

6. Der Beginn und das Ende der Mitgliedschaft bei der GKV

6.1. Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

Der Beginn der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen ist in den §§ 186 f. SGB V geregelt. Er ist von erheblicher Bedeutung, da der Versicherungspflichtige mit dem Beginn der Mitgliedschaft sofortigen Anspruch auf die Leistungen der Versicherung erwirbt, ihm gleichzeitig aber auch Pflichten auferlegt werden. Weil der gesetzliche Leistungskatalog keine Leistungsausschlüsse oder Wartezeiten vorsieht, stehen dem Versicherten auch Leistungsansprüche für jene Krankheiten zu, an welchen er schon vor dem Beginn seiner Mitgliedschaft litt. Was die Pflichten des Versicherten betrifft, hat er ab Beginn seiner Mitgliedschaft Versicherungsbeiträge zu entrichten, sofern nicht ausnahmsweise eine Beitragsfreiheit besteht.

Die **Mitgliedschaft versicherungspflichtig Beschäftigter** beginnt nach § 186 Abs. 1 SGB V mit dem ersten Arbeitstag in dem Beschäftigungsverhältnis, das die Versicherungspflicht auslöst. Eine solche Krankenversicherungspflicht aufgrund der Aufnahme einer Beschäftigung besteht immer dann, wenn die Tätigkeit im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V gegen Arbeitsentgelt erfolgt und der Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis gegeben ist. In der Regel sind diese Voraussetzungen bei Antritt einer herkömmlichen beruflichen Tätigkeit erfüllt, sodass im Regelfall immer eine Versicherungspflicht besteht.

Bei einem missbräuchlichen Verhalten des Arbeitnehmers, gilt jedoch etwas anderes. In einem solchen Fall wird durch die Aufnahme der Tätigkeit keine Pflicht zum Abschluss einer GKV ausgelöst. Ob tatsächlich ein die Versicherungspflicht auslösendes Beschäftigungsverhältnis vorliegt, wird daher regelmäßig überprüft. Von einem Missbrauch ist insbesondere dann auszugehen, wenn das Arbeitsverhältnis nur zum Schein oder in der Absicht begründet wurde, die Tätigkeit unter Berufung auf eine bestehende Arbeitsunfähigkeit nicht anzutreten oder alsbald wieder aufzugeben. Wenn der vermeintlich Versicherungspflichtige beispielsweise bereits bei Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses arbeitsunfähig ist und weiß, dass er die Arbeit deshalb alsbald wieder aufgeben muss, ist sein Verhalten, wenn nicht besondere Umstände vorliegen, als missbräuchlich zu bewerten. In einem solchen Fall spricht man von einer Manipulation zu Lasten der Krankenkasse. Eine Versicherungspflicht kann in diesen Fällen nur angenommen werden, wenn andere Tatsachen den Verdacht des Missbrauchs entkräften können.

Zu beachten ist, dass eine Mitgliedschaft niemals durch ein Begrüßungsschreiben einer Krankenkasse an den Versicherungspflichtigen begründet wird, selbst wenn die Krankenkasse einer Person darin den Beginn ihrer Mitgliedschaft mitteilt. Solchen Begrüßungsschreiben, liegt regelmäßig keine Einzelfallprüfung zugrunde, sodass sie weder als Mitgliedsbestätigung noch als Verwaltungsakt angesehen werden können. Auch die Aushändigung eines Krankenscheines oder der Krankenversichertenkarte ist kein Verwaltungsakt über das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses. Selbst durch die Entgegennahme von Beiträgen durch die Krankenkassen wird die Mitgliedschaft nicht begründet. Das BSG entschied in diesem Zusammenhang, dass selbst einer Beitragsentrichtung die über 20 Jahre lang unbeanstandet gebliebenen ist, keine rechtsbegründende Wirkung beigemessen wird. Vielmehr folgt die Beitragspflicht des Versicherten aus der Versicherungspflicht und setzt diese somit voraus. Das Bestehen einer Versicherungspflicht kann umgekehrt aber nicht aus der tatsächlichen Entrichtung von Beiträgen abgeleitet werden.

6.2. Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

Wann die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet, ist in § 190 SGB V geregelt. Nach § 190 Abs. 1 SGB V endet sie beispielsweise mit dem **Tod des Mitglieds** und nach dem Abs. 2 mit Ablauf des Tages, an dem das **Beschäftigungsverhältnis beendet** wird, das die Versicherungspflicht begründet hat. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft der Anspruch auf die Leistungen der Krankenkasse. Allerdings kann nach § 19 Abs. 2 SGB V für Versicherungspflichtige noch ein „nachgehender Anspruch“ auf die Leistungen der Kasse, für maximal einen Monat nach Mitgliedsbeendigung, bestehen. Voraussetzung hierfür ist, dass keine neue Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Für Familienangehörige besteht nach dem Tode des Mitglieds, ebenfalls ein nachgehender Anspruch auf die Kassenleistungen für längstens einen Monat (§ 19 Abs. 3 SGB V).