



Spitzenverband

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 24. März 2015
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V, der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V	5



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
24. März 2015



Top 1

Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V, der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V

Sachverhalt:

Personen, die aus der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, ohne dass sich nahtlos ein anderweitiger Versicherungspflichttatbestand oder eine Familienversicherung anschließt, erfüllen im Regelfall – bei Nichtausübung einer Erwerbstätigkeit – gleichzeitig die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V, der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V und der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V. Es stellt sich daher die Frage nach der versicherungsrechtlichen Konkurrenz zwischen diesen Absicherungsformen.

Für das Konkurrenzverhältnis zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und dem nachgehenden Leistungsanspruch regelt § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V den Vorrang der Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V, wenn der Betroffene spätestens nach Ablauf eines Monats nach dem Ende der bisherigen Mitgliedschaft eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall erlangt. Für die Versicherungskonkurrenz zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und dem nachgehenden Leistungsanspruch sieht § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V eine inhaltlich vergleichbare Regelung vor. Schließlich ergibt sich für das Konkurrenzverhältnis zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und der Auffang-Versicherungspflicht der grundsätzliche Vorrang der obligatorischen Anschlussversicherung, da diese einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V darstellt.

Der erste Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hat im Zusammenhang mit der Geltendmachung eines Anspruchs auf Krankengeld nach dem Ende eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zum Konkurrenzverhältnis zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und dem nachgehenden Leistungsanspruch Stellung genommen (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). Das BSG vertritt die Auffassung, dass über das Konkurrenzverhältnis zwischen der Auffang-Versicherungspflicht und dem nachgehenden Leistungsanspruch

im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise am letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft zu entscheiden ist. Der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V kommt zum Tragen, wenn bei prognostischer Betrachtung davon auszugehen ist, dass die betroffene Person spätestens nach Ablauf eines Monats nach dem Ende der bisherigen Mitgliedschaft eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall erlangen wird. Ändern sich im Laufe des Monats die tatsächlichen Verhältnisse, entfallen die Voraussetzungen des nachgehenden Leistungsanspruchs ab diesem Zeitpunkt, sodass zukunftsbezogen die Auffang-Versicherungspflicht zustande kommt; für die Vergangenheit bleibt die versicherungsrechtliche Beurteilung unberührt.

Über die Auswirkungen der BSG-Rechtsprechung auf die aktuelle Praxis - unter Einbeziehung der zum 1. August 2013 eingeführten Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V - war zu beraten.

Ergebnis:

Der in der BSG-Rechtsprechung aufgestellte Grundsatz einer prognostischen Entscheidung über die mögliche Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V in Abgrenzung zum nachgehenden Leistungsanspruch entspricht dem im Versicherungsrecht verankerten Grundsatz, nach dem zu jedem Zeitpunkt hinreichende Klarheit über den versicherungsrechtlichen Status bestehen muss.

In der weit überwiegenden Anzahl der Sachverhalte, bei denen über die Versicherungskonkurrenz zwischen dem § 19 Abs. 2 SGB V und § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V 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 Abs. 2 Satz 1 SGB V Kenntnis über die mögliche Abgrenzung zwischen dem nachgehenden Leistungsanspruch und der Auffang-Versicherungspflicht, ist danach zu unterscheiden, ob möglicherweise ein Krankengeldanspruch realisiert werden kann. Da die Sachleis-



tungsansprüche 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.

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 § 5 Abs. 1 Nr. 13 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.

Für die Prüfung des Konkurrenzverhältnisses zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und dem nachgehenden Leistungsanspruch gelten sowohl der vorgenannte Grundsatz einer prognostischen Entscheidung als auch der aufgezeigte Anwendungsbereich gleichermaßen. Der Unterschied zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung und der Auffang-Versicherungspflicht besteht allerdings darin, dass die obligatorische Anschlussversicherung sich entsprechend dem Wortlaut des § 188 Abs. 4 SGB V nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht oder Familienversicherung anschließt und somit eine unzutreffende Prognoseentscheidung zugunsten des nachgehenden Leistungsanspruchs für die Vergangenheit zu korrigieren wäre. Die Korrektur würde dementsprechend die mit dem (rückwirkend) veränderten versicherungsrechtlichen Status einhergehende Veränderung der Leistungsansprüche einschließen; in der Konsequenz wäre ein im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V bereits eingeräumter Krankengeldanspruch dem Grunde nach rückwirkend zu korrigieren.

Im Hinblick auf die nachvollziehbaren Versicherteninteressen wird in den Sachverhaltskonstellationen, in denen dem Versicherten bereits ein Krankengeldanspruch eingeräumt wurde und im Zuge einer prognostischen Statusentscheidung der nachgehende Leistungsanspruch zu beenden ist, vom Zeitpunkt nach Beendigung dieses Anspruchs regelmäßig die Mitgliedschaft im Rahmen einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V fortgeführt; für die Vergangenheit bleibt der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V unberührt.

