

AOK-BUNDESVERBAND, BONN

BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN

IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL

KNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V., SIEGBURG

AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V., SIEGBURG

30. Juni 2008

Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 13. Juni 2007 - B 12 KR 19/06 R - entschieden, dass bei erneutem Eintritt von Versicherungspflicht nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft ein neues Wahlrecht besteht, wenn die letzte Mitgliedschaft kraft Gesetzes endete. Bei Wiedereintritt von Versicherungspflicht kann somit eine neue Krankenkasse ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung gewählt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Bindungsfrist von 18 Monaten zum Zeitpunkt des erneuten Eintritts von Versicherungspflicht bereits abgelaufen ist. Eine unterbliebene Kündigung zum Ende der Versicherungspflicht führt demnach nicht mehr dazu, dass bei Wiedereintritt von Versicherungspflicht nach einer Unterbrechung zunächst wieder die Krankenkasse zuständig wird, bei der zuletzt die Mitgliedschaft bestanden hatte.

Die Knappschaft und die See-Krankenkasse haben sich mit Wirkung zum 1. Januar 2008 zu einer Krankenkasse zusammengeschlossen (siehe Bekanntmachung vom 28. Dezember 2008, BGBl. I S. 3305). Durch diesen Zusammenschluss sind die besonderen Zuständigkeitsregelungen für die in der Seeschifffahrt Beschäftigten (bisher § 176 SGB V) entfallen, so dass für diese Personen ebenfalls die allgemeinen Krankenkassenwahlrechte gelten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben diese Änderungen zum Anlass genommen, die bisherige Verlautbarung zu überarbeiten. Die vorliegende gemeinsame Verlautbarung zum Kran-

Krankenkassenwahlrechte

kenkassenwahlrecht löst die gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 6. März 2007 ab.

Die gesetzlichen Neuregelungen, die sich erst vom 1. Juli 2008 an (Übergang der Zuständigkeiten von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und vom 1. Januar 2009 an (Hinweispflicht der Krankenkassen bei Erhebung/Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags und bei Wegfall/Absenkung der Prämienzahlung) auf das Krankenkassenwahlrecht auswirken, sind nicht Gegenstand dieser gemeinsamen Verlautbarung.

Präambel

Ausgehend von der Überlegung, dass die in den §§ 173 bis 175 SGB V geregelten Wahl- und Kündigungsrechte sowie Zuständigkeiten unter den Krankenkassen einvernehmlich ausgelegt werden müssen, treffen die Spitzenverbände der Krankenkassen für die AOKen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Ersatzkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Knappschaft¹ die folgenden Absprachen zum Krankenkassenwahlrecht.

Da der Versicherte mit seiner Krankenkassenwahl in erster Linie die zur Abgabe von Meldungen und zur Zahlung von Beiträgen verpflichteten Stellen (z.B. die Arbeitgeber) bindet, müssen diese, um ihren diesbezüglichen Verpflichtungen ohne Verzug nachkommen zu können, zeitnah Rechtsklarheit über den eingetretenen Krankenkassenwechsel erhalten. Diese Rechtsklarheit soll mit den nachfolgenden Absprachen sichergestellt werden. Darüber hinaus sollen Rechtsstreitigkeiten unter den Krankenkassen sowie zwischen Krankenkassen und Versicherten bzw. deren Arbeitgebern sowie den anderen zur Meldung verpflichteten Stellen vermieden werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sorgen mit dieser gemeinsamen Verlautbarung dafür, dass sich die ihnen angehörenden Krankenkassen nach den getroffenen Absprachen verhalten und haben daher zu den in § 175 SGB V im Zusammenhang mit der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts beschriebenen Regelungen folgende Grundsätze aufgestellt. Den Grundsätzen werden die erforderlichen Rechtsvorschriften vorangestellt.

¹ Sofern in den angeführten Gesetzestexten die „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ genannt ist, handelt es sich um die Knappschaft.

Inhaltsübersicht

	Seite
1. Rechtsvorschriften	6
2. Wählbare und zuständige Krankenkasse	13
2.1 Allgemeines	13
2.2 Sonderzuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkassen	14
3. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen	14
4. Grundsätze der Krankenkassenwahl	17
4.1 Allgemeines	17
4.2 Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen	19
4.2.1 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle	19
4.2.1.1 Bei Eintritt von Versicherungspflicht	19
4.2.1.2 Bei einem Krankenkassenwechsel	20
4.2.1.3 Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten	20
4.2.2 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse	20
5. Krankenkassenwahlrechte für versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Arbeitnehmer	22
5.1 Allgemeines	22
5.2 Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch den Arbeitnehmer	22
5.2.1 Abgabe mehrerer Wahlerklärungen bei Eintritt von Versicherungspflicht	23
5.2.2 Widerruf von Kündigung und Wahlerklärung bei einem Krankenkassenwechsel	23
5.2.3 Verbleib bei der ursprünglichen Krankenkasse	23
5.2.3.1 Kündigung ohne Wahlerklärung	23
5.2.3.2 Kündigung mit Wahlerklärung gegenüber einer Krankenkasse oder gegenüber mehreren Krankenkassen	24
5.2.4 Kündigung freiwillig Versicherter mit der Absicht, die gesetzliche Krankenversicherung zu verlassen	24
5.2.5 Dokumentation	24
5.2.6 Ausschluss des Widerrufs der Kündigung	24
5.3 Keine Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung durch den Arbeitnehmer	24
5.4 Zuordnung nicht gemeldeter Arbeitnehmer	25
5.4.1 Letzte Krankenkasse vorhanden	25
5.4.2 Letzte Krankenkasse nicht vorhanden	25
5.4.3 Summenbeitragsbescheide	26
5.5 Bindungsfristen und Kündigung der Mitgliedschaft	26
5.5.1 Bindungsfristen	26
5.5.2 18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)	26

Krankenkassenwahlrechte

5.5.3	Allgemeines zur Kündigung	28
5.5.4	Auswirkungen einer Unterbrechung der Mitgliedschaft auf das Wahlrecht	30
5.5.5	Auswirkungen einer Familienversicherung auf die Bindungsfrist	34
5.6	Keine Einhaltung der Bindungsfrist erforderlich	34
5.6.1	Bei Beginn einer Familienversicherung	34
5.6.2	Bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung	34
5.7	Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist	35
5.8	Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse	36
6.	Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhung	36
7.	Besondere Wahlrechte	39
7.1	Beschäftigte und ehemalige Beschäftigte von Krankenkassen sowie deren Verbänden	39
7.2	Ehegattenwahlrecht	39
7.3	Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse	39
8.	Freiwillig Krankenversicherte	40
8.1	Allgemeines	40
8.2	Eintritt von Versicherungspflicht	41
8.3	Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Pflichtversicherung	42
8.3.1	Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft für Personen, die zum Jahreswechsel aus der Versicherungspflicht ausscheiden	42
8.3.2	Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung	43
9.	Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahltarifen	44
9.1	Allgemeines	44
9.2	Folgen der besonderen Bindungsfrist	44
9.3	Verfahren	45
9.4	Kündigung des Wahltarifs in besonderen Härtefällen	46
10.	Vordrucke	47

Anlagen

Anlage 1 Muster der Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle

Anlage 2 Muster der Kündigungsbestätigung

Anlage 3 Muster der Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der bisherigen Krankenkasse

1. Rechtsvorschriften

§ 53 SGB V

Wahltarife

(1) bis (7) ...

(8) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen einschließlich Prämienzahlungen nach § 242 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) ...

§ 173 SGB V

Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) oder im Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten (KSVG) nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,

4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
- 4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsbe-
rechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

(2a) ...

(3) Studenten können zusätzlich die Ortskrankenkasse oder jede Ersatzkasse an dem Ort wählen, in dem die Hochschule ihren Sitz hat.

(4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 versicherte behinderte Menschen können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) Versicherte Rentner können zusätzlich die Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt gewesen sind, für den die Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht.

(6) Für nach § 10 Versicherte gilt die Wahlentscheidung des Mitglieds.

(7) ...

§ 174 SGB V

Besondere Wahlrechte

(1) < weggefallen >

(2) Für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, gilt § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 entsprechend.

(3) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte, die bei einem Verband der Betriebs- oder Innungskrankenkassen beschäftigt sind oder vor dem Rentenbezug beschäftigt waren, können eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse am Wohn- oder Beschäftigungsort wählen.

(4) < weggefallen >

(5) Abweichend von § 173 werden Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 gewählten Krankenkasse; § 173 gilt.

§ 175 SGB V

Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragssatzerhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl

innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

(6) Die Spitzenverbände vereinbaren für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke.

§ 176 SGB V
< weggefallen >

§ 186 SGB V
Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (9) ...

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

(11) ...

§ 191 SGB V
Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. ...
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4); die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt.

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 3
Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer

1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,

2. nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist.

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie diese Beschäftigung für die Dauer von voraussichtlich höchstens 26 Wochen aufnehmen und als versicherungspflichtige Unternehmer versichert sind,
 - 1a. die in § 5 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
2. die in § 5 Absatz 1 Nr. 11 und 12 und § 189 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie in Artikel 2 § 1 des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) genannten Rentner und Rentenantragsteller, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind oder wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 versicherungspflichtig sind und in den letzten fünf Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 bezeichneten Renten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung neun Zehntel dieser Zeit versichert waren; hat in diesem Zeitraum auch eine Versicherung bei einer anderen Krankenkasse bestanden, ist die landwirtschaftliche Krankenkasse nur dann zuständig, wenn sie in den letzten zehn Jahren vor Stellung des Antrags auf Gewährung der in § 2 Absatz 1 Nr. 4 bezeichneten Renten mindestens die Hälfte der Zeit die Mitgliedschaft oder die Versicherung nach § 7 durchgeführt hat,
3. die in § 5 Absatz 1 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, die wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz berechnetes Übergangsgeld beziehen, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
4. die in § 5 Absatz 1 Nr. 7 und 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten behinderten Menschen, wenn sie nach § 2 Absatz 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
5. die in § 5 Absatz 1 Nr. 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Studenten, Praktikanten und die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigten, wenn sie nach § 2 Absatz 1 versicherungspflichtig sind.
6. die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder angehört haben,
7. die in § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren.

(3) Von der Versicherungspflicht nach § 2 Absatz 1 Nr. 4 und 5 ist befreit, wer

- 1. nach § 8 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wegen Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze,**
- 2. nach § 8 Absatz 1 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Rentner oder Rentenantragsteller,**
- 3. nach Artikel 3 § 1 Absatz 4 des Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung vom 24. August 1965 (BGBl. I S. 912) oder**
- 4. nach Artikel 3 § 3 des Finanzänderungsgesetzes 1967 vom 21. Dezember 1967 (BGBl. I S. 1259)**

von der Versicherungspflicht befreit ist.

§ 20

Versicherung besonderer Personengruppen

Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Beiträge mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

§ 24

Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet

1. bis 7. ...

- 8. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied, dessen Versicherungspflicht erlischt, seinen Austritt erklärt; wird der Austritt innerhalb von zwei Wochen nach einem Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort.**
- 9. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird, bei Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7; dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind.**

(2) Für das Ende der Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder gilt § 191 SGB V.

2. Wählbare und zuständige Krankenkasse

2.1 Allgemeines

Grundsätzlich können alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen. Dieses Krankenkassenwahlrecht stellt sich wie folgt dar:

- Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte (freiwillig Versicherte) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit im SGB V oder im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) nichts Abweichendes bestimmt ist.
- Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen:
 1. die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
 2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
 3. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in einem Betrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht,
 4. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
 5. die Knappschaft,
 6. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsbe-
rechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V (Familien-
versicherung) bestanden hat und
 7. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Mit der Eingliederung der See-Krankenkasse in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist zum 1. Januar 2008 die Sonderzuständigkeit für die in der Seeschifffahrt Beschäftigten weggefallen. Diese Personen haben somit das Recht, die Mitgliedschaft bei einer der in § 173 SGB V genannten Krankenkassen zu wählen. Davon ausgenommen sind Seeleute im Sinne von § 2 Abs. 3 SGB IV, die ausschließlich bei der Knappschaft krankenversichert werden.

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können die Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse grundsätzlich nur durch eine entsprechende schriftliche Willenserklärung (Wahl) erlangen. Das heißt, dass sie nach § 175 Abs. 1 SGB V die Wahl gegenüber der jeweiligen Krankenkasse erklären müssen. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen, sofern alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

2.2 Sonderzuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Die im Zuständigkeitsbereich der landwirtschaftlichen Krankenkassen Beschäftigten bzw. selbständig Tätigen (KVLG 1989) werden kraft Gesetzes bei diesen Krankenkassen versichert. Diese Personen haben kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse. Das hat zur Folge, dass eine vorrangige Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchzuführen ist, unabhängig von dem Bestehen einer 18-Monats-Bindungsfrist auf Grund des ausgeübten Wahlrechts in der allgemeinen Krankenversicherung. Die landwirtschaftliche Krankenkasse unterrichtet den Versicherten über Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei ihr. Das Ausstellen einer Kündigungsbestätigung oder einer Mitgliedsbescheinigung auf der Grundlage des § 175 SGB V durch die landwirtschaftlichen Krankenkassen kommt für Pflichtversicherte nicht in Betracht.

Für die bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen freiwillig Versicherten finden die allgemeinen Regelungen des Krankenkassenwahlrechts entsprechende Anwendung. Das gilt auch für die Bestimmungen zum Sonderkündigungsrecht (vgl. Abschnitt 6). Hinsichtlich des Sonderkündigungsrechts tritt an die Stelle des Begriffs "Beitragssatzerhöhung" der Terminus "Beitragserhöhung". Erhöht eine landwirtschaftliche Krankenkasse ihre Beiträge, kann ein freiwillig Versicherter auch vor Ablauf der 18-Monats-Bindungsfrist einen Wechsel zu einer Krankenkasse der allgemeinen Krankenversicherung vornehmen. Allerdings haben die freiwillig Versicherten, die an ihren Wahltarif gebunden sind, kein Sonderkündigungsrecht.

3. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen

Das in § 173 Abs. 1 SGB V geregelte Wahlrecht gilt für folgende Personengruppen:

- **Arbeitnehmer** (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) einschließlich der unständig Beschäftigten (§ 232 Abs. 3 SGB V)
- **Bezieher von Arbeitslosengeld und von gleichgestellten Leistungen nach dem SGB III sowie versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II** (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989)

Abweichend von dem allgemeinen Krankenkassenwahlrecht sind die Leistungsbezieher als Mitglieder bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse zu versichern, wenn sie dieser im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben (§ 3 Abs. 2 Nr. 6 KVLG 1989).

- **Künstler und Publizisten** (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)
- **Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen** (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V)
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.
- **Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung** (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.
- **Behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen** (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V)
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.
- **Behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen** (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V)
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.
- **Studenten** (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V)
Zusätzlich kann die AOK des Hochschulortes oder jede örtlich begrenzte Ersatzkasse gewählt werden, wenn sich der Hochschulort in ihrem Zuständigkeitsbereich befindet. Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand.

- **Praktikanten ohne Arbeitsentgelt** (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)

Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand.

- **Auszubildende ohne Arbeitsentgelt** (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)

Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand.

- **Auszubildende des Zweiten Bildungsweges** (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)

Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand.

- **Rentner/Rentenantragsteller** (§ 5 Abs. 1 Nr. 11, Nr. 11a und Nr. 12 sowie § 189 SGB V)

Erläuterungen zur Krankenkassenzuständigkeit für Rentner und Rentenantragsteller ergeben sich aus Abschnitt A V des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner in der aktuellen Fassung.

- **Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall** (§ 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989)

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall werden bei Eintritt der Versicherungspflicht wieder Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt eine - ggf. schon viele Jahre zurückliegende - Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat. Sofern sie zu keinem Zeitpunkt gesetzlich oder privat krankenversichert waren und sie ihrem Status nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, können sie bei Eintritt der Versicherungspflicht ihre Krankenkasse frei wählen. Im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung. Diese ermöglichen dem Mitglied, unter Einhaltung der Bindungs- und Kündigungsfristen zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln.

Personen, die die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V erfüllen, sind nur dann in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert, wenn sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 7 KVLG 1989).

Weitere Erläuterungen zur Krankenkassenzuständigkeit und -wahl enthält Abschnitt II des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Kranken- und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vom 20. März 2007.

- **Vorruhestandsgeldbezieher** (§ 5 Abs. 3 SGB V)

- **Freiwillig Versicherte** (§ 9 SGB V)

Das Wahlrecht nach § 173 SGB V gilt auch für freiwillig Versicherte. Für Personen, die aus der Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse ausscheiden, ist neben dem Weiterversicherungsrecht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 9 SGB V die Weiterversicherung in der allgemeinen Krankenversicherung möglich (Urteil des BSG vom 12. Februar 1998 – B 10 KR 3/97 R, USK 9813). Ferner können freiwillig Versicherte, die im Rahmen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V versichert werden, sowie freiwillig versicherte Rentenbezieher neben den bereits dargestellten Wahlmöglichkeiten auch die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

- **Personen, deren Mitgliedschaft fortbesteht** (§ 7 Abs. 3 SGB IV und § 192 SGB V)

Das Wahlrecht gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft fortbesteht mit der Folge, dass eine neugewählte Krankenkasse vom Mitgliedschaftsbeginn an ggf. laufende Leistungen weiter zu gewähren hat.

4. Grundsätze der Krankenkassenwahl

4.1 Allgemeines

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, die dabei einzuhaltenden Fristen, die zu erstellen den Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen und das erforderliche Meldeverfahren werden in § 175 SGB V beschrieben. Dessen Absatz 1 stellt in Verbindung mit § 173 Abs. 1 SGB V klar, dass der Versicherte selbst gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse das Krankenkassenwahlrecht auszuüben hat.

§ 175 Abs. 1 Satz 3 SGB V regelt, dass die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bereits mit Vollendung des 15. Lebensjahres möglich ist, ohne dass es hierzu einer Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedarf. Die Altersgrenze entspricht derjenigen in § 36 Abs. 1 SGB I. Das Wahlrecht Minderjähriger gilt nicht nur im Rahmen der Versicherungspflicht für zur Berufsausbildung Beschäftigte, sondern auch für andere Versicherungspflichtige sowie für freiwillige Mitglieder.

Die Krankenkasse darf die Mitgliedschaft eines Wahlberechtigten nicht ablehnen.

Ein Krankenkassenwechsel ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- a) Der Versicherte wählt die Krankenkasse unter Beachtung der Wahlmöglichkeiten sowie der besonderen Zuständigkeiten der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- b) die 18-monatige Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist erfüllt (Ausnahmen: Sonderkündigungsrecht bei einer Beitragssatzerhöhung und bei einem Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart, sofern die Satzung dies vorsieht),
- c) bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen ist die dreijährige Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 und 2 SGB V erfüllt,
- d1) die Mitgliedschaft wurde bei der bisherigen Krankenkasse fristgerecht gekündigt oder
- d2) die 18-monatige Bindungsfrist ist bei erneuter Mitgliedschaft nach einer Unterbrechung von mindestens einem Kalendertag erfüllt,
- e) die bisherige Krankenkasse stellt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung aus,
- f) die gewählte Krankenkasse stellt unverzüglich nach Vorlage der Kündigungsbestätigung eine Mitgliedsbescheinigung aus und
- g) die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse wird der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der abgewählten Krankenkasse (wenn keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist) innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt.

Die in § 175 SGB V beschriebenen Grundsätze zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts gelten grundsätzlich für alle Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) und alle Versicherungsberechtigten (§ 9 SGB V), so dass für beide Personengruppen die gleichen Voraussetzungen für einen Krankenkassenwechsel maßgebend sind. Bezüglich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung vgl. Abschnitt 2.2.

Die bei der Ausübung der Krankenkassenwahl zu beachtenden Grundsätze werden nachstehend in Abschnitt 5 an Hand des Krankenkassenwahlrechts für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer exemplarisch dargestellt. Weitere Ausführungen enthält Abschnitt 8.

4.2 Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen

Die Krankenkassen haben im Zusammenhang mit den Wahl- und Kündigungsmöglichkeiten den Versicherten Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen auszustellen. Hierzu zählen:

- Mitgliedsbescheinigung nach Ausübung des Wahlrechts oder nach Eintritt einer Versicherungspflicht (§ 175 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 3 SGB V),
- Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V.

Alle Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen sind unverzüglich auszustellen, um zu gewährleisten, dass der Krankenkassenwechsel nicht unnötig erschwert wird und die zur Meldung verpflichtete Stelle rechtzeitig Klarheit über die zuständige Krankenkasse erhält. Für die Kündigungsbestätigung bestimmt § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V ausdrücklich, dass sie spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung ausgestellt werden muss.

4.2.1 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle

4.2.1.1 Bei Eintritt von Versicherungspflicht

Die Krankenkasse hat bei Eintritt von Versicherungspflicht dem Mitglied unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Diese ist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z.B. Arbeitgeber, Agentur für Arbeit) vom Mitglied unverzüglich vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, kommt es zu der unter Abschnitt 5.3 beschriebenen Verfahrensweise. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

4.2.1.2 Bei einem Krankenkassenwechsel

Der Krankenkassenwechsel eines versicherungspflichtigen oder eines versicherungsberechtigten Mitglieds wird nur dann wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist (vgl. Abschnitt 5.5.3) die Mitgliedsbescheinigung seiner neu gewählten Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle vorlegt. Die Krankenkasse hat deshalb nach Ausübung des Wahlrechts dem neuen Mitglied unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Diese ist der zur Meldung verpflichteten Stelle vom Mitglied unverzüglich - bis spätestens zum Ablauf der Kündigungsfrist - vorzulegen. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

Versicherte, die über mehr als eine zur Meldung verpflichtete Stelle verfügen (z.B. Mehrfachbeschäftigte), haben grundsätzlich allen zur Meldung verpflichteten Stellen eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Ein Krankenkassenwechsel vollzieht sich allerdings auch dann, wenn die Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse im Einzelfall lediglich einer der zur Meldung verpflichteten Stellen innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt wird.

4.2.1.3 Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten

Bei freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern stellt nach § 28a SGB IV der Arbeitgeber die zur Meldung verpflichtete Stelle dar, weil von ihm die Pflichtbeiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung an die Einzugsstelle abzuführen sind.

Bei freiwillig versicherten Rentnern ergibt sich die Funktion des Rentenversicherungsträgers als die zur Meldung verpflichtete Stelle aus § 201 Abs. 4 SGB V.

Bei freiwillig versicherten Studenten ist die Hochschule im Inland als die zur Meldung verpflichtete Stelle anzusehen (§ 200 Abs. 2 SGB V, § 21 Abs. 2 KVLG 1989).

4.2.2 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse

Soweit für Mitglieder keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, wird ein Krankenkassenwechsel nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorlegt. Maßgebend für die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse ist das Versicherungsverhältnis bei der gewählten Krankenkasse. Diese Regelung kommt insbesondere bei freiwillig versicherten Selbständigen, Beamten, Hausfrauen, Schülern und ähnlichen Personen in

Betracht. Die Mitgliedsbescheinigung kann der bisherigen Krankenkasse auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

Beispiel 1

Ein Selbständiger ist freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A (Bindungsfrist erfüllt).

Fristgerechte Kündigung der Mitgliedschaft zum 31.03.2008.

Wahl der Krankenkasse B zum 01.04.2008.

Ab 01.04.2008 freiwilliges Mitglied der Krankenkasse B.

Der Krankenkasse A ist eine Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse B nach Anlage 3 bis zum 31.03.2008 vorzulegen.

Beispiel 2

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A (Bindungsfrist erfüllt).

Beendigung der Beschäftigung und fristgerechte Kündigung der Mitgliedschaft zum 31.03.2008.

Beginn der Selbständigkeit und Wahl der Krankenkasse B zum 01.04.2008.

Ab 01.04.2008 freiwilliges Mitglied der Krankenkasse B.

Der Krankenkasse A ist eine Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse B nach Anlage 3 bis zum 31.03.2008 vorzulegen.

Beispiel 3

Ein Selbständiger ist freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A (Bindungsfrist erfüllt).

Fristgerechte Kündigung der Mitgliedschaft und Beendigung der Selbständigkeit zum 31.03.2008.

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und Wahl der Krankenkasse B zum 01.04.2008.

Ab 01.04.2008 als Arbeitnehmer Mitglied der Krankenkasse B.

Dem Arbeitgeber ist eine Mitgliedsbescheinigung nach Anlage 1 bis zum 15.04.2008 vorzulegen.

Die Krankenkasse A erhält von Krankenkasse B keine Mitgliedsbescheinigung nach Anlage 3.

5. Krankenkassenwahlrechte für versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Arbeitnehmer

5.1 Allgemeines

Seit dem 1. Januar 2002

- sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden,
- eröffnet ein Arbeitgeberwechsel oder der Wechsel des Versicherungsgrundes für sich alleine kein neues Wahlrecht,
- können Mitglieder bei Erfüllung der Bindungsfrist während eines bestehenden Versicherungstatbestandes die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse grundsätzlich mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet ab dem Monat, in dem das Mitglied seine Kündigung erklärt, kündigen,
- sind die Regelungen über Beginn bzw. Ende der Versicherungspflicht/Mitgliedschaft und den Bestimmungen über die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse weitgehend entkoppelt.

Seit dem 1. April 2007 sind Mitglieder bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs nach § 53 SGB V (mit Ausnahme von Abs. 3) ab dessen Beginn mindestens drei Jahre an ihre Krankenkasse gebunden (vgl. Abschnitt 9).

5.2 Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch den Arbeitnehmer

§ 175 Abs. 1 SGB V stellt in Verbindung mit § 173 Abs. 1 SGB V klar, dass das Krankenkassenwahlrecht vom Versicherten selbst gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse auszuüben ist.

Bei einem Arbeitgeberwechsel hat der Versicherte dafür Sorge zu tragen, dass der neue Arbeitgeber eine Mitgliedsbescheinigung seiner Krankenkasse erhält. Dies gilt auch, wenn aufgrund der Bindungsfrist noch kein neues Krankenkassenwahlrecht besteht.

Eine neu gewählte Krankenkasse darf ihre Mitgliedsbescheinigung grundsätzlich erst dann ausstellen, wenn ihr eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse vorgelegt wird. Die Vorlage einer solchen Kündigungsbestätigung setzt eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse des Mitglieds voraus (vgl. jedoch Abschnitt 5.5.4). Die Ausstellung der Kündigungsbestätigung darf nicht verzögert werden (vgl. auch Abschnitte 4.2 und 5.5.3).

5.2.1 Abgabe mehrerer Wahlerklärungen bei Eintritt von Versicherungspflicht

Die Mitgliedsbescheinigung ist bei Eintritt von Versicherungspflicht der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich vorzulegen (vgl. Abschnitt 4.2.1.1). Sollte es vorkommen, dass ein Versicherter mehreren Krankenkassen gegenüber erklärt hat, deren Mitglied werden zu wollen und aufgrund dessen dem Arbeitgeber mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorliegen, meldet der Arbeitgeber den Beschäftigten bei der Krankenkasse an, die ihm vom Versicherten benannt wird. Den Versicherten steht dieses Gestaltungsrecht bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht zu. So kann bei erstmaligem Eintritt von Versicherungspflicht die Wahl bzw. der Aufnahmeantrag bis zum Ablauf dieser Frist korrigiert werden. Die Wahl kann innerhalb dieser Frist widerrufen werden.

5.2.2 Widerruf von Kündigung und Wahlerklärung bei einem Krankenkassenwechsel

Die Aufnahmeanträge der Versicherten sind einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärungen, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind. Auf sie finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung. Das Wirksamwerden der Wahlerklärungen richtet sich somit nach § 130 BGB, was dazu führt, dass eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber abzugeben ist, in dem Zeitpunkt wirksam wird, in welchem sie ihm zugeht. Sie wird dann nicht wirksam, wenn dem anderen vorher oder gleichzeitig ein Widerruf zugeht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen kommen jedoch überein, die freie Krankenkassenwahl den Versicherten, die vom Wahlrecht des § 175 Abs. 4 SGB V Gebrauch machen, bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit der Kündigung zuzugestehen. Die Wahl bzw. der Aufnahmeantrag kann dadurch in den Fällen des § 175 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist durch den Widerruf der Kündigung und/oder gegebenenfalls einer bzw. mehrerer Wahlerklärung(en) „korrigiert“ werden.

5.2.3 Verbleib bei der ursprünglichen Krankenkasse

5.2.3.1 Kündigung ohne Wahlerklärung

Versicherungspflichtige Mitglieder, die während der Kündigungsfrist keine neue Krankenkasse wählen oder der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse keine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorlegen, müssen ihre Kündigung dem Grunde nach nicht widerrufen, da sich die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse automatisch fortsetzt (vgl. Abschnitt 5.5.3, letzter Absatz). Entsprechendes gilt für freiwillig Versicherte (vgl. Abschnitte 4.2.1.1 und 4.2.2).

5.2.3.2 Kündigung mit Wahlerklärung gegenüber einer Krankenkasse oder gegenüber mehreren Krankenkassen

Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Mitglieder, die nach einer Kündigung eine Wahlerklärung gegenüber einer Krankenkasse abgegeben haben und bei ihrer bisherigen Krankenkasse verbleiben wollen, haben ihre Kündigung zurückzunehmen, damit diese Mitgliedschaft fortgesetzt werden kann. Die die Mitgliedschaft fortsetzende Krankenkasse informiert die zur Meldung verpflichtete Stelle. Ergänzend hat der Versicherte seine gegenüber der anderen Krankenkasse abgegebene Wahlerklärung zu widerrufen. Dieses Verfahren gilt auch dann, wenn der Versicherte Wahlerklärungen gegenüber mehreren Krankenkassen abgegeben hat.

5.2.4 Kündigung freiwillig Versicherter mit der Absicht, die gesetzliche Krankenversicherung zu verlassen

Freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, müssen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweisen (vgl. Abschnitt 5.6.2). Wird dieser Nachweis bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht erbracht, setzt sich die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse automatisch fort.

5.2.5 Dokumentation

Der Widerruf der Kündigung und/oder der Wahlerklärung (vgl. Abschnitte 5.2.1 bis 5.2.4) durch den Versicherten bedarf der Schriftform.

5.2.6 Ausschluss des Widerrufs der Kündigung

Ein Widerruf der Kündigung oder Krankenkassenwahl nach dem Ende der Kündigungsfrist und damit nach Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist hingegen ausgeschlossen. Entsprechendes gilt bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

5.3 Keine Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung durch den Arbeitnehmer

Wird das Wahlrecht vom Versicherten nicht selbst wahrgenommen oder eine Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, so ist der Arbeitgeber verpflichtet, den Versicherten bei der Krankenkasse anzumelden, bei der der Arbeitnehmer zuletzt versichert war. Als letzte Krankenkasse gilt grundsätzlich die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestand. Bestand zeitlich

zuletzt eine Familienversicherung bei einer Krankenkasse, gilt diese als letzte im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V, wenn

- innerhalb der letzten 18 Monate keine Mitgliedschaft in der GKV bestanden hat oder
- innerhalb der letzten 18 Monate zwar eine Mitgliedschaft in der GKV bestanden hat, aber die Bindungsfrist zu der Krankenkasse, die die Mitgliedschaft durchführte, bereits erfüllt ist.

Die Krankenkasse, die eine Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V erhält, hat eine Prüfung ihrer Zuständigkeit entsprechend den Abschnitten 5.5.4 bis 5.5.5 durchzuführen.

In den Ausnahmefällen, in denen der Beschäftigte sein Krankenkassenwahlrecht nicht selbst ausübt und er zugleich noch bei keiner Krankenkasse versichert war, hat ihn sein Arbeitgeber bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die Wahl unter den dort genannten möglichen Krankenkassen trifft der Arbeitgeber. Er ist verpflichtet, seinen Beschäftigten über die letztlich gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

5.4 Zuordnung nicht gemeldeter Arbeitnehmer

5.4.1 Letzte Krankenkasse vorhanden

Für die Fälle, in denen das Wahlrecht vom Arbeitnehmer nicht ausgeübt wird und auch keine Anmeldung des Arbeitgebers bei einer Krankenkasse erfolgt, wird der Beschäftigte zunächst der Krankenkasse zugewiesen, bei der er bislang versichert war. Dies kann auch eine Krankenkasse sein, bei der zuletzt eine Familienversicherung durchgeführt wurde, soweit die Bindungsfrist zur letzten Krankenkasse, die eine Mitgliedschaft durchgeführt hat, erfüllt ist.

5.4.2 Letzte Krankenkasse nicht vorhanden

Ist eine letzte Krankenkasse nicht vorhanden, kommt es auch für zurückliegende Zeiten, in Anlehnung an die beiden letzten Ziffern der Betriebsnummer des Arbeitgebers, zu einer Zuweisung der Versicherten zu einer Krankenkasse.

Diese Zuordnung wird in der Regel jährlich in Anlehnung an die zum Stichtag 1. Juli im Bereich der allgemeinen Krankenversicherung bestehenden Mitgliedschaften krankenversicherter Arbeitnehmer überprüft. Die aufgrund dieser Zahlen vorgenommene Quotierung gilt für das auf den jeweiligen Stichtag folgende Kalenderjahr. Sofern die Versicherten einer Betriebskrankenkasse, einer

Innungskrankenkasse, einer Ersatzkasse oder der Knappschaft zuzuweisen sind, wählt die die Versicherungspflicht feststellende Stelle in Anlehnung an den Beschäftigungsort eine Krankenkasse der betroffenen Kassenart aus. Mit dieser Regelung soll eine gleichmäßige Zuteilung illegal Beschäftigter zu allen Krankenkassenarten erreicht werden.

5.4.3 Summenbeitragsbescheide

Die unter 5.4.1 und 5.4.2 getroffenen Aussagen beruhen auf der nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V zu treffenden Vereinbarung. Diese ist über § 28i Satz 3 SGB IV auch in den Fällen anzuwenden, in denen nach § 28f Abs. 2 SGB IV gegenüber dem Arbeitgeber ein Summenbeitragsbescheid für nicht gemeldete Arbeitnehmer zu erlassen ist. Bezieht sich der Summenbeitragsbescheid jedoch auf Arbeitsentgelte gemeldeter Arbeitnehmer, ist bezogen auf die vom Summenbeitragsbescheid erfassten Kalenderjahre eine Quotierung der beim Arbeitgeber vertretenen Krankenkassen vorzunehmen. Maßgebend hierfür sind die jeweils am 1. Juli bestehenden Krankenkassen-Mitgliedschaften. Die aufgrund des Summenbeitragsbescheides zu zahlenden Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sind auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen und von diesen einzuziehen.

5.5 Bindungsfristen und Kündigung der Mitgliedschaft

5.5.1 Bindungsfristen

Seit dem 1. April 2007 sind zwei unterschiedliche Bindungsfristen zu berücksichtigen, die nicht zwingend parallel verlaufen müssen: Zum einen die allgemeine Bindungsfrist von 18 Monaten und zum anderen die besondere Bindungsfrist von drei Jahren für Mitglieder, die von einem Wahltarif ihrer Krankenkasse Gebrauch machen.

In den Ausführungen zu den Abschnitten 5.5 bis 8 wird auf die 18-monatige Bindungsfrist abgestellt. Die Auswirkungen der dreijährigen Bindungsfrist werden in Abschnitt 9 gesondert behandelt.

5.5.2 18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)

Die 18-monatige Bindungsfrist des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird bei Ausübung des Wahlrechts durch

- den Versicherten (vgl. Abschnitt 4.1)

- eine wahlersetzende Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle, wenn das Mitglied von seinem zu Beginn der Versicherungspflicht unter bestimmten Voraussetzungen bestehenden sofortigen Wahlrecht keinen Gebrauch macht (vgl. Abschnitte 5.3 und 5.5.4),

ausgelöst.

Eine Bindungsfrist wird nicht ausgelöst durch

- einen Wechsel des Versicherungspflichttatbestandes bzw. des Versicherungsgrundes ohne gleichzeitige Ausübung des Wahlrechts
- den Widerruf einer Kündigung (vgl. Abschnitt 5.2.2).

Die Bindungsfrist ist ein Zeitraum von 18 zusammenhängenden Zeitmonaten und berechnet sich von dem Zeitpunkt, an dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beginnt und nicht von dem Zeitpunkt der Ausübung der Krankenkassenwahl oder von dem Zeitpunkt der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.

Beispiel 4

Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.04.2007.

Die Bindungsfrist von 18 Monaten endet am 30.09.2008.

Ist bei Eintritt eines neuen Versicherungsgrundes die Bindungsfrist noch nicht erfüllt, kann der Versicherte grundsätzlich frühestens zum Ablauf der Bindungsfrist die Mitgliedschaft kündigen und von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch machen.

Für die Berechnung der 18-monatigen Bindungsfrist ist die nach dem Beginn der Mitgliedschaft zurückgelegte Zeit einschließlich etwaiger Unterbrechungszeiträume zu berücksichtigen. Nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft ist das Mitglied noch für die restliche Dauer der 18-Monatsfrist an seine Krankenkasse gebunden. Sobald die Bindungsfrist erfüllt ist, begründet eine weitere Unterbrechung der Mitgliedschaft und eine sich anschließende Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung ein sofortiges Wahlrecht mit der Konsequenz, dass die 18-monatige Bindungsfrist nach der Ausübung des Wahlrechts (unter Umständen auch bei der gleichen Krankenkasse) erneut beginnt (siehe Abschnitt 5.5.4).

5.5.3 Allgemeines zur Kündigung

Die Krankenkasse kann bei einem fortbestehenden Versicherungspflichttatbestand oder einer freiwilligen Versicherung nur gewechselt werden, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde (vgl. Beispiele 5 und 6). Gleiches gilt auch in Fällen, in denen sich ein neuer (ggf. unterschiedlicher) Versicherungspflichttatbestand oder eine freiwillige Mitgliedschaft unmittelbar an die vorherige Mitgliedschaft anschließt (vgl. Beispiel 7)

Die abgewählte Krankenkasse hat dem Versicherten unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die neu gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft grundsätzlich erst nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse begründen.

Sofern in den letzten 18 Monaten vor Beginn der Mitgliedschaft keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bestanden hat oder nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft bei erfüllter Bindungsfrist erneut Versicherungspflicht eintritt, ist ein Wechsel der Krankenkasse auch ohne eine Kündigung bzw. Kündigungsbestätigung möglich (vgl. Abschnitt 5.5.4). Voraussetzung ist, dass der Versicherte aufgrund eines Wahltarifs nicht noch an seine bisherige Krankenkasse gebunden ist (vgl. Abschnitt 9).

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

Beispiel 5

Mitglied seit dem 13.03.2008.

Eingang der Kündigung am 13.07.2009 zum nächstmöglichen Termin.

Es gilt die 18-monatige Bindungsfrist, die mit Ablauf des 12.09.2009 erfüllt ist.

Die Mitgliedschaft endet am 30.09.2009, da eine Kündigung nur zum Ablauf eines Monats erfolgen kann. Die Krankenkasse hat spätestens bis zum 27.07.2009 dem bisherigen Mitglied eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

Wird die Kündigung für einen Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem ein Krankenkassenwechsel noch nicht möglich ist, weil z.B. die Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, ist die Kündigung von der

Krankenkasse entsprechend den Grundsätzen des § 140 BGB in eine Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt umzudeuten.

Beispiel 6

Versicherungspflichtiges Mitglied seit dem 18.02.2008.

Eingang der Kündigung der Mitgliedschaft am 03.05.2009 zum 31.07.2009.

Die Kündigung der Mitgliedschaft zum 31.07.2009 ist nicht möglich.

Die maßgebende Bindungsfrist von 18 Monaten (18.02.2008 bis 17.08.2009) ist noch nicht erfüllt.

Die Krankenkasse informiert das Mitglied über diesen Tatbestand und hat die Kündigung auf den 31.08.2009 umzudeuten.

Beispiel 7

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.01.2007.

Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.01.2007.

Arbeitgeberwechsel zum 01.02.2008. Weiterhin versicherungspflichtig beschäftigt.

Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 01.02.2008.

Zum 01.02.2008 besteht kein neues Wahlrecht.

Vor Ablauf der maßgebenden 18-monatigen Bindungsfrist (30.06.2008) kann eine Krankenkasse nicht neu gewählt werden.

Sofern die Mitgliedschaft zum 31.01.2008 gekündigt wird, ist die Kündigung von der Krankenkasse A auf den nächstmöglichen Termin, in diesem Fall auf den 30.06.2008, umzudeuten.

Eine Kündigung wird zum Ablauf der Kündigungsfrist wirksam. Dies aber nur dann, wenn der Versicherte seinem Arbeitgeber bis zu diesem Zeitpunkt die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Der Arbeitgeber hat daraufhin seinen Beschäftigten zum Ende der Kündigungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse abzumelden und zum Folgetag bei der gewählten Krankenkasse anzumelden.

Kündigt ein freiwillig versicherter Arbeitnehmer seine Mitgliedschaft zu Gunsten eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes (z. B. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen),

tritt an die Stelle der Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse der Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (§ 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V). Auf die Ausführungen in Abschnitt 5.6.2 wird verwiesen.

Die ausgesprochene Kündigung ist damit zunächst schwebend unwirksam mit der Folge, dass immer dann, wenn dem Arbeitgeber bis zum Ende der Kündigungsfrist keine Mitgliedsbescheinigung einer neu gewählten Krankenkasse oder kein Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorgelegt wird, die Kündigung keine Bestandskraft hat. Die Mitgliedschaft wird in diesen Fällen bei der bisherigen Krankenkasse fortgesetzt. Ein Krankenkassenwechsel wäre erst wieder nach der Abgabe einer erneuten Kündigung im zeitlichen Rahmen des § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V möglich. Das heißt, die Krankenkassen müssen bei Kündigungen den Eingang der von den Arbeitgebern abzugebenden Abmeldungen überwachen. Ohne die fristgerechte Vorlage einer neuen Mitgliedsbescheinigung oder eines Nachweises über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist eine Abmeldung durch den Arbeitgeber unzulässig. Die Versicherten, die ihre Mitgliedschaft kündigen, sind hierauf hinzuweisen.

5.5.4 Auswirkungen einer Unterbrechung der Mitgliedschaft auf das Wahlrecht

Nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft kann bei erneutem Eintritt von Versicherungspflicht eine andere Krankenkasse gewählt werden, wenn die 18-monatige Bindungsfrist vor dem Beginn der neuen Mitgliedschaft abgelaufen ist. Da der Unterbrechungszeitraum auf die Bindungsfrist angerechnet wird (vgl. Abschnitt 5.5.2), ist bei einer Unterbrechung der Mitgliedschaft von mindestens 18 Monaten die Wahl einer anderen Krankenkasse unabhängig von der Dauer der Mitgliedschaft bei der früheren Krankenkasse möglich.

In diesen Fällen darf die gewählte Krankenkasse ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung die Mitgliedschaft begründen und eine Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle ausstellen (Urteil des BSG vom 13. Juni 2007 - B 12 KR 19/06 R, USK 2007-51).

Eine Unterbrechung liegt vor, wenn zwischen zwei Mitgliedschaften für mindestens einen Kalendertag eine Familienversicherung oder keine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. aufgrund einer privaten Krankenversicherung oder einer Krankenversicherung im Ausland) bestand. Zeiten eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V gelten ebenfalls als Unterbrechungen. Eine Unterbrechung kann auch auf einen Feiertag oder ein Wochenende fallen.

Eine Unterbrechung liegt nicht vor, wenn sich zwei - ggf. unterschiedliche - Versicherungspflichttatbestände nahtlos aneinander anschließen, so dass durchgehend Versicherungspflicht besteht. So löst z.B. ein Arbeitgeberwechsel oder ein Arbeitslosengeldbezug direkt im Anschluss an eine versicherungspflichtige Beschäftigung kein Krankenkassenwahlrecht aus. Dies gilt im Übrigen auch dann, wenn die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse zum Zeitpunkt der Beendigung bereits mindestens 18 Monate bestanden hat, die Bindungsfrist also erfüllt gewesen ist. Insoweit wird vorausgesetzt, dass das versicherungspflichtige Mitglied vorausschauend, also unter Einhaltung der Kündigungsfrist, die Mitgliedschaft kündigt, wenn es zeitgleich mit Beginn des neuen Versicherungspflichttatbestandes die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründen möchte.

Eine Unterbrechung der Mitgliedschaft liegt ebenfalls nicht vor, wenn auf das Ende eines Versicherungspflichttatbestandes eine freiwillige Mitgliedschaft folgt. Gleiches gilt, wenn eine freiwillige Mitgliedschaft wegen Eintritts einer Pflichtmitgliedschaft endet (§ 191 Nr. 2 SGB V).

Beispiel 8

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 18.02.2007. Der Arbeitgeber meldet ihn zum 30.04.2008 wegen Ende der Beschäftigung ab. Vom 01.05.2008 bis 30.09.2008 besteht eine Familienversicherung bei Krankenkasse B.

Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 01.10.2008. Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 01.10.2008.

Der Krankenkassenwechsel zum 01.10.2008 ist zulässig, da die Bindungsfrist (18.02.2007 bis 17.08.2008) abgelaufen ist. Dem Arbeitgeber ist innerhalb von zwei Wochen eine Mitgliedsbescheinigung nach Anlage 1 vorzulegen. Die Krankenkasse B benötigt für die Begründung der Mitgliedschaft keine Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A.

Beispiel 9

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 18.02.2007. Der Arbeitgeber meldet ihn zum 30.04.2008 wegen Ende der Beschäftigung ab. Am 01.05.2008 besteht ein nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V.

Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 02.05.2008. Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 02.05.2008.

Trotz Unterbrechung am 01.05.2008 ist der Krankenkassenwechsel zum 02.05.2008 nicht zulässig, da die Bindungsfrist (18.02.2007 bis 17.08.2008) noch nicht abgelaufen ist. Der Arbeitnehmer bleibt deshalb Mitglied der Krankenkasse A.

Mitglieder, die einer Krankenkasse nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft im Rahmen des § 9 SGB V freiwillig beitreten (z.B. bei Beendigung einer Familienversicherung wegen Aufnahme einer hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit), können ebenfalls ihre Krankenkasse frei wählen, wenn keine Bindungsfrist mehr besteht.

Wird nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft das Wahlrecht durch das versicherungspflichtige Mitglied nicht selbst wahrgenommen, hat ihn die zur Meldung verpflichtete Stelle bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand (vgl. auch Abschnitt 5.3). Diese wahleretzende Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle löst eine neue Bindungsfrist von 18 Monaten aus (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 11/98 R , USK 9834). Danach knüpft die in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Mindestbindung an das neu entstandene Wahlrecht bei Eintritt der erneuten Versicherungspflicht an, ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss (vgl. Abschnitt 5.5.2).

Beispiel 10

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.02.2005.

Der Arbeitgeber meldet ihn zum 30.04.2008 wegen Ende der Beschäftigung ab.

Am 01.05.2008 besteht ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V.

Am 02.05.2008 erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung.

Da dem Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen keine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse vorgelegt wird, meldet er den Arbeitnehmer zum 02.05.2008 bei der Krankenkasse an, die zuletzt dessen Mitgliedschaft durchführte (Krankenkasse A).

Nach der Unterbrechung der Mitgliedschaft am 01.05.2008 besteht bei Aufnahme der Beschäftigung am 02.05.2008 ein neues Wahlrecht, da die Bindungsfrist (01.02.2005 bis 31.07.2006) erfüllt ist. Die wahlersetzende Anmeldung des Arbeitgebers hat zur Folge, dass der Arbeitnehmer vom 02.05.2008 an für weitere 18 Monate (bis 01.11.2009) an die Krankenkasse A gebunden ist.

Beispiel 11

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.04.2007.

Der Arbeitgeber meldet ihn zum 30.06.2008 wegen Ende der Beschäftigung ab.

Vom 01.07.2008 bis 30.09.2008 besteht eine Familienversicherung bei Krankenkasse B.

Am 01.10.2008 erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung.

Da dem Arbeitgeber innerhalb von zwei Wochen keine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse vorgelegt wird, meldet er den Arbeitnehmer zum 01.10.2008 bei der Krankenkasse an, die zuletzt dessen Versicherung durchführte (Krankenkasse B).

Nach der Unterbrechung der Mitgliedschaft vom 01.07.2008 bis 30.09.2008 besteht bei Aufnahme der Beschäftigung am 01.10.2008 ein neues Wahlrecht, da die Bindungsfrist (01.04.2007 bis 30.09.2008) erfüllt ist. Die wahlersetzende Anmeldung des Arbeitgebers hat zur Folge, dass der Arbeitnehmer vom 01.10.2008 an für 18 Monate (bis 31.03.2010) an die Krankenkasse B gebunden ist.

Ist die Bindungsfrist bei Eintritt der erneuten Versicherungspflicht aber noch nicht erfüllt, besteht nach einer Unterbrechung kein Wahlrecht. Daher löst in diesem Fall eine Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle gegenüber der Krankenkasse, die zuletzt eine Mitgliedschaft durchgeföhrt hat, keine neue Bindungsfrist aus.

5.5.5 Auswirkungen einer Familienversicherung auf die Bindungsfrist

Die Bindungsfrist bezieht sich auf die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestand und nicht auf die Kasse, bei der die Familienversicherung durchgeführt wurde.

Die Anmeldung bei einer Krankenkasse, bei der zuletzt eine Familienversicherung durchgeführt wurde, ist unter den in Abschnitt 5.5.4 genannten Voraussetzungen möglich.

Ergeben die Feststellungen, dass die 18-monatige Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse noch nicht verstrichen ist, hat sie den Arbeitgeber zu veranlassen, die Anmeldung zu stornieren und den Arbeitnehmer bei der bisherigen Krankenkasse anzumelden. Bereits gezahlte Gesamtsozialversicherungsbeiträge sind zu verrechnen oder zu erstatten.

5.6 Keine Einhaltung der Bindungsfrist erforderlich

5.6.1 Bei Beginn einer Familienversicherung

Wird im Anschluss an eine Mitgliedschaft eine Familienversicherung nach § 10 SGB V begründet, steht dem die Bindungsfrist an die bisherige Krankenkasse nicht entgegen, d.h., der Versicherte kann sich über einen Angehörigen - ggf. bei einer anderen Krankenkasse - familienversichern, obwohl er zum Zeitpunkt des Endes der Mitgliedschaft seit der Ausübung des Wahlrechts noch keine 18 Monate bei seiner bisherigen Krankenkasse Mitglied gewesen ist (bei freiwillig Versicherten vgl. auch Abschnitt 8).

Die erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach einer Familienversicherung hat ein neues Krankenkassenwahlrecht zur Folge, wenn die Bindungsfrist von 18 Monaten zur letzten Krankenkasse, die eine Mitgliedschaft durchgeführt hat, bereits abgelaufen ist. (vgl. Abschnitt 5.5.4).

5.6.2 Bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Bindungsfrist ist nicht einzuhalten, wenn die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Gunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekündigt wird (§ 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V). Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht z.B. für Personen, die

- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven Krankenversicherung versichert sind (eine Zusatzversicherung reicht nicht aus),

- einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge haben,
- beihilfeberechtigt sind und über eine ergänzende Krankheitskostenvollversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen,
- einem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören,
- aufgrund über- und zwischenstaatlichen Rechts einen Sachleistungsanspruch haben,
- einen Anspruch auf Krankenbehandlung nicht nur für Schädigungsfolgen nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesentschädigungsgesetz oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen haben oder
- die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz leistungsberechtigt sind.

Der Nachweis über das Bestehen eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes ist gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle zu führen. Sofern keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist (vgl. Abschnitt 4.2.1.1), ist die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegenüber der bisherigen Krankenkasse nachzuweisen. Der Nachweis ist an keine besondere Form (z.B. Vordruck) gebunden.

Die erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung hat ein neues Krankenkassenwahlrecht zur Folge, wenn die Bindungsfrist von 18 Monaten zur letzten Krankenkasse, die eine Mitgliedschaft durchgeführt hat, bereits abgelaufen ist (vgl. Abschnitt 5.5.4).

5.7 Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist

Die Krankenkassen können gemäß § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V in ihren Satzungen vorsehen, dass die 18-Monats-Frist nicht eingehalten werden muss, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

Die Regelung soll u.a. den Besonderheiten von Krankenkassen mit regional begrenztem Kassenbezirk Rechnung tragen. Andernfalls müssten die Mitglieder dieser Krankenkassen, wenn sie ein Beschäftigungsverhältnis außerhalb des Bezirks ihrer Krankenkasse begründen oder ihren Wohnort dorthin verlegen, bis zur Erfüllung der Bindungsfrist bei dieser Krankenkasse versichert bleiben, auch wenn diese am neuen Wohn- oder Beschäftigungsort keine Geschäftsstelle unterhält. Auf Grund dieser Regelung können die Krankenkassen ihren Mitgliedern durch eine entsprechende Satzungsregelung den Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart ohne Erfüllung der Bindungsfrist ermöglichen. Unabhängig davon ist die Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2

SGB V einzuhalten. Ferner hat die Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Ein solcher Krankenkassenwechsel löst eine neue Bindungsfrist aus.

5.8 Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse

§ 175 Abs. 5 SGB V ermöglicht abweichend von Absatz 4 für die zu diesem Zeitpunkt im Trägerbetrieb einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beschäftigten (Urteil des BSG vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 3/98 R, USK 9840) einen kurzfristigen Wechsel zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse. Diese Regelung greift aber nur dann, wenn der Beschäftigte innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung die neu errichtete oder ausgedehnte Betriebs- oder Innungskrankenkasse selbst wählt. In diesen Fällen ist innerhalb der zweiwöchigen Beitrittsfrist zur Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse auszusprechen. Das kurzfristige Wahlrecht gilt nicht für andere - betriebsfremde - Arbeitnehmer, einschließlich der Ehegatten der in den betroffenen Betrieben Beschäftigten. Sofern sich eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse auch für betriebsfremde Personen öffnet, besteht für (betriebsfremde) Arbeitnehmer kein Anspruch auf einen kurzfristigen Kassenwechsel. Sie dürfen von einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse nicht aufgenommen werden. Betriebsfremde Arbeitnehmer können somit frühestens unter Berücksichtigung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V und nach Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse wechseln (Urteil des BSG vom 10. August 2000 - B 12 KR 10/00 R, USK 2000-30).

6. Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhung

Den Mitgliedern einer Krankenkasse steht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V ein zweimonatiges Sonderkündigungsrecht zu, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. Es kann sich dabei nur um die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes handeln, da der erhöhte bzw. der ermäßigte Beitragssatz von diesem abgeleitet werden. Mitglieder, die an ihren Wahltarif gebunden sind, haben kein Sonderkündigungsrecht (vgl. Abschnitt 9).

Ob sich die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes unmittelbar auf das Versicherungsverhältnis oder erst später auswirkt, ist ohne Bedeutung. Dies hat zur Folge, dass auch Rentner und Studenten, bei denen sich Beitragssatzerhöhungen erst verzögert auswirken, nur unmittelbar im Zusammenhang mit der Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen können. Gleiches gilt für Personenkreise, bei denen ein Dritter die Beiträge alleine trägt (z.B. Bezieher von Arbeitslosengeld oder versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II).

Änderungen des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V haben kein Sonderkündigungsrecht zur Folge.

Das Mitglied muss innerhalb von zwei Monaten nach dem Inkrafttreten der Beitragssatzerhöhung sein Sonderkündigungsrecht ausüben. Sofern von dem Sonderkündigungsrecht fristgerecht Gebrauch gemacht wird, endet die Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V - wie bei anderen Kündigungen auch - zum Ende des übernächsten auf den Eingang der Kündigung folgenden Monats. Nach Ablauf der zweimonatigen Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts kann die Mitgliedschaft nicht mehr auf der Grundlage des § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V gekündigt werden. Bei verspätet ausgesprochenen Kündigungen ist somit die 18-monatige Bindungsfrist zu erfüllen.

Bei der Kündigung nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V braucht der Versicherte sich nicht ausdrücklich auf das in dieser Vorschrift normierte Sonderkündigungsrecht beziehen. Die Grundsätze des § 140 BGB (vgl. Abschnitt 5.5.3) gelten entsprechend.

Beispiel 12

Beitragssatzerhöhung zum	01.08.2008
Kündigungszeitraum vom	01.08. bis 30.09.2008
Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen bis zum	30.09.2008
Ende der Mitgliedschaft:	
Die Mitgliedschaft endet bei Eingang der Kündigung in der Zeit vom 01.08. bis 31.08.2008 am	31.10.2008
Die Mitgliedschaft endet bei Eingang der Kündigung in der Zeit vom 01.09. bis 30.09.2008 am	30.11.2008
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.10.2008 bzw. 30.11.2008.

Beispiel 13

Beitragssatzerhöhung zum	01.08.2008
Die Kündigung geht ein am	05.12.2008

Die Kündigung ist nicht fristgerecht bis zum 30.09.2008 eingegangen. Daher ist eine Kündigung im Rahmen des Sonderkündigungsrechts nicht möglich.

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungsfrist des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V auf. Macht ein Mitglied von seinem Sonderkündigungsrecht keinen Gebrauch, so ist damit kein passives Wahlrecht verbunden. Die 18-monatige Bindungsfrist beginnt in diesen Fällen nicht erneut, so dass der Betreffende jederzeit von der allgemeinen Kündigungsmöglichkeit Gebrauch machen kann, wenn er dann die Bindungsfrist erfüllt hat.

Das Sonderkündigungsrecht setzt eine vor dem Zeitpunkt der Beitragssatzerhöhung bestehende Mitgliedschaft nicht voraus. Daher können auch diejenigen Mitglieder vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, deren Mitgliedschaft mit dem Zeitpunkt der Beitragssatzerhöhung beginnt. Die Kündigungsfrist ist einzuhalten.

Mitgliedern steht auch dann ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn ihre Krankenkasse mit einer oder mehreren anderen Krankenkassen fusioniert und die neu entstandene Krankenkasse einen Beitragssatz erhebt, der höher ist als der Beitragssatz der nicht mehr existierenden Krankenkasse (Urteile des BSG vom 2. Dezember 2004 - u.a. B 12 KR 23/04 R, USK 2004-40). Dies gilt nur für Mitglieder, für die es faktisch zu einer Beitragssatzerhöhung kommt.

Das Sonderkündigungsrecht gilt grundsätzlich für alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten. Für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte gilt das Sonderkündigungsrecht nicht.

Sofern ein Versicherter bei Eintritt einer neuen Versicherungspflicht wegen einer bestehenden Bindungsfrist die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wiederaufleben lassen muss, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestanden hat und diese Krankenkasse in der Zwischenzeit den allgemeinen Beitragssatz erhöht hat, kann der Versicherte eine andere Krankenkasse nur unter Einhaltung der Kündigungsfrist wählen. Sofern jedoch vor Eintritt der erneuten Versicherungspflicht keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bestanden hatte, ist nach Ablauf der Bindungsfrist eine Rück-

kehr zu der Krankenkasse, die zuletzt die Mitgliedschaft durchgeführt hat, nicht erforderlich. Insofern gelten die Ausführungen zu Abschnitt 5.5.4 entsprechend.

7. Besondere Wahlrechte

7.1 Beschäftigte und ehemalige Beschäftigte von Krankenkassen sowie deren Verbänden

Beschäftigte einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse haben neben den allgemeinen Wahlrechten nach § 174 Abs. 2 SGB V die Möglichkeit, die Betriebs- oder Innungskrankenkasse zu wählen, bei der sie beschäftigt sind. Auch die Mitarbeiter der Betriebs- oder Innungskrankenkassen-Verbände können zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten eine der am Wohn- oder Beschäftigungsort bestehende Betriebs- oder Innungskrankenkasse wählen. Ein derartiges Wahlrecht steht auch Rentnern zu, die vor dem Rentenbezug bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse bzw. bei einem Verband dieser Kassenarten beschäftigt waren (§ 174 Abs. 3 SGB V).

7.2 Ehegattenwahlrecht

Nach § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V haben Mitglieder die Möglichkeit, Mitglied der Krankenkasse zu werden, der ihr Ehegatte angehört. Für die Ausübung dieses Wahlrechts gelten die Vorschriften des § 175 SGB V.

7.3 Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse

Mit der Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse im Sinne der §§ 146a, 152, 153, 162, 163 und 170 SGB V endet auch die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse. Damit besteht für die Mitglieder die Notwendigkeit, im unmittelbaren Anschluss an die Schließung oder Auflösung der Krankenkasse in eine andere Krankenkasse zu wechseln. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen steht den versicherungspflichtigen Mitgliedern in diesem Zusammenhang ein Krankenkassenwahlrecht zu, welches sie in analoger Anwendung des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V innerhalb von zwei Wochen nach der Schließung oder Auflösung der Krankenkasse ausüben können, sofern sie nicht schon vorher eine andere Krankenkasse gewählt haben. Die zweiwöchige Frist zur Wahlrechtsausübung beginnt mit dem in einem amtlichen Mitteilungsorgan (z.B. Bundesanzeiger) bekannt gemachten Tag der Schließung oder Auflösung der Krankenkasse.

Wird das Wahlrecht vom versicherungspflichtig Versicherten nicht selbst wahrgenommen, ist in analoger Anwendung der allgemeinen Krankenkassenwahlrechtsregelungen der Versicherte vom Arbeitgeber bei der Krankenkasse anzumelden, die vor der Mitgliedschaft bei der geschlossenen oder aufgelösten Krankenkasse die Versicherung durchgeführt hatte. Insoweit wird auf Abschnitt 5.3 verwiesen.

Freiwillig Versicherten steht bei Schließung oder Auflösung einer Krankenkasse ebenfalls ein Krankenkassenwahlrecht zu. Ihnen kann im Hinblick auf die Beitrittsregelung nach § 9 SGB V ein Beitrittsrecht innerhalb von drei Monaten nach Schließung oder Auflösung eingeräumt werden.

8. Freiwillig Krankenversicherte

8.1 Allgemeines

Für freiwillig Versicherte, die ihr Wahlrecht ausüben, gelten die gleichen Kündigungs- und Bindungsfristen wie bei Pflichtversicherten.

Die allgemeine Bindungsfrist (vgl. Abschnitte 5.5.2 bis 5.5.5) gilt für freiwillig Versicherte nicht, wenn sie bei ihrer bisherigen Krankenkasse wegen eines Anspruches auf eine Familienversicherung kündigen oder ihren Austritt erklären, um nach Beendigung der freiwilligen Versicherung eine private Krankenversicherung abzuschließen oder ihren Schutz im Krankheitsfall anderweitig abzusichern (vgl. Abschnitt 5.6.2). Für freiwillig Versicherte endet die Mitgliedschaft aufgrund der Regelung des § 191 Nr. 3 SGB V in diesen Fällen jedoch erst mit Ablauf des auf die Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats. Bei einem anschließenden Anspruch auf Familienversicherung kann die Satzung der Krankenkasse einen früheren Zeitpunkt über das Ende der Mitgliedschaft bestimmen.

Beispiel 14

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.01.2008.

Ab dem 01.07.2008 besteht ein Anspruch aus der Familienversicherung ebenfalls bei der Krankenkasse A.

Die Versicherte kündigt deshalb die freiwillige Versicherung am 26.06.2008.

Die Mitgliedschaft endet zum 31.08.2008.

Die Satzung der Krankenkasse kann ein früheres Ende der Mitgliedschaft festlegen.

Das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen (§ 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V) gilt auch für freiwillig Versicherte (vgl. Abschnitt 6).

8.2 Eintritt von Versicherungspflicht

Eine freiwillige Mitgliedschaft endet gemäß § 191 Nr. 2 SGB V kraft Gesetzes mit dem Eintritt einer Versicherungspflicht. Eine Kündigung der Mitgliedschaft seitens des Versicherten ist für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft daher nicht notwendig. Er kann zu diesem Zeitpunkt von seinem Wahlrecht jedoch nur dann Gebrauch machen und Mitglied einer anderen Krankenkasse werden, wenn die 18-Monats-Frist bei der bisherigen Krankenkasse verstrichen ist und die Mitgliedschaft wirksam gekündigt wurde.

Ist die Bindungsfrist noch nicht erfüllt oder wurde die zuletzt bestandene freiwillige Mitgliedschaft nicht wirksam gekündigt, bleibt für die Durchführung aufgrund des Versicherungspflichttatbestandes die bisherige Krankenkasse zuständig. Ein Krankenkassenwechsel ist nach Ablauf der 18-Monats-Frist möglich.

Beispiel 15

Freiwilliges Mitglied seit dem 18.02.2005.

Kündigung der Mitgliedschaft am 21.01.2008 zum 31.03.2008.

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.04.2008.

Zum 01.04.2008 besteht ein neues Wahlrecht.

Mit dem Beginn der Pflichtmitgliedschaft zum 01.04.2008 endet die freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Die 18-monatige Bindungsfrist (18.02.2005 bis 17.08.2006) an die bisherige Kasse ist erfüllt und die Mitgliedschaft wurde fristgerecht gekündigt, so dass die Krankenkasse neu gewählt werden kann.

Die neue Krankenkasse erhält vom Versicherten eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse.

Beispiel 16

Freiwilliges Mitglied seit dem 18.02.2007.

Kündigung der Mitgliedschaft am 25.02.2008 zum 30.04.2008.

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.05.2008.

Zum 01.05.2008 besteht kein neues Wahlrecht.

Mit dem Beginn der Pflichtmitgliedschaft zum 01.05.2008 endet die freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist (17.08.2008) kann jedoch die Krankenkasse nicht neu gewählt werden.

Die Krankenkasse hat die Kündigung auf den nächstmöglichen Termin, in diesem Fall auf den 31.08.2008, umzudeuten.

8.3 Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Pflichtversicherung

Im Anschluss an eine Pflichtversicherung kann gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V eine freiwillige Mitgliedschaft begründet werden, wenn der Versicherte die dort genannte Vorversicherungszeit erfüllt.

Eine andere Krankenkasse kann für die Durchführung der freiwilligen Versicherung nur gewählt werden, wenn die 18-monatige Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse, die die Pflichtversicherung durchgeführt hat, erfüllt ist und die dortige Mitgliedschaft wirksam gekündigt wurde. Die neue Krankenkasse benötigt eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse. Des Weiteren ist der bisherigen Krankenkasse, sofern keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorzulegen (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Ist die Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse noch nicht erfüllt, kann die freiwillige Mitgliedschaft nur bei dieser Krankenkasse begründet werden.

8.3.1 Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft für Personen, die zum Jahreswechsel aus der Versicherungspflicht ausscheiden

Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht wegen dreimaligen aufeinander folgenden Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 6 Abs. 1

Nr. 1 SGB V erlischt, endet nur dann, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt (§ 190 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse bzw. in der gesetzlichen Krankenversicherung endet bei Abgabe einer Austrittserklärung gegenüber der Krankenkasse und eines Nachweises über eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegenüber dem Arbeitgeber immer mit dem 31. Dezember, ohne dass es der Erfüllung der allgemeinen Bindungsfrist oder Einhaltung einer Kündigungsfrist bedarf. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort.

Eine andere Krankenkasse kann für die Durchführung der freiwilligen Versicherung nur gewählt werden, wenn die 18-monatige Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse, die die Pflichtversicherung durchgeführt hat, erfüllt ist. Entscheidet sich der Versicherte für den Krankenkassenwechsel, ist die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse ordnungsgemäß zu kündigen (vgl. Abschnitt 5.5.2). Die neue Krankenkasse kann die Mitgliedschaft nur begründen, wenn ihr eine Kündigungsbestätigung vorgelegt wird.

Beispiel 17

Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.03.2005.

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 SGB V zum 31.12.2008.

Kündigung der Mitgliedschaft am 05.01.2009 zum 31.03.2009.

Das Mitglied wählt zum 01.04.2009 die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B.

Die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A endet zum 31.03.2009, da die Bindungsfrist abgelaufen ist und die Kündigung fristgerecht erfolgte. Der Krankenkasse B ist die bis zum 19.01.2009 auszustellende Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A vorzulegen.

Will der Versicherte die gesetzliche Krankenversicherung verlassen, hat er gemäß § 190 Abs. 3 Satz 1 SGB V seinen Austritt zu erklären. Die 18-Monats-Frist braucht jedoch nicht erfüllt zu werden. Insoweit gilt § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V entsprechend.

8.3.2 Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung

Im Anschluss an eine Familienversicherung kann gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V eine freiwillige Mitgliedschaft begründet werden, wenn der Versicherte die in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V genannte Vorversicherungszeit erfüllt.

Die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse, die die Familienversicherung durchgeführt hat, kann nur dann gewählt werden, wenn die Bindungsfrist bei der letzten Krankenkasse, die eine Mitgliedschaft durchgeführt hat, erfüllt ist. Die gewählte Krankenkasse hat zu klären, ob der Versicherte bei der Krankenkasse, die vor der Familienversicherung zuständig war, die 18-Monats-Frist erfüllt hat. In diesem Fall kann die Mitgliedschaft begründet werden. Ist die Bindungsfrist nicht erfüllt, kann die freiwillige Mitgliedschaft nur bei der bisherigen Krankenkasse begründet werden.

Gleiches gilt sinngemäß, wenn die freiwillige Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse gewählt werden soll, die die Familienversicherung nicht durchgeführt hat.

Bei Erfüllen der Voraussetzungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 ist im Anschluss an eine Familienversicherung die freiwillige Versicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung möglich.

9. Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen

9.1 Allgemeines

Die Krankenkassen können nach § 53 SGB V vom 1. April 2007 an Wahlтарife einführen, um ihren Mitgliedern zusätzliche Leistungen oder Prämienzahlungen anzubieten. Mit Ausnahme der Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V, die sich auf besondere Versorgungsformen beziehen (z.B. bei hausarztzentrierter Versorgung), ist das Mitglied bei Inanspruchnahme eines Wahlтарifs drei Jahre an die Krankenkasse gebunden. Die Bindungsfrist muss nicht zwingend parallel zur 18-monatigen Bindungsfrist verlaufen (vgl. Abschnitt 5.5.1). Wird innerhalb einer Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V ein weiterer Wahlтарif in Anspruch genommen, beginnt mit dem Eintritt in den weiteren Wahlтарif eine erneute dreijährige Bindungsfrist.

9.2 Folgen der besonderen Bindungsfrist

Nach dem Wortlaut des § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V kann abweichend von § 175 Abs. 4 SGB V die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Damit wird bei Wahlтарifen die Anwendung des § 175 Abs. 4 SGB V in Bezug auf die 18-monatige Bindungsfrist ausgeschlossen. Demnach können Mitglieder während der dreijährigen Bindungsfrist

an den Wahltarif ihre Krankenkasse grundsätzlich nicht wechseln. Den Mitgliedern steht auch das Sonderkündigungsrecht bei einer Beitragssatzerhöhung nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V nicht zu.

Freiwillig versicherte Mitglieder können ihre Mitgliedschaft nicht nach § 191 Nr. 3 SGB V zugunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V (vgl. Abschnitt 5.6.2) kündigen. Gleiches gilt für die an einen Wahltarif gebundenen Mitglieder, die aus der Versicherungspflicht zum Jahreswechsel nach § 6 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ausscheiden (vgl. Abschnitt 8.3.1), da die Abgabe der Austrittserklärung nach § 190 Abs. 3 Satz 1 SGB V der Kündigung nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V gleichgestellt ist. Dadurch ist neben dem Krankenkassenwechsel auch ein Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung dem Grunde nach frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist an den Wahltarif möglich.

9.3 Verfahren

Hinsichtlich der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, des Eintritts der Bindungswirkung und des Zeitpunkts des Krankenkassenwechsels gelten die Ausführungen in den Abschnitten 5.5 bis 8 entsprechend. Die besondere Bindungsfrist berechnet sich von dem Zeitpunkt, an dem der Wahltarif beginnt. Sie kann nicht um Mitgliedschaftszeiten, die vor dem Eintritt in einen Wahltarif im Rahmen der allgemeinen Bindungsfrist bereits zurückgelegt wurden, gekürzt werden.

Beispiel 18

Ein Arbeitnehmer ist Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.02.2007.

- Allgemeine Bindungsfrist vom 01.02.2007 bis 31.07.2008

Ab 01.05.2008 Beginn eines Wahltarifs bei Krankenkasse A.

- Besondere Bindungsfrist vom 01.05.2008 bis 30.04.2011

Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A endet am 30.04.2011. Die Krankenkasse kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist frühestens zum 01.05.2011 gewechselt werden.

Für die Berechnung der Dreijahresfrist ist die nach dem Beginn des Wahltarifs zurückgelegte Zeit einschließlich etwaiger Unterbrechungszeiträume zu berücksichtigen. Nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft ist das Mitglied noch für die restliche Dauer der Dreijahresfrist an seine Krankenkasse gebunden.

Beispiel 19

Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.03.2006.

Beginn eines Wahltarifs zum 01.05.2007.

Vom 01.01.2008 bis 30.09.2009 besteht eine Familienversicherung bei Krankenkasse B.

Erneute Versicherungspflicht ab dem 01.10.2009.

Ab dem 01.10.2009 ist die Krankenkasse A wieder zuständig.

Die dreijährige Bindungsfrist an die Krankenkasse A aufgrund des Wahltarifs ist noch nicht abgelaufen (die Bindungsfrist endet zum 30.04.2010). Die Unterbrechung der Mitgliedschaft wirkt sich auf die Bindungsfrist nicht aus.

Nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft kann die gewählte Krankenkasse die Mitgliedschaft ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung begründen, wenn seit dem Beitritt zum Wahltarif, der die Dreijahresfrist ausgelöst hat, drei Jahre vergangen sind (vgl. Abschnitt 5.5.4 und 5.5.5).

9.4 Kündigung des Wahltarifs in besonderen Härtefällen

Für besondere Härtefälle hat die Satzung der Krankenkasse für Wahltarife ein Sonderkündigungsrecht vorzusehen.

Scheidet das Mitglied aufgrund einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V aus einem Wahltarif vor Ablauf von drei Zeitjahren aus, kann die Mitgliedschaft anschließend unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V gekündigt werden.

Endet aufgrund einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V die Versicherung im Wahltarif innerhalb von 18 Monaten nach dem Beginn der Mitgliedschaft, kann diese frühestens zum Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V gekündigt werden.

Die Entlassung aus einem Wahltarif vor Ablauf der dreijährigen Bindungsfrist unter Berücksichtigung einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V muss nicht zwingend mit einer Beendigung der Mitgliedschaft einhergehen.

10. Vordrucke

Zu den in § 175 Abs. 6 SGB V getroffenen Aussagen über die unter den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu treffende Vereinbarung für die von den Arbeitgebern abzugebenden Meldungen sehen die Spitzenverbände keinen Regelungsbedarf. Es gelten die Bestimmungen der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV).

Die Mitgliedsbescheinigungen der Krankenkassen haben den in der Anlage abgedruckten Mustern zu entsprechen. Zur Verfahrenssicherheit sind Mitgliedsbescheinigungen stets auszustellen, also auch in den Sonderfällen, in denen das Wahlrecht vom Arbeitgeber wahrgenommen wird oder in denen im Nachhinein von einem Sozialversicherungsträger Feststellungen über die rückwirkende Anmeldung zur Versicherung getroffen werden, denn die Mitgliedsbescheinigungen gehören nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zu den Entgeltunterlagen. Die Kündigungsbestätigung der Krankenkasse hat sich an dem in der Anlage abgedruckten Muster zu orientieren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen verständigen sich auf die folgenden Vordrucke:

- a) Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle nach § 175 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 3 SGB V (**Anlage 1**),
- b) Kündigungsbestätigung zur Vorlage bei der gewählten Krankenkasse nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V (**Anlage 2**),
- c) Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V zur Vorlage bei der bisherigen Krankenkasse (**Anlage 3**).

Soweit für den Versicherten bereits eine einheitliche Krankenversicherungsnummer vergeben wurde, ist diese in den Vordrucken aufzuführen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen den Krankenkassen, in ihre Aufnahmeanträge/Beitrittserklärungen Fragen bezüglich der Versicherung in den letzten 18 Monaten und dem Beitritt zu Wahlтарifen nach § 53 SGB V aufzunehmen.

**Name und Anschrift der
gewählten Krankenkasse**

Datum: TT.MM.JJJJ

Anschrift der zur Meldung
verpflichteten Stelle
(z.B. Arbeitgeber)

Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V

Herr/Frau
Mistermann/Misterfrau

geboren am TT.MM.JJJJ ¹
Krankenversicherungsnummer (KVNR):

ist ab/seit dem Mitglied der (Name der Krankenkasse)

Bitte nehmen Sie diese Mitgliedsbescheinigung zu Ihren Unterlagen. Sofern noch nicht geschehen, bitten wir Sie, die erforderliche Anmeldung vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

¹ Zur technischen Abwicklung können weitere Ordnungsmerkmale angegeben werden, wie z.B. Krankenversicherungsnummer, Rentenversicherungsnummer, Personalnummer o.Ä.

Name und Anschrift der
gekündigten Krankenkasse

Datum: TT.MM.JJJJ

Herrn/Frau
Mustermann/Musterfrau
Musterstr. 1

00000 Musterort

**Kündigungsbestätigung nach
§ 175 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V
für nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherte¹**

für Herrn/Frau Vorname Mustermann/Mustermann, geboren am TT.MM.JJJJ,
Krankenversichertennummer (KVNR):

Sehr geehrter Herr/Frau Mustermann/Musterfrau,

Sie haben am Ihre Mitgliedschaft bei der (Name der gekündigten Krankenkasse) zum
..... gekündigt.

Sollten Sie innerhalb von 18 Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft bei unserer Krankenkasse die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse wählen, ist der gewählten Krankenkasse diese Kündigungsbestätigung vorzulegen.

Die Kündigung wird wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z.B. dem Arbeitgeber) eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweisen (§ 175 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V). Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, haben Sie die Mitgliedsbescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist Ihrer bisherigen Krankenkasse vorzulegen.

Sofern Sie freiwilliges Mitglied sind, schließt sich der Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse nahtlos an das Ende der vorherigen Mitgliedschaft oder der vorherigen Familienversicherung an.

Bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Sie der zur Meldung verpflichteten Stelle oder - wenn diese nicht vorhanden ist - der bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist einen Nachweis (z. B. des privaten Krankenversicherungsunternehmens) über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegen.

Mit freundlichen Grüßen

¹ Kursiver Text ist nur bei Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) zu verwenden.

**Name und Anschrift der
gewählten Krankenkasse**

Datum: TT.MM.JJJJ

Anschrift des Mitglieds/der Vorkasse

**Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V
zur Vorlage bei der bisherigen Krankenkasse**

Herr/Frau
Mistermann/Misterfrau

geboren am TT.MM.JJJJ ¹
Krankenversicherungsnummer (KVNR):

ist ab dem Mitglied der (Name der Krankenkasse).

Bitte leiten Sie diese Mitgliedsbescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist an Ihre bisherige Krankenkasse weiter.

Mit freundlichen Grüßen

¹ Zur technischen Abwicklung können weitere Ordnungsmerkmale angegeben werden, wie z.B. Krankenversicherungsnummer oder Rentenversicherungsnummer.