

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



## Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

Hinweis:

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

## Inhaltsverzeichnis

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

4	Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung in den Fällen, in denen weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt der Betroffenen im Geltungsbereich des SGB feststellbar ist .....	25
4.1	Rechtslage bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG .....	25
4.2	Keine Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist .....	25
4.2.1	Allgemeines .....	25
4.2.2	Klärung der Versicherungszeiten zwischen zwei versicherungspflichtigen Tatbeständen .....	28
4.2.3	Mögliche Rückabwicklung der ursprünglichen Feststellung der Krankenkasse über das Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung .....	29
4.3	Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nummer 4 SGB V, wenn der Aufenthaltsort der betroffenen Person nicht ermittelbar ist .....	30
4.3.1	Allgemeines .....	30
4.3.2	Voraussetzungen .....	31
4.3.2.1	6-Monate-Zeitraum .....	31
4.3.2.2	Fehlende Leistungsanspruchnahme .....	34
4.3.2.3	Fehlende Beitragszahlung.....	35
4.3.2.4	Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen .....	35
4.3.3	Beitragsbemessung für die Dauer der Klärung des Fortbestehens der Mitgliedschaft	35
4.3.4	Mögliche Rückabwicklung der beendeten Mitgliedschaften .....	35
4.4	Bestandsbereinigung der Versicherungsverhältnisse nach § 408 SGB V.....	36
4.5	Notwendige Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen .....	36
5	Berücksichtigung von Sachverhalten mit Auslandsberührung bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung .....	37
5.1	Personen, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung im Ausland ausscheiden.....	37
5.2	Ausländer, die aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in Deutschland ausscheiden .....	40
5.3	Abgrenzung zu den Sondersystemen der sozialen Sicherheit für internationale Organisationen in Deutschland und zum Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften .....	40
5.4	Aufenthalt im Ausland.....	40
5.4.1	Allgemeines .....	40
5.4.2	Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung beim Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU beziehungsweise des EWR, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich .....	41

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

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

## **1.1 Allgemeines**

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

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

## **1.2 Bedeutung der Vorversicherungszeit im Recht der freiwilligen Krankenversicherung**

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

Jahresarbeitsentgeltgrenze endet, zur Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Vorversicherungszeit.

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

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

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



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

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

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

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

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

### **1.4 Regelungen zum Beginn einer freiwilligen Mitgliedschaft**

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

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

### **1.5 Einheitliche Regelungen bei der Beendigung einer freiwilligen Mitgliedschaft**

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

### **1.6 Rechtliche Einordnung der obligatorischen Anschlussversicherung in sonstigen Rechtsvorschriften**

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

## **2 Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung**

### **2.1 Allgemeines**

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

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

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

### **2.2 Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung kraft Gesetzes**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Ausschlussstatbestände**

### **2.3.1 Versicherungspflicht als Ausschlussstatbestand**

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

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

### **2.3.2 Familienversicherung als Ausschlussstatbestand**

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

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

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

### **2.3.3 Freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse als Ausschlussstatbestand**

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

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

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

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

#### **2.3.4 Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V als Ausschlusstatbestand**

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

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

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

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

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

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

Lediglich bei Geltendmachung eines Krankengeldanspruchs ist eine prognostische Beurteilung des Versicherungsstatus erforderlich, weil der Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 Satz 1

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

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

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

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



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

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

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

### **2.3.5 Absicherungsformen außerhalb der GKV als Ausschlussstatbestand**

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

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

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

#### **Beispiel 1**

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

#### **Beurteilung**

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

#### **Beispiel 2**

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

### **Beurteilung**

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

### **Beispiel 3**

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

### **Beurteilung**

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

### **Beispiel 4**

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

### **Beurteilung**

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

## **2.4 Austrittserklärung**

### **2.4.1 Allgemeines**

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

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

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

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

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

#### **2.4.2 Keine Berücksichtigung von Mindestbindungsfristen bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung**

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

#### **2.4.3 Austrittserklärung nach Ablauf von zwei Wochen**

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

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

## **2.5 Sonderregelung für Saisonarbeitnehmer aus dem Ausland**

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

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

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

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

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

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

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

### **3 Organisatorische Besonderheiten bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung**

#### **3.1 Nachweis eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall**

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

#### **3.2 Begründung der Anschlussversicherung bei fehlender Mitwirkung der betroffenen Person**

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

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

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

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

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

### **3.3 Rückabwicklung der Anschlussversicherung bei nachträglicher Kenntnis eines Ausschlusstatbestandes**

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



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

### **4.1 Rechtslage bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG**

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

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

#### **4.2.1 Allgemeines**

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

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

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

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

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

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

#### **Beispiel**

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

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

#### **Beurteilung**

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

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

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

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

#### **4.2.2 Klärung der Versicherungszeiten zwischen zwei versicherungspflichtigen Tatbeständen**

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

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

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

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

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

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

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

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

##### **Beispiel**

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

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

#### **Beurteilung**

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

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

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

#### **4.3.1 Allgemeines**

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

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

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

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

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

#### **4.3.2 Voraussetzungen**

##### **4.3.2.1 6-Monate-Zeitraum**

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

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

##### **Beispiel 1**

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

##### **Beurteilung**

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

##### **Beispiel 2**

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

##### **Beurteilung**

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

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

#### **Fortsetzung des Beispiels aus Abschnitt 4.2.1**

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

#### **Beurteilung**

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

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

#### **Beispiel 3**

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



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

#### **Beurteilung**

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

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

#### **Fortsetzung des Beispiels 1**

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

### **Beurteilung**

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

### **Fortsetzung des Beispiels 2**

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

### **Beurteilung**

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

#### **4.3.2.2 Fehlende Leistungsanspruchnahme**

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

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

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

#### **4.3.2.3 Fehlende Beitragszahlung**

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

#### **4.3.2.4 Anforderungen an die Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen**

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

#### **4.3.3 Beitragsbemessung für die Dauer der Klärung des Fortbestehens der Mitgliedschaft**

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

#### **4.3.4 Mögliche Rückabwicklung der beendeten Mitgliedschaften**

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

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

#### **4.4 Bestandsbereinigung der Versicherungsverhältnisse nach § 408 SGB V**

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

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

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

#### **4.5 Notwendige Ermittlungsaktivitäten der Krankenkassen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Beispiel 1**

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

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

#### **Beurteilung**

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

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

#### **Beispiel 2**

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

#### **Beurteilung**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **5.4 Aufenthalt im Ausland**

### **5.4.1 Allgemeines**

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Beispiel 1**

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

### **Beurteilung**

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

### **Beispiel 2**

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

### **Beurteilung**

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

### **Beispiel 3**

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

### **Beurteilung**

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

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

#### **Beispiel 4**

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

#### **Beurteilung**

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

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

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

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

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

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

#### **Beispiel 1**

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

#### **Beurteilung**

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

#### **Beispiel 2**

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

#### **Beurteilung**

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

#### **5.4.4 Wohnort im Abkommensstaat**

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