

Tit. A.3 RdSchr. 18e

Grundsätzliche Hinweise Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1

Nr. 13 SGB V

Tit. A. – Versicherungspflicht

Titel: Grundsätzliche Hinweise
Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1
Nr. 13 SGB V

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 18e

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. A.3 RdSchr. 18e – Feststellung der Versicherungspflicht

(1) Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht unabhängig von einem Beitritt kraft Gesetzes, wenn ihre Voraussetzungen vorliegen. Zu welchem Zeitpunkt die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt sein müssen, ergibt sich nach Auffassung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 6. Oktober 2010 - B 12 KR 25/09 R -, USK 2010-83) aus den Vorgaben des § 186 Abs. 11 SGB V. Der jeweils maßgebende Beurteilungszeitpunkt ist daher je nach Personenkreis unterschiedlich. Im Allgemeinen ist dies der Folgetag nach dem Wegfall der vorrangigen anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 1 SGB V). Für Ausländer im Sinne des § 5 Abs. 11 Satz 1 SGB V ist der erste Geltungstag der Niederlassungserlaubnis/Aufenthaltserlaubnis ausschlaggebend (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 2 SGB V). Für "Altfälle" entspricht der maßgebende Beurteilungszeitpunkt dem frühestmöglichen Beginn der Versicherungspflicht am 1. April 2007 (vgl. § 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V).

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

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

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

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

(5) Lässt sich der Sachverhalt auch unter Ausschöpfung zumutbarer Ermittlungsmöglichkeiten nicht vollständig ermitteln, gilt Folgendes: Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V bzw. nach § 193 Abs. 3 VVG muss allein anhand der zuletzt nachgewiesenen Versicherungszeit in der GKV oder PKV festgestellt werden; die mit Zweifel behafteten Lücken im Versicherungsverlauf werden ausgeblendet. Sind Versicherungszeiten weder in der GKV noch PKV nachgewiesen, findet die Prüfung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. b SGB V statt. Ist ausnahmsweise zwar das Vorliegen einer gesetzlichen Krankenversicherung für einen beliebigen Zeitraum in der Vergangenheit nachgewiesen, kann die letzte gesetzliche Krankenkasse jedoch nicht ermittelt werden, ist es sachgerecht, den Betroffenen das Wahlrecht in analoger Anwendung des § 174 Abs. 5 Halbsatz 2 SGB V einzuräumen.

(6) Die Prüfung der Voraussetzungen zum Vorliegen von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V obliegt der zuständigen Krankenkasse (vgl. Abschnitt B) . Dazu kann das als Anlage beigefügte Formular "Anzeige zur Pflichtversicherung" verwendet werden, dessen Inhalte als Orientierungshilfe bei der Erstellung der krankenkasseninternen Vordrucke dienen.