RUNDSCHREIBEN

RS 2018/693 vom 14.12.2018

Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Kurzbeschreibung: Wir geben die Grundsätzlichen Hinweise „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ in der endgültigen Fassung bekannt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Rundschreiben 2018/620 vom 22. November 2018 haben wir Sie über die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen für das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) informiert und eine vorläufige Endfassung der Grundsätzlichen Hinweise „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ veröffentlicht.

Durch die vorliegende endgültige Fassung des Dokuments, in der die Verkündung des GKV-VEG nachvollzogen ist, wird die bisherige Veröffentlichung ersetzt.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

1. Grundsätzliche Hinweise „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ (Stand: endgültige Fassung vom 14. Dezember 2018)

Ihre Ansprechpartner/innen:
Irina Riesen

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

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

Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V vom 14. Dezember 2018

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

Einleitung

Mit dem Begriff „obligatorische Anschlussversicherung“ wird die Regelung des § 188 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. Auffang-Versicherungspflicht in der Terminologie des Bundessozialgerichts) 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 (BGBl. I S. 2423 ff.) mit Wirkung vom 1. August 2013 eine ergänzende Regelung im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft eingeführt. Aufgrund des Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung kraft Gesetzes ohne aktive Mitwirkung der betroffenen Person gelingt es mit dieser Regelung, das Entstehen von unzulässigen Lücken im Verlauf der Krankenversicherung im Regelfall zu unterbinden. Mit der obligatorischen Anschlussversicherung in der Krankenversicherung geht die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der Pflegeversicherung einher.

Personen, die die Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung erfüllen, verwirklichen gleichzeitig den Tatbestand des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V, was zur versicherungsrechtlichen Konkurrenz führt. Diese wird im Sinne einer Vorrangigkeit der obligatorischen Anschlussversicherung aufgelöst (vgl. § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V). Infolge dessen hat die Auffang-Versicherungspflicht seit dem 1. August 2013 erheblich an Bedeutung verloren. Der Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht beschränkt sich nach der neuen Rechtslage im Wesentlichen auf die Sachverhalte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V sowie auf derartige Fallkonstellationen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. 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.

Mit Wirkung vom 1. Januar 2018 wurde die Regelung zur obligatorischen Anschlussversicherung durch das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757 ff.) weiterentwickelt. Die Rechtsänderung richtet sich an den Personenkreis der Saisonarbeitnehmer aus dem Ausland. Eine weitere Veränderung der Rechtslage ist durch das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom

11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387 ff.) mit Wirkung ab dem 15. Dezember 2018 eingetreten. Diese betrifft 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. Darüber hinaus wurde in der Zwischenzeit im Rahmen der Fachkonferenz Beiträge über die Übertragung der Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) zum Konkurrenzverhältnis zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und dem nachgehenden Leistungsanspruch (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 2012 – B 1 KR 19/11 R –, USK 2012-31, sowie Urteil vom 4. März 2014 – B 1 KR 68/12 R –, USK 2014-2) auf die Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V entschieden. Die vorliegende zweite Fassung der Grundsätzlichen Hinweise greift diese Rechtsentwicklung auf und ersetzt die Fassung vom 17. Juni 2014.

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 Abs. 3, § 24 Abs. 2 und § 66 KVLG 1989. Wegen der inhaltlichen Übereinstimmung zu § 188 Abs. 4, § 191 Nr. 4 und § 323 SGB V wird in diesen Grundsätzlichen Hinweisen auf eine gesonderte Darstellung verzichtet. Die Ausführungen gelten analog auch für die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

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 schriftlichen Beitrittserklärung bei Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V 8
1.4 Regelungen zum Beginn einer freiwilligen Mitgliedschaft 9
1.5 Einheitliche Regelungen bei der Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft 9
1.6 Rechtliche Einordnung der obligatorischen Anschlussversicherung in sonstigen Rechtsvorschriften 9
2 Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung 10
2.1 Allgemeines 10
2.2 Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung kraft Gesetzes 10
2.3 Ausschlusstatbestände 10
2.3.1 Versicherungspflicht als Ausschlusstatbestand 10
2.3.2 Familienversicherung als Ausschlusstatbestand 11
2.3.3 Freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse als Ausschlusstatbestand 11
2.3.4 Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V als Ausschlusstatbestand 12
2.3.5 Absicherungsformen außerhalb der GKV als Ausschlusstatbestand 15
2.4 Austrittserklärung 18
2.4.1 Allgemeines 18
2.4.2 Keine Berücksichtigung von Mindestbindungsfristen bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung 18
2.4.3 Austrittserklärung nach Ablauf von zwei Wochen 19
2.5 Sonderregelung für Saisonarbeitnehmer aus dem Ausland 19
3 Organisatorische Besonderheiten bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung 20
3.1 Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall 20
3.2 Begründung der Anschlussversicherung bei fehlender Mitwirkung der betroffenen Person 21
3.3 Rückabwicklung der Anschlussversicherung bei nachträglicher Kenntnis eines Ausschlusstatbestandes 22

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 22

4.1 Rechtslage bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG 22

4.2 Keine Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist 23

4.2.1 Allgemeines 23

4.2.2 Klärung der Versicherungszeiten zwischen zwei versicherungspflichtigen Tatbeständen 25

4.2.3 Mögliche Rückabwicklung der ursprünglichen Feststellung der Krankenkasse über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung 26

4.2.4 Anwendungszeitpunkt 28

4.3 Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nr. 4 SGB V, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist 28

4.3.1 Allgemeines 28

4.3.2 Voraussetzungen 29

4.3.2.1 6-Monate-Zeitraum 29

4.3.2.2 Fehlende Leistungsinanspruchnahme 31

4.3.2.3 Fehlende Beitragszahlung 32

4.3.2.4 Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen 32

4.3.3 Beitragsbemessung für die Dauer der Klärung des Fortbestehens der Mitgliedschaft 32

4.3.4 Mögliche Rückabwicklung der beendeten Mitgliedschaften 32

4.3.5 Anwendungszeitpunkt 33

4.4 Bestandsbereinigung der Versicherungsverhältnisse nach § 323 SGB V 34

4.4.1 Allgemeines 34

4.4.2 Geltungsbereich 34

4.4.3 Voraussetzungen 35

4.4.3.1 Zu prüfender Zeitraum 35

4.4.3.2 Kein Kontakt zum Mitglied 36

4.4.3.3 Fehlende Leistungsinanspruchnahme 37

4.4.3.4 Fehlende Beitragszahlung 38

4.4.4 Mögliche Rückabwicklung der aufgehobenen Mitgliedschaften 38

4.5 Notwendige Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen 39

5 Berücksichtigung von Sachverhalten mit Auslandsberührung bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung 39

5.1 Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung im Ausland 39

5.2 Aufenthalt im Ausland 41

5.2.1 Allgemeines 41

5.2.2 Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR oder in der Schweiz 42
5.2.3 Wohnortverlegung in einen anderen Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR oder in die Schweiz während einer freiwilligen Mitgliedschaft 45
5.2.4 Wohnort im Abkommensstaat 47

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. Da der Gesetzgeber trotz der Einführung des § 188 Abs. 4 SGB V die Vorschrift zur freiwilligen Krankenversicherung (vgl. § 9 SGB V) unverändert gelassen hat, gelten ab dem 1. August 2013 für Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, zwei Optionen bei der Begründung einer freiwilligen Versicherung. Dies ist zum einen eine Fortsetzung der Versicherung als freiwillige Versicherung von Gesetzes wegen (vgl. § 188 Abs. 4 SGB V) und zum anderen ein freiwilliger Beitritt infolge einer Erklärung (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 erste Alternative SGB V). Für diesen Personenkreis ist § 188 Abs. 4 SGB V vorrangig anzuwenden, sodass im Ergebnis bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 188 Abs. 4 SGB V die Anwendbarkeit des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 erste Alternative SGB V ausscheidet und das Erfordernis einer ausreichenden Vorversicherungszeit entfällt (vgl. Abschnitt 1.2). Im Regelfall entfällt auch die Notwendigkeit einer Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Anzeigefrist (vgl. 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 Abs. 4 SGB V wird – anders als bei der Anwendung des § 9 SGB V – auf die Erfüllung einer Vorversicherungszeit in Anlehnung an § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V verzichtet. Der Verzicht auf die Vorversicherungszeit gilt hierbei nicht nur für Versicherte, die ohne die obligatorische Anschlussversicherung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 4 SGB V ohnehin nicht tangiert sind (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweite Alternative SGB V [Stichwort: „Neugeborene“] oder § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 au-

ßerhalb der GKV - ein nachrangiger freiwilliger Beitritt gewünscht wird (vgl. 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 (vgl. 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 Abs. 4 SGB V nicht erfasst sind (vgl. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 Abs. 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 bzw. 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 Abs. 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 schriftlichen Beitrittserklärung bei Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V

Während für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 188 Abs. 3 SGB V im Grundsatz eine ausdrückliche Willenserklärung notwendig ist, für die ein Schriftformerfordernis gilt, stellt die Vorschrift des § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V zur obligatorischen Anschlussversicherung eine Spezialregelung dar, die den Regelungen der Absätze 1 bis 3 vorgeht (vgl. 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 (vgl. Abschnitt 2.4.1) ihren Willen zur freiwilligen Versicherung ausdrücklich bekundet; in solchen Fällen bedarf es keines schriftlichen Hinweises der Krankenkasse auf die Austrittsmöglichkeit.

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. Hierbei handelt es sich zwingend um die Weiterführung der Mitgliedschaft bei derselben Krankenkasse. So heißt es ausdrücklich in der Gesetzesbegründung (vgl. 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 Abs. 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 (z. B. § 240 SGB V, Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, § 106 Abs. 1 SGB VI, § 26 SGB II usw.) der Tatbestand „freiwillige Versicherung bzw. Mitgliedschaft" oder „Versicherungsberechtigung" mit bestimmten Rechtsfolgen verbunden ist, sind die nach § 9 und § 188 Abs. 4 SGB V begründeten freiwilligen Versicherungsverhältnisse gleich zu behandeln.

2 Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung

2.1 Allgemeines

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

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

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 (vgl. Bundestagsdrucksache 17/13947, Seite 27).

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

Endet die Familienversicherung der Angehörigen nur wegen der Beendigung der Mitgliedschaft des Stammversicherten, erstreckt sich die Anschlussversicherung – abgesehen von den Sachverhalten im Sinne des § 190 Abs. 1 SGB V (Stichwort: „Tod des Mitglieds") – lediglich auf den Stammversicherten; die bisherige Familienversicherung der Angehörigen bleibt unberührt. Dies gilt allerdings nicht, wenn der Familienangehörige ohne obligatorische Anschlussversicherung keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hat; in diesem Fall wird der Angehörige von der obligatorischen Anschlussversicherung erfasst.

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) Versi-

cherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V anschließt. Die Vorrangigkeit einer Versicherungspflicht gegenüber einer obligatorischen Anschlussversicherung ergibt sich aus der Regelung des § 191 Nr. 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.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist dagegen nachrangig gegenüber der obligatorischen Anschlussversicherung (vgl. § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V).

2.3.2 Familienversicherung als Ausschlusstatbestand

Eine obligatorische Anschlussversicherung ist für Personen, deren Versicherungspflicht endet, nach § 188 Abs. 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 (z. B. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vorrangig gegenüber einer Familienversicherung ist und dementsprechend unter Berücksichtigung der in § 175 Abs. 4 Sätze 8 und 9 SGB V genannten Bedingungen gekündigt werden muss, gilt bei der Begründung der Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V der Vorrang der freiwilligen Versicherung gegenüber einer Familienversicherung nicht. Vielmehr kommt in diesen Sachverhaltskonstellationen die Anschlussversicherung erst gar nicht zustande.

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

2.3.3 Freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse als Ausschlusstatbestand

Für Personen, deren Familienversicherung kraft Gesetzes endet, bestehen im Hinblick auf die Fortführung der Versicherung im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft regelmäßig zwei Optionen. Einerseits können sie unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V jeder nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse beitreten. Andererseits unterliegen sie grundsätzlich den Regelungen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 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 der Betroffene für den Beitritt zu einer wählbaren Krankenkasse, müsste nach wortgetreuer Anwendung des § 188 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes vollzieht.

Personen, deren Versicherungspflicht endet, können für die Durchführung der freiwilligen Versicherung eine andere Krankenkasse nur dann wählen, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse, die die Pflichtversicherung durchgeführt hat, zu dem Zeitpunkt der Beendigung der Versicherungspflicht wirksam gekündigt wurde. Dies setzt unter anderem voraus, dass der bisherigen Krankenkasse, sofern keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse (und somit der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall) vorgelegt wurde. Ein wirksamer Krankenkassenwechsel bei derartigen Fallkonstellationen verhindert daher die obligatorische Anschlussversicherung bei der bisherigen Krankenkasse, da sich sowohl die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweislich lückenlos an die vorherige Versicherungspflicht anschließt als auch die vorangegangene Kündigung im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V als vorweggenommene Austrittserklärung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu verstehen ist. Das Beitrittsrecht bei der neuen Krankenkasse ist im Übrigen an die Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V gekoppelt.

2.3.4 Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V als Ausschlusstatbestand

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

Der nachgehende Leistungsanspruch erfüllt seine Funktion als Ausschlusstatbestand bereits in seiner potenziellen Ausprägung, d. h. unabhängig von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme, und ungeachtet dessen, ob sich die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nahtlos an die vorherige Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung anschließt oder innerhalb der Monatsfrist des § 19 Abs. 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 Abs. 4 Satz 1 SGB V Anwendung; im Ergebnis ist eine freiwillige Versicherung im direkten Anschluss an die zuvor bestehende Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung durchzuführen.

Über das Konkurrenzverhältnis zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und dem nachgehenden Leistungsanspruch ist nach der analogen Anwendung der BSG-Rechtsprechung (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 2012 – B 1 KR 19/11 R –, USK 2012-31, sowie Urteil vom 4. März 2014 – B 1 KR 68/12 R –, USK 2014-2) grundsätzlich im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise am letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft zu entscheiden. In der weit überwiegenden Anzahl der Sachverhalte, bei denen über die Versicherungskonkurrenz zwischen dem § 19 Abs. 2 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 Abs. 2 Satz 1 SGB V Kenntnis über die mögliche Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch und der obligatorischen Anschlussversicherung, ist danach zu unterscheiden, ob möglicherweise ein Krankengeldanspruch realisiert werden kann. Da die Sachleistungsansprüche unabhängig davon, welcher Versicherungsstatus letztendlich den Vorrang erhält, identisch sind und sich gegen dieselbe Krankenkasse richten, fehlt es aus Sicht des Betroffenen insoweit an einer Sicherungslücke. Vor diesem Hintergrund wird es für sachgerecht gehalten, wenn die Beurteilung über den Versicherungsstatus in den Fällen, in denen keine Leistungen oder alleine Sachleistungen in Anspruch genommen werden, erst nach Ablauf der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V endgültig getroffen wird. Der vom BSG verlangten Prognoseentscheidung zu Beginn des Monats bedarf es in diesen Fällen nicht.

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

In den Sachverhaltskonstellationen, in denen dem Versicherten aufgrund einer ersten prognostischen Beurteilung im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V ein Krankengeldanspruch eingeräumt wurde und im Zuge einer weiteren prognostischen Statusentscheidung der nachgehende Leistungsanspruch ohne sich anschließende anderweitige Absicherung zu beenden ist, gilt Folgendes: Für die Vergangenheit bleibt der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V unberührt. Vom Zeitpunkt nach Beendigung des nachgehenden Leistungsanspruchs ist eine Mitgliedschaft im Rahmen einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durchzuführen; für die Begründung einer obligatorischen Anschlussversicherung verbleibt kein Raum, da diese sich entsprechend dem Wortlaut des § 188 Abs. 4 SGB V immer nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht anschließen muss (vgl. auch Niederschrift zu TOP 1 über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 24./25. Juni 2015).

Der in § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V verwendete Begriff „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ ist inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden Begriff in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V; dementsprechend gelten die in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 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.

Der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 sowie Abs. 2 SGB V (ausreichende Vorversicherungszeit, schriftliche Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Anzeige-

frist) zu. Als typisches Beispiel hierzu sind Personen zu nennen, die während des Bezugs von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig sind und anschließend – bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 19 Abs. 2 SGB V – nahtlos oder innerhalb der Monatsfrist laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII beziehen.

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.

2.3.5 Absicherungsformen außerhalb der GKV als Ausschlusstatbestand

Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV schließt nach § 188 Abs. 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V die obligatorische Anschlussversicherung aus, wenn die betroffene Person die Voraussetzungen nach § 19 Abs. 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 (vgl. die Auslegungshinweise in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 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 (vgl. Abschnitt 2.4.1) kommt in diesem Zusammenhang keine Bedeutung zu.

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 – ggf. geringfügigen – Erwerbstätigkeit) keinen Ausschlusstatbestand dar. Das Zustandekommen einer obligatorischen Anschlussversicherung kann daher in diesen Fällen nur im Wege einer Austrittserklärung (vgl. Abschnitt 2.4) vermieden werden.

Beispiel 1
Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied einer Krankenkasse. Er scheidet aus der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 SGB V zum 31.12.2018 aus und ist ab dem 01.01.2019 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert. Die Krankenkasse weist auf die Austrittsmöglichkeit im Sinne des § 188 Abs. 4 SGB V hin. Der Hinweis wird dem Mitglied am 01.02.2019 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 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 vermieden werden. Diese muss der Krankenkasse spätestens bis zum 15.02.2019 vorliegen. Darüber hinaus ist ein (an keine Frist gebundener) Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (vgl. Abschnitt 2.4.1) notwendig.

Beispiel 2
Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied einer Krankenkasse. Mit Aufgabe seiner Beschäftigung scheidet er aus der Versicherungspflicht zum 31.07.2018 aus. Ab dem 01.08.2018 ist er selbstständig erwerbstätig und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert. Die Krankenkasse weist auf die Austrittsmöglichkeit im Sinne des § 188 Abs. 4 SGB V hin. Der Hinweis wird dem Mitglied am 03.09.2018 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 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 vermieden werden. Diese muss der Krankenkasse spätestens bis zum 17.09.2018 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 28.08.2018. 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 für die obligatorische Anschlussversicherung dar, ungeachtet dessen, das sie den qualitativen Anforderungen an die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall genügt und sich lückenlos an die vorherige Familienversicherung anschließt. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kommt zustande, es sei denn, die betroffene Person gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab.

Beispiel 4
Eine Studentin ist versicherungspflichtiges (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V) Mitglied einer Krankenkasse. Mit dem Ende des Studiums endet ihre Mitgliedschaft in der GKV zum 30.09.2018. Da sie als Ehepartnerin einer beihilfeberechtigten Person ebenfalls beihilfeberechtigt ist, schließt sie ab dem 01.10.2018 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 23.10.2018 zugestellt wird.

Beurteilung
Die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 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 Abs. 2 SGB V begründet. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kommt wegen eines Ausschlusstatbestandes im Sinne des § 188 Abs. 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 (vgl. § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Die Erklärung ist gegenüber der zuständigen Krankenkasse abzugeben. Maßgeblich für die Einhaltung der Frist ist der Eingang der Austrittserklärung bei der Krankenkasse (vgl. § 130 BGB).

Der Austritt wird allerdings nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist (vgl. § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Voraussetzung ist ferner, dass sich der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall lückenlos (evtl. unter Berücksichtigung der nachgehenden Leistungsansprüche) an die vorangegangene Versicherung anschließt. Das Vorliegen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist grundsätzlich gegenüber der zuständigen Krankenkasse nachzuweisen. Bei den nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmern gilt der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall durch die Zahlung eines Beitragszuschusses nach § 257 Abs. 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“ inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden Begriff in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist; insoweit wird auf die Ausführungen in Abschnitt 2.3.4 verwiesen.

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 (z. B. Heilfürsorge). Im Falle einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Sinne des § 188 Abs. 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 Abs. 4 Satz 1 SGB V oder die Mindestbindung nach § 53 Abs. 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 Abs. 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 Nr. 3 SGB V beendet werden kann. Dementsprechend ist eine verspätete Austrittserklärung in eine Kündigung im Sinne des § 191 Nr. 3 SGB V umzudeuten, die wegen der Verweisung auf § 175 Abs. 4 SGB V allen dort genannten Anforderungen unterliegt. Davon geht im Übrigen auch der Gesetzgeber aus (vgl. Bundestagsdrucksache 17/13947, Seite 28). Das bedeutet insbesondere, dass die Kündigungsfrist zu berücksichtigen ist. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die maßgebende Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V zu beachten. Die sich bei einer verspäteten Austrittserklärung ergebenden Rechtsfolgen treten selbst dann ein, wenn die betroffene Person im Ausnahmefall für eine ggf. 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

Mit Wirkung vom 1. Januar 2018 wurde im Rahmen des Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften für Saisonarbeitnehmer eine Sonderregelung zur obligatorischen Anschlussversicherung nach der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit geschaffen (vgl. § 188 Abs. 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 Schriftform nach § 188 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 13 i. V. m. Abs. 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 bzw. 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 wurde um ein entsprechendes Kennzeichen „Saisonarbeitnehmer“ erweitert. 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 bzw. kann im Wege einer Austrittserklärung verhindert werden, wenn für die betroffene Person in einem lückenlosen

Anschluss an die beendete Versicherungspflicht oder Familienversicherung (evtl. 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 (vgl. § 188 Abs. 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 (vgl. § 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 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 4 SGB V durchzuführen. Für die Beitragsbemessung sind nach § 240 Abs. 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 Abs. 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 (vgl. Bundestagdrucksache 18/12587, Seite 55). Sollte die betroffene Person ausnahmsweise weiterhin dem deutschen Sozialversicherungsrecht unterliegen, z. B. weil der Wohnsitz bzw. der ständige Aufenthalt in Deutschland begründet oder eine Erwerbstätigkeit in Deutschland ausgeübt wird, bedarf das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung einer aktiven Mitwirkung des Betroffenen (vgl. Abschnitt 2.5).

Eine weitere Besonderheit gilt seit dem Inkrafttreten des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes - 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 (vgl. 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 (z. B. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 5 SGB V verbindlich für alle Krankenkassen das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen im Rahmen untergesetzlicher Normsetzung (vgl. Abschnitt 4.5). Beide Rechtsvorschriften treten am Tag nach der Verkündung des GKV-VEG, also 15. Dezember 2018, in Kraft.

Die Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung ist somit nach der neuen 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 bzw. 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 (vgl. 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 Nr. 4 SGB V (vgl. Abschnitt 4.3) erfüllt sind.

Die Annahme über das kontinuierliche Fortbestehen des bisherigen Wohnsitzes bzw. 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 Nr. 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 Abs. 4 Satz 4 SGB V entgegen stehenden 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 je-

doch 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 (vgl. Abschnitt 4.5) erfolglos ausschöpfen. Insoweit liegt ein Unterschied zum Verfahren der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nr. 4 SGB V (vgl. 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 aufrecht erhalten 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, sinngemäß.

Beispiel
Herr A. scheidet mit Ablauf des 31.01.2019 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 17.05.2019 stellt die Krankenkasse fest, dass die Voraussetzungen des § 188 Abs. 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 04.03.2019 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 Abs. 4 Satz 1 SGB V rückwirkend ab dem 01.02.2019 zustande. Anschließend ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Beendigung der Mitgliedschaft gemäß § 191 Nr. 4 SGB V erfüllt sind (vgl. Fortsetzung des Beispiels in Abschnitt 4.3.2.1).

Im Übrigen liegt ein Sachverhalt im Sinne des § 188 Abs. 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 Abs. 4 Satz 4 SGB V von Anfang an vorlag. Da erst zu diesem Zeitpunkt die Ermittlungsmöglichkeiten (vgl. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 2 SGB V liegt, erübrigt sich in der Praxis meistens die Notwendigkeit der Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung (vgl. 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 bzw. 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 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. 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 z. B. 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 Abs. 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 (vgl. Abschnitt 4.5) weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des poten-

ziellen Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln und hat sie auf dieser Grundlage eine Feststellung über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung gemäß § 188 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V zum Tragen, wenn das Mitglied mitwirkt.

Beispiel
Frau B. scheidet mit Ablauf des 28.02.2019 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 06.06.2019 stellt die Krankenkasse fest, dass die Gesamtbetrachtung aller vorliegenden Erkenntnisse keinen Wohnsitz in Deutschland annehmen lässt und somit die Voraussetzungen des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V erfüllt sind. Die obligatorische Anschlussversicherung kommt nicht zustande. Zum 01.08.2019 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 01.03.2019 bis zum 31.07.2019 unterliegt Frau B. der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V.

Dagegen sind die in Abschnitt 4.2.1 beschriebenen Fallkonstellationen der rückwirkenden Korrektur der ursprünglichen Annahmen bzw. 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.

4.2.4 Anwendungszeitpunkt

Die Neuregelung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V ist für alle Sachverhalte anzuwenden, bei denen die Versicherungspflicht oder die Familienversicherung frühestens am Tag vor dem Inkrafttreten des Artikels 1 des GKV-VEG (also, am 14. Dezember 2018) endet.

Liegt der Beginn eines nach § 188 Abs. 4 SGB V begründeten Versicherungsverhältnisses vor dem Inkrafttreten der Neuregelung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V, ist dieses in die Prüfung im Rahmen der Bestandsbereinigung nach § 323 SGB V (vgl. Abschnitt 4.4) einzubeziehen.

4.3 Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nr. 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 Nr. 4 SGB V 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 Nr. 4 SGB V nicht danach differenziert, ob diese seinerzeit nach § 9 oder § 188 Abs. 4 SGB V begründet wurde.

§ 191 Nr. 4 SGB V tritt am Tag nach der Verkündung des GKV-VEG, also am 15. Dezember 2018, in Kraft.

4.3.2 Voraussetzungen

4.3.2.1 6-Monate-Zeitraum

Der nach § 191 Nr. 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 15.01.2019 wurden die Beiträge für Dezember 2018 nicht bezahlt. Das entsprechende Mahnschreiben der Krankenkasse kommt mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ am 22.01.2019 zurück.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nr. 4 SGB V sind innerhalb des Zeitraums vom 16.01.2019 bis 15.07.2019 zu prüfen. Sind diese erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.01.2019 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 04.01.2019 zurück. Am 15.01.2019 erfolgt keine Beitragszahlung für Dezember 2018.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nr. 4 SGB V sind innerhalb des Zeitraums vom 16.01.2019 bis 15.07.2019 zu prüfen. Sind diese erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.01.2019 zu beenden.

Fortsetzung des Beispiels aus Abschnitt 4.2.1
Herr A. scheidet mit Ablauf des 31.01.2019 aus der Versicherungspflicht aus. Im Rahmen der Klärung seines weiteren Krankenversicherungsschutzes gelingt es der zuständigen Krankenkasse nicht, seinen Wohnort zu ermitteln. Am 17.05.2019 stellt die Krankenkasse fest, dass die Voraussetzungen des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V erfüllt sind. Die obliga-

torische Anschlussversicherung kommt zunächst nicht zustande. Zu einem späteren Zeitpunkt bekommt die Krankenkasse Kenntnis darüber, dass Herr A. am 04.03.2019 eine Leistung zu ihren Lasten in Anspruch genommen hat. Für Herrn A. wird rückwirkend die obligatorische Anschlussversicherung ab dem 01.02.2019 begründet. Die Beiträge wurden zu keinem Zeitpunkt gezahlt.

Beurteilung
Der 6-Monats-Zeitraum im Sinne des § 191 Nr. 4 SGB V wird durch die fehlende Beitragszahlung am ersten der Leistungsinanspruchnahme folgenden Fälligkeitstermin ausgelöst und verläuft somit hier vom 16.03.2019 bis zum 15.09.2019. Sind die Voraussetzungen des § 191 Nr. 4 SGB V erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.03.2019 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 Nr. 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 Nr. 4 SGB V innerhalb des Zeitraums vom 16.01.2019 bis 15.07.2019 zu prüfen. Im Rahmen einer Abrechnung mit Leistungserbringern von Heilmitteln wird bekannt, dass Herr C. am 15.05.2019 eine Leistung zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen hat.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nr. 4 SGB V sind zunächst nicht erfüllt. Der neue Zeitraum für die Prüfung nach § 191 Nr. 4 SGB V beginnt am 16.06.2019, wenn bis zum 15.06.2019 keine Beiträge gezahlt werden, und verläuft bis zum 15.12.2019. Sind die Voraussetzungen im neuen 6-Monate-Zeitraum erfüllt, ist die Mitgliedschaft rückwirkend mit Ablauf des 15.06.2019 zu beenden.

Fortsetzung des Beispiels 2
Die Krankenkasse war angehalten, für Frau D. die Voraussetzungen nach § 191 Nr. 4 SGB V innerhalb des Zeitraums vom 16.01.2019 bis 15.07.2019 zu prüfen. Am 15.04.2020 wird im Rahmen einer Abrechnung mit Leistungserbringern von Heilmitteln für das III. Quartal 2019 bekannt, dass Frau D. am 01.08.2019 eine Leistung zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen hat.

Beurteilung
Die Voraussetzungen nach § 191 Nr. 4 SGB V sind im Zeitraum vom 16.01.2019 bis 15.07.2019 erfüllt. Die Mitgliedschaft ist rückwirkend mit Ablauf des 15.01.2019 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 (vgl. 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 Abs. 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze)“ verwiesen (vgl. 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 (vgl. 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 Nr. 4 SGB V nicht erfüllt sind.

4.3.2.4 Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband regelt nach § 188 Abs. 5 SGB V verbindlich für alle Krankenkassen das Nähere zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen im Rahmen untergesetzlicher Normsetzung (vgl. 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 bzw. 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 Nr. 4 SGB V auf dem Prüfstand stehen, eine turnusmäßige Einkommensüberprüfung nach § 6 Abs. 2 der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler fällig, führt die fehlende Mitwirkung des Mitglieds zur künftigen Beitragsfestsetzung nach § 240 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze.

4.3.4 Mögliche Rückabwicklung der beendeten Mitgliedschaften

Der Regelung nach § 191 Nr. 4 SGB V legt (beim Vorliegen der bestimmten Indizien, die als Tatbestandsvoraussetzungen formuliert sind) eine 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 Nr. 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 bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte. In diesen

Fällen kommt die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. 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.

4.3.5 Anwendungszeitpunkt

Die Regelung des § 191 Nr. 4 SGB V ist zunächst bei allen Sachverhalten anzuwenden, bei denen das den sechsmonatigen Zeitraum auslösende Ereignis (vgl. Abschnitt 4.3.2.1) frühestens am Tag des Inkrafttretens des Artikels 1 des GKV-VEG eintritt.

Darüber hinaus ist das Verfahren der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft unter Berücksichtigung der Zielsetzung des Gesetzgebers, die Beitragsrückstände nachhaltig zu reduzieren, auch auf die laufenden „Altfälle“ zu übertragen. Als „Altfälle“ in diesem Sinne sind Sachverhalte zu verstehen, bei denen der nach den vorgenannten Kriterien zu bildende sechsmonatige Zeitraum (vgl. Abschnitt 4.3.2.1) entweder vor dem Inkrafttreten des Artikels 1 des GKV-VEG schon abgelaufen ist oder zu diesem Zeitpunkt noch läuft. Sofern in dem sechsmonatigen Zeitraum für die Mitgliedschaft keine Beiträge geleistet wurden, das Mitglied und familienversicherte Angehörige keine Leistungen in Anspruch genommen haben und die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln kann, ist die freiwillige Mitgliedschaft ebenfalls zu beenden. Dies ist jedoch frühestens zum Tag des Inkrafttretens des Artikels 1 des GKV-VEG, also mit Ablauf des 15. Dezember 2018, möglich.

Beispiel
Herr E. ist seit Jahren freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse. Die Beitragszahlung weist keine Unregelmäßigkeiten aus. Am 15.02.2018 wurden die Beiträge für Januar 2018 nicht bezahlt. Das entsprechende Mahnschreiben der Krankenkasse kommt mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ am 22.02.2018 zurück. Die Voraussetzungen nach § 191 Nr. 4 SGB V sind innerhalb des Zeitraums vom 16.02.2018 bis zum 15.08.2018 zu prüfen. Diese sind (angenommen) erfüllt.

Beurteilung
Mitgliedschaft ist mit Ablauf des 15.12.2018 zu beenden. Dies gilt jedoch nicht, wenn ausnahmsweise zwischenzeitlich doch Kontakt zum Mitglied hergestellt wurde.

Im Übrigen ist die Anwendbarkeit des § 191 Nr. 4 SGB V auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Artikels 1 des GKV-VEG laufenden freiwilligen Mitgliedschaften eingeschränkt.

4.4 Bestandsbereinigung der Versicherungsverhältnisse nach § 323 SGB V

4.4.1 Allgemeines

Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden, sind nach § 323 Abs. 2 SGB V mit Wirkung ab dem Tag ihrer Begründung aufzuheben, wenn seit Beginn der Mitgliedschaft folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- 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.

Der gesetzliche Begriff „Aufhebung" der Mitgliedschaft ist in diesem Kontext als Stornierung der Versicherungszeiten zu verstehen. Im Falle einer Aufhebung der Mitgliedschaft sind auch daraus ggf. abgeleitete Familienversicherungen zu stornieren. Infolge der Stornierung der Versicherungsverhältnisse wird der Versichertenbestand der Krankenkassen bereinigt. Die Regelung des § 323 SGB V tritt am 1. Januar 2019 in Kraft. Die Bestandsbereinigung muss bis zum 15. Juni 2019 abgeschlossen sein.

4.4.2 Geltungsbereich

Die in § 323 Abs. 2 SGB V verwendete Formulierung „Mitgliedschaften, die nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaften fortgesetzt wurden" stellt laut Gesetzesbegründung klar, „dass die Bereinigung in Bezug auf alle Mitgliedschaften zu erfolgen hat, die bei ihrer Begründung die gesetzlichen Voraussetzungen des § 188 Absatz 4 Satz 1 erfüllt haben und die in Absatz 2 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllen. Die Bereinigung hat insbesondere unabhängig davon zu erfolgen, ob die Mitgliedschaft im IT-System der jeweiligen Krankenkasse als freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 oder als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 gespeichert ist" (vgl. Bundestagsdrucksache 19/5112, Seite 47).

Nach dem Wortlaut des § 323 Abs. 1 SGB V haben die Krankenkassen ihren Mitgliederbestand für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum 1. Januar 2019 zu überprüfen und zu bereinigen. Während die Neuregelung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung beim ungeklärten Aufenthalt des Betroffenen – wie der Artikel 1 des GKV-VEG insgesamt – bereits am Tag nach der Verkündung des GKV-VEG in Kraft tritt, wird die Regelung des § 323 SGB V dagegen erst am 1. Januar 2019 wirksam. Diese Diskre-

panz führt im Ergebnis dazu, dass in das Bereinigungsverfahren im Sinne des § 323 SGB V – bei Erfüllung der Anforderungen des Absatzes 2 – nur solche Mitgliedschaften einzubeziehen sind, die die Voraussetzungen nach § 188 Abs. 4 SGB V erfüllen und im Zeitraum vom 1. August 2013 bis zum Tag der Verkündung des GKV-VEG begründet wurden.

In die Bestandsbereinigung werden nur die Versicherungsverhältnisse einbezogen, bei denen die Krankenkasse seit Beginn der Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen konnte; dies entspricht im Wesentlichen den Sachverhalten im Sinne des neuen § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V. Dagegen werden die Mitgliedschaftsverhältnisse, bei denen erst ab einem bestimmten Zeitpunkt der Aufenthaltsort des Betroffenen im Geltungsbereich des SGB nicht feststellbar war (Sachverhalte im Sinne des § 191 Nr. 4 SGB V), von der Bestandsbereinigung im Sinne des § 323 Abs. 2 SGB V nicht erfasst (vgl. jedoch Hinweise in Abschnitt 4.3.5).

Die Bereinigung ist nicht auf die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung laufenden freiwilligen Mitgliedschaften eingeschränkt. Wurde die obligatorische Anschlussversicherung zwischenzeitlich aufgrund des Eintritts eines Versicherungspflichttatbestandes beendet und konnte die Krankenkasse auch danach keinen Kontakt zum Mitglied herstellen, sind auch solche Versicherungsverhältnisse bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 323 Abs. 2 SGB V aufzuheben. Denkbar sind z. B. Fallkonstellationen, in denen die obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer für die Dauer zwischen zwei Beschäftigungen in Deutschland begründet wurde (vgl. Bundesratsdrucksache 375/18, Seite 25).

4.4.3 Voraussetzungen

4.4.3.1 Zu prüfender Zeitraum

Die nach § 323 Abs. 2 SGB V kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen müssen innerhalb eines Zeitraums vorliegen, dessen Beginn dem Wortlaut des Gesetzes zu entnehmen ist (1. August 2013) und dessen Ende durch Rechtsauslegung zu bestimmen ist. Hierbei ist danach zu unterscheiden, ob die Krankenkasse ihre Ermittlungsaktivitäten zwecks Feststellung des Aufenthaltsorts des Mitglieds bis zum 1. Januar 2019 erfolglos ausgeschöpft hat (erste Alternative) oder das Ermittlungsverfahren zu diesem Zeitpunkt noch läuft (zweite Alternative).

Bei der ersten Alternative müssen die Voraussetzungen „keine Leistungsinanspruchnahme“ und „keine Beitragszahlung“ in dem Zeitraum zwischen dem Beginn der Mitgliedschaft und dem 1. Januar 2019 (bei bereits beendeten Mitgliedschaften für die gesamte Dauer der Mitgliedschaft) erfüllt sein. Neue Ermittlungen für die Feststellung des Aufenthaltsorts des Mitglieds sind nicht anzustellen.

Bei der zweiten Alternative müssen die Voraussetzungen „keine Leistungsinanspruchnahme“ und „keine Beitragszahlung“ in dem Zeitraum zwischen dem Beginn der Mitgliedschaft und dem Zeitpunkt erfüllt sein, an dem die Krankenkasse ihre Ermittlungsaktivitäten für die Feststellung des Aufenthaltsortes des Mitglieds mit dem Ergebnis einstellt, dass weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds in Deutschland feststellbar ist.

4.4.3.2 Kein Kontakt zum Mitglied

Die in § 323 Abs. 2 SGB V verwendete Formulierung „Die Krankenkasse konnte seit Beginn der Mitgliedschaft keinen Kontakt zum Mitglied herstellen“ ist mit dem Terminus der §§ 188 Abs. 4 Satz 4 und § 191 Nr. 4 SGB V „Die Krankenkasse konnte trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln“ nicht identisch. Dennoch handelt es sich im Wesentlichen um vergleichbare Tatbestände.

Für die Beurteilung der in der Vergangenheit gelaufenen Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen ergeben sich die entsprechenden Hinweise aus der Gesetzesbegründung (Bundesratsdrucksache 375/18, Seite 26). Dort heißt es: „An einem Kontakt zum Mitglied fehlt es insbesondere dann, wenn der Aufenthalt im Geltungsbereich des deutschen Sozialrechts nicht festgestellt werden konnte bzw. keinerlei Mitwirkung des Mitglieds erfolgt ist. Der Versand eines Schreibens beispielsweise zur Klärung der versicherungs- und beitragsrechtlichen Verhältnisse stellt für sich genommen keinen Kontakt zum Mitglied dar. Vielmehr muss die Ermittlung, ob Zugangshindernisse (z. B. durch Wohnungswechsel, Ortsabwesenheit) im konkreten Einzelfall bestanden haben, nachweisbar sein (z. B. durch entsprechende Aktenvermerke)“.

Ein Kontakt in diesem Sinne liegt ausschließlich in den Fällen vor, in denen ein bilateraler Kontakt zwischen der Krankenkasse und dem Mitglied selbst mit Bezug zu der in Rede stehenden obligatorischen Anschlussversicherung stattgefunden hat; dagegen ist eine Kontaktaufnahme mit Dritten, einschließlich etwaiger im Haushalt lebenden Angehörigen des Mitglieds, nicht ausreichend. Gemessen an diesem Maßstab liegt eine der Aufhebung der Mitgliedschaft entgegenstehende Kontaktaufnahme mit dem Mitglied beispielsweise vor, wenn

- eine Briefsendung der Krankenkasse nachweislich dem Mitglied persönlich übermittelt wurde;
- hinlänglich dokumentierte persönliche oder fernmündliche Gespräche eines Mitarbeiters der Krankenkasse/eines Vollstreckungsbeamten mit dem Mitglied stattgefunden haben;
- das Mitglied der Krankenkasse Unterlagen zur Durchführung der fraglichen Versicherung (insbesondere einen Mitgliedschaftsantrag, einen Einkommensfragebogen oder einen Vordruck zur Durchführung der Familienversicherung) eingereicht hat.

Eine die Aufhebung der im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung durchgeführten Mitgliedschaft und mithin eine die Bestandsbereinigung ausschließende Kontaktaufnahme mit dem Mitglied zielt vorrangig auf die Klärung ab, ob für die Dauer der Mitgliedschaft ein Aufenthalt des Betroffenen im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches feststellbar war. Aus der Dokumentation der Kontaktaufnahme muss sich also zwingend die gewonnene Erkenntnis zum Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ergeben. Zwar ist angesichts der rechtlichen Vorgaben des § 323 Abs. 2 SGB V ein daran anknüpfendes Verwaltungshandeln (z. B. den Erlass eines Beitragsbescheides oder die Einleitung der Rückstandssachbearbeitung) der Krankenkasse jedenfalls nicht zwingende Voraussetzung für eine die Bestandsbereinigung ausschließende Kontaktaufnahme mit dem Mitglied; die hinreichende Plausibilität der dokumentierten Kontaktaufnahme muss sich jedoch regelmäßig auch im Kontext dieser sich im Anschluss an den hergestellten Kontakt ergebenden Folgeaktivitäten der Krankenkasse ergeben können.

In den Fällen, in denen die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen zwecks Feststellung des Aufenthaltsorts des Mitglieds zum 1. Januar 2019 noch nicht abgeschlossen sind (vgl. zweite Alternative in Abschnitt 4.4.3.1), sind diese an den Anforderungen der auf Grundlage des § 188 Abs. 5 SGB V entstandenen „Einheitlichen Grundsätzen zu den Ermittlungspflichten der Krankenkassen nach § 188 Abs. 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze)“ des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Abschnitt 4.5) auszurichten.

4.4.3.3 Fehlende Leistungsinanspruchnahme

Die Inanspruchnahme von Leistungen setzt laut Gesetzesbegründung (vgl. Bundesratsdrucksache 375/18, Seite 26) voraus, dass die Leistung konkret und individuell für den Versicherten erbracht wurde. Dies ist zum Beispiel bei pauschalen Zahlungen pro Versicherten oder Umlagen nicht der Fall. Um eine mögliche Leistungsinanspruchnahme als den der Anwendung des § 323 Abs. 2 SGB V entgegenstehenden Ausschlusstatbestand abschließend zu klären, haben die Krankenkassen für eine entsprechende verbindliche Feststellung grundsätzlich die Fristen für die Abrechnungen mit den Leistungserbringern (jedenfalls soweit diese eine versichertenbezogene Zuordnung der Leistungsinanspruchnahme vorsehen) für den entscheidungsrelevanten Zeitraum abzuwarten. Die gesetzliche Vorgabe, die Bestandsbereinigung bis zum 15. Juni 2019 abzuschließen, bleibt hiervon unberührt.

Liegt bis zum 15. Juni 2019 kein Indiz für eine Leistungsinanspruchnahme vor, ist diese Mitgliedschaft in die Bestandsbereinigung nach § 323 SGB V einzubeziehen, wenn weder der Kontakt zum Mitglied hergestellt wurde noch die Beiträge gezahlt wurden. Sollte sich nach dem 15. Juni 2019

herausstellen, dass gleichwohl Leistungen während der stornierten Mitgliedschaft beansprucht wurden, ist Abschnitt 4.4.4 zu beachten.

Sofern die freiwillige Versicherung auch in der Familienversicherung versicherte Familienangehörige umfasste, wird der Tatbestand der fehlenden Leistungsinanspruchnahme nur dann erfüllt, wenn weder das Mitglied noch die familienversicherten Angehörigen Leistungen in dem Zeitraum der zu überprüfenden Mitgliedschaft in Anspruch genommen haben.

4.4.3.4 Fehlende Beitragszahlung

Bei der Prüfung der fehlenden Beitragszahlung ist darauf abzustellen, dass für die Zeiten der zu prüfenden Mitgliedschaft keine Beiträge gezahlt wurden. Insoweit gilt im Rahmen der Bestandsbereinigung eine andere Bewertung, als bei den Fällen im Sinne des § 191 Nr. 4 SGB V (vgl. Abschnitt 4.3.2.3).

4.4.4 Mögliche Rückabwicklung der aufgehobenen Mitgliedschaften

Die kumulative Erfüllung von drei vorgenannten Tatbeständen als Voraussetzung für die rückwirkende Aufhebung des Versicherungsverhältnisses stellt sicher, dass nur solche freiwilligen Mitgliedschaften aufgehoben werden, bei denen kein schutzwürdiges Interesse der Betroffenen am Fortbestand der Mitgliedschaft besteht. Sollte im Einzelfall eine freiwillige Mitgliedschaft rückwirkend aufgehoben worden sein, obwohl die betroffene Person tatsächlich einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB hat, wird der notwendige Krankenversicherungsschutz im Wege der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V zu einem späteren Zeitpunkt bei Mitwirkung des Betroffenen rückwirkend wiederhergestellt.

Abweichend von diesem Grundsatz ist jedoch dann zu verfahren, wenn die Krankenkasse im Hinblick auf die Notwendigkeit der Beendigung der Bestandsbereinigung bis zum 15. Juni 2019 eine Entscheidung über die Aufhebung der obligatorischen Anschlussversicherung noch vor dem Ablauf der relevanten Fristen für die Abrechnungen mit den Leistungserbringern trifft (vgl. Abschnitt 4.4.3.3). Wird die Information über die Leistungsinanspruchnahme durch das betroffene Mitglied bzw. seine familienversicherten Angehörigen während der aufgehobenen Versicherungszeiten der Krankenkasse erst nach der durchgeführten Bestandsbereinigung bekannt, muss die ursprüngliche Entscheidung der Krankenkasse aufgehoben werden. Die Anschlussversicherung ist rückwirkend wieder zu begründen.

4.5 Notwendige Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen

Das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V oder die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nr. 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 Abs. 4 Satz 4 SGB V und § 191 Nr. 4 SGB V vorgeschriebenen Ermittlungspflichten der Krankenkassen sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband nach § 188 Abs. 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 Abs. 5 SGB V (Einheitliche Ermittlungsgrundsätze)“ entwickelt. Die Grundsätze bedürfen gemäß § 188 Abs. 5 Satz 2 SGB V zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

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

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

5.1 Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung im Ausland

Die Begriffe „Versicherungspflicht“ und „Familienversicherung“ im Sinne des § 188 Abs. 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 Buchst. 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- bzw. EWR-Mitgliedstaat und der Schweiz bzw. ein Ausscheiden aus der Versicherung in einem Mitgliedstaat mit Nationalem Gesundheitsdienst handelt.

Ferner beinhalten das deutsch-jugoslawische Abkommen über soziale Sicherheit, das noch im Verhältnis zu Bosnien-Herzegowina, dem Kosovo, Montenegro und Serbien Anwendung findet, und das deutsch-mazedonische 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 von 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 (vgl. 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 oder der bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit hatten, werden vom Geltungsbereich des § 188 Abs. 4 SGB V nicht erfasst. Das Zugangsrecht zur GKV nach Maßgabe der Regelungen des § 9 oder § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. 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 01.10.2018 eine nach § 6 Abs. 1 Nr. 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 ent-

sprechenden Voraussetzungen alternativ aus § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 oder 3 SGB V ergeben. Soweit § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 schriftliche Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Frist ist erforderlich. Die Auffang-Versicherungspflicht ist im Übrigen nach § 6 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen.

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

Beispiel 2
Ein niederländischer Staatsbürger war bis zum 31.10.2018 in den Niederlanden wohnhaft, dort selbstständig erwerbstätig und gesetzlich krankenversichert. Zum 01.11.2018 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (vorrangig) oder § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V (nachrangig) ergeben.

Soweit § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 schriftliche Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Frist ist erforderlich.

Für die Anwendung des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. 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 Abs. 4 SGB V ist ausgeschlossen.

5.2 Aufenthalt im Ausland

5.2.1 Allgemeines

Nach § 3 Nr. 2 SGB IV kann die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V grundsätzlich nur für solche Personen zur Anwendung kommen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (vgl. § 30 SGB I) in Deutschland haben. Demgegenüber werden die Perso-

nen, die aus der Pflicht- oder der Familienversicherung nach dem deutschen Recht ausscheiden und unmittelbar danach ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen bzw. 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 Abs. 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 sog. Anwartschaftsversicherung). Hinsichtlich der Beurteilung einer privaten Auslandskrankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird auf die entsprechenden Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 4 SGB V kommt, können sich lediglich im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ergeben (vgl. § 6 SGB IV).

5.2.2 Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR oder in der Schweiz

Im Anwendungsbereich der VO (EG) 883/04 gilt nach Artikel 5 Buchst. b VO (EG) 883/04 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 § 188 Abs. 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 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04 den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates, in dem die Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird. Für in Deutschland erwerbstätige und im Ausland wohnende Personen (z. B. die nach § 6 Abs. 1 Nr. 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 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergeben. Hierunter fallen insbesondere:

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

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 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 (vgl. 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 (z. B. nach Artikel 11 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04), kann die freiwillige Versicherung nur unter Heranziehung des Artikels 14 Abs. 2 VO (EG) 883/04 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. Beim Wohnort in einem Staat mit nationalem Gesundheitsdienst ist regelmäßig davon auszugehen, dass die betroffene Person in die Pflichtversicherung einbezogen ist, sodass die freiwillige Versicherung in Deutschland ausscheidet. Der Begriff „freiwillige Krankenversicherung im Sinne des Artikels 14 Abs. 2 VO (EG) 883/04“ umfasst grundsätzlich sowohl die Regelungen des § 9 als auch die des § 188 Abs. 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 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 Kranken-

kasse versichert. Zum 31.12.2018 scheidet er nach § 6 Abs. 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 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04). Er unterliegt grundsätzlich der obligatorischen Anschlussversicherung im Sinne des § 188 Abs. 4 SGB V, wobei die Austrittsmöglichkeit unberührt bleibt. Dies setzt voraus, dass eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (vgl. 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 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04). Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 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 31.12.2018 endet die Beschäftigung in Deutschland.

Beurteilung
Nach der Beendigung der Erwerbstätigkeit in Deutschland unterliegt der Betroffene wieder den Rechtsvorschriften des Wohnstaates (Artikel 11 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04). Die kraft Gesetzes angeordnete obligatorische Anschlussversicherung ist ausgeschlossen, weil die deutschen Rechtsvorschriften infolge der Beendigung der Erwerbs-

tätigkeit 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 Abs. 2 VO (EG) 883/04). Ist dies nicht der Fall, kommt die freiwillige Versicherung unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Nr. 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 sog. 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 Abs. 4 SGB V kommt zustande, es sei denn, die betroffene Person gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach.

5.2.3 Wohnortverlegung in einen anderen Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR oder in die Schweiz während einer freiwilligen Mitgliedschaft

Grundsätzlich gelten mit Wohnortverlegung in einen anderen Mitgliedstaat für den Versicherten nach Artikel 11 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04 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 Abs. 2 VO (EG) 883/04 besteht jedoch die Möglichkeit sich in Deutschland freiwillig zu versichern, wenn im anderen Mitgliedstaat keine Pflichtversicherung vorliegt und der Wille des Versicherten erkennbar ist, dass er die freiwillige Versicherung fortführen möchte. Bei Wohnortverlegung in einen Mitgliedstaat mit nationalem Gesundheitsdienst ist regelmäßig davon auszugehen, dass die betroffene Person in die Pflichtversicherung einbezogen ist, sodass die freiwillige Versicherung in Deutschland nicht fortgeführt werden kann.

Etwas Anderes gilt jedoch dann, wenn für den Versicherten, ungeachtet der Wohnortverlegung, weiterhin deutsche Rechtsvorschriften maßgeblich sind. Dies ist insbesondere bei Erwerbstätigen (vgl. Artikel 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04) und Beziehern einer deutschen Rente (vgl. Artikel 23 bis 25 VO (EG) 883/04) der Fall. Gilt deutsches Krankenversicherungsrecht fort, kann die freiwillige Versicherung nur nach Maßgabe des § 175 Abs. 4 SGB V (vgl. insbesondere Kündigungsfrist) beendet werden.

Die dargelegten Bewertungskriterien gelten im Übrigen unabhängig davon, ob die jeweilige freiwillige Mitgliedschaft ursprünglich nach den Vorgaben des § 9 oder § 188 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 3 Buchst. 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 Abs. 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 Abs. 3 Buchst. e VO (EG) 883/04). Da der Versicherte keinen Willen zur weiteren freiwilligen Versicherung in Deutschland erklärt, ist die Mitgliedschaft in Deutschland ohne Kündigung bzw. ohne Kündigungsfrist zu beenden.

5.2.4 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.