

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



Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

Hinweis:

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

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

E.8	Ermäßigung von Beitragsschulden bei verspäteter Anzeige der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V.....	86
Anlage 1	Anzeige zur Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB XI	
Anlage 2	Liste der nach § 176 Absatz 1 SGB V anerkannten Solidargemeinschaften	

A. Versicherungspflicht

A.1 Allgemeines

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

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

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

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

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

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

A.2 Voraussetzungen der Versicherungspflicht

A.2.1 Zuordnung zum Personenkreis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a oder b SGB V

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

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

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

A.2.2.1 Allgemeines

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

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

und

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

Mit dem Begriff "zuletzt" in § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V wird die Systemzuweisung innerhalb dieser Alternative durch Anknüpfung an die zeitlich letzte Krankenversicherung entweder in der GKV oder PKV vorgenommen. Für die Zuordnung zur GKV ist – beim Fehlen einer anderweitigen Absicherung – alleine ausschlaggebend, dass die letzte Krankenversicherung eine solche in der GKV gewesen war, ohne dass es darauf ankommt, wie weit der letzte Zeitraum zurückliegt, in dem die betreffende Person "krankenversichert" war. Dabei können zwischen der letzten Krankenversicherung in der GKV und dem Einsetzen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V auch Zeiten einer anderweitigen, nun aber entfallenen Sicherungsform im Krankheitsfall liegen, die weder der GKV

noch der PKV zuzurechnen ist (vergleiche BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, USK 2011–1).

A.2.2.2 Letzte Krankenversicherung in der GKV

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

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

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

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

Die Anwendung des überstaatlichen Rechts hat zur Folge, dass die Zeiten, in denen die betroffene Person dem Recht eines EU-/EWR-Staates, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs unterworfen war, ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind. Eine Systemzuordnung zur GKV im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V ist gegeben, wenn in dieser Zeit zuletzt die Versicherung bei einem Träger durchgeführt wurde, der von der VO (EG) 883/04 erfasst wird beziehungsweise bei dem eine Anwendung des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit gegeben ist. Die gesetzliche Versicherung in einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich wird im Rahmen des S_BUC_24 mit dem SED S040 angefragt. Die Antwort erfolgt mit dem SED S041. (Zu der Möglichkeit des Nachweises durch anderweitige Dokumente vergleiche die entsprechende Arbeitshilfe im Extranet der Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes;

<https://www.dvka.de/de/extranet/arbeitshilfen/vorversicherungszeiten/mitgliedstaaten/mitgliedstaaten.html>). Die vorgenannte Gleichstellung gilt unabhängig davon, ob es sich bei den Betroffenen um sogenannte Ausländrückkehrer (also Personen, die in der Vergangenheit bereits dem deutschen Krankenversicherungsrecht unterlagen) handelt oder um Personen, die zum ersten Mal dem Geltungsbereich des SGB V unterworfen werden. Der Umstand, dass in den atypischen Fallkonstellationen die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V für zurückkehrende deutsche Auswanderer ausschließlich durch die gesetzliche Versicherung in einem Mitgliedstaat begründet wird, ist hinzunehmen.

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

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

Die Zeiten der Versicherung in allen anderen Abkommensstaaten sind bei der Prüfung der Voraussetzung „letzte Krankenversicherung in der GKV oder PKV“ auszuklammern. Dies gilt erst recht für Zeiten der Versicherung im sogenannten „vertragslosen Ausland“.

A.2.2.3 Letzte Krankenversicherung in der PKV

A.2.2.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen

Die Interpretation des Tatbestandsmerkmals „zuletzt privat krankenversichert“ im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V orientiert sich an den im § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG formulierten Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen. Danach wird als Pendant zur gesetzlichen Auffang-Versicherungspflicht die Verpflichtung zum Abschluss eines bestimmten Vertrages bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen definiert. Daher kann die zukunftsorientierte Zuweisung einer Person zum PKV-System im Sinne der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG nur dann erfolgen, wenn diese bereits in der Vergangenheit (zuletzt) einem Unternehmen angehörte, das den vorgenannten Anforderungen entspricht. Für Unternehmen in EU-/EWR-Staaten, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich ist ohne weitere Prüfung anzunehmen, dass sie auch in Deutschland zugelassen sind. Der Grund hierfür liegt in der sich aus Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ergebenden Tatbestandsgleichstellung (vergleiche LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 13. Mai 2020 – L 4 KR 1252/20 ER-B). Die Krankenversicherung bei einem nicht in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen privaten ausländischen Krankenversicherungsunternehmen erfüllt dagegen die Voraussetzung „zuletzt privat krankenversichert“ im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nicht.

A.2.2.3.2 Art des Versicherungsvertrages

A.2.2.3.2.1 Krankheitskosten-, Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung

Die Zuordnung zum System der PKV setzt neben der institutionellen Abgrenzung (vergleiche Abschnitt A.2.2.3.1) das Bestehen eines bestimmten Vertrages voraus, und zwar eines Vertrages über eine Krankheitskostenversicherung (vergleiche § 192 Absatz 1 VVG). Der Krankheitskostenversicherung steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Die Versicherungszeiten in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich erfüllen im Wege der Tatbestandsgleichstellung nach Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit das Merkmal "zuletzt privat versichert", wenn es sich um einen privaten Krankenversicherungsvertrag handelt, der mit einem Krankheitskostenversicherungsvertrag im Sinne des § 192 Absatz 1 VVG vergleichbar ist.

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

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

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

Eine "Incoming-Reisekrankenversicherung" ist für einen vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland konzipiert. Für Personen mit vorübergehendem Aufenthalt kommt eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nicht in Betracht, da diese weder ihren Wohnsitz noch ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Insoweit stellt sich die Frage, ob es sich bei einer Incoming-Reisekrankenversicherung um einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall handelt, regelmäßig nicht. Wird der Aufenthaltsstatus geändert und erstmals der Wohnsitz im Inland begründet, ist allein wegen der Incoming-Krankenversicherung eine Zuordnung zur PKV nicht zulässig. Eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V käme daher grundsätzlich in Betracht, wenn kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (mehr) vorliegt. Allerdings dürfte die Auffang-Versicherungspflicht für Ausländer im Regelfall an den Vorgaben des § 5 Absatz 11 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5) scheitern.

A.2.2.3.2.3 Anwartschaftsversicherung in der PKV

Im Recht der privaten Krankenversicherung ist ein besonderes Vertragsverhältnis mit der Bezeichnung „Anwartschaftsversicherung“ möglich. Damit wird ein bestehendes, gekündigtes oder beantragtes privates Krankenversicherungsverhältnis unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte (und gegebenenfalls der Alterungsrückstellung) ruhend gestellt, um es zu

einem späteren Zeitpunkt fortzuführen. Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Leistungen aus einer privaten Krankenversicherung.

Die Frage, ob alleine durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung in der PKV das Merkmal "zuletzt privat krankenversichert" als erfüllt anzusehen ist, stellte sich in der Vergangenheit typischerweise für den Personenkreis der Soldaten auf Zeit, die für die Dauer des Dienstverhältnisses eine Anwartschaftsversicherung in der PKV abgeschlossen haben und zuvor gesetzlich krankenversichert waren. Dies ist aufgrund des fehlenden Leistungsanspruchs gegen das private Versicherungsunternehmen während der Anwartschaftsversicherung zu verneinen. Seit der Einführung des Beitrittsrechts zur vorrangigen freiwilligen Krankenversicherung in der GKV für ehemalige Soldaten auf Zeit (vergleiche § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 SGB V) dürfte diese Problematik für diese Personen in der Praxis nur ausnahmsweise eine Rolle spielen, zum Beispiel beim Verstreichen der Beitrittsfrist.

A.2.2.3.3 Rücktritt vom Vertrag

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

Dieselbe Rechtsfolge, wenngleich auch mit einer anderen Begründung, tritt ein, wenn die aus der GKV-Versicherung ausgeschiedenen Personen wirksam einen Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung bei einem Versicherungsunternehmen abschließen und gleich bei der Zahlung der Erstprämie in Zahlungsverzug geraten. Seit dem 1. Januar 2009 begründet der Zahlungsverzug bei der Erstprämie speziell für Verträge, die der Erfüllung der Krankenversicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG dienen, kein Rücktrittsrecht des Versicherungsunternehmens nach § 37 VVG. Stattdessen hat der Gesetzgeber für Prämienrückstände (einschließlich der Erstprämie) in § 193 Absatz 6 VVG eine eigenständige

Regelung in Gestalt von Leistungsruhen getroffen, da ansonsten das Rücktrittsrecht nach § 37 VVG die Erfüllung der Versicherungspflicht verhindern könnte. Aus Sicht der GKV bedeutet dies im Ergebnis, dass auch in solchen Fällen die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausgeschlossen wird.

A.2.2.4 Letzte Absicherung in einem Sondersystem

Neben der Krankenversicherung in der GKV oder PKV existieren zahlreiche andere Absicherungsformen im Krankheitsfall, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V aufgrund deren subsidiären Charakters entgegenstehen. Endet die Absicherung in einem solchen Sondersystem, das weder der GKV noch PKV zuzurechnen ist, werden die Zeiten der Absicherung im Sondersystem bei der Prüfung der Auffang-Versicherungspflicht ausgeblendet, das heißt es muss auf die Versicherungssystemzugehörigkeit vor der Absicherung in diesem Sondersystem zurückgegriffen werden (vergleiche jedoch eine besondere Regelung für Bedienstete der Europäischen Institutionen, die über das „Gemeinsame Krankheitsfürsorgesystem der EU“ abgesichert sind unter Abschnitt A.2.4.4.5).

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

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

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

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

und

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

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

Auf der Grundlage des Artikels 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikels KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ist sowohl eine gesetzliche als auch eine private Krankenversicherung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung in Deutschland gleichzustellen. Dies führt im Ergebnis dazu, dass sich die Prüfung der Auffang-Versicherungspflicht in der GKV bei einer Wohnsitzverlegung nach Deutschland aus diesen Staaten in der Regel nach der Alternative a innerhalb des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V richtet. Dies gilt aufgrund von entsprechenden Regelungen in den jeweiligen Abkommen auch im Falle einer Wohnsitzverlegung nach Deutschland aus der Türkei, Nordmazedonien und Tunesien. Die Alternative b dürfte – wenn überhaupt – nur in Ausnahmefällen ausschlaggebend sein.

Im Zusammenhang mit der Begründung einer Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V sind bei Ausländern ferner die Zusatzregelungen des § 5 Absatz 11 SGB V zu beachten (vergleiche Abschnitt A.2.5).

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

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

Dagegen richtet sich die Beurteilung anhand der Stellung im Erwerbsleben bei den Personen, die ihren Wohnsitz erstmalig nach Deutschland verlegen, an der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Ausland. Wurde zuletzt vor Verlegung des Wohnsitzes im Ausland eine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit oder eine Tätigkeit im Sinne von § 6 Absatz 1 und 2 SGB V ausgeübt, ist eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V

ausgeschlossen. Gleiches gilt für Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, aber davor eine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben, die sie den in § 5 Absatz 5 oder § 6 Absatz 1 und 2 SGB V genannten Personen zuordnet.

A.2.4 Kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

A.2.4.1 Allgemeines

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

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

Die die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a und b SGB V ausschließenden Ansprüche auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind teilweise bereits im Gesetz aufgezählt, diese Aufzählung ist jedoch – wie das BSG bereits mehrfach bestätigt hat – nicht abschließend. Als solche kommen neben der gesetzlichen (vergleiche Abschnitt A.2.4.2) und privaten Krankenversicherung (vergleiche Abschnitt A.2.4.3) auch anderweitige Formen der Absicherung im Krankheitsfall in Betracht, die weder der GKV noch PKV zuzuordnen sind (vergleiche Abschnitt A.2.4.4).

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

A.2.4.2.1 Allgemeines

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

- Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 12 SGB V,
- freiwillige Versicherung nach § 9 oder § 188 Absatz 4 SGB V,
- mitgliedschaftserhaltende Zeiten nach § 7 Absatz 3 Satz 1 SGB IV, § 192 beziehungsweise 193 SGB V oder nach § 8 Eignungsübungsgesetz,
- Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V,
- Familienversicherung nach § 10 SGB V,

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

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

A.2.4.2.2 Koordinierungsregelungen der Verordnung (EG) 883/04 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit

A.2.4.2.2.1 Allgemeines

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

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

Für Personen, die in einem anderen Staat gesetzlich versichert sind und aufgrund des überstaatlichen Rechts Anspruch auf Sachleistungen in Deutschland als Wohnstaat haben, gilt Folgendes: Zwar hat der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ausdrücklich auch solche Leistungsansprüche als eine die Auffang-Versicherungspflicht ausschließende vorrangige anderweitige Absicherung im Krankheitsfall angesehen (vergleiche Bundestagsdrucksache 16/3100, Seite 94). Jedoch darf sich diese Frage faktisch regelmäßig nicht stellen, weil vorrangig die kollisionsrechtlichen Regelungen über die anzuwendenden Rechtsvorschriften zu beachten

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

A.2.4.2.2.2 Deutsches Recht findet keine Anwendung

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

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

Sehen also die Koordinierungsregelungen die Anwendbarkeit der Rechtsvorschriften eines EU-/EWR-Staates, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs vor, sind deutsche Rechtsvorschriften zur Versicherungspflicht in der Krankenversicherung insgesamt, und somit einschließlich der Regelungen zur Auffang-Versicherungspflicht, ausgeschlossen. Beim Vorliegen der entsprechenden Anspruchsnachweise (zum Beispiel PD S1, SED 072) übernehmen die deutschen Krankenkassen eine Krankenbehandlung im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach den Vorgaben der Verordnungen (EG) 883/04 und (EG) 987/09 beziehungsweise des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit.

A.2.4.2.3 Typische Sachverhalte für die Anwendbarkeit von deutschen Rechtsvorschriften über die Auffang-Versicherungspflicht

Gelten nach der VO (EG) 883/04 beziehungsweise dem Abkommen über Handel und Zusammenarbeit für eine Person die deutschen Rechtsvorschriften, so kommt bei Erfüllung sonstiger Voraussetzungen auch die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V infrage. Dies gilt insbesondere bei folgenden Personengruppen:

1. Arbeitnehmer, die eine nicht zur Versicherungspflicht führende, also regelmäßig geringfügige, Beschäftigung (ausschließlich) in Deutschland ausüben, unabhängig vom gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
2. Personen, die eine selbstständige Erwerbstätigkeit (ausschließlich) in Deutschland ausüben, unabhängig vom gewöhnlichen Aufenthalt der betroffenen Person (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
3. Personen, die rechtmäßig einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland begründen (vergleiche Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe c Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
4. Personen, die ausschließlich eine deutsche Rente erhalten oder Doppelrentner (Mehrfachrentner), die eine deutsche Rente und eine (mehrere) Rente(n) aus einem (mehreren) Staat(en) erhalten, die Voraussetzungen der deutschen Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nicht erfüllen und einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland begründen (vergleiche Artikel 23 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.21 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit),
5. Personen, die ausschließlich eine deutsche Rente erhalten, die Voraussetzungen der deutschen KVdR nicht erfüllen und einen gewöhnlichen Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich begründen (vergleiche Artikel 24

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

6. Doppelrentner, die keine Rente aus dem Staat erhalten, in dem sie wohnen, jedoch eine deutsche Rente beziehen und die deutschen Rechtsvorschriften am längsten gegolten haben, wobei die Voraussetzungen der deutschen KVdR nicht erfüllt sind (vergleiche Artikel 24 Absatz 2 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.22 Absatz 2 Buchstabe b Abkommen über Handel und Zusammenarbeit).

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

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

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

Die vorgenannten Koordinierungsregelungen gelten für alle Personen, die vom persönlichen Geltungsbereich der Verordnung (EG) 883/04 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit erfasst sind. Für Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, sind bei der Prüfung der Voraussetzungen der Auffang-Versicherungspflicht darüber hinaus grundsätzlich die ergänzenden Anforderungen des § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V zu beachten (vergleiche Abschnitt A.2.5.2 sowie weitere Erläuterungen zu den nachfolgenden Beispielen). Für britische Staatsangehörige, denen nach dem Austrittsabkommen kein Bestandsschutz zu Teil

wird, sind die ergänzenden Anforderungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V zu prüfen (vergleiche Abschnitt A.2.5.4). Hinsichtlich der Gleichstellung des Merkmals „letzte Versicherung in der GKV oder in der PKV“ im Geltungsbereich der VO (EG) 883/04 und des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit wird auf die Ausführungen in den Abschnitten A.2.2.2 und A.2.2.3.2.1 verwiesen.

Beispiele zu Personengruppe 1 (Stichwort: „Arbeitnehmer“)

Beispiel 1.1

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

Beurteilung

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

Beispiel 1.2

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

Beurteilung

Herr B. unterliegt ab Aufnahme der Beschäftigung den deutschen Rechtsvorschriften. Die Einschreibung zulasten des niederländischen Trägers ist zu beenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr B. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche

Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem niederländischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Familienversicherung und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Herr B. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in den Niederlanden ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Beispiel 1.3

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

Beurteilung

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

Beispiel 1.4

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

Beurteilung

Ab Aufnahme der Beschäftigung wird für Herrn D. die Einschreibung in den Niederlanden beendet, weil infolge der Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften ein eigener Sachleistungsanspruch begründet wird, der Vorrang hat vor dem abgeleiteten Anspruch

auf Leistungen für Familienangehörige. Da Herr D. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, kommt bei ihm die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V zustande, es sei denn, er gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleibt kein Raum.

Derselbe Lösungsansatz ist auf Rentner anzuwenden, die zulasten eines ausländischen Trägers bei einer deutschen Krankenkasse eingeschrieben sind (weil sie in Deutschland wohnen und nur eine Rente aus einem anderen Mitgliedstaat beziehungsweise aus dem Vereinigten Königreich beziehen) und nun eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland aufnehmen. Ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der Beschäftigung gelten deutsche Rechtsvorschriften. Die Einschreibung zulasten des ausländischen Trägers ist zu beenden (vergleiche Artikel 31 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.28 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit). Für den Rentenbezieher kommt grundsätzlich (nachrangig) die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V sowie (vorrangig) die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V infrage.

Beispiel 1.5

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

Beurteilung

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

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

Der Ausschlussstatbestand nach § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5.2) ist für geringfügig Beschäftigte irrelevant, weil für sie nach Maßgabe des § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU das Vorhandensein eines Krankenversicherungsschutzes bei Wohnortnahme in Deutschland nicht verlangt wird. Daher ist für die Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht beziehungsweise der freiwilligen Versicherung in den dargelegten Beispielen ohne Bedeutung, welche Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates die betroffene Person besitzt, sofern sie vom Geltungsbereich des Freizügigkeitsgesetzes/EU erfasst ist. Unterliegen Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Artikels 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang. Die Besonderheiten für britische Staatsangehörige werden in Abschnitt A.2.5.4 erläutert).

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

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

Beispiel 2.1

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

Beurteilung

Für Frau F. sind mit der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland beziehungsweise mit der Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau F. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung im gesetzlichen

Krankenversicherungssystem Tschechiens ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau F. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Das ausschlaggebende Kriterium für die Auffang-Versicherungspflicht ist die bisherige Mitgliedschaft im gesetzlichen Krankenversicherungssystem Tschechiens, die mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen ist. Dass Frau F. zuletzt bereits selbstständig tätig war, ist irrelevant.

Beispiel 2.2

Herr G., der in Österreich wohnt, war bis zum 31. Mai 2023 in Österreich aufgrund einer Beschäftigung pflichtversichert. Nun nimmt er in Deutschland ab dem 1. Juni 2023 eine selbstständige Tätigkeit in einem mehr als geringfügigen Umfang (vergleiche § 8 SGB IV) auf.

Beurteilung

Für Herrn G. sind ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit in Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr G. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem österreichischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Herr G. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Das ausschlaggebende Kriterium für die Auffang-Versicherungspflicht ist die bisherige Mitgliedschaft im gesetzlichen Krankenversicherungssystem Österreichs, die mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen ist. Die Stellung im Erwerbsleben ist innerhalb der Alternative a des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V irrelevant.

Der Ausschlusstatbestand nach § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5.2) ist für selbstständig Erwerbstätige irrelevant, weil für sie nach Maßgabe des § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU das Vorhandensein eines Krankenversicherungsschutzes bei Wohnortnahme in Deutschland nicht verlangt wird. Daher ist für die Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht beziehungsweise der freiwilligen Versicherung in den dargelegten Beispielen

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

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

Beispiel zu Personengruppe 3 (Stichwort: „Wohnortfälle“)

Beispiel 3

Frau H., deutsche Staatsangehörige, war bis 31. Dezember 2019 in Deutschland beschäftigt und aufgrund dessen gesetzlich krankenversichert. Anschließend verlegte sie ihren Wohnsitz nach Spanien und lebte von Ersparnissen. Frau H. war in dieser Zeit privat in Spanien krankenversichert. Am 1. Juli 2023 kehrt Frau H. nach Deutschland zurück und ist zunächst nicht erwerbstätig.

Beurteilung

Für Frau H. sind ab dem Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Für sie kommt jedoch weder die freiwillige Versicherung noch die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (ausschlaggebend ist hier ausschließlich die Alternative a) ab dem 1. Juli 2023 infrage, weil sie nach dem Ausscheiden aus einer Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 31. Dezember 2019 eine private Krankenversicherung in Spanien begründet hat und somit als „zuletzt privat versichert“ zu klassifizieren ist. Frau H. ist zwecks Prüfung der Voraussetzungen des § 193 VVG an die PKV zu verweisen.

Sofern sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus dem Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 (Stichwort: „gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland“) ergibt, gelten für ausländische Bürger, die vom Geltungsbereich des Freizügigkeitsgesetzes/EU erfasst sind, bei der Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht die ergänzenden Anforderungen des § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V, die im Ergebnis für nicht erwerbstätige Personen zum Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V führen (vergleiche Abschnitt A.2.5.2). Die Besonderheiten für britische Staatsangehörige werden in Abschnitt A.2.5.4 erläutert).

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

Beispiel 4.1

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

Beurteilung

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

Beispiel 4.2

Frau J. ist deutsche Staatsangehörige. Bis 2007 war sie in Deutschland als Ärztin tätig und zuletzt in der PKV versichert. Beiträge zur deutschen Rentenversicherung hat sie nie geleistet. Sie war Mitglied des Versorgungswerks der Ärzte. Seit 2008 ist sie als Ärztin in einem österreichischen Krankenhaus tätig und bei der Wiener Gebietskrankenkasse versichert. Mit Zahlungsbeginn der österreichischen Rente am 1. Oktober 2023 verlegt sie bei gleichzeitiger Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit ihren Wohnort wieder nach Deutschland. Ab dem gleichen Zeitpunkt erhält sie auch ihre Rente vom Versorgungswerk der Ärzte.

Beurteilung

Die Rente vom Versorgungswerk ist als Rente im Sinne des Artikels 23 bis 25 VO (EG) 883/04 anzusehen. Da das deutsche Recht eine Absicherung für das Risiko Krankheit vorsieht, kommt eine Einschreibung zulasten Österreichs nicht in Betracht. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau J. zuletzt nicht in

Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem österreichischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau J. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in Österreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

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

Beispiel 5.1

Herr K. ist deutscher Staatsangehöriger und zuletzt in der GKV pflichtversichert. Er erhält ab dem 1. Oktober 2023 eine deutsche Altersrente und erfüllt die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der KVdR nicht. Mit Rentenbeginn verlegt Herr K. seinen Wohnort nach Finnland.

Beurteilung

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

Ergänzender Hinweis zum Beispiel 5.1: Finnland gehört zu den Staaten mit „nationalem Gesundheitsdienst“. Dieselbe rechtliche Folge würde jedoch eintreten, wenn Herr K. seinen Wohnort in einen Mitgliedstaat verlegen würde, dessen System der sozialen Sicherung nach dem Versicherungsprinzip aufgebaut ist.

Beispiel 5.2

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

Beurteilung

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

Beispiel 5.3

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

Beurteilung

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

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

Beispiel 6

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

Beurteilung

Gemäß Artikel 24 Absatz 2 Buchstabe b VO (EG) 883/04 hat Frau N. Anspruch zulasten des Mitgliedstaates, dessen Rechtsvorschriften am längsten gegolten haben – in diesem Falle Deutschland. Da Frau N. zuletzt in Deutschland gesetzlich versichert war, kommt bei ihr die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V zustande, es

sei denn, sie gibt eine fristgerechte Austrittserklärung ab und weist eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nach. Für die Prüfung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleibt kein Raum. Die Krankenbehandlung in Spanien findet im Rahmen der Sachleistungsaushilfe statt.

Sofern sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus den Artikeln 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergibt, ist für Personen, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und vom Geltungsbereich des Freizügigkeitsgesetzes/EU erfasst sind, bei der Beurteilung der Auffang-Versicherungspflicht (und der freiwilligen Versicherung) der Ausschlussbestand des § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V nicht zu prüfen. Im Ergebnis kommt es bei der Beurteilung der Beispiele in den Fallgruppen 4 bis 6 nicht darauf an, welche Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates die betroffene Person besitzt. Unterliegen Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe der Artikel 23 bis 25 VO (EG) 883/04 dem deutschen Recht, sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V (vergleiche Abschnitt A.2.5.3) für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls ohne Belang. Die Besonderheiten für britische Staatsangehörige werden in Abschnitt A.2.5.4 erläutert).

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

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

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

A.2.4.2.3 Koordinierungsregelungen nach Abkommensrecht

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V gilt auch in Anwendungsfällen mit Staaten, mit denen Deutschland ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat. Dies setzt voraus, dass für eine Person die deutschen Rechtsvorschriften gelten, das jeweilige Abkommen den Bereich der Krankenversicherung umfasst und entsprechende Regelungen zur Sachverhaltsgleichstellung beinhaltet. Eine Sachverhaltsgleichstellung in diesem Sinne sehen die Abkommen mit folgenden Ländern vor: Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Serbien (deutsch-jugoslawisches Abkommen), Nordmazedonien, Tunesien und Türkei.

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

Beispiel 1

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

Beurteilung

Herr A. unterliegt ab Aufnahme der Beschäftigung den deutschen Rechtsvorschriften. Die Einschreibung zulasten des nordmazedonischen Trägers ist zu beenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Herr A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit, eine rechtzeitige Antragstellung und wenigstens einen Tag der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland in der Vergangenheit voraus. Das Ausscheiden aus der Versicherung in Nordmazedonien wird

dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in Deutschland gleichgestellt. Die mazedonischen Vorversicherungszeiten können mit deutschen Versicherungszeiten zusammengerechnet werden. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Herr A. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte“ Versicherung bei einem nordmazedonischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen.

Lebt eine Person in einem der in Absatz 1 genannten Abkommensstaaten und bezieht ausschließlich eine deutsche Rente, müssen zunächst die Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner beziehungsweise für die freiwillige Versicherung geprüft werden. Sind diese nicht erfüllt, wäre eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V zu prüfen. Da die vorgenannten Abkommen keine Pflegeversicherung erfassen, endet die Pflegeversicherung der betroffenen Mitglieder mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland kraft Gesetzes ungeachtet der Tatsache, dass in der Krankenversicherung weiterhin das deutsche Recht anzuwenden ist. Das Weiterversicherungsrecht nach § 26 Absatz 2 SGB XI bleibt zwar unberührt. Die Weiterversicherung nach § 26 Absatz 2 SGB XI hat jedoch nur anwartschaftserhaltende Wirkung und begründet somit keine Leistungsansprüche.

Beispiel 2

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

Beurteilung

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

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

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

Beispiel 3

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

Beurteilung

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

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

Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung in der GKV ausscheiden und keine sich nahtlos anschließende anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben, erfüllen seit der Einführung der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung im Sinne des § 188 Absatz 4 SGB V durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung mit Wirkung vom 1. August 2013 gleichzeitig die Tatbestände des § 188 Absatz 4 und des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Aufgrund der Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht (vergleiche § 5 Absatz 8a Satz 1 SGB V) kommt in diesen Fallkonstellationen die obligatorische Anschlussversicherung zum Tragen; eine nachrangige Auffang-Versicherungspflicht ist daher von vornherein ausgeschlossen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13). Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Auffang-Versicherungspflicht seit dem 1. August 2013 erheblich an Bedeutung – zu Gunsten der freiwilligen Versicherung – verloren hat. Der Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V beschränkt sich seither im Wesentlichen auf folgende Fallgruppen:

- Fallkonstellationen, bei denen sich der absicherungslose Zeitraum nicht unmittelbar an die letzte gesetzliche Krankenversicherung anschließt, weil

- zwischenzeitlich eine andere Form der Absicherung im Krankheitsfall vorlag, die weder der GKV noch PKV zuzuordnen ist (vergleiche Abschnitt A.2.4.4) oder
- die betroffene Person zwischenzeitlich dem deutschen Recht nicht unterstellt war, insbesondere wegen des Aufenthalts im sogenannten vertragslosen Ausland oder wegen einer Beschäftigung bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Organisation;
- Sachverhalte mit Berührung zum über- und zwischenstaatlichen Recht (vergleiche Abschnitte A.2.2.2, A.2.4.2.2 und A.2.4.2.3);
- „Altfälle“ (Als Altfälle sind die Fallkonstellationen zu verstehen, bei denen die Personen, deren gesetzliche Krankenversicherung ohne sich anschließender Absicherung im Krankheitsfall vor dem 1. August 2013 endete, trotz der seit dem 1. April 2007 bestehenden Versicherungspflicht bei deren Feststellung nicht mitgewirkt haben).

Die Fortentwicklung der Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung durch das „Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften“ vom 18. Juli 2017 (Bundesgesetzblatt I Seite 2757 ff.) und durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG vom 11. Dezember 2018 (Bundesgesetzblatt I Seite 2387) hat bewirkt, dass bei bestimmten Fallkonstellationen weitere Anwendungsfälle für die Auffang-Versicherungspflicht entstehen können. Es handelt sich hierbei um die Sachverhalte, bei denen das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung an den Vorgaben des § 188 Absatz 4 Satz 4 oder 5 SGB V beziehungsweise des § 22 Absatz 3 KVLG 1989 scheitert, die freiwillige Versicherung nach Maßgabe des § 191 Nummer 4 SGB V (gegebenenfalls in Verbindung mit § 24 Absatz 2 KVLG 1989) beendet wird oder die obligatorische Anschlussversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 408 Absatz 2 SGB V beziehungsweise des § 66 KVLG 1989 aufgehoben wurde. In allen diesen Fallkonstellationen wird zunächst anhand von bestimmten Indizien (fehlende Erreichbarkeit des Betroffenen für die Mitteilungen der Krankenkasse in Verbindung mit der fehlenden Beitragszahlung und fehlenden Leistungsanspruchnahme oder alternativ die Zugehörigkeit zum Personenkreis der Saisonarbeitnehmer) davon ausgegangen, dass die betroffene Person den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches verlassen hat. Sollte sich jedoch im Einzelfall nachträglich herausstellen, dass der Betroffene – entgegen der ursprünglichen Annahme – einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hatte, wird für ihn rückwirkend die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V für die Zeiträume begründet, in denen keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorlag.

Die Sachverhalte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V sind von dem beschriebenen Konkurrenzverhältnis nicht berührt.

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

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

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

Über das Konkurrenzverhältnis zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und dem nachgehenden Leistungsanspruch ist nach der BSG-Rechtsprechung (vergleiche BSG, Urteil vom 10. Mai 2012 – B 1 KR 19/11 R –, USK 2012–31, Urteil vom 4. März 2014 – B 1 KR 68/12 R –, USK 2014–2, Urteile vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 33/19 R – und – B 12 KR 35/19 R –, USK 2021–33, sowie Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022–13) grundsätzlich im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise am letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft zu entscheiden. In der weit überwiegenden Anzahl der Sachverhalte, bei denen über die Versicherungskonkurrenz zwischen dem § 19 Absatz 2 Satz 1 SGB V und der obligatorischen Anschlussversicherung dem Grunde nach zu entscheiden wäre, werden die Krankenkassen vor dem Hintergrund der den zur Meldung verpflichteten Stellen eingeräumten Abmeldefristen bei Ende eines Versicherungspflichttatbestandes mit dieser Fragestellung erst nachträglich konfrontiert. Zu diesem Zeitpunkt ist der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von einem Monat häufig verstrichen. Insofern scheitert eine generelle praktische Umsetzung der vom BSG verlangten prognostischen Entscheidung an den tatsächlichen Gegebenheiten.

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

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

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

A.2.4.3 Private Krankenversicherung als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall

A.2.4.3.1 Anforderungen an das PKV-Versicherungsunternehmen

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

Dabei ist nicht erforderlich, dass die ausländische Krankenversicherung im Leistungsumfang mit dem Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist, vielmehr reicht es aus, dass das Sicherungsniveau den qualitativen Anforderungen des § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG genügt. Nach dieser Norm muss eine der Versicherungspflicht genügende Krankheitskostenversicherung mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfassen; eine Kostenerstattung für Zahnbehandlungen und Zahnersatz sowie Leistungen der Pflegeversicherung sind hingegen nicht erforderlich. Hierbei darf der Höchstbetrag für Selbstbehalte im Kalenderjahr 5.000 Euro nicht überschreiten. Ferner darf der vereinbarte Geltungsbereich des Versicherungsschutzes keine räumlichen Einschränkungen innerhalb Deutschland vorsehen.

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

A.2.4.3.2 Art des Versicherungsvertrages

Zur Erfüllung der Versicherungspflicht ist erforderlich, aber auch ausreichend, dass die Versicherung die Voraussetzungen des § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG erfüllt. Dies trifft auf die Verträge über Krankheitskostenversicherung (vergleiche § 192 Absatz 1 VVG) zu. Der Krankheitskostenversicherung steht die ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil gleich. Dagegen sind Krankentagegeldversicherung (vergleiche § 192 Absatz 5 VVG) und Krankenhaustagegeldversicherung (vergleiche § 192 Absatz 4 VVG) allein für einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der Auffang-Versicherungspflicht nicht ausreichend.

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

Die Anerkennung einer privaten Auslandskrankenversicherung als anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall setzt eine kumulative Erfüllung folgender Anforderungen voraus:

- Der Versicherungsvertrag beinhaltet die Absicherung eines Auslandsaufenthalts, der über die Dauer von 42 Tagen hinaus geht.
- Der Leistungskatalog des Versicherungsvertrags entspricht der Art nach – nicht dagegen dem Umfang nach – den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Es genügt, dass die wichtigsten Leistungen der GKV bei der ambulanten und stationären Heilbehandlung vorgesehen sind.

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

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

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

Personen, die nach einer mindestens fünfjährigen Zugehörigkeit zur PKV ihren Vertrag wegen Begründung einer Pflicht- oder Familienversicherung in der GKV kündigen und anschließend aus der Versicherungspflicht beziehungsweise Familienversicherung ausscheiden, ohne mindestens 12 Monate GKV-versichert gewesen zu sein, wird nach § 5 Absatz 9 Satz 1 zweite Alternative SGB V ein privilegiertes Rückkehrrecht zur PKV eingeräumt. Das Rückkehrrecht beinhaltet einen

Anspruch gegen das private Versicherungsunternehmen auf Abschluss eines Versicherungsvertrages zu den bisherigen Tarifbedingungen.

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

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

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

A.2.4.4.1 Allgemeines

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

- Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII (vergleiche BSG, Urteil vom 27. Januar 2010 –B 12 KR 2/09 R –, USK 2010–12),
- Bezug laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des SGB XII (vergleiche Abschnitt A.2.4.4.2),
- Bezug laufender Leistungen nach dem Teil 2 des SGB IX (vergleiche Abschnitt A.2.4.4.2.1),
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge,
- Anspruch auf freie Heilfürsorge beziehungsweise unentgeltliche truppenärztliche Versorgung (Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr während der Dienstzeit),
- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen, wenn die Heil- oder Krankenbehandlung auch für sogenannte Nichtschädigungsfolgen gewährt wird (Anforderungen nicht erfüllt zum Beispiel bei der Heilbehandlung nach § 82 SVG für ehemalige Wehrdienstleistende),
- Bezug laufender Leistungen nach § 2 oder 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes – AsylbLG (vergleiche Abschnitt A.2.5.5),
- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (vergleiche BSG, Urteil vom 12. Januar 2011 – B 12 KR 11/09 R –, USK 2011–1),
- Versicherung in der Postbeamtenkrankenkasse,

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

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

A.2.4.4.2.1 Allgemeines

Empfänger laufender Leistungen der Sozialhilfe nach dem

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

sowie Personen, die Eingliederungshilfe nach dem Teil 2 des SGB IX erhalten, werden aufgrund ausdrücklicher Regelung in § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterstellt. Diese Regelung berücksichtigt folgerichtig, dass Empfänger von laufenden Leistungen nach dem Dritten, Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall nach § 48 SGB XII haben und die Krankenbehandlung dieser Leistungsempfänger im Rahmen des § 264 Absatz 2 SGB V auftragsweise von der Krankenkasse übernommen wird. Umgekehrt stellt der Empfang von Hilfen zur Gesundheit im Sinne des 5. Kapitels des SGB XII beziehungsweise die Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Absatz 2 SGB V allein – also ohne gleichzeitigen Empfang laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII – keinen eigenständigen Ausschlusstatbestand für den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V dar (vergleiche BSG, Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 13/10 R –, USK 2011–119).

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

Eine Unterbrechung des Sozialhilfebezugs von weniger als einen Monat führt nach § 5 Absatz 8a Satz 3 SGB V ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Vorrangregelung der Leistungspflicht des

Sozialhilfeträgers nach § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V für die Erbringung von Hilfen zur Gesundheit nicht dadurch unterlaufen werden können, dass für eine unverhältnismäßig kurze Zeit der Leistungsbezug unterbrochen wird (vergleiche Bundestagsdrucksache 16/4247, Seite 29).

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

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

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

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

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

A.2.4.4.2.2 Übergang von Bürgergeld zu laufenden Leistungen der Sozialhilfe

Für Personen, die während des Bezugs von Bürgergeld (bis zum 31. Dezember 2022 Arbeitslosengeld II) der Versicherungspflicht in der GKV nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V unterliegen und im Anschluss daran Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII erhalten, ist die Abgrenzung zwischen den Sozialhilfeleistungen (einschließlich der Hilfe im Krankheitsfall nach § 48 SGB XII), der obligatorischen Anschlussversicherung und der Auffang-Versicherungspflicht wie folgt vorzunehmen:

Sind die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs erfüllt und beginnen die Leistungen der Sozialhilfe nach dem Dritten, Vierten oder Siebten Kapitel des SGB XII innerhalb der Monatsfrist im Sinne des § 19 Absatz 2 SGB V, ist sowohl die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V als auch die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V ausgeschlossen, weil nach § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist (vergleiche BSG, Urteil vom 29. Juni 2021 – B 12 KR 35/19 R –, USK 2021–33). Ein Beitrittsrecht zur GKV könnte sich jedoch nach Maßgabe des § 9 SGB V ergeben.

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

Beispiel 1

Herr A. ist aufgrund des Bezugs von Bürgergeld bis zum 30. Juni 2023 bei einer Krankenkasse nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V pflichtversichert. Ab dem 1. Juli 2023 erhält er Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII.

Beurteilung

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

Beitrittsrecht unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie Absatz 2 SGB V bleibt unberührt.

Beispiel 2

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

Beurteilung

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

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

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

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

Werden Leistungen nach dem Vierten Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) im Kalendermonat der Haftentlassung begehrt, so wird der Haftentlassene

wegen der rückwirkenden Leistungsbewilligung (§ 44 SGB XII) letztlich so gestellt, als wenn er seinen Antrag bereits am Tage seiner Haftentlassung gestellt hätte. In der Folge tritt keine Versicherungspflicht in der GKV gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ein. Die Absicherung im Krankheitsfall erfolgt durch Gesundheitsleistungen der Sozialhilfe, die eine Krankenbehandlung gemäß § 48 SGB XII in Verbindung mit § 264 Absatz 2 SGB V als Regelfall einschließen.

Anders ist die Situation in Leistungsfällen nach dem Dritten oder Siebten Kapitel des SGB XII oder nach dem Teil 2 SGB IX zu beurteilen, denn diese Leistungen setzen frühestens mit dem Tag der Antragstellung beziehungsweise der Kenntnisaufnahme der Hilfebedürftigkeit des Haftentlassenen seitens des Sozialhilfeträgers ein. Eine rückwirkende Leistungsbewilligung ab dem Tag der Haftentlassung ist in diesen Fällen ausgeschlossen. Dies gilt auch in Fällen, in denen der Antrag auf Leistungen nach dem Vierten Kapitel erst in dem auf den Monat der Haftentlassung folgenden Monat oder später gestellt wird. Die Konsequenz daraus ist, dass am Tag der Haftentlassung nach dem Verlassen der Haftanstalt kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht und die Voraussetzungen der Versicherungspflicht gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V gegeben sind (zum Mitgliedschaftsbeginn vergleiche unter Abschnitt C.2.3).

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

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

A.2.4.4.3 Abgrenzung zur Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen

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

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

Beihilfe wird als prozentualer Anteil der beihilfefähigen Aufwendungen von dem jeweiligen Dienstherrn gewährt. Erstattet werden 50 bis 80 Prozent der Aufwendungen, je nach Familiensituation und Bundes- beziehungsweise Landesrecht. Beihilfeberechtigte Personen, die über keine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen, werden als Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall angesehen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. Dezember 2019 – B 12 KR 20/18 R –, USK 2019–83).

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

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

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

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

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

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

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

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

Regelmäßig werden auch die Familienangehörigen von Bediensteten der internationalen Organisationen unter bestimmten Voraussetzungen in dieses besondere Sicherungssystem subsidiär einbezogen. Jedoch werden die Familienangehörigen nach den Sitzstaatsabkommen – anders als Beschäftigte selbst und anders als das Gaststaatgesetz dies vorsieht – von den deutschen Vorschriften über die Versicherungspflicht oder die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung (weiterhin) erfasst. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob der Krankenversicherungsschutz von internationalen Organisationen für Familienangehörige die Anforderungen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 188 Absatz 4 SGB V erfüllt. Dies ist nach den Kriterien des BSG (vergleiche BSG, Urteil vom 20. März 2013, – B 12 KR 14/11 R –, USK 2013–7) dann der Fall, wenn das Sicherungsniveau den qualitativen Anforderungen des § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG

genügt. Zur Erfüllung der Versicherungspflicht ist somit erforderlich, aber auch ausreichend, dass eine anderweitige Absicherung unter Einhaltung einer Selbstbeteiligungsgrenze in Höhe von maximal 5.000 Euro kalenderjährlich ambulante und stationäre Heilbehandlung in Deutschland abdeckt. Dagegen bedarf es weder einer Absicherung von Zahnbehandlungen und Zahnersatz noch von Pflegeleistungen im Sinne der Pflegeversicherung. Bei Absicherungssystemen von internationalen Organisationen mit Sitzstaatsabkommen dürften diese Anforderungen regelmäßig erfüllt sein. Die Krankenkassen können ohne nähere Prüfung unterstellen, dass bereits beim Zustandekommen des entsprechenden Sitzstaatsabkommens Deutschland als Vertragspartner geprüft hat, ob das Absicherungssystem der internationalen Organisation einen ausreichenden Schutz im Krankheitsfall bietet, und nur dann dem Ausschluss des deutschen Krankenversicherungsrechts für die Beschäftigten der Organisation und deren Angehörigen zugestimmt hat, wenn der Versicherungsschutz dem Schutz der GKV gleichwertig ist.

Im Übrigen ist zu beachten, dass die Familienangehörigen durch das Absicherungssystem von internationalen Organisationen nur in Bezug auf die nachrangige Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V von dieser ausgenommen sind. Erfüllt der Familienangehörige einen anderen Versicherungspflicht-Tatbestand, zum Beispiel durch Ausübung einer mehr als geringfügigen Beschäftigung, gelten für ihn die deutschen Rechtsvorschriften. Eine vorrangige Absicherung über das System der Internationalen Organisation kommt insofern nicht in Betracht.

Endet der Anspruch in einem derartigen Sicherungssystem wegen der Beendigung des Dienstverhältnisses oder des Wegfalls der Voraussetzungen für Familienangehörige, muss bei der Prüfung des Tatbestandes „zuletzt versichert“ im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V auf die Versicherungssystemzugehörigkeit vor der Absicherung in diesem Sondersystem zurückgegriffen werden, weil es weder der GKV noch der PKV zuzuordnen ist. Darüber hinaus kann sich das Zugangsrecht zur freiwilligen Krankenversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V ergeben.

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

A.2.4.4.5 Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften

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

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

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

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

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

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

Neben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie unterschiedlichen staatlichen Formen der sozialen Sicherung existieren in Deutschland aus der geschichtlichen Entwicklung heraus privat organisierte kleine Selbsthilfeeinrichtungen beziehungsweise Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen, zum Beispiel die in der Bundesarbeitsgemeinschaft von Selbsthilfeeinrichtungen und Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen (BASSG) zusammengeschlossenen Selbsthilfeeinrichtungen (beispielsweise Samarita Solidargemeinschaft e.V.). Seit der Einführung der Auffang-Versicherungspflicht war umstritten, ob die vorgenannten Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen sind. Mit dem neu eingeführten § 176 SGB V hat der Gesetzgeber im Rahmen des DVPMG eine gesetzliche Klarstellung hierzu vorgenommen. Danach können im Wege einer Bestandschutzregelung solche Solidargemeinschaften eine entsprechende Anerkennung erfahren, die am 20. Januar 2021 (Tag des Kabinettschlusses zum DVPMG) bereits bestanden haben und seit ihrer Gründung ununterbrochen fortgeführt wurden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A.2.5.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erstreckt sich auch auf Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs haben, wenngleich auch nur unter den weiteren Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 SGB V. Hierbei ist einerseits zwischen Ausländern, die Angehörige eines anderen EU-/EWR-Staates oder Staatsangehörige der Schweiz sind, und andererseits solchen, die nicht hierunter fallen, zu unterscheiden. Für britische Staatsangehörige gelten besondere Regelungen (vergleiche Abschnitt 2.5.4).

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

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

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

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

Darüber hinaus ist der Ausschlussstatbestand nach § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V – ungeachtet der anders lautenden Vorgaben des § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU – dann irrelevant, wenn sich die Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften über die soziale Sicherung aus den Artikeln 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) ergibt (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.2.3).

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

Nummer 1 oder 2 SGB V), kommt für die vorgenannten Personen die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V in Betracht.

Bei der Prüfung der Voraussetzung „letzte Versicherung in der GKV oder in der PKV“ ist aufgrund der sich aus dem Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikel KSS.6 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit ergebenden Sachverhaltsgleichstellung auf den letzten Krankenversicherungsschutz im bisherigen Wohnstaat abzustellen (vergleiche Abschnitte A.2.2.2 und A.2.2.3.2.1).

Dagegen werden nichterwerbstätige Unionsbürger sowie ihre Familienangehörige aus dem persönlichen Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht ausgenommen, weil das Aufenthaltsrecht für sie die eigenständige Existenzsicherung und einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz voraussetzt (vergleiche § 4 FreizügG/EU sowie Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe b Freizügigkeitsrichtlinie). Daher ist der Zugang zur GKV über die Auffang-Versicherungspflicht für diesen Personenkreis nach § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V ausgeschlossen (vergleiche BSG, Urteil vom 18. November 2014 – B 8 SO 9/13 R –). Im Übrigen wirkt sich der Ausschluss nach § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V bereits ab Beginn des Aufenthalts der betroffenen Person in Deutschland aus, ungeachtet eines voraussetzungslosen Aufenthaltsrechts in den ersten drei Monaten nach § 2 Absatz 5 FreizügG/EU für alle Unionsbürger. Bei einer unveränderten Personengruppenzugehörigkeit wird das Zugangsrecht zur GKV im Rahmen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V auch dann nicht eröffnet, wenn im Einzelfall die bei der Einreise nach Deutschland vorhandene Absicherung im Krankheitsfall später entfällt (zum Beispiel Wegfall einer aus dem Herkunftsland „mitgebrachten“ zeitlich befristeten privaten Auslandskrankenversicherung).

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

Beispiel

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

Beurteilung

Frau A. ist eine nicht erwerbstätige Unionsbürgerin. Voraussetzung für das Aufenthaltsrecht nichterwerbstätiger Unionsbürger ist die eigenständige

Existenzsicherung sowie der Nachweis eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes. Gemäß § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausgeschlossen. Dies gilt auch für die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.

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

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

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

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

- die Auswertung der Jobbörse,
- die Auswertung von Stellenanzeigen in Zeitungen, Fachzeitschriften und anderen Medien (zum Beispiel Internet),
- gezielte Initiativbewerbungen und -gesprächen bei Arbeitgebern,
- Arbeitsplatzsuche per Anzeige in Zeitungen und Fachzeitschriften,
- Besuch von Arbeitsmarktbörsen sowie
- die Kontaktaufnahme zu privaten Vermittlern.

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

Der Begriff „Familienangehörige“ ist in § 1 Absatz 2 Nummer 3 FreizügG/EU abschließend definiert. Danach genießen das abgeleitete Aufenthaltsrecht ohne Einschränkungen des § 4 FreizügG/EU insbesondere folgende Familienangehörige von Erwerbstätigen oder Arbeitsuchenden:

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

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

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

Diese Personen benötigen zur Einreise und zum Aufenthalt im Bundesgebiet einen Aufenthaltstitel im Sinne des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG). Die Einbeziehung in die Auffang-Versicherungspflicht in der GKV ist für solche Ausländer nach § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V nur

vorgesehen, wenn sie kumulativ zwei Voraussetzungen erfüllen. Zum einen muss bereits ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland begründet worden sein. Diese Voraussetzung gilt im Sinne einer Regelung nach § 37 SGB I formell erst beim Vorliegen einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten als erfüllt (vergleiche Bundestagsdrucksache 16/3100, Seite 95). Sofern eine auf nicht mehr als zwölf Monate erteilte Aufenthaltserlaubnis verlängert wird, kommt die Auffang-Versicherungspflicht nur dann in Betracht, wenn deren Verlängerung für sich betrachtet eine Befristung auf mehr als zwölf Monate ausweist; eine summarische Betrachtung der Aufenthaltserlaubnis und deren Verlängerung scheidet aus. Zum anderen darf die Erteilung des Aufenthaltstitels nicht an die Verpflichtung zur Sicherstellung des Lebensunterhalts als Bedingung gekoppelt sein. Nach der Legaldefinition in § 2 Absatz 3 AufenthG ist der Lebensunterhalt eines Ausländers gesichert, wenn er ihn einschließlich eines ausreichenden Krankenversicherungsschutzes ohne Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bestreiten kann.

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

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

Bei den Fallgruppen nach Nummer 1 ist die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ausgeschlossen. Bei den Fallgruppen nach Nummer 2 kommt die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V beim Vorliegen einer Niederlassungserlaubnis oder einer Aufenthaltserlaubnis von mehr als zwölf Monaten (und beim Fehlen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall) grundsätzlich in Frage. Dies gilt auch für die Fallgruppen nach Nummer 3, wenn die Erteilung des Aufenthaltstitels in dem zu prüfenden Sachverhalt nicht von der Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts abhängig ist.

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

Beispielhafte Zuordnung zu den vorgenannten Fallgruppen:

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

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

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

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

Sofern Personen, die nicht unter das Freizügigkeitsgesetz/EU fallen, nach Maßgabe des Artikels 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Erwerbstätige“) oder der Artikel 23 bis 25 VO (EG) 883/04 (Stichwort: „Bezug einer deutschen Rente“) dem deutschen Recht unterliegen (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.2.3), sind die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V für das Zustandekommen der Auffang-Versicherungspflicht ohne Belang.

Beispiel 1

Frau A., russische Staatsangehörige, wohnt in Frankreich und ist nach französischem Recht familienversichert. Nun nimmt Frau A. eine selbstständige Tätigkeit in Deutschland auf (Aufenthaltserlaubnis zur Ausübung einer selbständigen Tätigkeit nach § 21 AufenthG).

Beurteilung

Frau A. unterliegt ab Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit den deutschen Rechtsvorschriften. Der Krankenversicherungsschutz in Frankreich erlischt mit Beginn der Anwendbarkeit der deutschen Rechtsvorschriften. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“

Versicherung bei einem französischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Familienversicherung und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau A. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung in Frankreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Der Ausschlusstatbestand nach § 5 Absatz 11 Satz 1 SGB V ist nicht zu prüfen.

A.2.5.4 Besonderheiten für die britischen Staatsangehörigen

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

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

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

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

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

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

Beispiel 1

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

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

Beurteilung

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

Beispiel 2

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

Beurteilung

Es handelt sich um einen Sachverhalt im Sinne des Austrittsabkommens. Für Frau A. sind mit der Verlegung des Wohnortes nach Deutschland die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden. Die Anwendbarkeit des § 188 Absatz 4 SGB V ist ausgeschlossen, weil Frau A. zuletzt nicht in Deutschland versichert war. Die freiwillige Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ist vorrangig vor der Auffang-Versicherungspflicht zu prüfen. Diese setzt eine erforderliche Vorversicherungszeit und eine rechtzeitige Antragstellung voraus. Die „letzte“ Versicherung bei einem britischen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sinne des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht und der Vorversicherungszeit mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Kommt keine freiwillige Versicherung zustande und liegt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vor, unterliegt Frau A. der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V. Die „letzte“ gesetzliche Versicherung im Vereinigten Königreich ist auch im Sinne dieser Vorschrift mit der Versicherung in der deutschen GKV gleichzustellen. Die ergänzenden Voraussetzungen des § 5 Absatz 11 Satz 2 SGB V sind grundsätzlich zu prüfen. Diese

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

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

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

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

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

A.2.5.5 Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Leistungsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sind insbesondere:

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

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

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

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

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

Bei dem Umfang der Leistungen nach AsylbLG ist zwischen zwei Gruppen der Leistungsberechtigten zu unterscheiden. In den ersten 18 Monaten des Aufenthalts in Deutschland werden Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach Maßgabe des § 4 AsylbLG gewährt. Der Anspruch nach § 4 AsylbLG umfasst, verkürzt dargestellt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. § 6 AsylbLG sieht ergänzend hierzu vor, dass auch „sonstige Leistungen“ gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Der Anspruch nach § 4 AsylbLG stellt eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V entgegensteht. Nach einer ausdrücklichen Bestimmung in § 5 Absatz 11 Satz 3 SGB V liegt eine Absicherung im Krankheitsfall selbst dann vor, wenn der Anspruch nach § 4 AsylbLG nur dem Grunde nach vorliegt und wegen eigenes Einkommens oder Vermögens nach § 7 AsylbLG ruht. Demgegenüber ist eine entsprechende Anwendung des § 5 Absatz 11 Satz 3 SGB V im Rahmen des § 188 Absatz 4 Satz 3 SGB V aufgrund entgegenstehender Regelungszwecke beider Vorschriften nach Auffassung des Bundessozialgerichts ausgeschlossen (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022–13). Der Regelungszweck des § 5 Absatz 11

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

Die Leistungsberechtigten, die sich seit 18 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, erhalten ab diesem Zeitpunkt Leistungen nach § 2 AsylbLG. Art und Umfang der Leistungen nach § 2 AsylbLG richten sich nach dem SGB XII. Dies beinhaltet unter anderem die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel beziehungsweise laufende Leistungen der Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel sowie Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel SGB XII. Die Krankenbehandlung wird im Rahmen des § 264 Absatz 2 SGB V auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Mit der Gesundheitskarte können die Betroffenen die gleichen Leistungen wie gesetzlich Krankenversicherte beanspruchen. Rechtlich handelt es sich weiterhin um Leistungen nach AsylbLG.

Nach § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V werden Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V unterstellt. Eine Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einen Monat führt nach § 5 Absatz 8a Satz 3 SGB V ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V. Gleiches gilt im Rahmen der Prüfung der obligatorischen Anschlussversicherung (vergleiche BSG, Urteil vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R –, USK 2022-13)

A.3 Feststellung der Versicherungspflicht

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

Aufenthaltserlaubnis ausschlaggebend (vergleiche § 186 Absatz 11 Satz 2 SGB V). Für „Altfälle“ entspricht der maßgebende Beurteilungszeitpunkt dem frühestmöglichen Beginn der Versicherungspflicht am 1. April 2007 (vergleiche § 186 Absatz 11 Satz 3 SGB V).

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

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

Krankheitsfall (vergleiche Abschnitt A.2.4.4) einbezogen war. Werden Leistungen zulasten der Krankenkasse erst nach Ablauf von sechs Monaten nach der Beendigung der letzten Absicherung im Krankheitsfall in Anspruch genommen, scheidet die Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V von Amts wegen aus. Vielmehr bedarf es einer aktiven Mitwirkung der betroffenen Person bei der Klärung ihres (durchgehenden) Aufenthalts im Geltungsbereich des SGB im maßgeblichen Zeitraum.

Eine Reihe praktischer Schwierigkeiten entsteht, wenn es um die Feststellung der „letzten“ Versicherung im Sinne der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V geht. In diesen Fällen sind die Betroffenen zwar oft gewillt, den Sachverhalt aufzuklären, hierzu jedoch aus verschiedenen Gründen (vordergründig weil die letzte Versicherung viele Jahre zurückliegt) teilweise nicht in der Lage. Die Krankenkassen haben dann unter Ausschöpfung aller zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten den entscheidungserheblichen Sachverhalt aufzuklären. Hierzu kann im Einzelfall auch gehören, eine Anfrage zum Rentenversicherungsverlauf an die Deutsche Rentenversicherung (im Verfahren „eSolution“) zu richten, jedenfalls wenn der Betroffene jemals als Arbeitnehmer tätig war. Weist der Versicherungsverlauf der Deutschen Rentenversicherung nach, dass in irgendeinem Zeitraum Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt worden sind, dürfte daraus in aller Regel die Schlussfolgerung zulässig sein, dass die betroffene Person in dieser Zeit auch gesetzlich krankenversichert gewesen ist (es sei denn, ausnahmsweise liegen Anhaltspunkte für andere Annahmen vor, zum Beispiel wenn die Höhe des Arbeitsentgelts die Annahme einer Krankenversicherungsfreiheit rechtfertigen würde). Ist auf dem beschriebenen Weg nachgewiesen, dass eine gesetzliche Krankenversicherung zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit bestanden hat, gilt die Schlussfolgerung, dass nur eine Versicherungspflicht nach der Alternative a innerhalb des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V vorliegen könnte, die Alternative b wäre dagegen ausgeschlossen. In den meisten Fällen wird die Deutsche Rentenversicherung auch die zuständige Einzugsstelle für den betroffenen Zeitraum benennen können, es sei denn, die zu prüfende Zeit liegt Jahrzehnte zurück. Für die Feststellung der Zeiten ohne Versicherung sind die Angaben des Betroffenen, sofern plausibel und glaubhaft, ausschlaggebend.

Lässt sich der Sachverhalt auch unter Ausschöpfung zumutbarer Ermittlungsmöglichkeiten nicht vollständig ermitteln, gilt Folgendes: Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V beziehungsweise nach § 193 Absatz 3 VVG muss allein anhand der zuletzt nachgewiesenen Versicherungszeit in der GKV oder PKV festgestellt werden; die mit Zweifel behafteten Lücken im Versicherungsverlauf werden ausgeblendet. Sind Versicherungszeiten weder in der GKV noch PKV nachgewiesen, findet die Prüfung der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V statt. Ist ausnahmsweise zwar das Vorliegen einer gesetzlichen Krankenversicherung für einen beliebigen Zeitraum in der Vergangenheit

nachgewiesen, kann die letzte gesetzliche Krankenkasse jedoch nicht ermittelt werden, ist es sachgerecht, den Betroffenen das Wahlrecht in analoger Anwendung des § 174 Absatz 5 zweiter Halbsatz SGB V einzuräumen.

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

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

A.4.1 Versicherungsfreiheit

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

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

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

ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 8 SGB V wirkt zunächst tatbestandsbezogen auf das jeweilige Versicherungspflichtverhältnis, aufgrund dessen die Befreiung herbeigeführt worden ist. Die Befreiung erzeugt ihre Wirkung so lange, wie der für die Befreiung führende Tatbestand ununterbrochen vorliegt beziehungsweise fortbesteht und ohne die Befreiung Versicherungspflicht bewirken würde. Die Befreiung schließt des Weiteren den Eintritt von Versicherungspflicht aufgrund anderer zeitgleich vorliegender Tatbestände grundsätzlich aus. Dies entspricht der Regelung in § 6 Absatz 3 Satz 1 SGB V, die mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 um die Auffang-Versicherungspflicht erweitert wurde. Die Regelung des § 6 Absatz 3 Satz 1 SGB V ist allerdings hinsichtlich der Folgen für die von der Versicherungspflicht befreiten Personen in dem Sinne eingeschränkt zu verstehen, als eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nur auf andere (zeitgleich vorliegende) zur Versicherungspflicht führende Tatbestände wirkt, die gegenüber dem zur Befreiung führenden Tatbestand im Sinne der Versicherungskonkurrenz nachrangig oder gleichrangig anzusehen sind (vergleiche Niederschrift zu TOP 3 der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes vom 17. Juni 2015).

Aufgrund der absoluten Subsidiarität der Auffang-Versicherungspflicht würde sich jegliche gesetzlich zulässige Befreiung von der Versicherungspflicht – solange sie fortwirkt – auf den

Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V auswirken und diesen verhindern. Diese Bewertung ist jedoch eher theoretischer Natur, weil jede Befreiung nach § 8 Absatz 2 Satz 4 SGB V den Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall verlangt. Da es sich in diesem Kontext im Regelfall um eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung handelt, dürfte die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bereits daran scheitern, dass die Versicherungsvoraussetzung „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ nicht erfüllt ist.

A.6 Regelungen in der LKV

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

B. Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

B.1 Allgemeines

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

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

Personen, die der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unterliegen, werden nach § 174 Absatz 5 SGB V wieder Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt eine – gegebenenfalls schon viele Jahre zurückliegende – Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat. Die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte gelten für diesen Personenkreis bei Eintritt der Versicherungspflicht nicht. Im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung.

Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V versicherungspflichtigen Personen, die zuletzt bei einem Träger im Sinne der VO (EG) 883/04 beziehungsweise des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit versichert waren, werden grundsätzlich Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt in Deutschland eine Versicherung

bestanden hat. Ist diese nicht vorhanden beziehungsweise nicht ermittelbar, werden die betroffenen Mitglied einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse.

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

B.3 Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V unterliegen

Für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, die zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren, aber ihrem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, gelten die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte. Sie werden bei Eintritt der Versicherungspflicht Mitglied einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse, wobei zu beachten ist, dass § 173 SGB V für die landwirtschaftliche Krankenversicherung nicht gilt (vergleiche § 173 Absatz 1 SGB V, § 20 KVLG 1989).

B.4 Pflegekassenzuständigkeit

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

C. Mitgliedschaft

C.1 Allgemeines

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

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

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

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

C.2 Beginn der Mitgliedschaft

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

Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten und die Voraussetzungen für den Eintritt der Versicherungspflicht erfüllen, beginnt die Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 11 Satz 3 SGB V am 1. April 2007. Angesichts des Umstandes, dass nicht alle Personen, die die Voraussetzungen der Auffang-Versicherungspflicht erfüllen, ihrer Verpflichtung zur Meldung bei der Krankenkasse zwecks Feststellung der Versicherungspflicht nachgekommen sind, ist diese Regelung ungeachtet des Zeitablaufs unverändert aktuell.

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

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen beginnt nach § 186 Absatz 11 Satz 1 SGB V mit dem Tag, von dem an kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht. Die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und damit einhergehend die Mitgliedschaft schließen sich stets unmittelbar an die vorangegangene anderweitige Absicherung im Krankheitsfall an. Dies gilt auch in den Sachverhalten, bei denen das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung an den Vorgaben des § 188 Absatz 4 Satz 4 oder 5 SGB V beziehungsweise des § 22 Absatz 3 KVLG 1989 scheitert, die freiwillige Versicherung nach Maßgabe des § 191 Nummer 4 SGB V (gegebenenfalls in Verbindung mit § 24 Absatz 2 KVLG 1989) beendet oder die obligatorische Anschlussversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 408 Absatz 2 SGB V beziehungsweise des § 66 KVLG 1989 aufgehoben wird (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.4).

C.2.3 Personen, die aus der Haft entlassen werden

Die Mitgliedschaft aufgrund der nachrangigen Auffang-Versicherungspflicht beginnt nach dem Wortlaut des § 186 Absatz 11 Satz 1 SGB V mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Dies bedeutet, dass der Beginn der Mitgliedschaft im Allgemeinen der erste volle Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ist. Der Anspruch auf Gefangenenfürsorge im Krankheitsfall endet jedoch zu dem Zeitpunkt, an dem die betreffende Person die Haftanstalt verlässt, also im Laufe des Tages. Bei der wortgetreuen Anwendung des § 186 Absatz 11 Satz 1 SGB V bestünde für den Tag der Haftentlassung keine Mitgliedschaft in der GKV. Hier liegt eine planwidrige Regelungslücke vor, die dahingehend zu

lösen ist, dass in den seltenen Fällen, in denen Leistungen bereits am Tage der Haftentlassung nach Verlassen der Haftanstalt benötigt werden, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch ab diesem Zeitpunkt gewährt werden und in diesen Fällen der Mitgliedschaftsbeginn vorgezogen wird.

C.2.4 Personen, die aus dem Ausland zurückkehren

Personen, die nach einem Auslandsaufenthalt in das Inland zurückkehren und keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, unterliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, soweit die dort genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Mitgliedschaft beginnt mit der Rückkehr nach Deutschland.

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

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

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

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

C.3 Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Pflichtversicherten endet nach § 190 Absatz 13 SGB V

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

Im Übrigen hat es der Gesetzgeber bei der Einführung eines neuen Beendigungsgrundes für die freiwillige Versicherung im Sinne des § 191 Nummer 4 SGB V durch das GKV-VEG unterlassen, die Vorschrift des § 190 Absatz 13 SGB V entsprechend anzupassen. Von einer planwidrigen Rechtslücke kann nicht ausgegangen werden; eine analoge Anwendung der Regelung des § 191

Nummer 4 SGB V bei den nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V begründeten Mitgliedschaften scheidet aus.

Grundsätzlich gelten mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat die Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaates. Infolgedessen endet die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V mit der Wohnortverlegung, es sei denn, aufgrund vorrangiger Koordinierungsregelungen sind weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften anwendbar (zum Beispiel nach Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 oder Artikel KSS.10 Absatz 3 Buchstabe a Abkommen über Handel und Zusammenarbeit bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung oder nach Artikeln 24, 25 VO (EG) 883/04 beziehungsweise Artikeln KSS.22, KSS.23 Abkommen über Handel und Zusammenarbeit bei Bezug einer deutschen Rente). Unterliegt die Person weiterhin dem deutschen Recht, bedarf es für die Beendigung der Mitgliedschaft bei einer deutschen Krankenkasse des Nachweises einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (zum Beispiel in der privaten Krankenversicherung). Gleiches gilt bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat, mit dem Deutschland ein bilaterales Abkommen über soziale Sicherheit abgeschlossen hat (vergleiche Abschnitt A.2.4.2.3).

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

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

C.4 Fortbestand der Mitgliedschaft

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

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

D. Meldungen, Auskunfts- und Mitteilungspflichten

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

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

Die gesetzlichen Regelungen über die Meldepflichten bei besonderen Tatbeständen wie zum Beispiel bei Rentenantragstellung oder Bezug von Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen (vergleiche §§ 201, 202 und 205 SGB V) sind allgemein gefasst, sodass sie auch Meldungen bei Vorliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V beinhalten. Dies gilt sowohl für die Meldepflichten der betroffenen Personen, als auch der Krankenkassen, des Rentenversicherungsträgers oder der Zahlstellen. Auch im Falle der Ausübung einer geringfügig entlohnten Beschäftigung durch einen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13

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

E. Beiträge

E.1 Allgemeines

Die Beiträge, die aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V zu zahlen sind, werden nach einem Beitragssatz von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben, die jedoch nur bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze unter Beachtung der Rangfolge beitragspflichtiger Einnahmen berücksichtigt wird. Beitragsbemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen. Soweit gelten für diesen Personenkreis keine Besonderheiten im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung.

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

E.2 Beitragspflichtige Einnahmen

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

Aus der beitragsrechtlichen Gleichstellung der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Pflichtversicherten mit den freiwilligen Mitgliedern folgt unter anderem auch, dass die

Mindesteinnahmegrenze des § 226 Absatz 2 SGB V (in Höhe von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV) für die Beitragserhebung aus den Versorgungsbezügen und dem nebenberuflichen Arbeitseinkommen für beide Personengruppen nicht gilt (vergleiche § 3 Absatz 4 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler).

E.3 Rangfolge der Einnahmearten

Für die Rangfolge der beitragspflichtigen Einnahmen können unterschiedliche Regelungen von Bedeutung sein, und zwar in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Personengruppen. Im Hinblick auf die Nichtanwendbarkeit des § 5 Absatz 5 SGB V im Rahmen der Auffang-Versicherungspflicht ist es nicht ausgeschlossen, dass die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Pflichtversicherten ihre selbstständige Erwerbstätigkeit hauptberuflich ausüben. In diesem Fall ist § 7 Absatz 3 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler ausschlaggebend, wonach in den ersten Rang das Arbeitseinkommen gestellt wird.

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

E.4 Beitragssatz in der Krankenversicherung

E.4.1 Allgemeines

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

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

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

E.4.2 Beitragssatz bei Arbeitsentgelt

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

E.4.3 Beitragssatz bei Renten, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Beziehen Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehungsweise Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 3 und 5 sowie Sätze 2 und 3 SGB V oder erzielen sie (neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen) Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit, ist nach § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 247 Satz 1 und § 248 Satz 1 SGB V bei der Berechnung der Beiträge aus diesen Einnahmearten der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V zugrunde zu legen. Für gesetzliche Renten aus dem Ausland gilt nach § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 247 Satz 2 SGB V die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes; die Regelung schließt die Kapitalabfindungen beziehungsweise Kapitalleistungen von ausländischen Renten im Sinne des § 228 Absatz 1 Satz 3 SGB V mit ein. Bei Beziehen einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (AdL-Renten), die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V als Versorgungsbezug gilt, ist ebenfalls die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes maßgebend (vergleiche § 240 Absatz 2 Satz 5 SGB V in Verbindung mit § 248 Satz 2 SGB V).

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

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

E.4.4 Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes

Bei Veränderungen des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes gelten folgende Besonderheiten:

§ 247 Satz 3 SGB V bestimmt, dass sich Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes bei der Bemessung der Beiträge aus Renten erst mit einer zweimonatigen Verzögerung auswirken. Der neue Zusatzbeitragssatz gilt mithin erst vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung

folgenden Kalendermonats. Diese Regelung umfasst von seinem Geltungsbereich alle Versicherungspflichtigen und gilt daher unmittelbar auch für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen. Vor diesem Hintergrund ist die in § 227 SGB V im Allgemeinen angeordnete Anwendbarkeit des § 240 SGB V unbeachtlich, weil sie die Teilnahme der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen im Quellenabzugsverfahren für die Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 1 SGB V – anders als bei freiwilligen Mitgliedern – nicht berücksichtigt.

Nach § 248 Satz 3 SGB V wirken sich für Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 SGB V Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes ebenfalls erst mit einer zweimonatigen Verzögerung aus, sofern die Beiträge für Versicherungspflichtige nach § 256 Absatz 1 Satz 1 SGB V von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge einbehalten und an die Krankenkasse abgeführt werden (Zahlstellenverfahren). Die Fälle, in denen die Krankenkasse den Zusatzbeitrag aus Versorgungsbezügen unmittelbar vom Versicherten erhebt, werden hingegen von der zweimonatigen Verzögerung nicht erfasst. Da die Versorgungsbezieher, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtig sind, aus verwaltungspraktischen Gründen von dem Zahlstellenverfahren ausgenommen werden (vergleiche Abschnitt E.7.4), kommt die vorgenannte verzögerte Veränderung des Zusatzbeitragssatzes bei diesen Mitgliedern nicht zur Anwendung.

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

E.5 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung

Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung beträgt nach § 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI seit dem 1. Januar 2019 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen. Mit dem Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 19. Juni 2023 (Bundesgesetzblatt 2023 Teil I Nummer 155) wurde der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung ab dem 1. Juli 2023 um 0,35 Beitragssatzpunkte auf 3,4 Prozent angehoben.

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

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

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

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

E.6 Beitragstragung

Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen haben ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich allein zu tragen; hierbei sind für Beiträge aus Arbeitsentgelt und aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung abweichende Regelungen zu beachten (vergleiche § 250 Absatz 3 SGB V, § 59 Absatz 1 Satz 1 SGB XI). Für Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse gelten gleiche Grundsätze (vergleiche §§ 47, 48 Absatz 3 KVLG 1989).

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

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

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

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

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

E.7 Beitragszahlung

E.7.1 Allgemeines

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

E.7.2 Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

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

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

Rechtsnormen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Dies hat zur Folge, dass der Arbeitgeber nur seine Beitragsanteile zur Kranken- und Pflegeversicherung zahlt und der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtige für diese ebenso wie für die von ihm zu tragenden Teile Beitragsschuldner ist.

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

E.7.3 Beitragszahlung aus Rente

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

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

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

Eine weitere Besonderheit gilt bei der Gruppe der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen, die neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII erhalten. Für sie gilt nach § 7 Absatz 6 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler eine pauschalierte beitragspflichtige Einnahme in Höhe des 2,67-fachen des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII und der Beitrag wird durch die Multiplikation dieser beitragspflichtigen Einnahme mit dem ermäßigten Beitragsatz nach § 243 SGB V errechnet, zuzüglich des Zusatzbeitrags. In diesem Fall ist der

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

E.7.4 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

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

E.7.5 Beitragszahlung durch den Sozialhilfeträger

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

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

Die Direktzahlung erfolgt an die jeweilige Krankenkasse, bei der die leistungsberechtigte Person versichert ist. Beginn und Ende der Direktzahlung sowie die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind sowohl den Leistungsberechtigten als auch der zuständigen Krankenkasse mitzuteilen. Zusätzlich sind die Leistungsberechtigten darüber zu informieren, an

welche Krankenkasse die Beiträge gezahlt werden, die Krankenkassen sind darüber hinaus über Namen und Anschrift des Versicherten zu informieren, für den die Beiträge gezahlt werden.

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

Im Übrigen tangiert das beschriebene Verfahren einer direkten Zahlung der Beiträge an die Krankenkasse weder die Beitragsschuldnerreignenschaft der betroffenen Mitglieder nach § 252 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 250 Absatz 3 SGB V gegenüber der zuständigen Krankenkasse noch die Fälligkeitsregelung des § 10 Absatz 1 Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler.

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

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

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

Die Ausgestaltung der näheren Voraussetzungen für den Erlass von Beiträgen beziehungsweise den Umfang der Beitragsermäßigung im Sinne des § 256a Absatz 1 bis 3 SGB V wurde dem GKV-Spitzenverband nach § 256a Absatz 4 SGB V übertragen. In Erfüllung dieses Regelungsauftrages hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 4. September 2013 „Einheitliche

Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden“ beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Einheitlichen Grundsätzen am 16. September 2013 zugestimmt.

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

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

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