

Grundsätzliche Hinweise zur
Umsetzung der obligatorischen
Anschlussversicherung
nach § 188 Abs. 4 SGB V
vom 17. Juni 2014



Einleitung

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423 ff.) hat der Gesetzgeber mit Wirkung vom 1. August 2013 eine ergänzende Regelung vorgesehen, die einer konsequenten Umsetzung der ab dem 1. April 2007 schrittweise eingeführten Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland dient. Da die Begründung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. Auffang-Versicherungspflicht in der Terminologie des Bundessozialgerichts) in der Vergangenheit häufig an der fehlenden Mitwirkung der Betroffenen gescheitert ist, ist mit der Einführung des § 188 Abs. 4 SGB V als neues Instrument die obligatorische Anschlussversicherung im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft geschaffen worden, welches künftig das Entstehen von an sich bereits bisher unzulässigen Lücken im Verlauf der Krankenversicherung im Regelfall unterbinden soll. Mit der obligatorischen Anschlussversicherung in der Krankenversicherung geht die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der Pflegeversicherung einher.

Mit der Neuregelung hat die Auffang-Versicherungspflicht erheblich zu Gunsten der freiwilligen Versicherung an Bedeutung verloren, weil es weitgehend um den gleichen Personenkreis geht. 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.

Mit den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen stellt der GKV-Spitzenverband zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung Auslegungshinweise mit empfehlendem Charakter zur Verfügung.

Für die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkasse ist die obligatorische Anschlussversicherung in § 22 Abs. 3 KVLG 1989 geregelt. Wegen der inhaltlichen Übereinstimmung zu § 188 Abs. 4 SGB V wird in diesen Grundsätzlichen Hinweisen auf eine gesonderte Darstellung verzichtet. Die Ausführungen gelten analog auch für die Versicherten der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Inhaltsverzeichnis

I. Gesetzliche Grundlagen	5
II. Verhältnis der obligatorischen Anschlussversicherung zur freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V	6
II.1 Allgemeines	6
II.2 Bedeutung der Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Krankenversicherung	6
II.3 Kein Erfordernis einer schriftlichen Beitrittserklärung bei Anwendung des § 188 Abs. 4 SGB V.....	7
II.4 Regelungen zum Beginn einer freiwilligen Mitgliedschaft	8
II.5 Einheitliche Regelungen bei der Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft.....	8
II.6 Rechtliche Einordnung der obligatorischen Anschlussversicherung in sonstigen Rechtsvorschriften.....	8
III. Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung	9
III.1 Allgemeines	9
III.2 Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung kraft Gesetzes.....	9
III.3 Ausschlusstatbestände	9
III.3.1 Versicherungspflicht als Ausschlusstatbestand.....	9
III.3.2 Familienversicherung als Ausschlusstatbestand.....	10
III.3.3 Freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse als Ausschlusstatbestand	10
III.3.4 Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V als Ausschlusstatbestand	11
III.3.5 Absicherungsformen außerhalb der GKV als Ausschlusstatbestand	13
III.4 Austrittserklärung	15
III.4.1 Allgemeines	15
III.4.2 Keine Berücksichtigung von Mindestbindungsfristen bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung	16
III.4.3 Austrittserklärung nach Ablauf von zwei Wochen	16
IV. Organisatorische Besonderheiten bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung	17
IV.1 Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall	17
IV.2 Begründung der Anschlussversicherung bei fehlender Mitwirkung der betroffenen Person	17
IV.3 Rückabwicklung der Anschlussversicherung bei nachträglicher Kenntnis eines Ausschlusstatbestandes.....	18

V. Berücksichtigung von Sachverhalten mit Auslandsberührung bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung	18
V.1 Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung im Ausland	18
V.2 Aufenthalt im Ausland	21
V.3 Ausländische Krankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall...	23
VI. Anwendungszeitpunkt	24

I. Gesetzliche Grundlagen

§ 188 Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

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

II.1 Allgemeines

Mit dem Begriff „obligatorische Anschlussversicherung“ wird die Regelung nach § 188 Abs. 4 SGB V bezeichnet. 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 bisherige Vorschrift zur freiwilligen Krankenversicherung (vgl. § 9 SGB V) unverändert gelassen hat, gelten ab dem 1. August 2013 zwei Optionen bei der Begründung einer freiwilligen Versicherung: 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 SGB V). Hierbei ist der vom § 188 Abs. 4 SGB V betroffene Personenkreis bezüglich des Tatbestandsmerkmals „Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung“ mit dem nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 erste Alternative SGB V identisch. Für diesen Personenkreis ist § 188 Abs. 4 SGB V vorrangig anzuwenden, sodass ein Erfordernis einer ausreichenden Vorversicherungszeit sowie einer schriftlichen Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Anzeigefrist entfällt.

II.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.

Für Arbeitnehmer, deren Versicherungspflicht wegen des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 4 SGB V zum Jahreswechsel endet, ist die bisherige – die Erfüllung einer Vorversicherungszeit voraussetzende – Regelung des § 190 Abs. 3 SGB V aufgehoben worden. Dieser Personenkreis unterliegt den allgemeinen Bedingungen des § 188 Abs. 4 SGB V, was den Wegfall des Erfordernisses einer Vorversicherungszeit bedeutet. Im Falle eines unterjährigen Eintritts der Versicherungsfreiheit (z. B. beim Arbeitgeberwechsel) gilt die gleiche Rechtslage.

Nach den neuen rechtlichen Rahmenbedingungen 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 außerhalb der GKV – ein nachrangiger freiwilliger Beitritt gewünscht wird (vgl. Abschnitt III.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 III.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 V.1). Das Zugangsrecht zur deutschen GKV im Rahmen einer freiwilligen Versicherung für Personen unter Einbeziehung des über- und zwischenstaatlichen Rechts ist unverändert unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V (Vorversicherungszeit, Anzeigefrist) gegeben. In diesem Zusammenhang ist das Rundschreiben Nr. 2010/239 des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, vom 11. Mai 2010 zu beachten.

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.

II.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 ein Schriftformerfordernis gilt, stellt die Vorschrift des § 188 Abs. 4 SGB V zur obligatori-

schen Anschlussversicherung eine Spezialregelung dar, die den Regelungen der Absätze 1 bis 3 vorgeht (vgl. Bundestagsdrucksache 17/13947, Seite 37). 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 III.4.1) ihren Willen zur freiwilligen Versicherung ohne Einhaltung der Schriftform bekundet.

II.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 37): „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 (zuständigen) Krankenkasse über die Rechtslage voraussetzt.

II.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.

II.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, § 32 SGB XII, § 26 SGB II usw.) der Tatbestand „freiwillige Versicherung bzw. Mitgliedschaft“ oder „Versicherungsberechtigung“ mit bestimmten Rechtsfolgen verbunden ist, sind die Versicherungsverhältnisse nach § 9 und § 188 Abs. 4 SGB V gleich zu behandeln.

III. Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung

III.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 III.2)
- keine Ausschlusstatbestände (vgl. Abschnitt III.3)
- keine Austrittserklärung (vgl. Abschnitt III.4).

III.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 37).

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.

III.3 Ausschlusstatbestände

III.3.1 Versicherungspflicht als Ausschlusstatbestand

Eine obligatorische Anschlussversicherung ist ausgeschlossen, wenn sich an das Ausscheiden aus der Familienversicherung oder Versicherungspflicht nahtlos der Tatbestand einer (anderen) Versicherungspflicht nach § 5 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).

III.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).

Der in § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V geregelte Vorrang einer freiwilligen Versicherung (nach § 9 SGB V und nach § 188 Abs. 4 SGB V) gegenüber einer Familienversicherung, der mit der Notwendigkeit einer Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft unter Berücksichtigung der Bedingungen des § 175 Abs. 4 Sätze 8 und 9 SGB V einhergeht, gilt nur für die Sachverhalte, bei denen die Voraussetzungen der Familienversicherung erst nach einem rechtmäßigen Beginn der freiwilligen Versicherung erfüllt werden. Der vorgenannte Vorrang gilt dagegen nicht bei der Begründung der Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V; 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.

III.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 obligatori-

schen 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.

III.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 Leistungsanspruch-

nahme, 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, ohne dass es einer Austrittserklärung bedarf. 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.

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 Veröffentlichungen der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes publizierte 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 Anzeigefrist) 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 Ausschlussstatbestand stellt die Krankenkasse in eigener Zuständigkeit fest. Die sich daran anschließende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall hat der Betroffene gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen.

III.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. Abschnitt III.3.4, drittletzter Absatz). 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 III.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 III.4) vermieden werden.

Beispiel 1:

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied einer Krankenkasse. Er scheidet aus der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 SGB V zum 31.12.2014 aus und ist ab dem 1.1.2015 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 2.2.2015 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 16.2.2015 vorliegen. Darüber hinaus ist ein (an keine Frist ge-

bundener) Nachweis über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegenüber dem Arbeitgeber (vgl. Abschnitt III.4.1) notwendig.

Beispiel 2:

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied einer Krankenkasse. Mit Aufgabe seiner Beschäftigung scheidet er aus der Versicherungspflicht zum 31.7.2014 aus. Ab dem 1.8.2014 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 3.9.2014 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 Ausschlussstatbestand 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 17.9.2014 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 28.8.2014. 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 Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII keinen Ausschlussstatbestand für die obligatorische Anschlussversicherung dar, ungeachtet dessen, dass sie den qualitativen Anforderungen an

die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall genügt und sich lückenlos an die vorherige Familienversicherung anschließt. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 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 30.9.2014. Da sie als Ehepartnerin einer beihilfeberechtigten Person ebenfalls beihilfeberechtigt ist, schließt sie ab dem 1.10.2014 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 23.10.2014 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.

III.4 Austrittserklärung

III.4.1 Allgemeines

Beim Fehlen eines Ausschlusstatbestandes setzt sich die obligatorische Anschlussversicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft 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 an die vorangegangene Versicherung anschließt. Das Vorliegen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist grundsätzlich gegenüber der zuständigen Krankenkasse nachzuweisen. Abweichend von diesem Grundsatz haben die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer den Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle (Arbeitgeber) zu führen.

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 III.3.4 verwiesen.

III.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.

III.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 37). Das bedeutet insbesondere, dass die Kündigungsfrist und die Mindestbindung zu berücksichtigen sind. 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.

IV. Organisatorische Besonderheiten bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung

IV.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).

IV.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 Ausschlussstatbestände 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 ist bei den Sachverhalten vom 1. August 2014 an die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)¹ eingeführte Regelung des § 240 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V zu beachten.

IV.3 Rückabwicklung der Anschlussversicherung bei nachträglicher Kenntnis eines Ausschlussstatbestandes

Die obligatorische Anschlussversicherung ist beim Vorliegen eines Ausschlussstatbestandes ausgeschlossen. Sofern die Krankenkasse in Unkenntnis eines Ausschlussstatbestandes 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 Ausschlussstatbestandes erlangt.

V. Berücksichtigung von Sachverhalten mit Auslandsberührung bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung

V.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.

¹ Vgl. Beschluss des Deutschen Bundtages vom 5. Juni 2014 (Bundratsdrucksache 265/14 vom 20. Juni 2014)

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 II.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 1.10.2014 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 entsprechenden 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 zu beachten. Die Auf-fang-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 31.10.2014 in den Niederlanden wohnhaft, dort selbstständig erwerbstätig und gesetzlich krankenversichert. Zum 1.11.2014 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 zu beachten.

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.

V.2 Aufenthalt im Ausland

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 Personen, 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 ist das Ergebnis der Fachkonferenz Beiträge am 12. Oktober 2009 (vgl. unter Top 2 der Ergebnisnieberschrift) sinngemäß anzuwenden.

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).

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 Famili-

enversicherung nach dem deutschen Recht ausscheiden, selbst beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat § 188 Abs. 4 SGB V anzuwenden ist. Eine zwingende Voraussetzung hierfür ist aber, dass die betroffene Person den deutschen Rechtsvorschriften unterliegt. Dies ist nach Artikel 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04 insbesondere für in Deutschland erwerbstätige und im Ausland wohnende Personen der Fall (z. B. die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 oder § 7 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer, selbstständig Erwerbstätige).

Beispiel 1:

Ein im Heimatstaat wohnender belgischer Staatsbürger übt als Grenzgänger eine versicherungspflichtige Beschäftigung in Deutschland aus und ist bei einer deutschen Krankenkasse versichert. Zum 31.12.2014 scheidet er aus der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 SGB V aus.

Beurteilung

Für den Arbeitnehmer gelten aufgrund einer Erwerbstätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften, ungeachtet seines Wohnortes in einem anderen Mitgliedsstaat. 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 gegenüber dem Arbeitgeber 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) sowie eine freiwillige Krankenversicherung bei einem anderen ausländischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung infrage.

Beispiel 2:

Ein Saisonarbeiter 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.

Beurteilung

Nach der Beendigung der Erwerbstätigkeit in Deutschland unterliegt der Betroffene wieder den Rechtsvorschriften des Wohnstaates. Die obligatorische Anschlussversicherung

nach § 188 Abs. 4 SGB V kommt mangels Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften nicht infrage.

Ein weiterer Personenkreis sind insbesondere die in einem EU-, EWR-Staat bzw. in der Schweiz wohnenden Rentner, für die weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften Anwendung finden.

Beispiel 3:

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 liegen nicht vor, da er sich einige Jahre im vertragslosen Ausland aufgehalten hatte.

Beurteilung

Bei der Person handelt es sich um einen deutschen Einfachrentner. Auch bei Wohnsitz in Spanien unterliegt er ausschließlich den deutschen Rechtsvorschriften – vgl. Art. 23 VO (EG) 883/04. Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V wäre im vorliegenden Sachverhalt zu prüfen.

Die obligatorische Anschlussversicherung bei 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. Sollte in der Praxis ein entsprechender Sachverhalt an Sie herangetragen werden, wenden Sie sich bitte gegebenenfalls an die Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes.

V.3 Ausländische Krankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

Der Begriff „anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V ist grundsätzlich gebietsneutral zu verstehen. Dies folgt aus der analogen Anwendung der BSG-Entscheidung zu dem gleichlautenden und gleichwertigen Begriff im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl. BSG, Urteil vom 20.3.2013 - B 12 KR 14/11 R -). Danach kann ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall auch aufgrund einer ausländischen Krankenversicherung bestehen. Dabei ist nicht erforderlich, dass diese Krankenversicherung im

Leistungsumfang mit demjenigen der GKV vergleichbar ist, vielmehr reicht es aus, dass sie den qualitativen Anforderungen des § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG genügt.

VI. Anwendungszeitpunkt

Aufgrund des Inkrafttretens des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitrags-schulden in der Krankenversicherung zum 1. August 2013 ist das Verfahren nach § 188 Abs. 4 SGB V für alle Sachverhalte anzuwenden, bei denen die Versicherungspflicht oder die Familienver-sicherung kraft Gesetzes nach dem 31. Juli 2013 endet.