Mit der Rückkehr nach Deutschland unterliegt Frau A. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V, sofern keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorliegt. In die Prüfung des Tatbestandsmerkmals „letzte Krankenversicherung in der GKV oder PKV“ sind nur die Zeiträume einzubeziehen, in denen Frau A. vom Geltungsbereich des deutschen Krankenversicherungsrechts erfasst war. Die Zeiten der Versicherung in Australien sind bei dieser Prüfung auszuklammern, weil zwischen Deutschland und Australien hinsichtlich der Krankenversicherung kein Koordinierungsabkommen existiert. Die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V sind grundsätzlich zu prüfen. Diese führen jedoch nicht zum Ausschluss der Auffang-Versicherungspflicht, weil Frau A. bereits das Recht auf Daueraufenthalt in Deutschland erworben hat, sodass die Anforderungen des § 4 FreizügG/EU für sie ohne Belang sind.

Beispiel 2
Wie Beispiel 1, mit der Abweichung, dass Frau A sich ab dem 1. Mai 2022 für vier Jahre beruflich im Vereinigten Königreich aufgehalten hat und dort gesetzlich versichert war.

Beurteilung
Es handelt sich um einen Sachverhalt im Sinne des Austrittsabkommens. Für Frau A. sind mit der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 britischen 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung im Vereinigten Königreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V sind grundsätzlich zu prüfen. Diese

führen jedoch nicht zum Ausschluss der Auffang-Versicherungspflicht (und auch nicht der freiwilligen Krankenversicherung), weil Frau A. bereits das Recht auf Daueraufenthalt in Deutschland erworben hat, sodass die Anforderungen des § 4 FreizügG/EU für sie ohne Belang sind.

Sofern britische Staatsangehörige nicht unter den Regelungsbereich des Austrittsabkommens fallen, sind sie wie andere Drittstaatsangehörige und somit nach den Regelungen des Aufenthaltsgesetzes zu behandeln. Sie benötigen für einen rechtmäßigen Aufenthalt in Deutschland spätestens nach Ablauf von 90 Tagen eines visumfreien Aufenthalts einen Aufenthaltstitel. Vergleichbares gilt, wie oben dargelegt, für britische Staatsangehörige, die über ein Aufenthaltsdokument-GB eines anderen Mitgliedsstaates verfügen.

Bei britischen Staatsangehörigen ohne deutsche Aufenthaltsdokumente-GB ist bei der Prüfung einer möglichen Auffang-Versicherungspflicht der Ausschlusstatbestand nach § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V zu prüfen. Dessen Anwendung führt im Regelfall zum Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bereits deswegen, weil das Tatbestandsmerkmal des Vorliegens einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten nicht erfüllt ist; im Übrigen wäre auch die Erteilung eines derartigen Aufenthaltstitels ohnehin regelmäßig an die Verpflichtung zur Sicherstellung des Lebensunterhalts als Bedingung gekoppelt.

Demgegenüber bleibt das Zugangsrecht zur GKV für britische Staatsangehörige ohne deutsche Aufenthaltsdokumente-GB nach Maßgabe der Regelungen des § 9 SGB V unter Berücksichtigung des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit grundsätzlich unberührt. Anders als die mit den einschränkenden Bedingungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V verbundene Auffang-Versicherungspflicht ist der freiwillige Beitritt nach § 9 SGB V nicht an das Vorhandensein eines Aufenthaltstitels (mit bestimmten Merkmalen) geknüpft. Die Rechtmäßigkeit der Wohnortnahme in Deutschland nach Maßgabe des Aufenthaltsgesetzes ist – anders als nach Maßgabe des Freizügigkeitsgesetzes/EU für nicht erwerbstätige Unionsbürger – wörtlich nicht unmittelbar an die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes geknüpft. Das Erfordernis eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes als Bedingung für eine reguläre Erteilung eines Aufenthaltstitels nach Maßgabe des Aufenthaltsgesetzes wird erst im Zusammenhang mit dessen Finanzierung relevant. So regelt § 5 Absatz 1 Nummer 1 AufenthG, dass die Erteilung eines Aufenthaltstitels in der Regel voraussetzt, dass der Lebensunterhalt gesichert ist. Eine Legaldefinition eines gesicherten Lebensunterhalts ergibt sich aus § 2 Absatz 3 AufenthG. Danach ist der Lebensunterhalt eines Ausländers gesichert, wenn er ihn einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bestreiten kann.

Im Ergebnis kommt für britische Staatsangehörige, die einen Aufenthaltstitel in Deutschland – insbesondere zum Zweck der Erwerbstätigkeit – beantragen, unter Berücksichtigung des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit eine freiwillige Versicherung in der GKV in Betracht, sofern bei ihnen ausländerrechtlich die Sicherung des Lebensunterhalts gegeben ist (vorausgesetzt, diese ist nach dem Aufenthaltsgesetz auch vorgesehen). Dieser Tatbestand wird durch die zuständige Ausländerbehörde bei der Bearbeitung eines Antrages auf die Erteilung eines Aufenthaltstitels geprüft. Ansonsten sind für die freiwillige Versicherung die Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beziehungsweise 2 SGB V zu prüfen. Die im Vereinigten Königreich zurückgelegten Versicherungszeiten in der GKV sind nach Artikel KSS.7 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit zu berücksichtigen und auch das nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beziehungsweise 2 SGB V verlangte Ausscheiden aus der Versicherungspflicht beziehungsweise aus der Familienversicherung wird dem entsprechenden Ereignis im Vereinigten Königreich nach Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit gleichgestellt. Der nach Artikel KSS.13 Absatz 4 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit verlangte Bezug zur deutschen GKV gilt jedenfalls dann als gegeben, wenn für die Person aufgrund der (angestrebten) Erwerbstätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften gelten (Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit). Die Antragsfrist nach § 9 Absatz 2 Nummer 1 beziehungsweise 2 SGB V ist zu beachten. Bei Erfüllung der vorgennannten Voraussetzungen kommt die freiwillige Versicherung unter der aufschiebenden Bedingung der Erteilung eines Aufenthaltstitels zustande. Im Übrigen bleibt das Beitrittsrecht nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen unberührt.

A.2.5.5 Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sind insbesondere:

- Asylbewerber (vergleiche § 1 Absatz 1 Nummer 1 und 7 AsylbLG),
- Ausländer mit „Duldung“ (vergleiche § 1 Absatz 1 Nummer 4 AsylbLG),
- vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer (vergleiche § 1 Absatz 1 Nummer 5 AsylbLG).

Diese Personen werden vom persönlichen Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht bereits mangels eines Aufenthaltstitels nach § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V ausgeschlossen (vergleiche Abschnitt A.2.5.3).

Asylberechtigte Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis haben in der Regel Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II beziehungsweise SGB XII. In wenigen Ausnahmefällen fallen sie jedoch gleichwohl unter das AsylbLG. Dies sind zum Beispiel Personen, denen ein Aufenthaltstitel nach § 23 Absatz 1 AufenthG (wegen des Krieges im Heimatland) oder nach § 25 Absatz 4 Satz 1 AufenthG

(aus vorübergehenden humanitären Gründen bei nicht vollziehbar ausreisepflichtigen Ausländer) erteilt wurde. In den Fällen, in denen der Ausländer eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Absatz 4 Satz 1 AufenthG besitzt und sich noch nicht seit mindestens 18 Monaten rechtmäßig in Deutschland aufhält, ist die Höchstgeltungsdauer der Aufenthaltserlaubnis auf sechs Monate beschränkt. Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Absatz 5 AufenthG (vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer, deren Ausreise aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist) haben in aller Regel Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II beziehungsweise SGB XII. Sie fallen ausnahmsweise dann unter das AsylbLG, wenn die Entscheidung über die Aussetzung der Abschiebung weniger als 18 Monate zurückliegt. In der Praxis werden Aufenthaltserlaubnisse nach § 25 Absatz 5 AufenthG aber erst nach mehr als 18 Monaten Duldung erteilt, so dass mit der Aufenthaltserlaubnis sofort auch Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II beziehungsweise SGB XII einhergeht.

Die Frage, ob Leistungsansprüche nach dem AsylbLG die Auffang-Versicherungspflicht verdrängen können, stellt sich somit eher ausnahmsweise für Ausländer, die vom Geltungsbereich des AsylbLG erfasst sind und über eine Aufenthaltserlaubnis verfügen, die auf mehr als zwölf Monate befristet ist. Demgegenüber ist die Prüfung, ob Leistungsansprüche nach dem AsylbLG in ihrer Eigenschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V entgegenstehen, unabhängig vom Aufenthaltstitel des Betroffenen vorzunehmen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13 sowie Abschnitt A.2.5.3).

Bei dem Umfang der Leistungen nach AsylbLG ist zwischen zwei Gruppen der Leistungsberechtigten zu unterscheiden. In den ersten 18 Monaten des Aufenthalts in Deutschland werden Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach Maßgabe des § 4 AsylbLG gewährt. 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V entgegensteht. Nach einer ausdrücklichen Bestimmung in § 5 Absatz 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. Demgegenüber ist eine entsprechende Anwendung des § 5 Absatz 11 Satz 3 SGB V im Rahmen des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V aufgrund entgegenstehender Regelungszwecke beider Vorschriften nach Auffassung des Bundessozialgerichts ausgeschlossen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13). Der Regelungszweck des § 5 Absatz 11

SGB V besteht darin, eine voraussetzungslose unkontrollierte erstmalige Aufnahme mittels der Auffang-Versicherungspflicht in die GKV auszuschließen. Die obligatorische Anschlussversicherung setzt demgegenüber gerade eine unmittelbar vorbestehende Versicherung in der GKV voraus. In einem solchen Fall kann – so das BSG – die Absicherung im Krankheitsfall nach Maßgabe des AsylbLG nur dann als ausreichend angesehen werden, wenn das bisherige Schutzniveau gewährleistet ist und eine krankenversicherungsgleiche Absicherung vorliegt. Dieses Niveau wird jedoch nur im Rahmen der (Analog-)Leistungen nach § 2 AsylbLG erreicht (vergleiche folgender Absatz). Die eingeschränkten Leistungen nach § 4 AsylbLG stellen daher keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V dar.

Die Leistungsberechtigten, die sich seit 18 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, 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 beziehungsweise 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 Absatz 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 Absatz 8a Satz 2 SGB V werden Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterstellt. Eine Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einen Monat führt nach § 5 Absatz 8a Satz 3 SGB V ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V. Gleiches gilt im Rahmen der Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13)

A.3 Feststellung der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V besteht unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes, wenn ihre Voraussetzungen vorliegen. Zu welchem Zeitpunkt die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfüllt sein müssen, ergibt sich nach Auffassung des BSG (vergleiche BSG, Urteil vom 6. Oktober 2010 – B 12 KR 25/09 R –, USK 2010-83) aus den Vorgaben des § 186 Absatz 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 (vergleiche § 186 Absatz 11 Satz 1 SGB V). Für Ausländer im Sinne des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V ist der erste Geltungstag der Niederlassungserlaubnis beziehungsweise

Aufenthaltserlaubnis ausschlaggebend (vergleiche § 186 Absatz 11 Satz 2 SGB V). Für „Altfälle“ entspricht der maßgebende Beurteilungszeitpunkt dem frühestmöglichen Beginn der Versicherungspflicht am 1. April 2007 (vergleiche § 186 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 beziehungsweise 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V wird in einem solchen Fall von Amts wegen durchgeführt. Aufgrund der Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht gegenüber der obligatorischen Anschlussversicherung (vergleiche 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 (vergleiche 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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 (im Verfahren „eSolution") zu richten, jedenfalls wenn der Betroffene jemals als Arbeitnehmer tätig war. Weist der Versicherungsverlauf 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, zum Beispiel 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V beziehungsweise nach § 193 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 5 zweiter Halbsatz SGB V einzuräumen.

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

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

A.4.1 Versicherungsfreiheit

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

Bei der Einführung der Auffang-Versicherungspflicht zum 1. April 2007 waren die Personen, die die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfüllen, nicht von der absoluten Versicherungsfreiheit erfasst. Ab dem 1. Januar 2009 ist die Notwendigkeit der Einbeziehung der nach § 6 Absatz 1 SGB V versicherungsfreien Personen in die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V entfallen, weil diese nach § 193 Absatz 3 VVG der Versicherungspflicht in der PKV unterliegen (vergleiche Bundestagsdrucksache 16/10609, Seite 64). Die absolute Versicherungsfreiheit im Sinne des § 6 Absatz 3 SGB V wurde daher auf die Personen, die die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unterliegen, gleichwohl nach § 6 Absatz 3 Satz 1 SGB V versicherungsfrei. Dies sind insbesondere folgende Personengruppen:

- die nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet;
- die nach § 6 Absatz 1 Nummer 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 Nummer 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 Nummer 2 SGB V versicherungsfreien Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten der Bundeswehr ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bereits deswegen ausgeschlossen, weil sie über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen (vergleiche Abschnitt A.2.4.4.1).

Für Personen, die aus dem Dienstverhältnis Soldat auf Zeit ab dem 31. Dezember 2018 ausscheiden und Übergangsgebührnisse nach § 11 SVG erhalten, stellt sich die Frage nach einer möglichen – der Auffang-Versicherungspflicht entgegenstehenden – Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 oder 6 SGB V von vornherein nicht. Anders als nach der bisherigen Rechtslage ist die Beihilfeberechtigung während des Bezugs von Übergangsgebührnisse entfallen und durch eine Beteiligung des ehemaligen Dienstherrn an den Kosten für die Kranken- und Pflegeversicherung des ehemaligen Zeitsoldaten in Form eines Beitragszuschusses ersetzt worden. Folglich werden bei den ehemaligen Zeitsoldaten die Voraussetzungen der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V erfüllt, wenn für sie 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. Eine praktische Relevanz dürfte diese Möglichkeit jedoch lediglich ausnahmsweise erlangen, wenn die Betroffenen von ihrem innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst bestehenden Beitrittsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V keinen Gebrauch machen.

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

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

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

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 5 SGB V geregelt. Da diese Regelung den Versicherungspflichttatbestand des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V wörtlich nicht umfasst, steht eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unterliegen. Für hauptberuflich Selbstständige, die noch nie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V ausgeschlossen.

Wird nach Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 beziehungsweise 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 Absatz 3 Satz 1 SGB V, die mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 um die Auffang-Versicherungspflicht erweitert wurde. Die Regelung des § 6 Absatz 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 (vergleiche 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V auswirken und diesen verhindern. Diese Bewertung ist jedoch eher theoretischer Natur, weil jede Befreiung nach § 8 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bereits daran scheitern, dass die Versicherungsvoraussetzung „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ nicht erfüllt ist.

A.6 Regelungen in der LKV

Nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 sind die Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfüllen, nach Maßgabe des § 3 Absatz 2 Nummer 7 KVLG 1989 grundsätzlich pflichtversichert. Dabei enthält § 2 Absatz 9 KVLG 1989 eine dem § 5 Absatz 11 SGB V entsprechende Bestimmung. § 2 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V richtet.

B.2 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unterliegen

Personen, die der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unterliegen, werden nach § 174 Absatz 5 SGB V wieder Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt eine – gegebenenfalls 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.

Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V versicherungspflichtigen Personen, die zuletzt bei einem Träger im Sinne der VO (EG) 883/04 beziehungsweise des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit 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 beziehungsweise nicht ermittelbar, werden die betroffenen Mitglied einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse.

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

B.3 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe 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 (vergleiche § 173 Absatz 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 (vergleiche § 48 Absatz 1 SGB XI).

C. Mitgliedschaft

C.1 Allgemeines

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

Durch die gesetzliche Festlegung des Beginns der Versicherungspflicht will der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung (vergleiche 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 beziehungsweise 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 Absatz 1 Satz 2 Nummer 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, beginnt die Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen beginnt nach § 186 Absatz 11 Satz 1 SGB V mit dem Tag, von dem an kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 4 Satz 4 oder 5 SGB V beziehungsweise des § 22 Absatz 3 KVLG 1989 scheitert, die freiwillige Versicherung nach Maßgabe des § 191 Nummer 4 SGB V (gegebenenfalls in Verbindung mit § 24 Absatz 2 KVLG 1989) beendet oder die obligatorische Anschlussversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 408 Absatz 2 SGB V beziehungsweise des § 66 KVLG 1989 aufgehoben wird (vergleiche 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfüllt werden und sich die Anwendbarkeit des deutschen Rechts aus den Koordinierungsregelungen der VO(EG) 883/04 ergibt. Entsprechendes gilt für britische Staatsangehörige, die unter den Regelungsbereich des Austrittsabkommens fallen.

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

Die Mitgliedschaft dieser Personen beginnt entsprechend § 186 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Pflichtversicherten endet nach § 190 Absatz 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 Nummer 4 SGB V durch das GKV-VEG unterlassen, die Vorschrift des § 190 Absatz 13 SGB V entsprechend anzupassen. Von einer planwidrigen Rechtslücke kann nicht ausgegangen werden; eine analoge Anwendung der Regelung des § 191

Nummer 4 SGB V bei den nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V mit der Wohnortverlegung, es sei denn, aufgrund vorrangiger Koordinierungsregelungen sind weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften anwendbar (zum Beispiel nach Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 oder Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung oder nach Artikeln 24, 25 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikeln KSS.22, KSS.23 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit bei Bezug einer deutschen Rente). 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 (zum Beispiel in der privaten Krankenversicherung). Gleiches gilt bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat, mit dem Deutschland ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.3).

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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ist bei Bezug von Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des SGB XII beziehungsweise nach dem Teil 2 des SGB IX entsprechend § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen; eine Mitgliedschaft kann mithin in diesen Fällen nicht begründet werden. Nach ausdrücklicher Bestimmung in § 190 Absatz 13 Satz 2 SGB V bleibt jedoch für Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 oder Siebten Kapitel des SGB XII beziehungsweise nach dem Teil 2 des SGB IX erwerben und diese beziehen.

C.4 Fortbestand der Mitgliedschaft

Ein Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V oder § 25 Absatz 1 und 2 KVLG 1989 kommt für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 und 2 KVLG 1989 weiterhin erfüllt ist.

Nach § 193 Absatz 2 SGB V (vergleiche § 25 Absatz 3 KVLG 1989) berührt der Wehrdienst nach § 4 Absatz 1 und § 6b Absatz 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 (vergleiche § 193 Absatz 4 SGB V), oder für Personen während der Teilnahme an einer Eignungsübung (vergleiche § 8 Eignungsübungsgesetz). Grundwehrdienst und Zivildienst wurden mit dem Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 ausgesetzt.

D. Meldungen, Auskunfts- und Mitteilungspflichten

Nach § 206 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V haben Versicherte oder die, die als Versicherte in Betracht kommen, gegenüber der Krankenkasse auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Krankenkasse übertragenden Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen. Gleiches gilt nach § 50 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB XI für die Pflegeversicherung.

Den im Gesetz normierten Auskunfts- und Mitteilungspflichten kommen im Zusammenhang mit der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 gegebenenfalls Durchführung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes auf Basis der gesetzlichen Regelungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V obliegt einzig dem potenziellen Versicherungspflichtigen durch Anzeige eines derzeit nicht bestehenden Krankenversicherungsschutzes beziehungsweise anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall und hat von diesem potenziellen Versicherungspflichtigen auszugehen. Zur Unterstützung des Versicherten können die Krankenkassen das als Anlage 1 beigefügte Formular „Anzeige zur Pflichtversicherung“ verwenden.

Die gesetzlichen Regelungen über die Meldepflichten bei besonderen Tatbeständen wie zum Beispiel bei Rentenantragstellung oder Bezug von Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (vergleiche §§ 201, 202 und 205 SGB V) sind allgemein gefasst, sodass sie auch Meldungen bei Vorliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13

SGB V Pflichtversicherten hat der Arbeitgeber die üblichen Meldepflichten nach § 28a SGB IV zu erfüllen und dem Versicherten obliegt eine Mitteilungspflicht nach § 28o Absatz 1 SGB IV.

E. Beiträge

E.1 Allgemeines

Die Beiträge, die aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen. Soweit gelten für diesen Personenkreis keine Besonderheiten im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung.

Für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherungspflichtigen nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG 1989 gelten nach § 43 Absatz 3 in Verbindung mit § 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 Absatz 2 und 3 sowie § 48 Absatz 3 und § 50 KVLG 1989 entsprechend.

E.2 Beitragspflichtige Einnahmen

Durch die Regelung in § 227 SGB V und einen entsprechenden Verweis in § 57 Absatz 1 SGB XI ist sichergestellt, dass für die Beitragsbemessung der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder § 240 SGB V Anwendung findet. Auf der Grundlage der Ermächtigungsnorm des § 240 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherten Mitglieder anzuwenden.

Aus der beitragsrechtlichen Gleichstellung der nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche § 3 Absatz 4 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 Absatz 5 SGB V im Rahmen der Auffang-Versicherungspflicht ist es nicht ausgeschlossen, dass die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Pflichtversicherten ihre selbstständige Erwerbstätigkeit hauptberuflich ausüben. In diesem Fall ist § 7 Absatz 3 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ausschlaggebend, wonach in den ersten Rang das Arbeitseinkommen gestellt wird.

Für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V (Renten und Landabgaberenten nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte – ALG) sowie aus gesetzlichen Renten aus dem Ausland die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zur Anwendung.

Bei den in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehungsweise Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 Absatz 2 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 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 Absatz 2 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 247 Satz 2 SGB V die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes; die Regelung schließt die Kapitalabfindungen beziehungsweise Kapitalleistungen von ausländischen Renten im Sinne des § 228 Absatz 1 Satz 3 SGB V mit ein. Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, ist ebenfalls die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes maßgebend (vergleiche § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Stichwort: „Optionskrankengeld“) abgegeben haben, gilt für das Arbeitseinkommen und sonstige beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 240 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen im Quellenabzugsverfahren für die Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V – anders als bei freiwilligen Mitgliedern – nicht berücksichtigt.

Nach § 248 Satz 3 SGB V wirken sich für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 SGB V Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes ebenfalls erst mit einer zweimonatigen Verzögerung aus, sofern die Beiträge für Versicherungspflichtige nach § 256 Absatz 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. Da die Versorgungsbezieher, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtig sind, aus verwaltungspraktischen Gründen von dem Zahlstellenverfahren ausgenommen werden (vergleiche Abschnitt E.7.4), kommt die vorgenannte verzögerte Veränderung des Zusatzbeitragssatzes bei diesen Mitgliedern nicht zur Anwendung.

Für Arbeitseinkommen ist für die Wirkung von Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes kein Zeitverzug vorgesehen. Für die auf gesetzliche Renten aus dem Ausland nach § 228 Absatz 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 Absatz 1 Satz 1 SGB XI seit dem 1. Januar 2019 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (Bundesgesetzblatt 2023 Teil I Nummer 155) wurde der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung ab dem 1. Juli 2023 um 0,35 Beitragssatzpunkte auf 3,4 Prozent angehoben.

Mitglieder haben ab Beginn des Monats nach Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag von 0,35 Beitragssatzpunkten zu zahlen, wenn sie keine Kinder haben oder hatten („Beitragszuschlag für Kinderlose“, § 55 Absatz 3 SGB XI). Der Beitragssatz beträgt in diesen Fällen seit dem 1. Januar 2022 3,4 Prozent. Das PUEG sieht die Erhöhung des sogenannten Beitragszuschlags für Kinderlose ab dem 1. Juli 2023 auf 0,6 Prozent vor, sodass der Beitragssatz

insgesamt bei 4 Prozent liegt. Der Beitragszuschlag für Kinderlose gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden.

Darüber hinaus ist im PUEG eine Beitragssatzdifferenzierung in Abhängigkeit von der Anzahl der insoweit zu berücksichtigenden Kinder in Gestalt von Beitragsabschlägen ab dem zweiten Kind vorgesehen.

Näheres geht aus den Grundsätzlichen Hinweisen „Differenzierung der Beitragssätze in der Pflegeversicherung nach Anzahl der Kinder und Empfehlungen zum Nachweis der Elterneigenschaft“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils aktuellen Fassung hervor.

E.6 Beitragstragung

Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche § 250 Absatz 3 SGB V, § 59 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gelten gleiche Grundsätze (vergleiche §§ 47, 48 Absatz 3 KVLG 1989).

Soweit der Krankenversicherungsbeitrag eines im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen nach dem Arbeitsentgelt zu bemessen ist, das nicht aus einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV resultiert, tragen der Versicherte und der Arbeitgeber den Beitrag – einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags – je zur Hälfte (vergleiche § 249 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Dies gilt – mit Ausnahme des Beitragszuschlags nach § 55 Absatz 3 SGB XI – grundsätzlich auch für die Beiträge zur Pflegeversicherung (vergleiche § 58 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 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 Absatz 3 SGB V sind nur wenige Fallkonstellationen vorstellbar, in denen solche Arbeitnehmer, die eine mehr als geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben, der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterliegen.

Für geringfügig entlohnte Beschäftigte nach § 8 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V die Hälfte des nach der Rente zu bemessenden Krankenversicherungsbeitrags – einschließlich 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 Absatz 3 SGB XI in voller Höhe allein zu tragen.

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

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. Das heißt, dass Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche § 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 Absatz 1 Nummer 1 SGB IV resultiert, für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtigen Mitglieder werden vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer grundsätzlich je zur Hälfte getragen (vergleiche Abschnitt E.6). Demzufolge wären prinzipiell die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung durch den Tatbestand des Eintretens der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche § 257 SGB V, § 61 SGB XI) an den nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen aus.

E.7.3 Beitragszahlung aus Rente

Die Rentenversicherungsträger sind nach § 255 Absatz 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 (vergleiche § 50 Absatz 1 KVLG 1989).

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

Somit kommt eine Beitragserhebung aus dem Zahlbetrag der Rente durch die Krankenkasse bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V – anders als bei freiwillig Versicherten – grundsätzlich nicht in Betracht. Ist jedoch für den Versicherungspflichtigen nach § 240 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen, die neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII erhalten. Für sie gilt nach § 7 Absatz 6 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler eine pauschalierte beitragspflichtige Einnahme in Höhe des 2,67-fachen des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 1 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, zuzüglich des Zusatzbeitrags. In diesem Fall ist der

Versicherte der Beitragsschuldner gegenüber der Krankenkasse für die Differenz zwischen dem (pauschalen) Beitrag, der für Sozialhilfeempfänger vorgesehen ist, und dem Beitrag, der aus dem Zahlbetrag der Rente (unter Berücksichtigung des allgemeinen Beitragssatzes und des Zusatzbeitragssatzes) einbehalten wurde.

E.7.4 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

§ 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V bestimmt im Allgemeinen, dass für versicherungspflichtige Mitglieder der GKV die Zahlstellen der Versorgungsbezüge die Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen haben (sogenanntes „Zahlstellenverfahren"). Versorgungsbezieher, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtig sind, werden aus verwaltungspraktischen Gründen von dem Zahlstellenverfahren ausgenommen. Somit findet eine Beitragserhebung aus Versorgungsbezügen bei diesem Personenkreis ausschließlich durch die zuständige Krankenkasse statt.

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 (Bundesgesetzblatt I Seite 3159) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2018 an eine generelle Direktzahlung der Beiträge nach § 32a Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 250 Absatz 3 SGB V gegenüber der zuständigen Krankenkasse noch die Fälligkeitsregelung des § 10 Absatz 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler.

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

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, soweit die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V vorliegen. Mit dem Beginn der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung nach § 186 Absatz 11 SGB V (in der Pflegeversicherung nach § 49 Absatz 1 Satz 3 SGB XI) korrespondiert auch die Beitragspflicht nach § 223 Absatz 1 SGB V und § 54 Absatz 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 (Bundesgesetzblatt I Seite 2423) mit Wirkung ab dem 1. August 2013 rechtliche Instrumente des Erlasses und der Ermäßigung der Beitragsschulden vorgesehen (vergleiche § 256a SGB V). Hierbei kam das Verfahren des Beitragserlasses nur für Personen infrage, die sich zwecks Feststellung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bis zum Stichtag 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse gemeldet haben. Für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 1 SGB V ermäßigt werden.

Die Ausgestaltung der näheren Voraussetzungen für den Erlass von Beiträgen beziehungsweise den Umfang der Beitragsermäßigung im Sinne des § 256a Absatz 1 bis 3 SGB V wurde dem GKV-Spitzenverband nach § 256a Absatz 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 Absatz 1 Nummer 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 Prozent 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 (vergleiche Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes Nummer 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 ☐ divers ☐ unbestimmt	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, 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 bzw. Sozialhilfe beantragt am bei
(Datum) (Name des Sozialhilfeträgers)
☐ 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 ☐ divers ☐ unbestimmt	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.

Stand 07/2023

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 ☐ divers ☐ unbestimmt	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 der Jobbörse
☐ 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 ☐ divers ☐ unbestimmt	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

Liste der Solidargemeinschaften, denen das Bundesministerium für Gesundheit das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 176 Absatz 1 SGB V und die Vorlage eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit bestätigt hat
Stand: 24.07.2023

1. **Solidago – Bundesverband Solidargemeinschaft für Gesundheit e.V.**

Kurpfalzring 77
69123 Heidelberg
(Registergericht: Amtsgericht Mannheim, Registernummer: VR 333711)
(Antragseingang am: **27.10.2021**)

2. **Samarita Solidargemeinschaft e.V.**

Altenwall 17/18
28195 Bremen
(Registergericht: Amtsgericht Bremen, Registernummer: 7114 HB)
(Antragseingang am: **02.12.2021**)

3. **Werk gegenseitiger Hilfe des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V.**

Stiftsstr. 2
67655 Kaiserslautern
(Registergericht: Amtsgericht Kaiserslautern, Registernummer: VR 2400)
(Antragseingang am: **03.12.2021**)

4. **Spargemeinschaft und Unterstützungskasse der Polizei Münster von 1974 e.V.**

Werneweg 83
48163 Münster
(Registergericht: Amtsgericht Münster, Registernummer: VR 5970)
(Antragseingang am: **20.12.2021**)

5. **Spar- und Unterstützungsverein von Polizeibeamten im Oldenburger-Münsterland e.V.**

Bahnhofstr. 9
49377 Vechta
(Registergericht: Amtsgericht Oldenburg, Registernummer: VR 150500)
(Antragseingang am: **27.12.2021**)

6. **Unterstützungskasse der Bediensteten der Justizvollzugsanstalt Bielefeld e.V.**

Postfach 12 03 28
33652 Bielefeld
(Registergericht: Amtsgericht Bielefeld, Registernummer: VR 4059)
(Antragseingang am: **14.01.2022**)

7. **Evangelischer Pfarrverein in Baden e.V.**

Reinhold-Frank-Straße 35
76133 Karlsruhe
(Registergericht: Amtsgericht Mannheim, Registernummer: 100617)
(Antragseingang am: **22.12.2021**)

8. **Evangelischer Pfarrverein in Württemberg e.V.**

Hackländerstraße 36
70184 Stuttgart
(Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Registernummer: VR 2394)
(Antragseingang am: **22.12.2021**)