

## Tit. 2.3.4 RdSchr. 18f

### Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188

#### Abs. 4 SGB V

## Tit. 2 – Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung -> Tit. 2.3 – Ausschlusstatbestände

**Titel:** Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V

**Normgeber:** Bund

**Redaktionelle Abkürzung:** RdSchr. 18f

**Gliederungs-Nr.:** [keine Angabe]

**Normtyp:** Rundschreiben

### Tit. 2.3.4 RdSchr. 18f – Nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V als Ausschlusstatbestand

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

(2) Der nachgehende Leistungsanspruch erfüllt seine Funktion als Ausschlusstatbestand bereits in seiner potenziellen Ausprägung, d. h. unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme, und ungeachtet dessen, ob sich die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nahtlos an die vorherige Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung anschließt oder innerhalb der Monatsfrist des § 19 Abs. 2 oder 3 SGB V begründet wird. Im Ergebnis kommt in diesen Sachverhaltskonstellationen die obligatorische Anschlussversicherung nicht zustande; einer Austrittserklärung bedarf es nicht. Wird dagegen der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, findet § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V Anwendung; im Ergebnis ist eine freiwillige Versicherung im direkten Anschluss an die zuvor bestehende Versicherungspflicht bzw. Familienversicherung durchzuführen.

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

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

§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V endgültig getroffen wird. Der vom BSG verlangten Prognoseentscheidung zu Beginn des Monats bedarf es in diesen Fällen nicht.

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

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

(7) Der in § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V verwendete Begriff "anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall" ist inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden Begriff in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ; dementsprechend gelten die in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes "Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V " in der jeweils aktuellen Fassung publizierten Auslegungshinweise sowie die höchstrichterliche Rechtsprechung zu diesem Begriff im Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht ebenfalls im Zusammenhang mit der Anschlussversicherung.

(8) Der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V erfasst somit im Allgemeinen die Absicherungsformen innerhalb oder außerhalb der GKV. Besteht für Personen, die wegen einer Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV von der obligatorischen Anschlussversicherung nicht erfasst sind, ausnahmsweise das Interesse an einer Fortsetzung der Versicherung innerhalb der GKV, steht ihnen ein Beitrittsrecht unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 sowie Abs. 2 SGB V (ausreichende Vorversicherungszeit, schriftliche Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Anzeigefrist) zu. Als typisches Beispiel hierzu sind Personen zu nennen, die während des Bezugs von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig sind und anschließend - bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 19 Abs. 2 SGB V - nahtlos oder innerhalb der Monatsfrist laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII beziehen.

(9) 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.