



Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht vom 12. Juni 2019

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de



Einleitung

Seit der Einführung der freien Krankenkassenwahl für alle Versicherten durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) zum 1. Januar 1996 wird mit den §§ 173 bis 175 SGB V der Regelungsrahmen für ein innerhalb der wettbewerblich ausgerichteten GKV für alle Krankenkassen gleichermaßen und einheitlich anzuwendendes Krankenkassenwahlrecht der Mitglieder der GKV beschrieben.

Der GKV-Spitzenverband hat mit der Veröffentlichung der ersten Fassung der Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht vom 22. November 2016 die Aufgabe übernommen, zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Umsetzung der Regelungen über das Krankenkassenwahlrecht den Krankenkassen die Auslegungshinweise an die Hand zu geben.

Zwischenzeitlich hat das Bundessozialgericht (BSG) seine bisherige Rechtsprechung zum Verfahren des Krankenkassenwechsels außerhalb des Kündigungsverfahrens mit dem Urteil vom 11. September 2018 – B 1 KR 10/18 R –, USK 2018–66, weiter entwickelt. Danach ist ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht – bei Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist – auch in den Fällen einzuräumen, in denen eine Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet und sich die folgende Mitgliedschaft nahtlos an die vorherige anschließt. Über die Auswirkungen des vorgenannten Urteils auf die Praxis der Krankenkassen wurde im Rahmen der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes am 20. März 2019 beraten. Das vorliegende Dokument greift die Ergebnisse dieser Fachkonferenz auf, integriert diese in die gewohnte Gliederungsstruktur der Grundsätzlichen Hinweise und ersetzt somit die bisherige Fassung vom 22. November 2016.

Im Rahmen der vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise werden darüber hinaus Regelungen getroffen, die auf die Erfüllung des gesetzgeberischen Gestaltungsauftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V hinsichtlich der Zuordnung von nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen sowie nach § 175 Abs. 6 SGB V hinsichtlich der Festlegung der Vordrucke zurückzuführen sind. Dieser Teil der Ausführungen hat daher einen verbindlichen Charakter für die betroffenen Krankenkassen, Versicherten und ggf. die zur Meldung verpflichteten Stellen.

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen in den Grundsätzlichen Hinweisen gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Wählbare und zuständige Krankenkasse	6
1.1 Allgemein wählbare Krankenkassen	6
1.2 Sonderzuständigkeit bzw. Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse ..	7
2. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen.....	8
2.1 Allgemeine Wahlrechte	8
2.2 Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter von Krankenkassen sowie deren Verbänden	9
3. Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts	10
3.1 Allgemeines.....	10
3.2 Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren	10
3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht.....	11
3.3.1 Allgemeines.....	11
3.3.2 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei Unterbrechung der Mitgliedschaft	12
3.3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften, die sich nahtlos aneinander anschließen	14
3.3.4 Prüfverpflichtungen der Krankenkassen im Verfahren des Krankenkassenwechsels	17
4. Wahlerklärung des Mitglieds	18
4.1 Allgemeines zur Wahlerklärung	18
4.2 Form der Wahlerklärung	19
4.3 Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung	19
4.3.1 Beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren	19
4.3.2 Bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht	19
4.3.2.1 Für versicherungspflichtige Mitglieder	19
4.3.2.2 Für freiwillige Mitglieder	20
4.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Wahlerklärung	21
4.5 Grundsätze zur Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung.....	21
5. Ausstellung und Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen	23
5.1 Grundsätzliches zur Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen	23
5.2 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle .	23
5.2.1 Bei Eintritt von Versicherungspflicht	23
5.2.2 Bei einem Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren	23

5.2.3	Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten.....	24
5.2.4	Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen bei Rentnern.....	24
5.3	Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse	25
5.4	Übermittlung der Mitgliedsbescheinigungen durch die gewählte Krankenkasse	25
5.5	Folgen der Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung	26
5.5.1	Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren.....	26
5.5.2	Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Eintritt von Versicherungspflicht.	26
5.5.2.1	Pflichten der zur Meldung verpflichteten Stelle	26
5.5.2.2	Pflichten der Krankenkassen bei einer Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V	27
5.5.2.3	Zuordnung der nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen	28
5.5.2.3.1	Letzte Krankenkasse vorhanden	28
5.5.2.3.2	Letzte Krankenkasse nicht vorhanden.....	28
6.	Kündigung der Mitgliedschaft.....	28
6.1	Allgemeines zur Kündigung.....	28
6.2	Form der Kündigungserklärung	29
6.3	Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung	29
6.4	Widerruf bzw. Rücknahme der Kündigungserklärung	30
6.5	Ausstellung von Kündigungsbestätigungen	31
6.6	Wirksamwerden der Kündigung	31
7.	Bindung an die Krankenkassenwahl	32
7.1	Arten der Bindungsfristen.....	32
7.2	18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)	32
7.2.1	Ereignisse, die eine allgemeine Bindungsfrist auslösen	32
7.2.2	Ereignisse, die keine allgemeine Bindungsfrist auslösen	33
7.2.3	Verlauf der Bindungsfrist	36
7.3	Keine Einhaltung der allgemeinen Bindungsfrist erforderlich.....	38
7.3.1	Bei Beginn einer Familienversicherung	38
7.3.2	Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung	39
7.3.3	Bei Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft zwecks Austritts aus der gesetzlichen Krankenversicherung.....	40
7.3.4	Bei Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist.....	41
7.3.5	Bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie bei betrieblichen Veränderungen	42

7.3.6	Bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes	42
7.4	Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen	42
7.4.1	Allgemeines.....	42
7.4.2	Folgen der besonderen Bindungsfrist.....	43
7.4.3	Kündigung des Wahlтарifs in besonderen Härtefällen	44
8.	Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen.....	45
8.1	Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.....	45
8.1.1	Allgemeines zum Sonderkündigungsrecht	45
8.1.2	Ausübung des Sonderkündigungsrechts	46
8.1.3	Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht.....	48
8.1.4	Umgang mit Kündigungen vor Inkrafttreten der Satzungsregelung zum Zusatzbeitrag	50
8.2	Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse	51
8.2.1	Allgemeines.....	51
8.2.2	Verfahren für Versicherungspflichtige.....	52
8.2.3	Verfahren für Mitglieder ohne eine zur Meldung verpflichtete Stelle.....	53
8.2.4	Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse	54
8.2.5	Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen.....	54
9.	Vordrucke.....	55

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. Wählbare und zuständige Krankenkasse

1.1 Allgemein wählbare Krankenkassen

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,
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 Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) bestanden hat,
7. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

Die im Gesetz genannte Einschränkung des Krankenkassenwahlrechts gegenüber den Ersatzkassen, nach der sich die Zuständigkeit nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstrecken muss, ist im Hinblick darauf, dass alle Ersatzkassen bundesweit geöffnet sind, in der praktischen Umsetzung bedeutungslos.

Zum 1. Januar 2008 ist die Sonderzuständigkeit für die in der Seeschifffahrt Beschäftigten weggefallen. Diese Personen haben seitdem 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 (§ 28i Satz 4 SGB IV).

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können die Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse grundsätzlich nur durch eine entsprechende Willenserklärung (Wahl) erlangen. Das heißt, dass sie nach § 175 Abs. 1 SGB V die Wahl gegenüber der jeweiligen Kranken-

kasse erklären müssen. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen, sofern alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

1.2 Sonderzuständigkeit bzw. Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Die im Zuständigkeitsbereich der landwirtschaftlichen Krankenkasse Beschäftigten bzw. selbständig Tätigen (KVLG 1989) werden kraft Gesetzes bei dieser Krankenkasse 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-monatigen Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) aufgrund 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 landwirtschaftliche Krankenkasse kommt für Pflichtversicherte nicht in Betracht.

Darüber hinaus sind die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld sowie Arbeitslosengeld II bei der 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).

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

Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 ist die landwirtschaftliche Krankenkasse für

- Studenten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
- Praktikanten ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
- Auszubildende ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V) und
- Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)

wählbar, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Familienversicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand.

Für Personen, die aus der Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 bei der 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 (BSG-Urteil vom 12. Februar 1998 – B 10 KR 3/97 R –, USK 9813).

Für die bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse freiwillig Versicherten sowie für Personen, die von ihrem Wahlrecht im Sinne des § 21 Abs. 1 KVLG 1989 Gebrauch gemacht haben, finden die allgemeinen Regelungen des Krankenkassenwahlrechts entsprechende Anwendung. Das gilt auch für die Bestimmungen zum Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (vgl. Abschnitt 8.1). Hinsichtlich des Sonderkündigungsrechts tritt an die Stelle des Begriffs "Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes" der Terminus "Beitragserhöhung". Erhöht die landwirtschaftliche Krankenkasse ihre Beiträge, können die vorgenannten Versicherten auch vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist einen Wechsel zu einer Krankenkasse der allgemeinen Krankenversicherung vornehmen.

2. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen

2.1 Allgemeine Wahlrechte

Das in § 173 Abs. 1 und 2 SGB V geregelte Wahlrecht bezüglich der wählbaren Krankenkassen gilt grundsätzlich für alle Mitglieder der GKV; die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe spielt insoweit keine Rolle. Für bestimmte Personengruppen gelten darüber hinaus ergänzende Möglichkeiten bei der Wahl der Krankenkasse; diese gestalten sich im Einzelnen wie folgt:

Die Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist, ist wählbar für:

- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V)
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)
- behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V)
- behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V)
- versicherungspflichtige Rentner/Rentenantragsteller (§ 5 Abs. 1 Nr. 11, Nr. 11a, Nr. 11b und Nr. 12 sowie § 189 SGB V) und freiwillig versicherte Rentner (§§ 9, 188 Abs. 4 SGB V)
- behinderte Menschen im Rahmen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V

Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können Studenten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V) die AOK wählen, die für den Sitz der Hochschule örtlich zuständig ist.

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall werden bei Eintritt der sogenannten Auffang-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. Dies ermöglicht auch diesen Mitgliedern, unter Einhaltung der Bindungs- und Kündigungsfristen zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln. Zu den weiteren Einzelheiten hinsichtlich des Krankenkassenwahlrechts für diesen Personenkreis wird auf die Ausführungen in den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung unter Abschnitt B verwiesen. Die hierbei zu beachtenden Besonderheiten im Hinblick auf die 18-monatige Bindungsfrist werden in Abschnitt 7.2.2 erläutert.

Versicherte, deren Mitgliedschaft sich im Rahmen der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V fortsetzt, bleiben Mitglied der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Pflichtversicherung oder Familienversicherung bestanden hat.

2.2 Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter 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. Die Mitarbeiter der Betriebs- oder Innungskrankenkassen-Verbände können zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten eine der am Wohn- oder Beschäftigungsort bestehenden Betriebs- oder Innungskrankenkassen wählen; praktische Bedeutung hat dies jedoch ausschließlich für die nach wie vor bestehenden Verbände der Betriebskrankenkassen. 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).

3. Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

3.1 Allgemeines

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, die dabei einzuhaltenden Fristen, die zu erstellen- den Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen und das erforderliche Meldever- fahren werden in § 175 SGB V beschrieben. Hierbei sind die Grundsätze zur Ausübung des Kran- kenkassenwahlrechts für alle Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) und alle Versicherungsberech- tigten (§§ 9, 188 Abs. 4 SGB V) weitgehend identisch geregelt, so dass in den nachstehenden Erläuterungen auf die Benennung des betroffenen Personenkreises verzichtet wird, es sei denn, es gelten die personengruppenbezogenen speziellen Regelungen. Bezüglich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung vgl. Abschnitt 1.2.

Das Krankenkassenwahlrecht setzt im Regelfall grundsätzlich das Zusammenwirken der Kündi- gung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse sowie die Wahlerklä- rung gegenüber der gewählten Krankenkasse voraus (Krankenkassenwahlrecht im Kündigungs- verfahren, vgl. Abschnitt 3.2). Darüber hinaus ist die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts auch ohne Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse mög- lich, sofern die hierfür im Gesetz genannten Voraussetzungen vorliegen (sofortiges Krankenkas- senwahlrecht, vgl. Abschnitt 3.3).

3.2 Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren beinhaltet ein mehrstufiges Verfahren. Danach ist ein Krankenkassenwechsel möglich, wenn folgende Voraussetzungen ku- mulativ erfüllt sind:

- Der Versicherte wählt die Krankenkasse unter Beachtung der Wahlmöglichkeiten.
- Die 18-monatige Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Kranken- kasse ist erfüllt.

Ausnahmen:

- Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Er- höhung des Zusatzbeitragssatzes
 - Schließung, Auflösung bzw. die Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
 - Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart, sofern die Satzung dies vorsieht
 - Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse
- Bei Inanspruchnahme von Wahltarifen ist die sich aus dem § 53 Abs. 8 Satz 1 und 2 SGB V ergebende Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt.

Ausnahmen:

- Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (mit Ausnahme des Krankengeld-Wahltarifs)
- Schließung, Auflösung bzw. die Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
- Die Mitgliedschaft wurde bei der bisherigen Krankenkasse fristgerecht gekündigt.
- Die bisherige Krankenkasse stellt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung aus.
- Die gewählte Krankenkasse stellt unverzüglich nach Vorlage der Kündigungsbestätigung eine Mitgliedsbescheinigung aus und
- die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse wird der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (wenn keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist) innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt.

Die vorgenannten Voraussetzungen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren gelten in den Fällen, in denen die Mitgliedschaft ununterbrochen besteht.

Tritt während der Kündigungsfrist ein Tatbestand ein, der zu einem sofortigen Krankenkassenwahlrecht berechtigt (vgl. Abschnitt 3.3), entfällt dadurch die Grundlage für ein Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren und somit auch für eine ggf. zuvor ausgestellte Kündigungsbestätigung. Die bisherige Krankenkasse hat in diesen Fällen eine Beratungspflicht, die über einen entsprechenden Hinweis in der Kündigungsbestätigung (vgl. Anlage 2) realisiert wird.

3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht

3.3.1 Allgemeines

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bedeutet, dass eine wahlberechtigte Person eine neue Krankenkasse ohne Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse wählen darf. Ob hierbei jedoch gleichwohl die Bindungsfristen bei der bisherigen Krankenkasse zu beachten sind, unterscheidet sich je nach der Fallgestaltung. Einerseits ist bei Unterbrechung der Mitgliedschaft ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht ohne Rücksicht auf die Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse gegeben (vgl. Abschnitt 3.3.2). Andererseits wird ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht auch in den Fällen eingeräumt, in denen sich die aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften nahtlos aneinander anschließen; Voraussetzung ist in derartigen Fällen jedoch unter anderem, dass die Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt ist (vgl. Abschnitt 3.3.3).

Die rechtliche Begründung für ein sofortiges Wahlrecht leitet sich aus dem Zusammenwirken der Regelungen über die Beendigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger kraft Gesetzes (vgl. § 190 SGB V), der Regelungen über das Kündigungsverfahren nach § 175 SGB V und den Vorga-

ben der BSG-Rechtsprechung (Urteil vom 13. Juni 2007 – B 12 KR 19/06 R –, USK 2007–51, sowie Urteil vom 11. September 2018 – B 1 KR 10/18 R –, USK 2018–66) ab.

3.3.2 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei Unterbrechung der Mitgliedschaft

Das BSG hat in dem Urteil vom 13. Juni 2007 – B 12 KR 19/06 R –, USK 2007–51, 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. Hierbei spielt es keine Rolle, ob bei der bislang zuständigen Krankenkasse die 18-monatige Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) bzw. die Mindestbindungsfristen für Wahltarife (vgl. Abschnitt 7.4) erfüllt sind.

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht unabhängig von der Erfüllung der Mindestbindungsfristen im Rahmen der letzten Mitgliedschaft besteht darüber hinaus auch in den Fällen, in denen eine Mitgliedschaft kraft Gesetzes endete und nach einer Unterbrechung (z. B. im Zuge einer zunächst bestehenden beitragsfreien Familienversicherung) eine freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 SGB V begründet wird. Das Gleiche gilt außerdem bei der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft durch Kündigung wegen der Begründung einer Familienversicherung bzw. einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV und einem anschließenden Eintritt der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V.

Eine Unterbrechung in dem hier relevanten Sinne 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.

Beispiel 1

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.12.2018. Der Arbeitgeber meldet ihn zum 31.03.2019 wegen Ende der Beschäftigung ab. Vom 01.04.2019 bis zum 02.04.2019 besteht ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V.

Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 03.04.2019. Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 03.04.2019.

Beurteilung

Der Krankenkassenwechsel zum 03.04.2019 ist im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts ohne Beachtung der Bindungsfrist bei der Krankenkasse A zulässig, weil eine neue Pflichtmitgliedschaft nach einer Unterbrechung der Versicherungspflicht begründet wird. 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.

Dagegen liegt keine Unterbrechung vor, wenn sich zwei – ggf. unterschiedliche – Versicherungspflichttatbestände nahtlos aneinander anschließen, so dass durchgehend Versicherungspflicht besteht. Eine Unterbrechung der Mitgliedschaft liegt ebenfalls nicht vor, wenn auf das Ende eines Versicherungspflichttatbestandes eine freiwillige Versicherung im Sinne des § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V folgt. Gleiches gilt, wenn eine freiwillige Mitgliedschaft wegen Eintritts einer Pflichtmitgliedschaft endet (§ 191 Nr. 2 SGB V). In diesen Fällen vollzieht sich ein Krankenkassenwechsel zwar auch sofort, jedoch unter Einhaltung der Mindestbindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse (vgl. Abschnitt 3.3.3); dagegen wird die Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V immer bei der letzten Krankenkasse begründet.

Die sofortige Ausübung des Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens und ohne Beachtung der Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse ist demnach in folgenden Sachverhaltskonstellationen möglich:

- erstmaliger Eintritt der Versicherungspflicht bzw. der Versicherungsberechtigung für Personen, die zuvor überhaupt nicht in der GKV versichert waren
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft nach einer Unterbrechung der Versicherungspflicht für mindestens einen Tag
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V im Anschluss an eine Familienversicherung oder nach einer Unterbrechung der Versicherung in der GKV (z. B. durch einen Auslandsaufenthalt)

Die konkreten Voraussetzungen für die Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens werden in den Abschnitten 4 und 5 erläutert.

3.3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften, die sich nahtlos aneinander anschließen

Das BSG hat mit dem Urteil vom 11. September 2018 – B 1 KR 10/18 R –, USK 2018–66, entschieden, dass ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht auch in den Fällen einzuräumen ist, in denen sich die aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften nahtlos aneinander anschließen; einer Kündigung der bisherigen (kraft Gesetzes geendeten) Mitgliedschaft bedarf es mithin nicht. Ein typisches Beispiel hierfür ist ein Arbeitgeberwechsel bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern. Voraussetzung ist in derartigen Fällen jedoch, dass die 18-monatige Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) bzw. die Mindestbindungsfristen für Wahltarife (vgl. Abschnitt 7.4) erfüllt sind.

Beispiel 1

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A (Bindungsfrist erfüllt). Arbeitgeberwechsel und Wahl der Krankenkasse B zum 01.07.2019.

Beurteilung

Der Krankenkassenwechsel zum 01.07.2019 ist im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts zulässig, weil ein Arbeitgeberwechsel vorliegt und die Bindungsfrist bei der Krankenkasse A erfüllt ist. Dem neuen Arbeitgeber ist innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Beschäftigung eine Mitgliedsbescheinigung nach Anlage 1 vorzulegen. Die Krankenkasse B benötigt für die Begründung der Mitgliedschaft keine Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A.

Die vorgenannten Grundsätze zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts gelten für Versicherungspflichtige und für Versicherungsberechtigte gleichermaßen. Hinsichtlich der Frage, ob bei Beginn einer Mitgliedschaft ein Krankenkassenwahlrecht einzuräumen ist, kommt es also nicht auf den Status dieser Mitgliedschaft an; gleichermaßen ist der Status der vorangegangenen Mitgliedschaft irrelevant. Entscheidend in diesem Kontext ist ausschließlich der Umstand, dass eine unmittelbar vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet.

In der Folge ist also ein Krankenkassenwahlrecht nicht nur dann einzuräumen, wenn Zeiten der Versicherungspflicht unmittelbar aneinander anschließen; ein Krankenkassenwahlrecht ist vielmehr auch dann gegeben, wenn eine Zeit der Versicherungspflicht sich unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft anschließt (z. B. Eintritt der Versicherungspflicht bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze). Schließt sich hingegen eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Zeit der Versicherungspflicht an, bleibt die be-

troffene Person Mitglied der Krankenkasse, bei der zuvor eine Mitgliedschaft bestanden hat. Ein Krankenkassenwahlrecht kann in diesen Fällen nur dann eingeräumt werden, wenn die anschließende freiwillige Mitgliedschaft nicht im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung, sondern im Zuge eines Beitritts nach § 9 SGB V bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll.

Das sofortige Krankenkassenwahlrecht knüpft bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften an die Voraussetzung an, dass die vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet. Aus welchem Grund die bisherige Mitgliedschaft endet, ist insoweit irrelevant. Es spielt daher auch keine Rolle, wenn die an die Versicherungspflicht geknüpften Voraussetzungen zwar weiterhin vorliegen, die Mitgliedschaft jedoch aus anderen Gründen gleichwohl zu beenden ist. Daher ist eine Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes in diesem Sinne auch jeweils in den Fällen anzunehmen, in denen eine dem Grunde nach unverändert bestehende Versicherungspflicht durch eine Vorrangversicherung verdrängt wird oder es nach Wegfall der vorrangigen Versicherungspflicht zu einem Wechsel im Status der Mitgliedschaft kommt, die ursprüngliche Versicherungspflicht also wieder „auflebt“. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn eine KVdR-Mitgliedschaft zunächst durch die Versicherungspflicht aufgrund abhängiger Beschäftigung verdrängt, die Beschäftigung im weiteren Verlauf beendet und in der Folge die KVdR-Mitgliedschaft im unmittelbaren Anschluss an die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Arbeitnehmer (erneut) begründet wird.

Bei unständig Beschäftigten besteht die Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 2 Satz 2 SGB V auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorübergehend, längstens für 3 Wochen nicht beschäftigt wird. Sie endet nach § 190 Abs. 4 SGB V erst dann, wenn das Mitglied die berufsmäßige Ausübung der unständigen Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt, spätestens mit Ablauf von 3 Wochen nach dem Ende der letzten unständigen Beschäftigung. Da das sofortige Krankenkassenwahlrecht bei aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften an die Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft kraft Gesetzes geknüpft ist, ergibt sich daraus, dass unständig Beschäftigte nicht jeweils zu Beginn einer neuen Beschäftigung von ihrem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch machen können. Ein Krankenkassenwechsel ist regelmäßig vielmehr ausschließlich im Kündigungsverfahren (vgl. Abschnitt 3.2) möglich.

Für Versicherte, die einen bestimmten Versicherungspflichttatbestand mehrfach (z.B. Mehrfachbeschäftigte) oder zwei gleichrangige Versicherungspflichttatbestände gleichzeitig (z. B. versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Bezug von Arbeitslosengeld II) erfüllen, vollzieht sich ein Krankenkassenwechsel typischerweise im Kündigungsverfahren. Jedenfalls begründet ein Hinzutritt bzw. ein Wegfall eines weiteren Versicherungspflichttatbestandes zu/bei einer durchgehend bestehenden (anderweitigen) Mitgliedschaft kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Außerdem wird kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht durch den Umstand ausgelöst, dass innerhalb eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses eine Änderung im Arbeitsvertrag vorgenommen wird (z. B. bisherige Halbtagsbeschäftigung/künftige Ganztagsbeschäftigung) oder eine Beendigung des Berufsausbildungsverhältnisses mit Weiterbeschäftigung als Arbeitnehmer erfolgt. Dies gilt auch bei sonstigen im Rahmen der DEÜV vorgeschriebenen Meldeanlässen, wie z. B. Beitragsgruppenwechsel, Wechsel Entgeltabrechnungssystem, Wechsel des Rechtskreises etc., sowie beim Wechsel der Betriebsstätten oder Zweigniederlassungen, die demselben Arbeitgeber im sozialversicherungsrechtlichen Sinne zuzuordnen sind. Ebenfalls kann aus dem Beginn einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V, § 193 SGB V und § 8 EÜG kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht abgeleitet werden.

Tritt ein anderer Inhaber in die Rechten und Pflichten aus dem bestehenden Arbeitsverhältnis ein und ändert sich faktisch nichts an dem Beschäftigungsverhältnis (z. B. bei Umwandlung der Gesellschaftsform, Betriebsübergang nach § 613a BGB, Insolvenzfälle), kann – selbst wenn aus formalen Gründen neue Arbeitsverträge geschlossen werden – vom Krankenkassenwahlrecht nicht sofort Gebrauch gemacht werden.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld oder die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II löst ein Wechsel des zuständigen Leistungsträgers kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus, da in solchen Fällen kein Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes vorliegt; die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 12 SGB V stellt abstrakt auf das Ende eines Leistungsbezugs als solchen ohne Bezugnahme auf den zuständigen Leistungsträger ab. Dagegen begründet der Wechsel des Versicherungstatbestandes von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V – bei Erfüllung der Bindungsfristen – ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Mit der gleichen Begründung ist auch für versicherungspflichtige Studenten ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus Anlass eines Wechsels der Hochschule zu verneinen. Die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 9 SGB V ist an das Ende der Einschreibung als Studierende geknüpft; dagegen ist die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Hochschule in diesem Kontext irrelevant.

Die sofortige Ausübung des Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens – jedoch unter Beachtung der Mindestbindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse – ist demnach in folgenden Sachverhaltskonstellationen möglich:

- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft
- Verdrängung einer dem Grunde nach unverändert bestehenden Versicherungspflicht durch eine Vorrangversicherung oder „Wiederaufleben“ dieser nach Wegfall der Vorrangversicherung

Die konkreten Voraussetzungen für die Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens werden in den Abschnitten 4 und 5 erläutert.

3.3.4 Prüfverpflichtungen der Krankenkassen im Verfahren des Krankenkassenwechsels

Bei einer aktiven Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied hat die neu gewählte Krankenkasse aufgrund der Angaben des Mitglieds zunächst festzustellen, welche der drei möglichen Optionen (vgl. Abschnitte 3.2, 3.3.2 und 3.3.3) für den konkreten Sachverhalt relevant ist. In Abhängigkeit von dieser Feststellung gestaltet sich die Organisation der Prüfung, ob vom Krankenkassenwahlrecht zum gewünschten Zeitpunkt Gebrauch gemacht werden darf, unterschiedlich.

So liegt der Schwerpunkt dieser Prüfung in den Sachverhalten, in denen sich der Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren vollzieht (vgl. Abschnitt 3.2), im Rahmen der Ausstellung der Kündigungsbestätigung bei der bisherigen Krankenkasse. Für die gewählte Krankenkasse ist lediglich relevant, dass eine Kündigungsbestätigung vorgelegt wird.

Bei der Wahrnehmung des Krankenkassenwahlrechts im Falle sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) bedarf es keiner Kündigung. Ungeachtet dessen hat die bislang zuständige Krankenkasse zu prüfen, ob die Voraussetzungen zur Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts vorliegen; hierzu gehört insbesondere die Prüfung, ob die allgemeine Bindungsfrist sowie ggf. die besonderen Bindungsfristen für Wahltarife erfüllt sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass die bisherige Krankenkasse spätestens im Rahmen der Klärung der obligatorischen Anschlussversicherung darüber Kenntnis erhält, dass das Mitglied von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch gemacht hat.

Vor diesem Hintergrund wird zum Zwecke der Optimierung der Verwaltungsabläufe beim Krankenkassenwechsel im Falle von unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften ein Informati-

onsaustausch zwischen den beteiligten Krankenkassen empfohlen. Hierbei übermittelt die neu gewählte Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung an die bisher zuständige Krankenkasse. Dadurch wird die Prüfung des möglichen Zustandekommens der obligatorischen Anschlussversicherung bei der bislang zuständigen Krankenkasse unterstützt und beschleunigt. Im Gegenzug kontaktiert die bislang zuständige Krankenkasse die gewählte Krankenkasse; dies ist jedoch nur dann notwendig, wenn die Voraussetzungen zur Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts nicht erfüllt sind. Damit wird eine zeitnahe Rückabwicklung eines nicht zulässigen Wechsels der Krankenkasse sichergestellt. Der beschriebene Informationsaustausch entfaltet keine Rechtswirkung auf das rechtmäßige Zustandekommen des Krankenkassenwechsels.

Bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft (vgl. Abschnitt 3.3.2) obliegt die Prüfung der Rechtmäßigkeit des angestrebten Krankenkassenwechsels der neu gewählten Krankenkasse. Die eventuell notwendigen Aktivitäten der bisherigen Krankenkasse im Rahmen der Klärung der obligatorischen Anschlussversicherung bleiben unberührt.

4. Wahlerklärung des Mitglieds

4.1 Allgemeines zur Wahlerklärung

Nach § 175 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 173 Abs. 1 SGB V hat der Versicherte sein Krankenkassenwahlrecht ausschließlich gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse auszuüben. Eine gegenüber einer zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit) abgegebene Wahlerklärung erlangt dagegen regelmäßig keine Rechtswirkung.

§ 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. Dies schließt neben der Abgabe einer Wahlerklärung deren mögliche Korrektur (vgl. Abschnitt 4.4) mit ein. 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. Darüber hinaus darf sie die Wahlerklärung nicht durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren.

4.2 Form der Wahlerklärung

Eine bestimmte Form der Wahlerklärung ist in § 175 SGB V weder für Versicherungspflichtige noch für Versicherungsberechtigte vorgesehen. Aus Gründen der Verfahrenssicherheit ist jedoch eine schriftliche Wahlerklärung für alle Personengruppen empfehlenswert. Dagegen ist eine Schriftform verpflichtend, wenn die Wahlerklärung nach § 175 SGB V gleichzeitig die Funktion einer Beitrittserklärung im Sinne des § 188 Abs. 3 SGB V erfüllt (z. B. bei der erstmaligen Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV oder bei der Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung bzw. Pflichtmitgliedschaft). Gehörte der Betroffene zum Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels bereits bei der gekündigten Krankenkasse zum Personenkreis der freiwilligen Mitglieder, gilt für die Wahlerklärung nach § 175 SGB V gegenüber der gewählten Krankenkasse kein Schriftformerfordernis.

4.3 Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung

4.3.1 Beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren

Die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung im Rahmen eines Kündigungsverfahrens für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte (vgl. Abschnitt 3.2) ergibt sich aus dem § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V. Danach muss die Wahlerklärung bis zum Ende der Kündigungsfrist gegenüber der gewählten Krankenkasse abgegeben werden. Darüber hinaus muss die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse innerhalb derselben Frist der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (wenn keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist) vorgelegt werden.

4.3.2 Bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht

4.3.2.1 Für versicherungspflichtige Mitglieder

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vgl. Abschnitt 3.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus dem § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Danach kann die Ausübung des Wahlrechts durch den Versicherungspflichtigen nur bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht rechts- wirksam erfolgen. Zwar ergibt sich diese Anforderung nicht zwingend aus dem Wortlaut des Gesetzes, dennoch hat das BSG in seinem Urteil vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 21/10 R –, USK 2011–172, entschieden, dass nach Ablauf der zweiwöchigen Frist im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V die Krankenkassenwahl durch das Mitglied nicht mehr wirksam ausgeübt werden kann. Eine zeitliche Ausdehnung des Wahlrechts bis zur die Wahl ersetzende Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle oder darüber hinaus ist rechtlich nicht zulässig.

Eine besondere Problematik ergibt sich für die Ausübung eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts bei dem Personenkreis der Arbeitslosengeld II-Bezieher. Die Regelung des § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II, wonach der Antrag auf Arbeitslosengeld II auf den Ersten des Antragsmonats zurückwirkt, kann u. U. dazu führen, dass die ausdrücklich an den Eintritt der Versicherungspflicht gekoppelte zweiwöchige Frist im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V am Tag der Antragstellung bereits abgelaufen ist. In solchen Fällen wird generalisierend unterstellt, dass die Voraussetzungen der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 27 SGB X erfüllt sind. Das bedeutet in der vereinfachten Darstellung, dass sich der Zwei-Wochen-Zeitraum für die Abgabe einer Wahlerklärung an den Tag der Stellung des Leistungsantrages anschließt. Geht die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse innerhalb dieses Zeitraumes beim Jobcenter ein, kann das Jobcenter in der Folge von einem rechtzeitig ausgeübten Wahlrecht ausgehen, ohne dass aus diesem Anlass eine Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse erforderlich ist.

4.3.2.2 Für freiwillige Mitglieder

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungsberechtigung (vgl. Abschnitt 3.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus § 9 Abs. 2 SGB V, da bei diesen Fallkonstellationen die Wahlerklärung zugunsten einer bestimmten Krankenkasse immer mit einer Beitrittserklärung zur GKV einhergeht. Die Frist beträgt somit jeweils drei Monate nach dem beitragsbegründenden Ereignis.

Für Personen, die unmittelbar vor der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts beim Eintritt der Versicherungsberechtigung bei einer anderen Krankenkasse pflicht- oder familienversichert waren, bedarf es für den Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Austrittserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der bisherigen Krankenkasse. Eine rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts setzt in solchen Fällen – neben der Wahlerklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse innerhalb von drei Monaten – nur voraus, dass gegenüber der bisherigen Krankenkasse eine Nachweisführung der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall stattfindet. Diese ist an keine Fristen gebunden und wird typischerweise entweder im Rahmen einer Meldung nach § 9 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes (für zuletzt familienversicherte Personen) oder im Rahmen eines unter Abschnitt 3.3.4 empfohlenen Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Krankenkassen (für zuletzt Pflichtversicherte) vollzogen. Sofern bei freiwilligen Mitgliedern eine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, muss darüber hinaus die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse innerhalb von drei Monaten der zur Meldung verpflichteten Stelle vorgelegt werden (vgl. Abschnitt 5.2.3).

4.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Wahlerklärung

Die Wahlerklärungen der Versicherten sind einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärungen, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind. Auf sie finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung, solange die SGB-Vorschriften keine spezialgesetzlichen Regelungen treffen. Das Wirksamwerden der Wahlerklärungen richtet sich somit nach § 130 BGB, was grundsätzlich 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. Im Interesse der Versicherten hat sich jedoch seit Jahren die Praxis etabliert, wonach die freie Krankenkassenwahl den Versicherten, die vom Wahlrecht des § 175 Abs. 4 SGB V Gebrauch machen (vgl. Abschnitt 3.2), bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit der Kündigung zugestanden wird. Die Wahlerklärung kann dadurch in den Fällen des § 175 Abs. 4 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist durch den Widerruf einer bzw. mehrerer Wahlerklärung(en) „korrigiert“ werden. Sollte nach einer Kündigung das Wahlrecht mehrfach ausgeübt worden sein und werden aufgrund dessen der zur Meldung verpflichteten Stelle mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorgelegt, gilt die Krankenkasse als gewählt, die der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle gegenüber benennt. Sofern das Mitglied nicht nur seine Wahlerklärung(en), sondern auch die Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse widerrufen möchte, gilt das in Abschnitt 6.4 beschriebene Verfahren.

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

Ein identisches Verfahren hat sich auch im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vgl. Abschnitt 3.3) entwickelt. Sofern ein Versicherter mehreren Krankenkassen gegenüber erklärt, deren Mitglied werden zu wollen und aufgrund dessen der zur Meldung verpflichteten Stelle mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorliegen, meldet die zur Meldung verpflichtete Stelle den Betroffenen 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. Eine bzw. mehrere Wahlerklärung(en) können innerhalb dieser Frist widerrufen werden.

4.5 Grundsätze zur Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung

Bundeseinheitliche Vordrucke zur Wahlerklärung nach § 175 SGB V sind weder gesetzlich noch untergesetzlich vorgesehen. Gleichwohl haben die Krankenkassen bei der freien Gestaltung der Formulare zur Datenerhebung bei Begründung einer Mitgliedschaft sicherzustellen, dass gesetzliche Vorgaben des Datenschutzes eingehalten werden und eine Risikoselektion bzw. der Anschein

einer Risikoselektion durch die gewählte Krankenkasse vermieden wird. Zur Umsetzung dieser Anforderung dürfen Angaben, die den Tatbestand der Erforderlichkeit nach § 284 SGB V nicht erfüllen, generell nicht erhoben werden; hierzu gehören beispielsweise Fragen nach dem Gesundheitszustand eines potenziellen Mitglieds.

Für die Beurteilung, welche Daten erhoben werden dürfen, ist danach zu differenzieren, ob die Daten zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses bzw. zur Begründung der Mitgliedschaft (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V), zur Feststellung der Beitragspflicht (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) oder zur Erbringung der Leistungen (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) erforderlich sind.

Angaben, die für die Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen erforderlich sind, dürfen nur außerhalb des Formulars zur Wahlerklärung nach § 175 SGB V zeitlich später ermittelt werden. Als Beispiel hierfür sind die Fragen zur Teilnahme an DMP, zum Krankengeldbezug oder zur Wehrdienstbeschädigung zu nennen.

Daten, die zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft sowie zur Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge erforderlich sind, dürfen dagegen im Rahmen der Wahlerklärung im erforderlichen Umfang erfragt werden. Als zulässig wird insbesondere erachtet:

- Frage nach den beitragspflichtigen Einnahmen, die bei allen versicherungspflichtigen Mitgliedern – unabhängig von dem konkreten Versicherungsverhältnis – relevant sind (Renten und Versorgungsbezüge), einschließlich der Angaben zu der meldepflichtigen Stelle;
- Frage nach der Höhe des Arbeitseinkommens, soweit es neben einer Rente oder Versorgungsbezügen erzielt wird (beitragsrechtliche Relevanz);
- Frage, ob eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird (versicherungsrechtliche Relevanz für die Einleitung der Prüfung nach § 5 Abs. 5 SGB V bzw. für die Zuordnung zu dem Personenkreis freiwillig Versicherter);
- Frage nach der Höhe des Arbeitsentgelts, allerdings nur in der Weise, ob das Jahresarbeitsentgelt die für das jeweilige Kalenderjahr maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.

Bei Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft bzw. einer Mitgliedschaft für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen darf der Fragebogen zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen zeitgleich mit dem Formular für die Wahlerklärung nach § 175 SGB V eingesetzt werden. Alternativ ist die Datenabfrage für die beiden Themenkomplexe innerhalb eines Formulars, das speziell auf diese Personengruppen ausgerichtet ist, zulässig.

Freiwillige Angaben, wie z.B. die E-Mailadresse, sollten als solche gekennzeichnet werden.

5. Ausstellung und Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen

5.1 Grundsätzliches zur Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen

Die Krankenkassen haben nach § 175 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 3 SGB V nach Ausübung des Krankenkassenwahlrechts oder nach Eintritt einer Versicherungspflicht die Mitgliedsbescheinigungen auszustellen. Diese 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.

Die nach erfolgter Krankenkassenwahl gemäß § 175 SGB V ausgestellte Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse stellt grundsätzlich keinen Verwaltungsakt über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dar (BSG-Urteil vom 27. Juni 2012 – B 12 KR 11/10 R –, USK 2012–39).

5.2 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle

5.2.1 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, Bundesagentur 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 5.5.2 beschriebenen Verfahrensweise. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

5.2.2 Bei einem Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren

Der Krankenkassenwechsel eines versicherungspflichtigen oder eines versicherungsberechtigten Mitglieds wird nur dann wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist die Mitgliedsbescheinigung seiner neu gewählten Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle vorlegt (vgl. Abschnitt 3.2). Die Krankenkasse hat deshalb nach Ausübung des Wahlrechts dem neuen Mitglied unverzüglich nach Vorlage der Kündigungsbestätigung 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.

5.2.3 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).

Im Übrigen ist die zweiwöchige Frist für die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle im Verfahren des sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass des Eintritts der Versicherungsberechtigung (z. B. in den Sachverhalten im Sinne des § 6 Abs. 4 SGB V) – anders als bei Versicherungspflichtigen – ohne Bedeutung. Vielmehr kann die Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle bis zum Ablauf der Antragsfrist nach § 9 Abs. 2 SGB V vorgelegt werden.

5.2.4 Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen bei Rentnern

Bei versicherungspflichtigen Rentnern wird von einer Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger abgesehen, da der Rentenversicherungsträger als zur Meldung verpflichtete Stelle bereits durch die nach § 201 Abs. 2 SGB V unverzüglich von der neu gewählten Krankenkasse abzugebende Meldung über den Wechsel der Krankenkasse informiert wird. Insofern ersetzt die Meldung nach § 201 Abs. 2 SGB V die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger. Entsprechendes gilt für den Krankenkassenwechsel von Rentnantagstellern sowie von freiwillig versicherten Rentnern (vgl. das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner sowie die Gemeinsamen Grundsätze zum maschinell unterstützten Meldeverfahren zur Krankenversicherung der Rentner und zur Pflegeversicherung in der jeweils gültigen Fassung).

5.3 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse

Bei einem Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren ergibt sich die Notwendigkeit der Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse nur dann, wenn für das Mitglied keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist. Ein Krankenkassenwechsel wird hierbei nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorlegt. Diese Regelung kommt insbesondere bei freiwillig versicherten Selbständigen, Beamten, Haushaltsführenden, Schülern und ähnlichen Personen in Betracht. Die Mitgliedsbescheinigung kann der bisherigen Krankenkasse auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

Bei einem sofortigen Krankenkassenwahlrecht (vgl. Abschnitt 3.3) ist die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse bei der bisherigen Krankenkasse materiell-rechtlich nicht vorgesehen; diese wirkt sich daher auf die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nicht aus. Jedoch wird dieses Verfahren für Zwecke der Optimierung der Verwaltungsabläufe bei Krankenkassen empfohlen (vgl. Abschnitt 3.3.4), sofern es sich um das Verfahren des Krankenkassenwahlrechts im Falle sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) handelt.

5.4 Übermittlung der Mitgliedsbescheinigungen durch die gewählte Krankenkasse

Nach dem Wortlaut des Gesetzes obliegt die Verpflichtung einer rechtzeitigen Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. – soweit keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist – der bisherigen Krankenkasse als Bedingung für eine rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts dem Mitglied selbst. Dies gilt sowohl beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht (§ 175 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V) als auch beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

Im Interesse der Versicherten hat sich jedoch seit Jahren die Praxis etabliert, wonach die neu gewählte Krankenkasse eine direkte Übermittlung der Mitgliedsbescheinigung an die zuständige Stelle übernehmen kann bzw. übernimmt (vgl. Abschnitte 5.2.1, 5.2.2 und 5.3).

Wird die Mitgliedsbescheinigung nach § 175 Abs. 3 Sätze 1 und 2 bzw. Abs. 4 Satz 4 SGB V durch die neu gewählte Krankenkasse nicht fristgerecht der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse übermittelt, kann ein angestrebter Krankenkassenwechsel – trotz Verstreichens der Frist – zustande kommen, da in aller Regel die Voraussetzungen für eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB X vorliegen. Der Versicherte hat das Verschulden der neu gewählten Krankenkasse hinsichtlich der Übermittlung der Mitgliedsbeschei-

nigung nur dann zu vertreten, wenn die neue Krankenkasse ausreichend deutlich gemacht hat, dass der Versicherte die Verantwortung für den rechtzeitigen Eingang trägt.

5.5 Folgen der Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung

5.5.1 Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren

Bei versicherungspflichtigen Mitgliedern, die während der Kündigungsfrist keine neue Krankenkasse wählen und/oder der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. – soweit keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist – der bisherigen Krankenkasse keine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorlegen, setzt sich die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse automatisch fort. Entsprechendes gilt für freiwillig Versicherte bei Nichtvorlage einer Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (sofern keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist).

Freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, müssen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweisen (vgl. Abschnitt 6.6). Wird dieser Nachweis bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht erbracht, setzt sich die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse automatisch fort.

5.5.2 Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Eintritt von Versicherungspflicht

5.5.2.1 Pflichten der zur Meldung verpflichteten Stelle

Bei jedem Beginn der Versicherungspflicht hat der Versicherte dafür Sorge zu tragen, dass die zur Meldung verpflichtete Stelle eine Mitgliedsbescheinigung seiner Krankenkasse erhält. Wird das Wahlrecht vom Versicherten nicht selbst wahrgenommen oder eine Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, ist die zur Meldung verpflichtete Stelle nach § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V verpflichtet, den Versicherten bei der Krankenkasse anzumelden, bei der er zuletzt versichert war. Als letzte Krankenkasse gilt die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestand. Auf die Dauer der Familienversicherung sowie die etwaige Erfüllung einer Bindungsfrist im Rahmen der letzten Mitgliedschaft kommt es hierbei nicht an.

Die Krankenkasse, die eine Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V erhält, hat grundsätzlich eine Prüfung ihrer Zuständigkeit durchzuführen (vgl. Abschnitt 5.5.2.2).

In den Ausnahmefällen, in denen der Versicherungspflichtige sein Krankenkassenwahlrecht nicht selbst ausübt und er zugleich noch bei keiner Krankenkasse versichert war, hat ihn die zur Meldung verpflichtete Stelle bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die

Wahl unter den dort genannten möglichen Krankenkassen trifft die zur Meldung verpflichtete Stelle. Sie ist verpflichtet, den Versicherten über die letztlich gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

5.5.2.2 Pflichten der Krankenkassen bei einer Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V

Im Falle einer unterlassenen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied anlässlich des Beginns einer Versicherungspflicht und einer damit verbundenen Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle ist die Krankenkasse, die eine derartige Anmeldung erhält, grundsätzlich zu einer Prüfung ihrer Zuständigkeit verpflichtet.

In den Fällen, in denen zwischen zwei Pflichtmitgliedschaften bei derselben Krankenkasse ein Unterbrechungszeitraum von bis zu einem Monat vorliegt (vgl. § 19 Abs. 2 SGB V), ist die Klärung der Krankenkassenzuständigkeit durch das Zusammenwirken der Prozessabläufe in der Mitgliederbestandsführung der beteiligten Krankenkassen (Fami-Meldeverfahren, bedarfsbezogene Klärung der Weiterversicherung, RSA-Clearingverfahren) sowie der Prüfverpflichtungen der zur Meldung verpflichteten Stellen sichergestellt. Vor diesem Hintergrund ist eine darüberhinausgehende Prüfung der Zuständigkeit durch die betroffene Krankenkasse in weiten Teilen obsolet und im Sinne eines verwaltungsökonomischen und zielgerichteten Handelns nicht geboten. Dies gilt allerdings nur, solange keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Meldung des Arbeitgebers im Hinblick auf die Krankenkassenzuständigkeit fehlerhaft ist.

Bei allen anderen Fallkonstellationen einer unterlassenen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied und einer damit verbundenen Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle muss die betroffene Krankenkasse prüfen, ob sie als letzte Krankenkasse im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V bzw. wegen der Ausübung des Ersatzwahlrechts durch die zur Meldung verpflichtete Stelle nach § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V zuständig ist. Kann sie jedoch trotz der Ausschöpfung der zumutbaren Ermittlungsaktivitäten ihre Zuständigkeit für die Durchführung der Pflichtmitgliedschaft nicht abschließend klären, hat sie die Anmeldung zu akzeptieren und die Mitgliedschaft durchzuführen. Stellt sich ausnahmsweise später heraus (z. B. im Rahmen eines RSA-Clearingverfahrens), dass eine andere Krankenkasse in ihrer Eigenschaft als letzte Krankenkasse im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V für die Durchführung der Mitgliedschaft zuständig ist, sind die erforderlichen versicherungs-, melde- und beitragsrechtlichen Korrekturen durchzuführen.

5.5.2.3 Zuordnung der nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen

5.5.2.3.1 Letzte Krankenkasse vorhanden

Für die Fälle, in denen das Wahlrecht vom Versicherten nicht ausgeübt wird und auch keine Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle an eine Krankenkasse übermittelt wurde, wird der Betroffene zunächst der Krankenkasse zugewiesen, bei der er zuletzt versichert war. Als letzte Krankenkasse gilt die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestand. Die unterlassene Anmeldung ist nachzuholen.

5.5.2.3.2 Letzte Krankenkasse nicht vorhanden

Nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V hat der GKV-Spitzenverband den gesetzlichen Auftrag, für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht vorgelegt wird und die zur Meldung verpflichtete Stelle ihrer Verpflichtung zur Anmeldung bei der zuständigen Einzugsstelle nicht nachkommt, die Regeln über die Krankenkassenzuständigkeit festzulegen. Ein Bedarf für derartige Regelungen hat sich in der Praxis nur für die Sachverhalte der nicht gemeldeten Arbeitnehmer – meistens im Rahmen einer illegalen Beschäftigung (sogenannte Schwarzarbeit) – ergeben, die zu einem späteren Zeitpunkt insbesondere im Rahmen einer Betriebsprüfung aufgedeckt werden.

Maßgeblich für die Zuordnung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer zu einer Krankenkasse sind die beiden letzten Ziffern der Betriebsnummer des Arbeitgebers, bei der der Arbeitnehmer beschäftigt ist bzw. war. Die Aufteilung der Betriebsnummern auf die Krankenkassen erfolgt auf der Grundlage der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Stichtag 1. Juli veröffentlichten Mitgliederzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung für das folgende Kalenderjahr. Damit soll eine gleichmäßige Verteilung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer auf alle Krankenkassenarten erreicht werden.

Die jeweils aktuelle Zuordnung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer zu einer Krankenkasse wird durch den GKV-Spitzenverband per Rundschreiben bekannt gegeben.

6. Kündigung der Mitgliedschaft

6.1 Allgemeines zur Kündigung

Die Krankenkasse kann bei einer ununterbrochen bestehenden Pflicht- oder freiwilligen Mitgliedschaft nur gewechselt werden, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde.

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 im Rahmen des Kündigungsverfahrens ausnahmslos erst nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse begründen (BSG-Urteil vom 9. November 2011 – B 12 KR 3/10 R –, USK 2011–161). Nur dann, wenn ein sofortiges Wahlrecht besteht, darf eine Mitgliedschaft ohne Kündigungsbestätigung der vorherigen Krankenkasse begründet werden (vgl. Abschnitt 3.3).

6.2 Form der Kündigungserklärung

Die Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige und rechtsgestaltende Willenserklärung, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist und auf die §§ 104 ff. BGB entsprechend anzuwenden sind. Es ist weder eine besondere Form noch ein Unterschriftenfordernis hierfür vorgesehen. Bereits aus Gründen der Rechtssicherheit werden Versicherte den Kündigungswillen grundsätzlich schriftlich erklären.

6.3 Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung

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. Auf die Kündigung finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung. Das Wirksamwerden der Kündigungserklärungen 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. Die Kündigung muss der bisherigen Krankenkasse demnach spätestens am letzten Tag eines Monats vorliegen, wenn sie Rechtswirksamkeit zum Ablauf des übernächsten Monats erlangen soll. Entscheidend dabei ist der tatsächliche Eingang der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.

Beispiel 1

Mitglied seit dem 13.03.2018.

Eingang der Kündigung am 12.07.2019 zum nächstmöglichen Termin.

Beurteilung

Es gilt die 18-monatige Bindungsfrist, die mit Ablauf des 12.09.2019 erfüllt ist.

Die Mitgliedschaft endet am 30.09.2019, da eine Kündigung nur zum Ablauf eines Monats erfolgen kann. Die Krankenkasse hat spätestens bis zum 26.07.2019 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 2

Versicherungspflichtiges Mitglied seit dem 19.02.2018.

Eingang der Kündigung der Mitgliedschaft am 03.05.2019 zum 31.07.2019.

Beurteilung

Die Kündigung der Mitgliedschaft zum 31.07.2019 ist nicht möglich. Die maßgebende Bindungsfrist von 18 Monaten (19.02.2018 bis 18.08.2019) ist noch nicht erfüllt.

Die Krankenkasse informiert das Mitglied über diesen Tatbestand und hat die Kündigung auf den 31.08.2019 umzudeuten.

6.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Kündigungserklärung

Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Mitglieder, die während der Kündigungsfrist keine neue Krankenkasse wählen, müssen ihre Kündigung nicht widerrufen, da sich die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse automatisch fortsetzt (vgl. Abschnitt 6.6).

Für freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung zwar ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, jedoch bis zum Ende der Kündigungsfrist keinen Nachweis über die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorlegen können, setzt sich die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse ebenfalls automatisch fort.

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 innerhalb der Kündigungsfrist zurückzunehmen, damit diese Mitgliedschaft fortgesetzt werden kann. Die die Mitgliedschaft fortsetzende Krankenkasse informiert innerhalb der Kündigungsfrist 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.

Der Widerruf der Kündigung durch den Versicherten sollte aus Gründen der Verfahrenssicherheit schriftlich erfolgen.

Ein Widerruf der Kündigung nach dem Ende der Kündigungsfrist und damit nach Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist ausgeschlossen.

6.5 Ausstellung von Kündigungsbestätigungen

Die Kündigungsbestätigung ist unverzüglich auszustellen. § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V bestimmt ausdrücklich, dass die Kündigungsbestätigung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung ausgestellt werden muss. Die Übermittlung der Kündigungsbestätigung darf nicht durch interne Abläufe verzögert oder verhindert werden.

6.6 Wirksamwerden der Kündigung

Eine Kündigung wird zum Ablauf der Kündigungsfrist wirksam. Dies gilt allerdings nur dann, wenn der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle bis zu diesem Zeitpunkt die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Die zur Meldung verpflichtete Stelle hat daraufhin die betroffene Person zum Ende der Kündigungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse abzumelden und zum Folgetag bei der gewählten Krankenkasse anzumelden.

Kündigt ein freiwillig versicherter Arbeitnehmer seine Mitgliedschaft zugunsten 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 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Bei den nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmern gilt der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall durch die Zahlung eines Beitragszuschusses nach § 257 Abs. 2 SGB V als erbracht, es sei denn, es liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Arbeitgeber keinen Beitragszuschuss zahlt.

Die ausgesprochene Kündigung ist damit zunächst schwebend unwirksam mit der Folge, dass immer dann, wenn der zur Meldung verpflichteten Stelle 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 Abmeldungen durch die zur Meldung verpflichteten Stellen überwachen. Ohne die fristgerechte Vorlage einer neuen Mitgliedsbescheinigung oder eines Nachweises über

das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ist eine derartige Abmeldung unzulässig. Die Versicherten, die ihre Mitgliedschaft kündigen, sind hierauf hinzuweisen.

Sofern 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 bzw. einen Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegt (vgl. Abschnitt 5.3).

7. Bindung an die Krankenkassenwahl

7.1 Arten der Bindungsfristen

Nach der Ausübung des Wahlrechts ist das Mitglied an die gewählte Krankenkasse zunächst für 18 Monate gebunden (allgemeine Bindungsfrist). Darüber hinaus gilt die besondere Bindungsfrist von einem oder drei Jahren für Mitglieder, die von einem Wahltarif ihrer Krankenkasse nach § 53 SGB V Gebrauch machen. Beide Fristen müssen nicht zwingend parallel verlaufen.

Davon zu unterscheiden ist die nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V für bestimmte Personengruppen eingeräumte Option, eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch zu wählen (sog. Optionskrankengeld). Die hierbei entstehende dreijährige Bindung an die Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V ist im Rahmen des Krankenkassenwahlrechts nicht zu berücksichtigen.

7.2 18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)

7.2.1 Ereignisse, die eine allgemeine Bindungsfrist auslösen

Die in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Mindestbindung von 18 Monaten an die Wahl der Krankenkasse wirkt sich beim Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren und beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht unterschiedlich aus. Im Falle des Kündigungsverfahrens wird die Bindungsfrist nur durch den tatsächlichen Wechsel der Krankenkasse ausgelöst. Beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht knüpft die Mindestbindung an die getroffene Wahl hingegen alleine an das grundsätzlich entstandene sofortige Krankenkassenwahlrecht an, ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 11/98 R –, USK 9834). Dies führt dazu, dass eine neue Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V jeweils unabhängig davon ausgelöst wird, ob die Wahl aktiv (also, zugunsten einer neuen Krankenkasse) oder passiv (also, zugunsten der bisherigen Krankenkasse) ausgeübt wurde.

Da nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft eine sich anschließende Versicherungspflicht nach § 5 SGB V oder Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V ein sofortiges Wahlrecht – ohne Rücksicht auf die bisherige Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist – begründen (vgl. Abschnitt 3.3.2), beginnt die erneute 18-monatige Bindungsfrist also auch dann, wenn der Versicherte erneut Mitglied der bisherigen Krankenkasse wird.

Der insoweit bestehende Grundsatz einer sich begründenden Bindungsfrist im Zuge eines sogenannten passiven Krankenkassenwahlrechts entfaltet Wirkung gleichermaßen auch in den Sachverhaltskonstellationen, in denen bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) zu Beginn der erneuten Mitgliedschaft – die Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist vorausgesetzt – ein Krankenkassenwahlrecht zwar einzuräumen ist, der Versicherte hiervon jedoch keinen Gebrauch macht.

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

- den Versicherten selbst oder
- 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 (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 11/98 R –, USK 9834),

ausgelöst.

7.2.2 Ereignisse, die keine allgemeine Bindungsfrist auslösen

Ist bei Eintritt eines neuen Versicherungspflichttatbestandes bzw. Versicherungsgrundes oder bei der Veränderung des Versicherungsstatus (z. B. Arbeitgeberwechsel, Wechsel vom Beschäftigten zum Arbeitslosengeldbezieher, Wechsel von einem Arbeitslosengeldbezug zum Bezug des Arbeitslosengeldes II, Wechsel von der freiwilligen Mitgliedschaft zur Versicherungspflicht) die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht erfüllt, besteht kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht und somit beginnt auch keine neue Bindungsfrist. Außerdem wird keine neue Bindungsfrist ausgelöst, wenn sich lediglich die Grundlage für eine freiwillige Mitgliedschaft ändert (z. B. Beendigung einer versicherungsfreien Beschäftigung und Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit).

Durch den Widerruf einer Kündigung (vgl. Abschnitt 6.4) wird ebenfalls keine neue Bindungsfrist ausgelöst.

Schließt sich eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtversicherung oder Familienversicherung an, gilt der Grundsatz, dass Mitglieder, deren Mitgliedschaft sich im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V fortsetzt, zunächst Mitglied der Krankenkasse bleiben, bei der zuvor die Versicherung bestanden hat. Da insoweit ein Krankenkassenwahlrecht nicht eingeräumt wird, beginnt mit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung auch keine erneute 18-monatige Bindungsfrist. Dies führt bei zuletzt pflichtversicherten Personen dazu, dass die bisherige Bindungsfrist weiterläuft. Für zuletzt familienversicherte Personen entsteht die Konsequenz, dass sie ihre – nach § 188 Abs. 4 SGB V zustande gekommene – freiwillige Mitgliedschaft ohne Beachtung der Bindungsfrist kündigen bzw. beim Eintritt der Versicherungspflicht im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft die Krankenkasse ohne Kündigung sofort wechseln können.

Beispiel 1

Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V bei der Krankenkasse A seit dem 01.12.2018. Zuvor bestand bei dieser Krankenkasse seit dem 01.12.2017 eine Familienversicherung. Aus Anlass der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.05.2019 möchte die betroffene Person Mitglied der Krankenkasse B werden.

Beurteilung

Zum 01.05.2019 besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Es handelt sich um die Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an die kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft. Grundsätzlich wäre die Erfüllung der allgemeinen Bindungsfrist bei der Krankenkasse A zu beachten. Da allerdings bei der letzten Mitgliedschaft des Betroffenen bei der Krankenkasse A um eine obligatorische Anschlussversicherung handelt und dieser wiederum eine Familienversicherung des Betroffenen vorangegangen war, wurde bei der Krankenkasse A zu Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft keine Bindungsfrist ausgelöst.

Beispiel 2

Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V bei der Krankenkasse A seit dem 01.12.2018. Zuvor bestand bei dieser Krankenkasse seit dem 01.12.2017 eine Pflichtmitgliedschaft aufgrund eines Arbeitslosengeldbezugs. Aus Anlass der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.05.2019 möchte die betroffene Person Mitglied der Krankenkasse B werden.

Beurteilung

Der Krankenkassenwechsel zum 01.05.2019 ist nicht möglich. Es sofortiges Krankenkassenwahlrecht bestünde zwar grundsätzlich, weil es sich um die Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an die kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft handelt. Jedoch wird hierfür die Erfüllung der allgemeinen Bindungsfrist bei der Krankenkasse A vorausgesetzt. Die maßgebende Bindungsfrist von 18 Monaten (01.12.2017 bis 31.05.2019), die beim Wechsel von der Versicherungspflicht zur obligatorischen Anschlussversicherung weiterläuft, ist noch nicht erfüllt.

Die vorgenannten Beurteilungsgrundsätze gelten auch für Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V unterliegen. Für sie gilt nach § 174 Abs. 5 SGB V, dass sie zunächst Mitglieder der Krankenkasse werden, bei der zuletzt die Versicherung bestanden hat. Da zum Beginn der Mitgliedschaft insoweit ein Krankenkassenwahlrecht nicht eingeräumt wird, wird durch Beginn der Auffang-Versicherungspflicht keine erneute 18-monatige Bindungsfrist ausgelöst. Vielmehr läuft die bisherige – aus der vorangegangenen Mitgliedschaft resultierende – Bindungsfrist weiter. Die Zeiten der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV werden darauf angerechnet. Da die Zuordnung zu der „letzten“ Krankenkasse selbst dann gilt, wenn die Unterbrechung der Mitgliedschaft mindestens 18 Monaten betragen hat, können die Betroffenen die Krankenkasse in solchen Fällen sofort – unter Einhaltung der allgemeinen Kündigungsfrist – im Kündigungsverfahren wechseln. Dies gilt im Übrigen auch für Personen, die vor dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V (und ggf. vor den Zeiten der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV) zuletzt familienversichert waren.

Beispiel 3

Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung	vom 01.07.2018 bis 31.12.2018
Auslandsaufenthalt im vertragslosen Ausland und private Auslandsrankenversicherung	vom 01.01.2019 bis 30.06.2019
Rückkehr nach Deutschland und Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V	ab 01.07.2019

Beurteilung

Zuständig für die Durchführung der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft ab dem 01.07.2019 ist die Krankenkasse A. Das Mitglied ist bis zum Ablauf der Bindungsfrist (01.07.2018 bis 31.12.2019) an die Krankenkasse A gebunden.

Beispiel 4

Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A als Student	vom 01.10.2016 bis 31.03.2017
Auslandsaufenthalt im vertragslosen Ausland und private Auslandsrankenversicherung	vom 01.04.2017 bis 15.05.2019
Rückkehr nach Deutschland und Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB V	ab 16.05.2019

Beurteilung

Zuständig für die Durchführung der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft ab dem 16.05.2019 ist die Krankenkasse A. Da die Unterbrechung der Mitgliedschaft mindestens 18 Monaten betragen hat, kann das Mitglied die Krankenkasse im Kündigungsverfahren sofort – unter Einhaltung der Kündigungsfrist – wechseln.

Durch die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im späteren Verlauf der Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen wird die Bindungsfrist bei der neu gewählten Krankenkasse ausgelöst.

7.2.3 Verlauf der Bindungsfrist

Die Bindungsfrist ist ein Zeitraum von 18 zusammenhängenden Zeitmonaten und berechnet sich von dem Zeitpunkt, an dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beginnt. Der Zeitpunkt der Ausübung der Krankenkassenwahl oder der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist für den Beginn der Bindungsfrist nicht von Bedeutung. Der Beginn einer 18-monatigen Bindungsfrist im Zuge eines sogenannten passiven Krankenkassenwahlrechts in den Sachverhalten der sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften kann für Mitgliedschaften angenommen werden, die ab dem 9. April 2019 (Tag der Bekanntgabe der Niederschrift über die Fachkonferenz Beiträge am 20. März 2019) im Rahmen des passiven Wahlrechts bei der ursprünglichen Krankenkasse begründet wurden.

Die Veränderungen des Versicherungspflichttatbestandes, Versicherungsgrundes oder Versicherungsstatus, die – mangels Erfüllung der Mindestbindungsfrist – kein sofortiges Wahlrecht begründen (vgl. Abschnitt 7.2.2), lösen keine neue Bindungsfrist aus. Bei derartigen Veränderungen im Mitgliedschaftsverlauf wird die Gesamtdauer der sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften zusammengerechnet.

Beispiel 1

Im Verlauf der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A sind für ein Mitglied folgende Veränderungen vorhanden:

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft im Kündigungsverfahren (laufende versicherungsfreie Beschäftigung beim Arbeitgeber X)	01.11.2018
Ende der Beschäftigung beim Arbeitgeber X	31.12.2018
Beginn der Versicherungspflicht wegen des Arbeitslosengeldbezugs	01.01.2019
Ende des Arbeitslosengeldbezugs	31.10.2019
Beginn des Alg II-Bezugs	01.11.2019

Beurteilung

Die 18-monatige Bindungsfrist bei der Krankenkasse A wurde durch den Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren zum 01.11.2018 ausgelöst. Die Veränderungen des Versicherungsstatus und der Versicherungspflichttatbestände (§ 9 SGB V/§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V/§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) lösen – mangels Erfüllung der Mindestbindungsfrist zu dessen Beginn – jeweils kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus. Daher läuft die allgemeine Bindungsfrist bei der Krankenkasse A weiter (01.11.2018 bis 30.04.2020). Alle vorgenannten Mitgliedschaftszeiten werden auf die 18-monatige Bindungsfrist angerechnet.

Dagegen führen etwaige Unterbrechungen der Mitgliedschaft (z. B. Familienversicherung oder nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V) zur Beendigung der allgemeinen Bindungsfrist. Darüber hinaus endet die allgemeine Bindungsfrist mit Ablauf von 18 Monaten.

Für die praktische Prüfung, ob z. B. einem versicherungspflichtigen Arbeitnehmer aus Anlass des Arbeitgeberwechsels ohne Unterbrechung der Mitgliedschaft ein Wechsel der Krankenkasse im Hinblick auf die Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist zusteht, empfiehlt sich im Allgemeinen folgende Herangehensweise:

- Prüfung, ob in den letzten 18 Monaten vor dem gewünschten Krankenkassenwechsel keine Veränderungen im Versicherungsstatus stattgefunden haben. In diesem Fall ist die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt.
- Ansonsten ist die Feststellung notwendig, wann die aktuell relevante Bindungsfrist begonnen hat. Hierfür ist der Mitgliedschaftsverlauf zurück zu verfolgen, bis einer der drei Ereignisse festgestellt wird:
 - im Falle einer Mitgliedschaftsunterbrechung der Beginn der sich anschließenden Mitgliedschaft,

- im Falle sich nahtlos aneinander anschließenden Mitgliedschaften die erste Veränderung im Versicherungsstatus ab dem 9. April 2019, zu der die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt war,
- im Falle der unverändert bestehenden Mitgliedschaft deren Beginn.

Bei der ersten und dritten Option löst das jeweils genannte Ereignis den Beginn der aktuell geltenden Bindungsfrist aus. Bei der zweiten Option sind ggf. die aneinanderreihenden Bindungsfristen zu bilden, bis die aktuell noch laufende Bindungsfrist festgestellt wird. Hierbei wird die jeweils neue Bindungsfrist durch die jeweilige passive Ausübung des Wahlrechts ausgelöst.

Beispiel 2

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A. Aus Anlass eines Arbeitgeberwechsels zum 01.10.2021 möchte er Mitglied der Krankenkasse B werden. Im Versichertenverzeichnis der Krankenkasse A sind für ihn folgende Daten gespeichert:

Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber X	01.10.2018
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber X	30.09.2019
Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Y	01.10.2019
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Y	30.06.2021
Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Z	01.07.2021
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung beim Arbeitgeber Z	30.09.2021

Beurteilung

Da der letzte Arbeitgeberwechsel vor dem gewünschten Krankenkassenwechsel (zum 01.10.2021) weniger als 18 Monate zurückliegt, bedarf es einer näheren Ermittlung, wann die aktuell relevante Bindungsfrist begonnen hat. Der erste ab dem 9. April 2019 stattgefundenen Arbeitgeberwechsel, zu dessen Beginn die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt war, liegt am 01.07.2021 vor. Zu diesem Zeitpunkt besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Durch eine passive Ausübung des Wahlrechts zugunsten der bisherigen Krankenkasse wird eine neue Bindungsfrist ausgelöst, die ab dem 01.07.2021 bis zum 31.12.2022 verläuft. Ein angestrebter Krankenkassenwechsel zum 01.10.2021 ist nicht möglich.

7.3 Keine Einhaltung der allgemeinen Bindungsfrist erforderlich

7.3.1 Bei Beginn einer Familienversicherung

Wird im Anschluss an eine Pflichtmitgliedschaft eine Familienversicherung nach § 10 SGB V begründet, steht dem die Bindungsfrist an die bisherige Krankenkasse nicht entgegen, das heißt,

der Versicherte kann sich über einen Angehörigen – ggf. bei einer anderen Krankenkasse – familienversichern, obwohl er zum Zeitpunkt des Endes der Mitgliedschaft kraft Gesetzes seit der Ausübung des Wahlrechts noch keine 18 Monate bei seiner bisherigen Krankenkasse Mitglied gewesen ist.

Die allgemeine Bindungsfrist gilt auch für freiwillig Versicherte nicht, wenn sie bei ihrer bisherigen Krankenkasse wegen eines Anspruches auf eine Familienversicherung kündigen (§ 175 Abs. 4 Satz 8 Halbsatz 1 SGB V). Die Mitgliedschaft endet aufgrund der Regelung des § 191 Nr. 3 SGB V in diesen Fällen jedoch erst mit Ablauf des auf die Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats; die Satzung der Krankenkasse kann einen früheren Zeitpunkt über das Ende der Mitgliedschaft bestimmen.

Beispiel 1

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.01.2019. Ab dem 01.07.2019 besteht ein Anspruch aus der Familienversicherung ebenfalls bei der Krankenkasse A. Die Versicherte kündigt deshalb die freiwillige Versicherung am 26.06.2019.

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet zum 31.08.2019.

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

Ein neuer Versicherungspflichttatbestand nach Beendigung einer Familienversicherung hat ein neues Krankenkassenwahlrecht zur Folge, mit dessen Ausübung eine erneute 18-monatige Bindungsfrist auch dann einhergeht, wenn der Versicherte das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der die Familienversicherung bestand. Dagegen wird bei Eintritt der Versicherungsberechtigung nach Beendigung einer Familienversicherung die 18-monatige Bindungsfrist nur dann ausgelöst, wenn der freiwillige Beitritt nach § 9 SGB V zum Tragen kommt. Wird die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V bei derselben Krankenkasse im Anschluss an eine Familienversicherung durchgeführt, beginnt keine Bindungsfrist zu laufen (vgl. Abschnitt 7.2.2).

7.3.2 Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung

Für Personen, deren Versicherungspflicht endet, setzt sich die Versicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V als freiwillige Mitgliedschaft (obligatorische Anschlussversicherung) bei derselben Krankenkasse fort, wenn keine Ausschlussstatbestände vorliegen, wobei als Ausschlussstatbestände insbesondere ein neuer Tatbestand der Versicherungspflicht, eine Familienversicherung oder ein nach-

gehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V infrage kommen. Das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung kann vermieden werden, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt und das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (ggf. auch später) nachweist.

Die Austrittsoption bezieht sich auf solche Sachverhalte, bei denen eine Absicherung außerhalb der GKV begründet wird. Typischerweise dürfte es sich bei solchen Fällen um eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen handeln, wobei auch andere Formen der Absicherung denkbar sind (z. B. Heilfürsorge). Im Falle einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V endet daher die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wegfall der vorangegangenen Versicherungspflicht, unabhängig davon, ob die allgemeine Mindestbindung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V (vgl. Abschnitt 7.2) oder die Mindestbindung nach § 53 Abs. 8 SGB V bei Teilnahme an einem Wahltarif (vgl. Abschnitt 7.4) erfüllt ist.

Geht eine Austrittserklärung erst nach Ablauf von zwei Wochen bei der Krankenkasse ein, wird zunächst eine freiwillige Mitgliedschaft im Status einer obligatorischen Anschlussversicherung begründet. Die verspätete Austrittserklärung ist in eine Kündigung im Sinne des § 191 Nr. 3 SGB V umzudeuten, die wegen der Verweisung auf § 175 Abs. 4 SGB V allen dort genannten Anforderungen unterliegt. Das bedeutet insbesondere, dass die Kündigungsfrist zu berücksichtigen ist. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die maßgebende Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V zu beachten (vgl. Abschnitt 7.4).

Weitere Erläuterungen hierzu ergeben sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung.

7.3.3 Bei Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft zwecks Austritts aus der gesetzlichen Krankenversicherung

Die allgemeine Bindungsfrist ist nicht einzuhalten, wenn die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekündigt wird (§ 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht z. B. für Personen, die

- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen über einen substitutiven Krankenversicherungsschutz verfügen (eine Zusatzversicherung reicht nicht aus),

- einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge haben,
- beihilfeberechtigt sind und über eine ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen oder
- einem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören.

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, ist die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegenüber der bisherigen Krankenkasse nachzuweisen. Der Nachweis ist an keine besondere Form (z.B. Vordruck) gebunden.

Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die maßgebende Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V zu beachten (vgl. Abschnitt 7.4).

Ein neuer Versicherungspflichttatbestand nach § 5 SGB V oder eine Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung hat ein neues Krankenkassenwahlrecht zur Folge, mit deren Ausübung eine erneute 18-monatige Bindungsfrist auch dann einhergeht, wenn der Versicherte das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der zuletzt eine freiwillige Mitgliedschaft bestand.

7.3.4 Bei Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist

Die Krankenkassen können gemäß § 175 Abs. 4 Satz 9 SGB V in ihren Satzungen vorsehen, dass die 18-monatige Bindungsfrist 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.

7.3.5 Bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie bei betrieblichen Veränderungen

§ 175 Abs. 5 SGB V ermöglicht abweichend von Absatz 4 für die zu diesem Zeitpunkt im Trägerbetrieb einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beschäftigten einen kurzfristigen Wechsel zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 3/98 R –, USK 9840). Diese Regelung greift aber nur, 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 zu erklären. 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 Krankenkassenwechsel. 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 (BSG-Urteil vom 10. August 2000 – B 12 KR 10/00 R –, USK 2000–30).

7.3.6 Bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Erhebt eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie den Zusatzbeitragssatz, wird allen Mitgliedern dieser Krankenkasse ohne Beachtung der 18-monatigen Bindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt (vgl. Abschnitt 8.1).

7.4 Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen

7.4.1 Allgemeines

Nach § 53 SGB V haben die Krankenkassen ihren Versicherten Wahlтарife anzubieten. Bei Inanspruchnahme eines Wahlтарifs ist das Mitglied nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V für die Dauer von einem Jahr (Wahlтарife nach den Absätzen 2 und 4) oder drei Jahre (Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6) an die Krankenkasse gebunden („besondere“ Bindungsfrist). Der Wahlтарif nach Absatz 3 löst ausnahmsweise keine Bindungsfrist aus. Die besondere Bindungsfrist muss nicht zwingend parallel zu der allgemeinen 18-monatigen Bindungsfrist verlaufen (vgl. Abschnitt 7.2). 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 besondere Bindungsfrist.

7.4.2 Folgen der besonderen Bindungsfrist

Bei der ordentlichen Kündigung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 3.2) ist neben der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten die jeweilige Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs einzuhalten. Darüber hinaus ist die besondere Bindungsfrist im Verfahren des sofortigen Krankenkassenwahlrechts bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften (vgl. Abschnitt 3.3.3) zu beachten. Daher können Mitglieder während der Bindungsfrist an den Wahltarif ihre Krankenkasse grundsätzlich nicht wechseln. Jedoch steht das Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes auch den Mitgliedern mit einem Wahltarif grundsätzlich zu. Hierbei bleiben die Mitglieder mit einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V (Krankengeld) ausnahmsweise von dem Sonderkündigungsrecht ausgenommen (vgl. Abschnitt 8.1).

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 1

Ein hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger ist Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.02.2015.

→ Allgemeine Bindungsfrist vom 01.02.2015 bis 31.07.2016

Ab 01.05.2016 Beginn eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 6 SGB V bei der Krankenkasse A.

→ Besondere Bindungsfrist vom 01.05.2016 bis 30.04.2019

Beurteilung

Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A endet am 30.04.2019. Die Krankenkasse kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist frühestens zum 30.04.2019 gewechselt werden.

Die Bindungsfrist im Sinne des § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V ist ein Zeitraum von 12 bzw. 36 zusammenhängenden Zeitmonaten. Findet während der Teilnahme an einem Wahltarif ein Wechsel von einer Pflichtmitgliedschaft zu einer freiwilligen Mitgliedschaft (oder umgekehrt) statt oder schließt sich eine neue Pflichtmitgliedschaft nahtlos an die vorherige kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft an, gilt die besondere Mindestbindungsfrist fort, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme an dem entsprechenden Wahltarif weiterhin vorliegen.

Endet dagegen die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse während der Teilnahme an einem Wahltarif kraft Gesetzes, verhindert die noch nicht erfüllte Mindestbindung des Versicherten an einen Wahltarif weder das Zustandekommen einer Familienversicherung noch eine angestrebte Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV. Sollte nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft erneut ein Tatbestand der Versicherungspflicht (oder der Versicherungsberechtigung) eintreten, lebt die eventuell noch nicht abgelaufene Mindestbindungsfrist für die Wahltarife nicht wieder auf, sodass dem Versicherten ein sofortiges Wahlrecht zusteht (vgl. Abschnitt 3.3.2).

Beispiel 2

Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.03.2018.

Beginn eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 1 SGB V zum 01.05.2018.

Vom 01.01.2019 bis 30.09.2019 besteht eine Familienversicherung bei Krankenkasse B.

Erneute Versicherungspflicht ab dem 01.10.2019.

Beurteilung

Zum 01.10.2019 besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Zwar wäre die dreijährige Bindungsfrist an die Krankenkasse A aufgrund des Wahltarifs noch nicht abgelaufen, jedoch hebt die Unterbrechung der Mitgliedschaft die Bindungswirkung des Wahltarifs auf.

Anders als die allgemeine Bindungsfrist von 18 Monaten, ist die aus dem Wahltarif resultierende Bindungsfrist einzuhalten, wenn die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekündigt wird. Eine dem § 175 Abs. 4 Satz 8 SGB V vergleichbare Regelung, welche die 18-monatige Bindungswirkung aufhebt, enthält § 53 Abs. 8 SGB V für derartige Fallkonstellationen nicht.

7.4.3 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 der Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs 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 Teilnahme am 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 Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V unter Berücksichtigung einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Abs. 8 Satz 3 SGB V muss nicht zwingend mit einer Beendigung der Mitgliedschaft einhergehen.

8. Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen

8.1 Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

8.1.1 Allgemeines zum Sonderkündigungsrecht

Erhebt eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, steht den Mitgliedern dieser Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Kündigung der Mitgliedschaft kann in diesen Fällen grundsätzlich bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Veränderungen des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begründen hingegen kein Sonderkündigungsrecht.

In den Fällen des Sonderkündigungsrechts kann die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 18-monatigen Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 7.2) gekündigt werden. Nach ausdrücklicher Bestimmung des § 53 Abs. 8 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V gilt das Sonderkündigungsrecht auch für Mitglieder, die einen Wahltarif in Anspruch nehmen (vgl. Abschnitt 7.4), sodass auch die besonderen Bindungsfristen bei Inanspruchnahme von Wahltarifen dem Sonderkündigungsrecht nicht entgegenstehen. Ausgenommen hiervon sind Mitglieder mit einem Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V (Krankengeld); diesen Personen wird ein Sonderkündigungsrecht nicht eingeräumt.

Nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V kann das Sonderkündigungsrecht „abweichend von Satz 1“ ausgeübt werden. Das heißt aber nicht, dass nur in den Fällen, in denen die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann. Das Sonderkündigungsrecht besteht lediglich ohne Beachtung der 18-monatigen Bindungsfrist. Damit verfügen Mitglieder auch nach Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist über das Sonderkündigungsrecht einschließlich der sich aus dem § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V ergebenden Schutzmechanismen in den Fällen des verspäteten Hinweises der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 8.1.3).

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 Kündigung muss nicht ausdrücklich als „Sonderkündigung“ bezeichnet sein. Die Grundsätze des § 140 BGB zur Umdeutung der Willenserklärung gelten entsprechend.

Die Ausübung des Sonderkündigungsrechts befreit die betroffenen Mitglieder nicht von der Verpflichtung, bis zur Beendigung der Mitgliedschaft den erstmalig erhobenen bzw. den erhöhten Zusatzbeitrag an die gekündigte Krankenkasse zu zahlen.

8.1.2 Ausübung des Sonderkündigungsrechts

Das Sonderkündigungsrecht kann ausgeübt werden, wenn

- die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder
- den bereits zuvor erhobenen Zusatzbeitragssatz erhöht.

Für die Begründung des Sonderkündigungsrechts ist irrelevant, ob für das Mitglied zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages finanzielle Belastungen entstehen und ob es diese selbst zu tragen hat.

Demnach gilt das Sonderkündigungsrecht auch für die Personen, für die der Zusatzbeitrag nicht in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, sondern ausschließlich in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V erhoben wird und die somit an der Tragung des Zusatzbeitrages grundsätzlich nicht beteiligt sind, sofern die Krankenkasse des Versicherten erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder ihren kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz erhöht.

Für Personen, die zu dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragssatzes aufgrund der Beitragsfreiheit von der Entrichtung eines Zusatzbeitrages freigestellt sind (z. B. bestimmte Rentenantragsteller), gelten keine abweichenden Fristen für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts. Sie können daher ihre Kündigung – vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 8.1.3) – nur bis zum Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, rechtswirksam aussprechen, und nicht erst zu dem – individuell zu bestimmenden – Zeitpunkt des Wegfalls der Beitragsfreiheit.

Darüber hinaus sind für die Umsetzung des Sonderkündigungsrechts die Regelungen unbeachtlich, nach denen sich Veränderungen kassenindividueller Zusatzbeiträge für pflichtversicherte

Rentner sowie Bezieher von Versorgungsbezügen mit einer zweimonatigen Verzögerung auswirken. Maßgeblich für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts ist ausschließlich der von der Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmte Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.

Das Sonderkündigungsrecht setzt im Übrigen eine vor dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragssatzes bestehende Mitgliedschaft nicht voraus. Daher können auch diejenigen Mitglieder vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, deren Mitgliedschaft mit dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragssatzes beginnt. Dagegen haben Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages beginnt, kein Sonderkündigungsrecht; diese Personen haben ausreichende Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Ausübung des „regulären“ Krankenkassenwahlrechts. Liegt die Bekanntgabe der erstmaligen Erhebung bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages ausnahmsweise nach dem Beginn des jeweiligen Erhebungszeitraums, ist abweichend hiervon das Sonderkündigungsrecht allen Mitgliedern einzuräumen, deren Mitgliedschaft bei der betroffenen Krankenkasse bis zum Tag der Bekanntgabe (einschließlich) beginnt.

Mitgliedern steht ferner dann ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn ihre Krankenkasse mit einer oder mehreren anderen Krankenkassen fusioniert und die neu entstandene Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt oder einen Zusatzbeitrag erhebt, der höher ist als der bislang erhobene Zusatzbeitrag der nicht mehr existierenden Krankenkasse (analoge Anwendung der Urteile des BSG vom 2. Dezember 2004 – u. a. – B 12 KR 23/04 R –, USK 2004– 40). Dies gilt nur für die Mitglieder derjenigen fusionierten Krankenkasse, für die es zu einer Beitragserhebung oder Beitragsanhebung kommt.

Die Kündigung muss – vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 8.1.3) – bis zum Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, der Krankenkasse zugegangen sein. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann entsprechend § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats.

Fällt das Ende der Kündigungsfrist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, verlängert sich die Kündigungsfrist unter Anwendung des § 26 Abs. 3 SGB X bis zum nächstfolgenden Werktag.

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V auf, löst aber gleichzeitig bei der neu gewählten Krankenkasse eine neue Bindungswirkung aus. Wird das

Sonderkündigungsrecht hingegen nicht genutzt, ist dies nicht mit einer passiven Ausübung des Wahlrechts gleichzusetzen. Es beginnt dann nicht erneut eine 18-monatige Bindungsfrist. Der Versicherte kann dann zu einem späteren Zeitpunkt die Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 175 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V kündigen.

8.1.3 Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht

Nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V hat die Krankenkasse spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Sonderkündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Zusatzbeitragssätzen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Der Zeitverzug bei Veränderungen des Zusatzbeitrages für bestimmte Renten- und Versorgungsbezieher wirkt sich in diesem Zusammenhang nicht aus.

Beispiel 1

Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2019
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.12.2018
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	31.01.2019
Eingang der Kündigung am	07.01.2019

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet am	31.03.2019
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.03.2019

Ferner sieht die Regelung eine darüber hinausgehende Informationspflicht der Krankenkasse vor, soweit der erstmalig erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreitet. In diesem Fall sind die Mitglieder (zusätzlich) auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.

Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht gegenüber einem Mitglied nicht fristgerecht nach, gilt nach § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 1 SGB V eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Rechtzeitigkeit der Kündigung innerhalb der in Satz 5 der Vorschrift genannten Frist wird damit fingiert. Mit der Fiktion wird die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts hinausgeschoben, nicht aber der Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels. Die Regelung verfolgt die Zielsetzung,

auch in diesen Fällen die mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen einhergehende Belastung der Mitglieder zeitlich zu begrenzen.

Im Übrigen sehen die gesetzlichen Regelungen in den Fällen des verspäteten Hinweises durch die Krankenkasse keine explizite Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts vor. Nach dem Sinn und Zweck des § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V ist das Mitglied so zu stellen, als ob die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht rechtzeitig nachgekommen wäre. Daher wird die in § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V vorgesehene Frist von einem Monat zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts auch auf die angesprochene Sachverhaltskonstellation übertragen. Die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts endet also in diesen Fällen einen Monat nach dem verspäteten Hinweis der Krankenkasse.

Beispiel 2

Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2019
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.12.2018
Verspäteter Hinweis der Krankenkasse am	15.01.2019
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	15.02.2019
Eingang der Kündigung am	06.02.2019

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet am	31.03.2019
Die Fiktionsregelung nach § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 1 SGB V, die für alle im Zeitraum vom 01.02. bis zum 15.02.2019 eingegangenen Kündigungserklärungen maßgeblich ist, erklärt die Kündigung als im Monat Januar 2019 ausgeübt.	

Mit der Regelung des § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 2 SGB V wird verhindert, dass eine schon frühzeitig, das heißt vor Ablauf des Monats, für den erstmalig ein Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz erhoben wird, erklärte Kündigung von der vorgenannten Fiktionsregelung erfasst wird. Ausgehend von dem vorgenannten Beispiel, sind von der Regelung wörtlich sowohl die im Monat Januar 2019 als auch bereits bis zum 31. Dezember 2018 ausgesprochenen Kündigungen betroffen. Für die im Januar erfolgten Kündigungen läuft die Regelung allerdings ins Leere, da diese ohnehin zum 31. März 2019 wirksam werden. Für die bis zum 31. Dezember 2018 rechtswirksam ausgesprochenen Kündigungen bewirkt § 175 Abs. 4 Satz 7 Halbsatz 2 SGB V, dass sie bereits zum 28. Februar 2019 wirksam werden. Unter welchen Bedingungen die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ausgesprochenen Kündigungen ihre Wirksamkeit entfalten, wird unter Abschnitt 8.1.4 erläutert.

8.1.4 Umgang mit Kündigungen vor Inkrafttreten der Satzungsregelung zum Zusatzbeitrag

Für Mitglieder, die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragsatzes kündigen, und aufgrund der zum Ende der Kündigungsfrist erfüllten Bindungsfrist ein reguläres Kündigungsrecht haben, ergeben sich keine Besonderheiten für das Kündigungsverfahren.

Für Mitglieder, die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragsatzes kündigen, aber aufgrund der zum Ende der Kündigungsfrist nicht erfüllten Bindungsfrist kein reguläres Kündigungsrecht haben, stellt sich die Frage der Bestimmung des frühesten möglichen Beginns der Kündigungsfrist. Hierfür gilt folgender Grundsatz: Voraussetzung für die Wirksamkeit einer vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung eines Zusatzbeitragsatzes im Rahmen des Sonderkündigungsrechts abgegebenen Kündigung ist grundsätzlich, dass eine öffentliche Bekanntmachung der Satzung erfolgt ist.

Somit steht den Mitgliedern, die nach der öffentlichen Bekanntmachung, aber noch vor dem Inkrafttreten einer entsprechenden Satzungsänderung kündigen, bereits ein Sonderkündigungsrecht ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 18-monatigen Bindungsfrist sowie der Mindestbindungsfrist für Wahltarife (vgl. § 53 Abs. 1, 2, 4 und 5 SGB V) zu. Die in diesem Zeitraum ausgesprochenen Kündigungen werden daher zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

Beispiel 1

18-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2019
Eingang der Kündigung am	14.12.2018
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2019
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	10.12.2018
Erhöhung eines Zusatzbeitragsatzes ab	01.01.2019

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2019
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	28.02.2019

Für Mitglieder, die kurz vor der öffentlichen Bekanntmachung der Satzungsänderung kündigen, wäre eine verfrüht abgegebene Kündigung grundsätzlich abzulehnen und das Mitglied auf die

genannten Voraussetzungen hinzuweisen. Allerdings ist es vertretbar, wenn die Krankenkasse die in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit der öffentlichen Bekanntmachung der Satzungsänderung bereits vor diesem Zeitpunkt erklärten Kündigungen dieser Art als Sonderkündigungen nach den Grundsätzen des § 140 BGB umdeutet. Dies bedeutet, dass eine verfrüht abgegebene Kündigung auf den nächsten Kündigungstermin umgewidmet wird. In der Folge beginnt die Kündigungsfrist dann mit dem Zeitpunkt der öffentlichen Bekanntmachung der Satzungsänderung.

Von einem engen zeitlichen Zusammenhang ist in Anlehnung an die Frist des § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V auszugehen, wenn die öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung erfolgt.

Beispiel 2

18-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2019
Eingang der Kündigung am	14.12.2018
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2019
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	20.12.2018
Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2019

Beurteilung

Umdeutung der Kündigung auf	20.12.2018
Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2019
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	28.02.2019

8.2 Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse

8.2.1 Allgemeines

Mit der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde (§§ 146a, 153, 163 und 170 SGB V) endet für alle Mitglieder auch die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse. Gleiches gilt im Fall der Schließung einer Krankenkasse in Folge der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder der rechtskräftigen Ablehnung der Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse (§ 171b SGB V). Damit einhergehend besteht für die Mitglieder dieser Krankenkasse die Notwendigkeit, im unmittelbaren Anschluss an die Schließung oder Insolvenz der Krankenkasse in eine andere Krankenkasse zu wechseln.

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl I S. 2983) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2012 eine Sonderregelung für die Ausübung des Krankenkas-

senwahlrechts im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse eingeführt (vgl. § 175 Abs. 3a SGB V). Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass der Mitgliederübergang von der abzuwickelnden Krankenkasse zu einer neuen Krankenkasse bereits zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung bzw. der Eröffnung des Insolvenzverfahrens weitgehend vollzogen ist.

Das Sonderverfahren basiert auf der Festlegung einer Mindestfrist zwischen der Zustellung des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde bei der betroffenen Krankenkasse und dem Zeitpunkt, in dem die Schließung der Krankenkasse wirksam wird. Diese Frist beträgt mindestens acht Wochen (vgl. §§ 146a, 153, 163 und 170 SGB V). Mit dem Tag der Zustellung des Schließungsbescheids beginnt für alle Mitglieder der abzuwickelnden Krankenkasse die Frist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, wobei je nach Mitgliedergruppe zwei verschiedene Verfahren zu unterscheiden sind. Das Gleiche gilt bei der Stellung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens durch die Aufsichtsbehörde (vgl. § 171b Abs. 3 Satz 1 SGB V).

8.2.2 Verfahren für Versicherungspflichtige

Versicherungspflichtige haben spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Beginn der vorgenannten Frist das Krankenkassenwahlrecht auszuüben einschließlich der Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der zur Meldung verpflichteten Stelle. Eine nach Ablauf dieser Frist vom Mitglied erklärte Wahl einer neuen Krankenkasse entfaltet keine Rechtswirkung (analoge Anwendung des BSG-Urteils vom 21. Dezember 2011 – B 12 KR 21/10 R –, USK 2011–172).

Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle die betroffene Person bei der Krankenkasse anzumelden, bei der sie vor seiner Mitgliedschaft bei der abzuwickelnden Krankenkasse versichert war; bestand keine vorhergehende Versicherung, ist sie von der zuständigen Meldestelle bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden.

Die Anmeldung zu der neuen Krankenkasse durch die zuständige Meldestelle ist innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der Frist für die aktive Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied zu erstatten. Die zweiwöchige Frist für die Abgabe der Anmeldung gilt – ungeachtet einer einschränkenden Formulierung in § 175 Abs. 3a Satz 2 SGB V – für alle versicherungspflichtigen Mitglieder der abzuwickelnden Krankenkasse, unabhängig davon, ob das Mitglied von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch gemacht hat oder die Meldestelle eine wahlersetzende Anmeldung vornimmt – ungeachtet der insoweit nicht deckungsgleichen Regelungen des Melderechts.

8.2.3 Verfahren für Mitglieder ohne eine zur Meldung verpflichtete Stelle

Nach dem Wortlaut des Gesetzes haben Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, das Krankenkassenwahlrecht innerhalb von drei Monaten nach der Zustellung des Schließungsbescheids bzw. der Stellung des Insolvenzantrags auszuüben und innerhalb dieser Frist eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der abzuwickelnden Krankenkasse vorzulegen. In der Gesetzesbegründung (vgl. Bundestagsdrucksache 17/8005, Seite 162) wird davon ausgegangen, dass alle freiwilligen Mitglieder und Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V keine zur Meldung verpflichtete Stelle haben. Dagegen hat sich in der Sozialversicherung seit Jahren eine Auffassung etabliert, dass für bestimmte Gruppen der freiwilligen Mitglieder (insbesondere für Arbeitnehmer, Rentner und Studenten) gleichwohl die zur Meldung verpflichteten Stellen im Sinne des § 175 SGB V existieren (vgl. Abschnitt 5.2.3); Vergleichbares gilt auch für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

Da sich die Regelungen des § 175 Abs. 3a Sätze 1 bis 3 SGB V, die eine Wahlfrist von sechs Wochen und eine die Wahl ersetzende Anmeldung vorsehen, ausdrücklich auf Versicherungspflichtige beziehen, hat dies im Umkehrschluss zur Folge, dass für alle Gruppen freiwilliger Mitglieder § 175 Abs. 3a Satz 6 SGB V (und somit eine dreimonatige Frist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts) zur Anwendung kommt. Üben freiwillige Mitglieder ihr Wahlrecht nicht rechtzeitig aus, kommt weder eine Wahlausübung durch die von der Schließung/Insolvenz betroffene Krankenkasse noch eine wahlersetzende Anmeldung durch die ggf. vorhandene zur Meldung verpflichtete Stelle in Frage. Sofern bei diesen Fallkonstellationen dem Grunde nach Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht (vgl. die in § 6 Abs. 3 SGB V geregelten Ausschlussstatbestände), müssen solche Personen sich an die Krankenkasse wenden, bei der sie zuletzt vor der geschlossenen bzw. insolventen Krankenkasse gesetzlich versichert waren. Die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse kann jedoch erst dann realisiert werden, wenn sie unter Mitwirkung der betroffenen Person von der Krankenkasse festgestellt wird. Zu einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kommt es nicht, da keine Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet.

Da es sich bei den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen um Versicherungspflichtige handelt, werden sie dem Regelwerk des § 175 Abs. 3a Sätze 1 bis 3 SGB V zugeordnet, wenn für sie eine zur Meldung verpflichtete Stelle existiert (insbesondere bei Rentner und Rentenantragsteller). Dadurch wird auch in den Fällen, bei denen das Mitglied selbst nicht das Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse ausübt, eine ununterbrochene Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt. Lediglich beim Nichtvorhandensein einer zur Meldung verpflichteten Stelle gilt für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen die Regelung des § 175 Abs. 3a Satz 6 SGB V.

8.2.4 Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

Die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse beginnt im Schließungsfall entsprechend der üblichen Gesetzessystematik mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung der Krankenkasse.

Bei Stellung eines Insolvenzantrags dagegen ist eine gesonderte Regelung geschaffen worden, die dem Umstand Rechnung trägt, dass die an der Abwicklung des Krankenkassenwechsels beteiligten Personen bzw. Organisationen (Mitglieder, aufnehmenden Krankenkassen, zuständige Meldestellen) den Zeitpunkt, zu dem das Insolvenzgericht über den Antrag entscheidet, in der Regel zum Zeitpunkt der aktiven Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bzw. der Umsetzung einer wahlersetzenden Anmeldung noch nicht kennen. Mit dieser Begründung ordnet der Gesetzgeber in § 175 Abs. 3a Satz 3 SGB V bei Stellung eines Insolvenzantrags wörtlich die Anmeldung für versicherungspflichtige Mitglieder grundsätzlich zum ersten Tag des laufenden Monats an, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Als laufender Monat im Sinne der vorgenannten Regelung ist der Kalendermonat zu verstehen, in dem das Krankenkassenwahlrecht ausgeübt wird. Ausschlaggebend ist hierbei der Tag des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse bzw. der Tag der Abgabe der wahlersetzenden Anmeldung durch die zuständige Meldestelle. Die dargestellten Grundsätze gelten für freiwillige Mitglieder entsprechend.

Wird die Krankenkasse trotz Insolvenzantrags nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse für alle Mitglieder, die auf der Rechtsgrundlage des § 175 Abs. 3a SGB V den Krankenkassenwahlrecht ausgeübt haben, bestehen. Die zwischenzeitlich erstatteten Meldungen sind zu stornieren.

8.2.5 Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen

Der Vorstand der zu schließenden bzw. insolventen Krankenkasse hat besondere Informationspflichten zu erfüllen. Nach § 155 Abs. 2 Sätze 6 bis 7 SGB V bzw. § 171b Abs. 3 Satz 4 SGB V hat er die einzelnen Mitgliedergruppen auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nach § 175 Abs. 3a SGB V sowie auf die Folgen einer nicht rechtzeitigen Ausübung des Wahlrechts hinzuweisen. Des Weiteren hat der Vorstand die zur Meldung verpflichteten Stellen über die Schließung bzw. den Insolvenzantrag sowie über die Fristen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts und für die Anmeldung des Mitglieds, wenn das Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt wird, zu informieren.

Damit der Vorstand der abzuwickelnden Krankenkasse – insbesondere wegen der Sicherstellung einer lückenlosen Leistungsgewährung – einen Überblick über die vollzogenen Krankenkassenwechsel hat, haben die gewählten Krankenkassen dieser unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Dies gilt – ungeachtet einer nicht eindeutigen Formulierung im Gesetz – sowohl für versicherungspflichtige als auch für freiwillige Mitglieder der betroffenen Krankenkasse.

9. Vordrucke

§ 175 Abs. 6 SGB V beinhaltet einen gesetzgeberischen Auftrag an den GKV-Spitzenverband zur Festlegung eines einheitlichen Verfahrens und von Vordrucken für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen bei Umsetzung des § 175 SGB V.

Soweit in diesem Zusammenhang die Inhalte der Meldungen auf der Seite der zur Meldung verpflichteten Stellen anlässlich der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts angesprochen sind, besteht hierzu kein Regelungsbedarf. Vielmehr gelten die Bestimmungen der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV).

Dagegen bedarf es zur Organisation des Verfahrens des Krankenkassenwechsels auf der Seite der Krankenkassen einer einheitlichen Gestaltung der gesetzlich vorgesehenen Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen. Daher legt der GKV-Spitzenverband in Erfüllung seiner Verpflichtung nach § 175 Abs. 6 SGB V folgende Vordrucke fest:

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

Der verbindliche Charakter der Vordrucke bezieht sich auf ihre Mindestinhalte. Dieser verbindliche Charakter schließt jedoch einen gewissen gestalterischen Spielraum der Krankenkassen nicht aus, sofern das Grundkonzept sowie die festgeschriebenen Mindestinhalte erhalten bleiben.

Als Identifikationsmerkmal ist in den Vordrucken stets eine einheitliche Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V zu verwenden.

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.

**<Name und Anschrift der
gewählten Krankenkasse>**

Datum: TT.MM.JJJJ

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

Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V

<Vorname> <Nachname>,

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

ist ab/seit dem Mitglied der < Name der gewählten 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. Rentenversicherungsnummer, Personalnummer o.Ä.

**<Name und Anschrift der
gekündigten Krankenkasse>**

Datum: TT.MM.JJJJ

<Vorname> <Nachname>
<Straße> <Hausnummer>
<PLZ> <Ort>

**Kündigungsbestätigung nach
§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V**

für <Vorname> <Nachname>, geboren am TT.MM.JJJJ,
Krankenversichertennummer (KVNR):

Sehr geehrte*r <Vorname> <Nachname>,
[Guten Tag, <Vorname> <Nachname>],

Sie haben am Ihre Mitgliedschaft bei der <Name der gekündigten Krankenkasse> zum
..... gekündigt.

Zuletzt bestand eine

- Pflichtmitgliedschaft
 freiwillige Mitgliedschaft.

Sollten Sie im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Mitgliedschaft bei unserer Krankenkasse die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse wählen, ist der gewählten Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist 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 Satz 4 SGB V). Ist eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht vorhanden, haben Sie die Mitgliedsbescheinigung innerhalb der Kündigungsfrist Ihrer bisherigen Krankenkasse vorzulegen.

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.

Bitte beachten Sie, dass ein unverändertes Mitgliedschaftsverhältnis bis zum Ende der Kündigungsfrist Voraussetzung für die Gültigkeit dieser Kündigungsbestätigung ist. Bei einer Veränderung Ihres Mitgliedschaftsverhältnisses (z. B. durch Ende der Beschäftigung oder Arbeitgeberwechsel) ist Ihre Kündigung neu zu prüfen. Bitte setzen Sie sich in diesem Fall umgehend mit uns in Verbindung, damit wir die weitere Vorgehensweise mit Ihnen besprechen können.

Mit freundlichen Grüßen

**<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**

<Vorname> <Nachname>,

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

ist ab dem Mitglied der < Name der gewählten 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. Rentenversicherungsnummer.

