Spitzenverband

Grundsätzliche Hinweise Krankenkassenwahlrecht vom 2. Dezember 2022

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 (Bundesgesetzblatt I Seite 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.

Mit der dritten – aktuell geltenden – Fassung der Grundsätzlichen Hinweise vom 20. November 2020 wurden die mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts abgebildet. Zu den wesentlichen Veränderungen gehören insbesondere die Reduzierung der Bindungsfrist von 18 Monaten auf 12 Monate, die Erleichterung des Krankenkassenwechsels bei Eintritt der Versicherungspflicht, die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels sowie die Einführung der elektronischen Mitgliedsbescheinigungen im Arbeitgeber-Meldeverfahren.

Die vorliegende vierte Fassung entspricht dem Rechtsstand ab dem 1. Juli 2023. Das Erfordernis einer Aktualisierung der Grundsätzlichen Hinweise ergab sich aus den Vorgaben des Achten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (8. SGB IV-Änderungsgesetz – 8. SGB IV-ÄndG, vergleiche Bundestagsdrucksache 20/4706). Durch dieses Gesetz wurde klargestellt, dass bei einem Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse der Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse für den Beginn der Kündigungsfrist maßgeblich ist. Ferner wurde die mit dem Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) vom 7. November 2022 (Bundesgesetzblatt I Seite 1990) vorgesehene Aussetzung der individualisierten Hinweispflicht der Krankenkassen bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes für ein halbes Jahr bis zum 30. Juni 2023 berücksichtigt. Aus Anlass der notwendigen Überarbeitung wurden außerdem die Ausführungen zum Umgang mit den Übergangssachverhalten, die aufgrund eines Zeitablaufs weitgehend obsolet geworden sind, größtenteils gestrichen.

Im Rahmen der vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise werden darüber hinaus Regelungen getroffen, die auf die Erfüllung des gesetzlich zugewiesenen Gestaltungsauftrages des GKV-

Spitzenverbandes nach § 175 Absatz 3 Satz 4 SGB V hinsichtlich der Zuordnung von nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen sowie nach § 175 Absatz 6 SGB V hinsichtlich der Festlegung der Informationspflichten und Vordrucke zurückzuführen sind. Dieser Teil der Ausführungen hat daher einen verbindlichen Charakter für die betroffenen Krankenkassen, Versicherten und gegebenenfalls die zur Meldung verpflichteten Stellen.

Die nach Maßgabe des § 175 Absatz 6 SGB V durch den GKV-Spitzenverband festzulegenden Inhalte der elektronischen Meldeverfahren werden in eigenständigen Dokumenten geregelt. Die Festlegungen für den elektronischen Datenaustausch zwischen den Krankenkassen enthält die Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels in der jeweils geltenden Fassung. Die Anforderungen an das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen nach § 175 Absatz 3 SGB V werden im Arbeitgeber-Meldeverfahren mit dem Datenbaustein Mitgliedsbestätigung (DBMB) innerhalb des Datensatzes Krankenkassenmeldung (DSKK) abgebildet.

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 7
1.1 Allgemein wählbare Krankenkassen 7
1.2 Sonderzuständigkeit beziehungsweise Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse 8
2. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen 9
2.1 Allgemeine Wahlrechte 9
2.2 Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter von Krankenkassen sowie deren Verbänden 10
3. Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts 11
3.1 Allgemeines 11
3.2 Krankenkassenwahlrecht bei unverändertem Versicherungsverhältnis 12
3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht 14
3.3.1 Voraussetzungen des sofortigen Krankenkassenwahlrechts 14
3.3.2 Verfahrensablauf bei Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied 18
4. Wahlerklärung des Mitglieds 19
4.1 Allgemeines zur Wahlerklärung 19
4.2 Form der Wahlerklärung 20
4.3 Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung 20
4.3.1 Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis 20
4.3.2 Krankenkassenwechsel bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht 21
4.3.2.1 Für versicherungspflichtige Mitglieder 21
4.3.2.2 Für freiwillige Mitglieder 22
4.4 Widerruf beziehungsweise Rücknahme der Wahlerklärung 23
4.5 Grundsätze zur Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung 25
5. Papiergebundene Mitgliedsbescheinigungen 27
6. Informationspflichten des Mitglieds gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle bei Ausübung des Wahlrechts 27
6.1 Eintritt von Versicherungspflicht 27
6.2 Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis 28

6.3 Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten ... 28
6.4 Informationspflichten bei Rentnern und Studenten ... 29
6.5 Folgen der Verletzung der Informationspflichten des Mitglieds gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle ... 29
6.5.1 Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis ... 29
6.5.2 Krankenkassenwechsel bei Eintritt von Versicherungspflicht ... 30
6.5.2.1 Pflichten der zur Meldung verpflichteten Stelle ... 30
6.5.2.2 Pflichten der Krankenkassen bei einer Anmeldung im Sinne des § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V ... 30
6.5.2.3 Zuordnung der nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen ... 32
6.5.2.3.1 Letzte Krankenkasse vorhanden ... 32
6.5.2.3.2 Letzte Krankenkasse nicht vorhanden ... 32
7. Kündigung der Mitgliedschaft ... 33
7.1 Allgemeines zur Kündigung ... 33
7.2 Form der Kündigungserklärung ... 33
7.3 Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung ... 34
7.4 Widerruf/Rücknahme der Kündigungserklärung beziehungsweise Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse ... 36
7.5 Ausstellung von Kündigungsbestätigungen ... 36
7.6 Wirksamwerden der Kündigung ... 36
8. Bindung an die Krankenkassenwahl ... 37
8.1 Arten der Bindungsfristen ... 37
8.2 12-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist) ... 38
8.2.1 Ereignisse, die eine allgemeine Bindungsfrist auslösen ... 38
8.2.2 Ereignisse, die keine allgemeine Bindungsfrist auslösen ... 39
8.2.3 Verlauf der Bindungsfrist ... 42
8.3 Keine Einhaltung der allgemeinen Bindungsfrist erforderlich ... 43
8.3.1 Bei Beginn einer Familienversicherung ... 43
8.3.2 Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung ... 44
8.3.3 Bei Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft zwecks Austritts aus der gesetzlichen Krankenversicherung ... 45
8.3.4 Bei Verzicht auf die Einhaltung der 12-monatigen Bindungsfrist ... 45
8.3.5 Bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebskrankenkasse sowie bei betrieblichen Veränderungen ... 46
8.3.6 Bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes ... 47

8.4 Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahltarifen 47
8.4.1 Allgemeines 47
8.4.2 Folgen der besonderen Bindungsfrist 47
8.4.3 Kündigung des Wahltarifs in besonderen Härtefällen 49

9. Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen 50

9.1 Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes 50
9.1.1 Allgemeines zum Sonderkündigungsrecht 50
9.1.2 Ausübung des Sonderkündigungsrechts 51
9.1.3 Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht 53
9.1.4 Umgang mit Kündigungen vor Inkrafttreten der Satzungsregelung zum Zusatzbeitrag 55
9.2 Schließung beziehungsweise Insolvenz einer Krankenkasse 57
9.2.1 Allgemeines 57
9.2.2 Verfahren für Versicherungspflichtige 57
9.2.3 Verfahren für Mitglieder ohne eine zur Meldung verpflichtete Stelle 58
9.2.4 Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse 59
9.2.5 Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen 60

10. Elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels 60

11. Elektronische Mitgliedsbescheinigungen 61

12. Vordruck 62

Anlage Muster der Kündigungsbestätigung nach § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V

1. Wählbare und zuständige Krankenkasse

1.1 Allgemein wählbare Krankenkassen

Grundsätzlich können alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen. Dieses Krankenkassenwahlrecht stellt sich nach Maßgabe des § 173 SGB V wie folgt dar:

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte (freiwillig Versicherte) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit im Sozialgesetzbuch oder im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) nichts Abweichendes bestimmt ist.

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen:

- die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- jede Ersatzkasse,
- eine Betriebskrankenkasse, wenn sie in einem Betrieb beschäftigt sind, für den diese Betriebskrankenkasse besteht,
- jede Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 oder § 145 Absatz 2 SGB V („Öffnungsregelung“ für alle Versicherten) enthält,
- die KNAPPSCHAFT,
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) bestanden hat,
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

Bereits seit dem 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 Absatz 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 Absatz 1 SGB V die Wahl gegenüber der jeweiligen Krankenkasse erklären müssen. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen, sofern alle versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

1.2 Sonderzuständigkeit beziehungsweise Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Die im Zuständigkeitsbereich der landwirtschaftlichen Krankenkasse Beschäftigten beziehungsweise selbständig Tätigen oder Bezieher einer Rente aus der Alterssicherung der Landwirte werden kraft Gesetzes (KVLG 1989) bei dieser Krankenkasse versichert. Darüber hinaus sind die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld sowie Bürgergeld (bis zum 31. Dezember 2022 Arbeitslosengeld II) bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu versichern, wenn sie dieser im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben (§ 3 Absatz 2 Nummer 6 KVLG 1989). Diese Personen haben kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse.

Die landwirtschaftliche Krankenkasse unterrichtet den Versicherten über Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei ihr. Der entsprechende Informationsaustausch zwischen der landwirtschaftlichen Krankenkasse und der beteiligten Krankenkasse der allgemeinen Krankenversicherung wird nach Maßgabe der Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels in der jeweils geltenden Fassung umgesetzt. Meldet die landwirtschaftliche Krankenkasse den Beginn einer Mitgliedschaft, handelt es sich immer um eine vorrangige Pflichtversicherung im Sondersystem der landwirtschaftlichen Krankenversicherung. Die landwirtschaftliche Krankenkasse stellt sicher, dass die Kassenzuständigkeit zweifelsfrei gegeben ist. Dabei ist sie auf die Mitwirkung der anderen Krankenkassen angewiesen, die im Rahmen der bestehenden Meldeverpflichtung nach § 29 Absatz 5 KVLG 1989 die landwirtschaftliche Krankenkasse über einen Zuständigkeitswechsel oder das Ende der bisherigen Vorrangversicherung informieren (vergleiche Niederschrift zu TOP 5 der Fachkonferenz Beiträge vom 17. November 2015).

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

Nach § 21 Absatz 1 KVLG 1989 ist die landwirtschaftliche Krankenkasse für

- Studenten (§ 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V),
- Praktikanten ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V),
- Auszubildende ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Absatz 1 Nummer 10 SGB V) und
- Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (§ 5 Absatz 1 Nummer 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 Absatz 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 beziehungsweise Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (vergleiche Abschnitt 9.1). 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 12-monatigen Bindungsfrist einen Wechsel zu einer Krankenkasse der allgemeinen Krankenversicherung vornehmen.

2. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen

2.1 Allgemeine Wahlrechte

Das in § 173 Absatz 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 nach § 173 Absatz 4 SGB V wählbar für:

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

- behinderte Menschen im Rahmen des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V.

Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können Studenten (§ 5 Absatz 1 Nummer 9 SGB V) die AOK wählen, die für den Sitz der Hochschule örtlich zuständig ist (§ 173 Absatz 3 SGB V).

Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall werden bei Eintritt der sogenannten Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V gemäß § 174 Absatz 3 SGB V wieder Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der zuletzt eine - gegebenenfalls schon viele Jahre zurückliegende - Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat (BSG-Urteil vom 29. Juni 2021 - B 12 KR 38/19 R -, USK 2021-34). 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 nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V ihre Krankenkasse frei wählen. Im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung. Die hierbei zu beachtenden Besonderheiten im Hinblick auf die 12-monatige Bindungsfrist werden in Abschnitten 8.2.1 und 8.2.2 erläutert. 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung unter Abschnitt B verwiesen.

Versicherte, deren Mitgliedschaft sich im Rahmen der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V fortsetzt, bleiben zunächst Mitglied der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Pflichtversicherung oder Familienversicherung bestanden hat. Alternativ ist zum Zeitpunkt des Übergangs von einer Pflicht- oder Familienversicherung zu einer freiwilligen Mitgliedschaft auch ein Krankenkassenwechsel möglich, allerdings nur unter den Voraussetzungen des § 9 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 SGB V. Im weiteren Verlauf einer bestehenden freiwilligen Mitgliedschaft finden die allgemeinen Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht Anwendung. Strebt ein freiwilliges Mitglied einen Krankenkassenwechsel bei einem unveränderten Versicherungsverhältnis an, ist die Prüfung der Vorversicherungszeit entbehrlich. Dies gilt unabhängig davon, auf welcher Rechtsgrundlage die freiwillige Versicherung ursprünglich zustande gekommen ist. Die zu beachtenden Besonderheiten im Hinblick auf die 12-monatige Bindungsfrist werden in Abschnitt 8.2.2 erläutert.

2.2 Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter von Krankenkassen sowie deren Verbänden

Beschäftigte einer Betriebskrankenkasse haben neben den allgemeinen Wahlrechten nach § 174 Absatz 1 SGB V die Möglichkeit, die Betriebskrankenkasse zu wählen, bei der sie beschäftigt sind. Die Mitarbeiter der Betriebskrankenkassen-Verbände können nach § 174 Absatz 2 SGB V

zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten eine der am Wohn- oder Beschäftigungsort bestehenden Betriebskrankenkassen wählen. Ein derartiges Wahlrecht steht auch Rentnern zu, die vor dem Rentenbezug bei einer Betriebskrankenkasse beziehungsweise bei einem Verband dieser Kassenarten beschäftigt waren (§ 174 Absatz 1 und 2 SGB V).

3. Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

3.1 Allgemeines

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts ist in § 175 SGB V geregelt. Die Vorschrift beschreibt unter Anderem das Verfahren der Wahlausübung im Allgemeinen, die dabei einzuhaltenden Fristen für die Abgabe der Wahlerklärungen und die sich daraus ergebenden Bindungsfristen, Mitwirkungshandlungen der Mitglieder und der beteiligten Krankenkassen sowie die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts in besonderen Fallkonstellationen. Hierbei sind die Grundsätze zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts für alle Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) und alle Versicherungsberechtigten (§§ 9, 188 Absatz 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 vergleiche Abschnitt 1.2.

Ein Mitglied ist an das ausgeübte Krankenkassenwahlrecht im Allgemeinen für 12 Monate gebunden (§ 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V). Bei einem unveränderten Versicherungsverhältnis kann das Mitglied daher sein Wahlrecht grundsätzlich erst mit Ablauf dieser Bindung erneut ausüben. Das Krankenkassenwahlrecht setzt im Regelfall grundsätzlich das Zusammenwirken der Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse sowie die Wahlerklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse voraus. Nach der Rechtslage ab dem 1. Januar 2021 wird die Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse durch die gewählte Krankenkasse im Rahmen eines elektronischen Meldeverfahrens umgesetzt („Krankenkassenwahlrecht bei unverändertem Versicherungsverhältnis“, vergleiche Abschnitt 3.2).

Abweichend von dem vorgenannten Grundsatz erlischt die Bindung eines Mitglieds an die gewählte Krankenkasse, wenn die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet (§ 175 Absatz 4 Satz 2 SGB V). Wird also ein Krankenkassenwahlrecht aus Anlass der Veränderung im Versicherungsverhältnis ausgeübt, bedarf es weder einer Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse noch einer Berücksichtigung der Bindungsfristen bei ihr („sofortiges Krankenkassenwahlrecht“, vergleiche Abschnitt 3.3).

Bei einer aktiven Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied hat die neu gewählte Krankenkasse aufgrund der Angaben des Mitglieds zunächst festzustellen, welche der beiden vorgenannten Optionen für den konkreten Sachverhalt relevant ist. Bei Ausübung des

sofortigen Krankenkassenwahlrechts obliegt die Prüfung der Rechtmäßigkeit des angestrebten Krankenkassenwechsels regelmäßig der neu gewählten Krankenkasse. Sofern der bisherigen Krankenkasse ausnahmsweise die Informationen bekannt sind, die der sofortigen Ausübung des Krankenkassenwahlrechts entgegenstehen, hat sie dies der gewählten Krankenkasse zu melden. Näheres ergibt sich aus der Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels in der jeweils geltenden Fassung. Dagegen ist in den Sachverhalten, in denen sich der Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis vollzieht, die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse für die verbindliche Bestimmung des maßgeblichen Datums des Krankenkassenwechsels ausschlaggebend.

3.2 Krankenkassenwahlrecht bei unverändertem Versicherungsverhältnis

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung im Regelverfahren (also ohne Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes) beinhaltet ein mehrstufiges Verfahren. Danach sind folgende Voraussetzungen beziehungsweise Mitwirkungshandlungen des Mitglieds und der beteiligten Krankenkassen kumulativ notwendig:

- Der Versicherte wählt die Krankenkasse unter Beachtung der Wahlmöglichkeiten.
- Die 12-monatige Bindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V bei der bisherigen Krankenkasse ist erfüllt. Die Erfüllung der Bindungsfrist wird zunächst vorläufig durch die gewählte Krankenkasse auf Grundlage der Angaben des Mitglieds geprüft und anschließend verbindlich durch die bisherige Krankenkasse gegenüber der gewählten Krankenkasse bestätigt.
  Ausnahmen:
  - Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes
  - Schließung, Auflösung beziehungsweise die Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
  - Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart, sofern die Satzung dies vorsieht
  - Errichtung einer Betriebskrankenkasse
- Bei Inanspruchnahme von Wahltarifen ist die sich aus dem § 53 Absatz 8 Satz 1 und 2 SGB V ergebende Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt. Die Erfüllung der Bindungsfrist wird zunächst vorläufig durch die gewählte Krankenkasse auf Grundlage der Angaben des Mitglieds geprüft und anschließend verbindlich durch die bisherige Krankenkasse gegenüber der gewählten Krankenkasse bestätigt.
  Ausnahmen:
  - Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (mit Ausnahme des Krankengeld-Wahltarifs)

  - Schließung, Auflösung beziehungsweise die Insolvenz der bisherigen Krankenkasse
- Die Mitgliedschaft wurde bei der bisherigen Krankenkasse gekündigt; die Kündigungserklärung des Mitglieds wird hierbei durch die elektronische Meldung der gewählten Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 SGB V an die bisherige Krankenkasse ersetzt.
- Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Initialmeldung, elektronisch das Ende der Mitgliedschaft. Diese Rückmeldung hat die gleiche Funktion, die nach der Rechtslage bis zum 31. Dezember 2020 die Vorlage einer Kündigungsbestätigung erfüllt hat. Es wird also die Erfüllung der allgemeinen und gegebenenfalls der besonderen Bindungsfrist beziehungsweise das Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen der Kündigung bestätigt. Sofern die Voraussetzungen des Krankenkassenwechsels zu dem angestrebten Zeitpunkt noch nicht erfüllt waren, wird das frühestmögliche rechtlich zulässige Datum der Beendigung der Mitgliedschaft angegeben. Sollte sich im Einzelfall die Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse zum Beispiel aus technischen Gründen verspäten, führt dies nicht zur Verzögerung des Krankenkassenwechsels.
- Die gewählte Krankenkasse informiert das Mitglied unverzüglich nach der Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse über den vollzogenen Krankenkassenwechsel.
- Das Mitglied informiert daraufhin unverzüglich formlos die zur Meldung verpflichtete Stelle – sofern vorhanden – über die gewählte Krankenkasse (Name, Adresse, Datum des Beginns der Mitgliedschaft).
- Die zur Meldung verpflichtete Stelle nimmt eine Anmeldung bei der gewählten Krankenkasse und eine Abmeldung bei der bisherigen Krankenkasse (zum Beispiel nach § 28a Absatz 1 Satz 1 SGB IV) vor.
- Die gewählte Krankenkasse bestätigt als Antwort auf die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle das Bestehen der Mitgliedschaft bei ihr („elektronische Mitgliedsbescheinigung“). Die abweichenden Regelungen bei bestimmten Personengruppen werden in Abschnitt 11 erläutert.
- Die gewählte und die bisherige Krankenkasse bringen das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V zum Abschluss.

Tritt während der Kündigungsfrist ein Tatbestand ein, der zu einem sofortigen Krankenkassenwahlrecht berechtigt (vergleiche Abschnitt 3.3), steht dem Mitglied die Möglichkeit zu, es entweder bei dem Krankenkassenwechsel zu dem ursprünglich geplanten Datum zu belassen oder vom sofortigen Wahlrecht Gebrauch zu machen. Sofern das Mitglied nicht von seinem sofortigen Wahlrecht Gebrauch macht, führt die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle bei der bisherigen und noch zuständigen Krankenkasse nicht zur erneuten Bindungsfrist (vergleiche Abschnitt 8.2.2).

3.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht

3.3.1 Voraussetzungen des sofortigen Krankenkassenwahlrechts

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bedeutet, dass eine wahlberechtigte Person eine neue Krankenkasse ohne Kündigung und ohne Rücksicht auf die Dauer der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen darf. Keiner Kündigung bedarf es immer dann, wenn die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet (§§ 190 und 191 SGB V). Wird anschließend ein neuer Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung begründet, besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus Anlass dieser Veränderung im versicherungsrechtlichen Status. Es ist somit unerheblich, ob ein neuer Tatbestand der Versicherungspflicht beziehungsweise der Versicherungsberechtigung nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft eintritt oder sich nahtlos an die vorangegangene Mitgliedschaft anschließt. Mit der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes erlischt die bisherige 12-monatige Bindung des Mitglieds an die bisherige Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 8.2). Dies ergibt sich unmittelbar aus dem Wortlaut des § 175 Absatz 4 Satz 2 SGB V in der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung. Die eventuell bestehenden Mindestbindungsfristen für Wahltarife (vergleiche Abschnitt 8.4) spielen im Falle der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes ebenso keine Rolle.

Die einheitlichen Grundsätze zur Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts gelten für Versicherungspflichtige und für Versicherungsberechtigte gleichermaßen. Hinsichtlich der Frage, ob bei Beginn einer neuen Mitgliedschaft ein Krankenkassenwahlrecht einzuräumen ist, kommt es regelmäßig auf den Status weder der künftigen noch der vorangegangenen Mitgliedschaft an. Entscheidend in diesem Kontext ist ausschließlich der Umstand, dass eine vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet; die Sonderregelungen zur Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 SGB V und zur Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V bleiben unberührt (vergleiche folgende Ausführungen).

Entsprechend diesem Grundsatz ist ein Krankenkassenwahlrecht nicht nur dann einzuräumen, wenn Zeiten der Versicherungspflicht unmittelbar aneinander anschließen oder nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft aufeinanderfolgen; ein sofortiges Wahlrecht ist vielmehr auch dann gegeben, wenn eine Zeit der Versicherungspflicht sich unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes (hier: § 191 Nummer 2 SGB V) beendete freiwillige Mitgliedschaft anschließt (zum Beispiel Eintritt der Versicherungspflicht bei Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze). In Erweiterung dieses Grundsatzes ist ein sofortiges Wahlrecht ohne Rücksicht auf die Bindungsfristen auch bei der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft durch Kündigung wegen der Begründung einer Familienversicherung beziehungsweise einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV und einem anschließenden Eintritt der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung nach § 9 SGB V einzuräumen.

Kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht besteht dagegen aus Anlass der Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V. Schließt sich also eine freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 SGB V unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung an, bleibt die betroffene Person kraft Gesetzes Mitglied der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung 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 Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder 2 SGB V) bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll (vergleiche Abschnitt 4.3.2.2). Außerdem ist ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus Anlass des Beginns der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V nach Maßgabe des § 174 Absatz 3 SGB V ausgeschlossen.

Bei unmittelbar aufeinanderfolgenden Mitgliedschaften Versicherungspflichtiger knüpft das sofortige Krankenkassenwahlrecht nur an die Voraussetzung an, dass die vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet. Aus welchem Grund die bisherige Mitgliedschaft endet, ist dagegen 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. Für Versicherte, die durchgehend einer nachrangigen Versicherungspflicht unterliegen und bei einem vorrangigen Versicherungspflichttatbestand ein lückenloser Wechsel von einem Mitgliedschaftsabschnitt zu dem anderen stattfindet, entsteht aus diesem Anlass ebenfalls ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Als Beispiel hierfür ist ein Arbeitgeberwechsel eines versicherungspflichtigen Arbeitnehmers zu nennen, der gleichzeitig die KVdR-Voraussetzungen erfüllt (insbesondere aufgrund des Bezugs einer Hinterbliebenenrente) und durchgehend der vorrangigen Versicherungspflicht als Arbeitnehmer unterliegt.

Bei unständig Beschäftigten besteht die Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 2 Satz 2 SGB V auch an den Tagen fort, an denen der unständig Beschäftigte vorrübergehend, längstens für 3 Wochen

nicht beschäftigt wird. Sie endet nach § 190 Absatz 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 (vergleiche Abschnitt 3.2) möglich. Lediglich in den Fällen, in denen eine berufsmäßige Ausübung von unständigen Beschäftigungen aufgegeben wird, entsteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Für Versicherte, die einen bestimmten Versicherungspflichttatbestand mehrfach (zum Beispiel Mehrfachbeschäftige) oder zwei gleichrangige Versicherungspflichttatbestände gleichzeitig (zum Beispiel versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Bezug von Bürgergeld [bis zum 31. Dezember 2022 Arbeitslosengeld II] oder versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Bezug von Teilarbeitslosengeld) erfüllen, vollzieht sich ein Krankenkassenwechsel typischerweise im Kündigungsverfahren. Jedenfalls begründet ein Hinzutritt beziehungsweise ein Wegfall eines weiteren Versicherungspflichttatbestandes zu/bei einer durchgehend bestehenden (anderweitigen) Mitgliedschaft kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht. Dies gilt selbst dann, wenn es nur zu einer kurzen Überschneidung von zwei Versicherungspflichttatbestände kommt (zum Beispiel Beginn eines neuen Beschäftigungsverhältnisses während des Resturlaubs bei dem bisherigen Arbeitgeber).

Außerdem wird kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht durch den Umstand ausgelöst, dass innerhalb eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses eine Änderung im Arbeitsvertrag vorgenommen wird (zum Beispiel 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 zum Beispiel Beitragsgruppenwechsel, Wechsel Entgeltabrechnungssystem, Wechsel des Rechtskreises, sowie beim Wechsel der Betriebsstätten oder Zweigniederlassungen, die demselben Arbeitgeber im sozialversicherungsrechtlichen Sinne zuzuordnen sind. Davon unberührt ist ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bei solchen Meldeanlässen, die den Beginn oder das Ende der Versicherungsfreiheit in einer laufenden Beschäftigung dokumentieren (zum Beispiel Beitragsgruppenwechsel wegen des Über- beziehungsweise Unterschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder wegen der Aufnahme beziehungsweise Aufgabe einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit).

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 (zum Beispiel bei Umwandlung der Gesellschaftsform, Betriebsübergang nach § 613a BGB, Insolvenzfälle), kann – selbst wenn aus formalen Gründen neue Arbeitsverträge geschlossen werden – von sofortigem Krankenkassenwahlrecht nicht Gebrauch gemacht werden.

Für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld oder die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Bürgergeld (bis zum 31. Dezember 2022 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 Absatz 12 SGB V stellt abstrakt auf das Ende eines Leistungsbezugs als solchen ohne Bezugnahme auf den zuständigen Leistungsträger ab. Ein nahtloser Übergang vom Bezug des Arbeitslosengeldes II zum Bezug des Bürgergeldes zum 1. Januar 2023 aufgrund des Inkrafttretens des Zwölften Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetz) lässt die bei den betroffenen Personen bestehende Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V unberührt und löst daher kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus. Dagegen begründet der Wechsel des Versicherungstatbestandes von Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a SGB V ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Mit der gleichen Begründung wie bei dem Leistungsträgerwechsel für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a SGB V ist auch für versicherungspflichtige Studenten ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus Anlass eines Wechsels der Hochschule zu verneinen. Die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 190 Absatz 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 Umstellung von einer Rentenantragstellermitgliedschaft zu einer Mitgliedschaft als Rentenbezieher löst kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus, weil den beiden Mitgliedschaftsabschnitten derselbe Versicherungspflichttatbestand zugrunde liegt. Hierbei ist es ohne Bedeutung, ob die Rentenantragstellermitgliedschaft (regelmäßig rückwirkend) vollständig oder nur teilweise durch eine Mitgliedschaft nach § 186 Absatz 9 SGB V ersetzt wird.

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

- erstmaliger Eintritt der Versicherungspflicht beziehungsweise der Versicherungsberechtigung für Personen, die zuvor überhaupt nicht in der GKV versichert waren
- Eintritt der Versicherungspflicht beziehungsweise der Versicherungsberechtigung nach einer Unterbrechung der Versicherung in der GKV (zum Beispiel durch einen Auslandsaufenthalt oder eine Versicherung in der PKV)
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an einen nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V bei einer neuen Krankenkasse unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft
- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V bei einer neuen Krankenkasse im Anschluss an eine Familienversicherung
- Verdrängung einer dem Grunde nach unverändert bestehenden Versicherungspflicht durch eine Vorrangversicherung oder „Wiederaufleben“ dieser nach Wegfall der Vorrangversicherung.

3.3.2 Verfahrensablauf bei Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied

Bei der Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied gilt folgender Verfahrensablauf:

- Der Versicherte wählt die Krankenkasse unter Beachtung der Wahlmöglichkeiten und Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung.
- Die gewählte Krankenkasse prüft auf Grundlage der Angaben des Mitglieds die Voraussetzungen des sofortigen Krankenkassenwahlrechts und informiert das Mitglied unverzüglich über den Krankenkassenwechsel.
- Das Mitglied informiert – sofern vorhanden – unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb der vorgeschriebenen Fristen, formlos die zur Meldung verpflichtete Stelle über die gewählte Krankenkasse (Name, Adresse, Datum des Beginns der Mitgliedschaft).
- Die gewählte Krankenkasse prüft die Notwendigkeit des Informationsaustauschs zwischen den Krankenkassen nach Maßgabe des § 175 Absatz 2 SGB V oder des § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes und informiert die bisherige Krankenkasse – sofern vorgeschrieben – über den Krankenkassenwechsel im Rahmen des jeweils relevanten elektronischen Meldeverfahrens.

- Wird ein Meldeverfahren nach § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze eingeleitet, bestätigt die bisherige Krankenkasse der gewählten Krankenkasse nach § 9 Absatz 4 der Fami-Meldegrundsätze unverzüglich das Ende der Familienversicherung.
- Wird ein Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V eingeleitet, bestätigt die bisherige Krankenkasse der gewählten Krankenkasse unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle (zum Beispiel nach § 8 DEÜV), das Ende der Mitgliedschaft.
- Die zur Meldung verpflichtete Stelle nimmt eine Anmeldung bei der gewählten Krankenkasse vor.
- Die gewählte Krankenkasse prüft auf Grundlage der Meldungen der bisherigen Krankenkasse und der zur Meldung verpflichteten Stelle abschließend die Voraussetzungen des sofortigen Wahlrechts und bestätigt als Antwort auf die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle das Bestehen der Mitgliedschaft bei ihr („elektronische Mitgliedsbescheinigung"). Die möglichen Abweichungen vom „regulären" Ablauf sind im Einzelnen in der Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels in der jeweils geltenden Fassung beschrieben.
- Die gewählte und die bisherige Krankenkasse bringen das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V zum Abschluss.

4. Wahlerklärung des Mitglieds

4.1 Allgemeines zur Wahlerklärung

Nach § 175 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 173 Absatz 1 SGB V hat der Versicherte sein Krankenkassenwahlrecht gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse auszuüben. Eine gegenüber einer zur Meldung verpflichteten Stelle (zum Beispiel Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit) abgegebene Wahlerklärung erlangt dagegen keine Rechtswirkung. Zu den temporären abweichenden Regelungen im Rahmen eines sogenannten vereinfachten Krankenkassenwahlrechts für Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge und Schutzbedürftige, die Bürgergeld (bis zum 31. Dezember 2022 Arbeitslosengeld II) beziehen, verweisen wir auf das Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2016/008 vom 5. Januar 2016, in dem die Grundsätze dieses Verfahrens beschrieben sind, sowie auf das Rundschreiben 2022/320 vom 20. Mai 2022. Das vereinfachte Verfahren ist zunächst befristet bis 30. April 2023.

§ 175 Absatz 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 (vergleiche Abschnitt 4.4) mit ein. Die

Altersgrenze entspricht derjenigen in § 36 Absatz 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 Wahlerklärung in Textform für alle Personengruppen empfehlenswert. Textform bedeutet, dass ein Unterschriftserfordernis nicht besteht beziehungsweise eine Erklärung auf einem nicht qualifizierten elektronischen Weg zulässig ist. Dagegen ist eine Textform verpflichtend, wenn die Wahlerklärung nach § 175 SGB V gleichzeitig die Funktion einer Beitrittserklärung im Sinne des § 9 Absatz 2 in Verbindung mit § 188 Absatz 3 Satz 1 SGB V erfüllt (zum Beispiel bei der erstmaligen Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV oder bei der Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung beziehungsweise 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 Textformerfordernis.

4.3 Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung

4.3.1 Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis

Anders als die Regelungen zum sofortigen Krankenkassenwahlrecht (vergleiche Abschnitt 4.3.2) oder zu besonderen Fallkonstellationen (vergleiche Abschnitt 9) kennt das Verfahren des Krankenkassenwechsels bei unverändertem Versicherungsverhältnis keine Ausschlussfristen für die Abgabe einer Wahlerklärung. Diese kann dem Grunde nach jederzeit abgegeben werden und entfaltet ihre Wirkung nach Maßgabe des § 175 Absatz 4 Sätze 3 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 SGB V. Danach regelt § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V die Kündigungsfrist von zwei vollen Kalendermonaten, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Nach § 175 Absatz 4 Satz 4 erster Halbsatz SGB V gilt ab dem 1. Januar 2021 der Grundsatz, dass die Kündigungserklärung des Mitglieds bei der bisherigen Krankenkasse durch die Meldung der gewählten Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts ersetzt wird. Bis zum Inkrafttreten des 8. SGB IV-ÄndG ist dieser Grundsatz im Einzelnen so ausgestaltet, dass die Kündigungsfrist ausgehend vom Datum der Erstellung einer entsprechenden Initialmeldung der gewählten Krankenkasse berechnet wird.

Durch die Einführung des § 175 Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz SGB V mit Wirkung ab dem 1. Juli 2023 wird klargestellt, dass bei einem Wechsel zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse der Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse für den Beginn der Kündigungsfrist maßgeblich ist. Es kommt demnach nicht (mehr) auf den Zeitpunkt der Abgabe der elektronischen Meldung der gewählten Krankenkasse an (vergleiche Abschnitt 7.3). Auf die besonderen Regeln für die Abgabe einer Wahlerklärung bei einer sogenannten mehrfachen Ausübung des Wahlrechts wird im Abschnitt 4.4 eingegangen.

Die Fristen für die Abgabe einer Wahlerklärung im Rahmen dieses Verfahrens sind für Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte identisch.

4.3.2 Krankenkassenwechsel bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht

4.3.2.1 Für versicherungspflichtige Mitglieder

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vergleiche Abschnitt 3.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus dem § 175 Absatz 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 rechtswirksam 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 Absatz 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 ersetzenden Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle oder darüber hinaus ist rechtlich nicht zulässig.

Für die Berechnung der zweiwöchigen Frist gelten nach § 26 Absatz 1 SGB X die §§ 187 bis 193 BGB entsprechend. Da der Beginn der Frist von einem Ereignis abhängt, das in den Lauf eines Tages fällt (Beginn der Versicherungspflicht), ist für die Berechnung der Frist § 187 Absatz 1 BGB in Verbindung mit § 188 Absatz 2 BGB maßgebend. Das bedeutet, dass der Tag des Beginns der Versicherungspflicht nicht in die Frist einzubeziehen ist. Die Frist endet demnach mit dem Ablauf des Tages der zweiten Woche, welcher durch seine Benennung dem Ereignistag entspricht.

Fällt der letzte Tag der zweiwöchigen Frist auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, endet die Frist nach § 26 Absatz 3 Satz 1 SGB X mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktags.

Eine besondere Problematik ergibt sich für die Ausübung eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts bei den Bürgergeldempfängern (bis zum 31. Dezember 2022 Personenkreis der Arbeitslosengeld II-Bezieher). Die Regelung des § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB II,

wonach der Antrag auf Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II) auf den Ersten des Antragsmonats zurückwirkt, kann unter Umständen dazu führen, dass die ausdrücklich an den Eintritt der Versicherungspflicht gekoppelte zweiwöchige Frist im Sinne des § 175 Absatz 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. Wird das zuständige Jobcenter vom Mitglied über die gewählte Krankenkasse innerhalb dieses Zeitraumes informiert, kann der Leistungsträger in der Folge von einem rechtzeitig ausgeübten Wahlrecht ausgehen, ohne dass aus diesem Anlass eine Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse erforderlich ist.

Für Personen, deren Versicherungspflicht aufgrund einer rückwirkenden Aufhebung der Familienversicherung zustande kommt (zum Beispiel Eintritt der Versicherungspflicht als Student durch den Wegfall der vorrangigen Familienversicherung aufgrund des Überschreitens der Einkommensgrenze), beginnt die zweiwöchige Frist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts mit dem Tag nach der Bekanntgabe der Feststellung der Krankenkasse.

4.3.2.2 Für freiwillige Mitglieder

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungsberechtigung (vergleiche Abschnitt 3.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus § 9 Absatz 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 beitrittsbegründenden 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 entweder im Rahmen einer Meldung nach § 9 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 der Fami-Meldegrundsätze (für zuletzt familienversicherte Personen) oder im Rahmen eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V (für zuletzt Pflichtversicherte) vollzogen. Sofern bei freiwilligen Mitgliedern eine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, muss das

Mitglied darüber hinaus innerhalb von drei Monaten die zur Meldung verpflichteten Stelle über die gewählte Krankenkasse informieren (vergleiche Abschnitt 6.3).

Für Personen, deren Versicherungsberechtigung aufgrund einer rückwirkenden Aufhebung der Familienversicherung zustande kommt (zum Beispiel Wegfall der Familienversicherung aufgrund des Ausschlusstatbestandes im Sinne des § 10 Absatz 3 SGB V), beginnt die dreimonatige Frist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts mit dem Tag nach der Bekanntgabe der Feststellung der Krankenkasse.

4.4 Widerruf beziehungsweise 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 bei unverändertem Versicherungsverhältnis Gebrauch machen (vergleiche Abschnitt 3.2), bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit der Kündigung zugestanden wird. Die Wahlerklärung kann dadurch in den Fällen des § 175 Absatz 4 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist durch den Widerruf einer beziehungsweise mehrerer Wahlerklärung(en) „korrigiert“ werden; eines förmlichen Widerrufes der Wahlerklärungen bedarf es nicht. Das Recht zu einer „Korrektur“ von Wahlerklärungen in diesem Sinne steht einem Mitglied selbst dann zu, wenn es zunächst eine Wahlerklärung gegenüber einer Krankenkasse abgibt, anschließend sich für den Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse entscheidet und letztendlich innerhalb der Kündigungsfrist erneut seine Wahl zugunsten der erstgewählten Krankenkasse bekräftigt oder sich für eine dritte Krankenkasse entscheidet. Sollte das Wahlrecht mehrfach ausgeübt worden sein, gilt die Krankenkasse als gewählt, die der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle gegenüber benennt. Sofern bei freiwillig oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherten keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, ist der Versicherte zu befragen.

Nach der bis zum 31. Dezember 2020 geltenden Rechtslage wurde dieses Verfahren in der Form praktiziert, dass das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist, welche durch die Abgabe einer Kündigungserklärung gegenüber der bisherigen Krankenkasse ausgelöst wurde, sein Wahlrecht mehrfach korrigieren durfte, ohne Einfluss auf das ursprüngliche Datum des Krankenkassenwechsels. Nach der Rechtslage ab dem 1. Januar 2021 wird die

Kündigungserklärung des Mitglieds durch eine Meldung der gewählten Krankenkasse ersetzt (§ 175 Absatz 4 Satz 4 erster Halbsatz SGB V). Folgerichtig wird das bisherige Verfahren im Kern unverändert fortgesetzt; lediglich für die Berechnung der Kündigungsfrist gelten die neuen Anforderungen. Danach wird im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2023 die Kündigungsfrist in dem vorgenannten Sinne durch die Erstellung einer Initialmeldung durch die erstgewählte Krankenkasse ausgelöst. Ab dem 1. Juli 2023 löst der Zugang der Wahlerklärung des Mitglieds gegenüber der erstgewählten Krankenkasse die Kündigungsfrist in dem vorgenannten Sinne aus. Innerhalb der so gebildeten Kündigungsfrist kann das Mitglied sein Wahlrecht ohne Auswirkung auf das ursprünglich angestrebte Datum des Krankenkassenwechsels - wie in dem vorstehenden Absatz beschrieben - „korrigieren".

Mitglieder, die bei unverändertem Versicherungsverhältnis zunächst eine Wahlerklärung gegenüber einer oder mehreren Krankenkasse(n) abgegeben haben und anschließend gleichwohl bei ihrer bisherigen Krankenkasse verbleiben wollen, haben ihre Entscheidung formlos der bisherigen Krankenkasse mitzuteilen. Diese hat die Entscheidung des Mitglieds in geeigneter Weise zu dokumentieren. Anschließend übernimmt die bisherige Krankenkasse in ihrer Funktion als „wiedergewählte" Krankenkasse die Verpflichtung, die andere(n) betroffene(n) Krankenkasse(n) über die geänderte Wahlentscheidung des Mitglieds im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V zu informieren. Ein Widerruf der Wahlerklärung(en) gegenüber der(n) zunächst gewählten Krankenkasse(n) durch das Mitglied ist nicht notwendig. Sofern der Versicherte die zur Meldung verpflichtete Stelle über die Wahl einer neuen Krankenkasse bereits informiert hat, hat er sie auch über den Widerruf beziehungsweise über den Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse zu benachrichtigen. Eine neue Bindungsfrist (vergleiche Abschnitt 8) wird durch die Entscheidung des Mitglieds über den Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse nicht ausgelöst.

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 Absatz 4 Satz 6 SGB V.

Ein identisches Verfahren hat sich auch im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vergleiche Abschnitt 3.3) entwickelt. Den Versicherten steht das Wahl- beziehungsweise Gestaltungsrecht bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht zu. Eine beziehungsweise mehrere Wahlerklärung(en) können innerhalb dieser Frist „korrigiert" werden. Sofern ein Versicherter mehreren Krankenkassen gegenüber erklärt, deren Mitglied werden zu wollen, meldet die zur Meldung verpflichtete Stelle den Betroffenen bei der Krankenkasse an, die ihm vom Versicherten benannt wird. Dies gilt auch für Mitglieder, die aus Anlass des Eintritts eines neuen Versicherungspflichttatbestandes zunächst eine Wahlerklärung gegenüber einer oder mehreren Krankenkasse(n) abgegeben haben und anschließend gleichwohl bei ihrer bisherigen

Krankenkasse verbleiben wollen. Ein förmlicher Widerruf der Wahlerklärung(en) gegenüber der(n) zunächst gewählten Krankenkasse(n) durch das Mitglied ist nicht notwendig. Die „wiedergewählte“ Krankenkasse informiert die andere(n) betroffene(n) Krankenkasse(n) im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V über die geänderte Wahlentscheidung des Mitglieds. Eine neue Bindungsfrist (vergleiche Abschnitt 8) wird durch die Entscheidung des Mitglieds über den Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse nicht ausgelöst.

Die vorstehenden Ausführungen gelten nicht, wenn ein Krankenkassenwechsel mit dem Zeitpunkt des Übergangs von einer Pflichtversicherung (oder Familienversicherung) zu einer freiwilligen Mitgliedschaft zusammenfällt. Die auf den Krankenkassenwechsel gerichtete Willenserklärung des Mitglieds (Wahlerklärung nach § 175 SGB V) erfüllt in diesem Fall gleichzeitig die Funktion einer Beitrittserklärung nach § 9 Absatz 2 in Verbindung mit § 188 Absatz 3 Satz 1 SGB V. Das Wirksamwerden solcher Wahlerklärungen richtet sich nach § 130 BGB.

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 beziehungsweise 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 beziehungsweise zur Begründung der Mitgliedschaft (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V) einschließlich der Durchführung eines elektronischen Meldeverfahrens mit der bisherigen Krankenkasse (§ 175 Absatz 2 SGB V), zur Feststellung der Beitragspflicht (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V) oder zur Erbringung der Leistungen (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 einschließlich der Durchführung eines elektronischen Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V 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 Absatz 5 SGB V beziehungsweise 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 beziehungsweise einer Mitgliedschaft für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 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.

Darüber hinaus sind für die Einleitung des Meldeverfahrens nach § 175 Absatz 2 SGB V (vergleiche Abschnitt 10) folgende Angaben erforderlich:

- Anlass des Krankenkassenwechsels (zum Beispiel Arbeitgeberwechsel, Ablauf der Bindungsfrist, Erhöhung des Zusatzbeitrags durch die bisherige Krankenkasse usw.)
- angestrebter Mitgliedschaftsbeginn
- Versicherungsverhältnis bei der gewählten Krankenkasse (Pflichtmitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nrn. 1 bis 12 SGB V/ Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V/ freiwillige Mitgliedschaft nach § 9 SGB V)
- letzte Versicherung (GKV/ PKV/ Sondersystem in Deutschland/ Versicherung im Ausland)
- nähere Angaben, wenn letzte Versicherung in der GKV bestand (Name der Krankenkasse/ Versicherungsverhältnis bei der letzten Krankenkasse: Pflichtmitgliedschaft, freiwillige Mitgliedschaft, Familienversicherung /Seit wann? /Bis wann?).

Freiwillige Angaben, wie zum Beispiel die E-Mailadresse, sollten als solche gekennzeichnet werden.

5. Papiergebundene Mitgliedsbescheinigungen

Nach der Rechtslage ab dem 1. Januar 2021 ist bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch das Mitglied beziehungsweise beim Eintritt der Versicherungspflicht eine Mitgliedsbescheinigung in Textform zur Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht mehr vorgesehen. Es ist lediglich erforderlich, dass das Mitglied der zur Meldung verpflichteten Stelle die notwendigen Informationen über die gewählte Krankenkasse unverzüglich mitteilt (§ 175 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Als Folgeregelung zur Streichung des Erfordernisses einer Mitgliedsbescheinigung wurde eine zusätzliche Meldung der Krankenkassen an die Meldestellen über das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft eingeführt (sogenannte „elektronische Mitgliedsbescheinigung“, vergleiche Abschnitt 11).

Im Übrigen hat die gewählte Krankenkasse als Reaktion auf die Wahlerklärung des Mitglieds in geeigneter Form das Zustandekommen der Mitgliedschaft bei ihr zu bestätigen. Im Falle des Krankenkassenwechsels bei unverändertem Versicherungsverhältnis setzt dies die vorangegangene Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse voraus. In dieser Bestätigung wird das Mitglied unter anderem über seine Mitteilungspflichten gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle informiert.

6. Informationspflichten des Mitglieds gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle bei Ausübung des Wahlrechts

6.1 Eintritt von Versicherungspflicht

Versicherungspflichtige haben nach § 175 Absatz 3 Satz 1 SGB V bei Eintritt der Versicherungspflicht der zur Meldung verpflichteten Stelle (zum Beispiel Arbeitgeber) unverzüglich formlos Angaben über die gewählte Krankenkasse (Name, Adresse, Datum des Beginns der Mitgliedschaft) zu machen. Die Vorlage eines wie auch immer gearteten Nachweises über die zuständige Krankenkasse durch das Mitglied ist nicht mehr vorgesehen; anstelle dessen tritt künftig eine elektronische Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 11). Kommt das Mitglied dieser Mitteilungspflicht gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht nach, gilt die unter Abschnitt 6.5.2 beschriebene Verfahrensweise.

Versicherte, die aufgrund eines vorrangigen und eines nachrangigen Versicherungsverhältnisses über mehr als eine zur Meldung verpflichtete Stelle verfügen (zum Beispiel versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Rentenbezug), haben grundsätzlich alle zur Meldung verpflichteten Stellen über ihren Krankenkassenwechsel aus Anlass des Beginns der Versicherungspflicht rechtzeitig zu informieren. Ein Krankenkassenwechsel vollzieht sich allerdings auch dann, wenn im Einzelfall

lediglich die für ein vorrangiges Versicherungsverhältnis zuständige Meldestelle innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht informiert wird.

6.2 Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis

Mitglieder, die einen Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis vollziehen, haben der zur Meldung verpflichteten Stelle (sofern vorhanden) unverzüglich formlos Angaben über die gewählte Krankenkasse (Name, Adresse, Datum des Beginns der Mitgliedschaft) zu machen (§ 175 Absatz 3 Satz 1 SGB V, § 28o Absatz 1 SGB IV).

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 wurde die Verpflichtung des Mitglieds, die zur Meldung verpflichtete Stelle noch innerhalb der Kündigungsfrist über den Krankenkassenwechsel zu informieren, als Voraussetzung für dessen Wirksamkeit ersatzlos gestrichen. Eine verspätete Information des Mitglieds gegenüber der zur Meldung verpflichtete Stelle bleibt deshalb ohne rechtliche Konsequenzen (vergleiche Abschnitte 6.5.1 und 7.6).

Versicherte, die über mehr als eine zur Meldung verpflichtete Stelle verfügen (zum Beispiel Mehrfachbeschäftigte), haben alle zur Meldung verpflichteten Stellen über ihren Krankenkassenwechsel zu informieren.

6.3 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 Absatz 4 SGB V.

Bei freiwillig versicherten Studenten ist die Hochschule im Inland als die zur Meldung verpflichtete Stelle anzusehen (§ 199a Absatz 4 SGB V, § 21 Absatz 2 KVLG 1989).

Im Übrigen ist die zweiwöchige Frist für die Mitteilungspflichten gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle im Verfahren des sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass des Eintritts der Versicherungsberechtigung (zum Beispiel in den Sachverhalten im Sinne des § 6 Absatz 4 SGB V) – anders als bei Versicherungspflichtigen – ohne Bedeutung. Vielmehr kann die zur Meldung verpflichtete Stelle bis zum Ablauf der Antragsfrist nach § 9 Absatz 2 SGB V über die neu gewählte Krankenkasse informiert werden.

6.4 Informationspflichten bei Rentnern und Studenten

Bei versicherungspflichtigen Rentnern wird von den Informationspflichten des Mitglieds gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger abgesehen, da der Rentenversicherungsträger als zur Meldung verpflichtete Stelle bereits durch die nach § 201 Absatz 2 SGB V unverzüglich von der neu gewählten Krankenkasse abzugebende Meldung über den Wechsel der Krankenkasse informiert wird. Insoweit ersetzt die Meldung nach § 201 Absatz 2 SGB V die Mitteilung des Mitglieds. Entsprechendes gilt für den Krankenkassenwechsel von Rentenantragstellern, Rentnern mit einem vorrangigen Versicherungsverhältnis sowie von freiwillig versicherten Rentnern (vergleiche 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 geltenden Fassung).

Eine vergleichbare Rechtslage ergibt sich für Studenten, die bei einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind. Die Hochschulen in ihrer Funktion als zur Meldung verpflichteten Stellen werden bereits durch die nach § 199a Absatz 4 Satz 1 SGB V unverzüglich von der gewählten Krankenkasse abzugebende Meldung über den Wechsel der Krankenkasse informiert. Vor diesem Hintergrund wird von den Informationspflichten des Mitglieds gegenüber der zuständigen Hochschule abgesehen.

6.5 Folgen der Verletzung der Informationspflichten des Mitglieds gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle

6.5.1 Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis

Die Mitglieder der GKV haben zwar eine allgemeine Verpflichtung, ihre zur Meldung verpflichtete Stelle über die zuständige Krankenkasse unverzüglich zu informieren (§ 175 Absatz 3 Satz 1 SGB V), jedoch wird das Erfordernis der Unverzüglichkeit im Falle des Krankenkassenwechsels bei unverändertem Versicherungsverhältnis gemäß der Rechtslage ab dem 1. Januar 2021 gesetzlich nicht näher definiert (vergleiche Abschnitte 6.2 und 7.6). Die bislang geltende Voraussetzung für die Wirksamkeit der Kündigung, die zur Meldung verpflichtete Stelle noch innerhalb der Kündigungsfrist zu informieren, ist entfallen (vergleiche Abschnitt 7.6). Eine verspätete Mitteilung des Mitglieds über den durchgeführten Krankenkassenwechsel verbleibt daher ohne rechtliche Konsequenzen; der Krankenkassenwechsel vollzieht sich zum angestrebten Termin. Die zur Meldung verpflichteten Stellen müssen bei Bedarf die notwendigen Korrekturen (bei Arbeitgebern zum Beispiel in den Entgeltabrechnungen und Beitragsnachweisen) vornehmen sowie die erforderlichen Ab- und Anmeldungen rückwirkend nachholen.

Lediglich freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, müssen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweisen (vergleiche Abschnitt 7.6). Wird dieser Nachweis bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht erbracht, setzt sich die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse automatisch fort.

6.5.2 Krankenkassenwechsel bei Eintritt von Versicherungspflicht

6.5.2.1 Pflichten der zur Meldung verpflichteten Stelle

Bei jedem Beginn der Versicherungspflicht hat der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. Wird das Wahlrecht vom Versicherten nicht selbst wahrgenommen oder eine entsprechende Information nicht rechtzeitig vorgelegt, ist die zur Meldung verpflichtete Stelle nach § 175 Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz 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.

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 in Textform zu unterrichten.

Die Krankenkasse, die eine Anmeldung im Sinne des § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V erhält, hat grundsätzlich eine Prüfung ihrer Zuständigkeit durchzuführen (vergleiche Abschnitt 6.5.2.2).

6.5.2.2 Pflichten der Krankenkassen bei einer Anmeldung im Sinne des § 175 Absatz 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 (vergleiche § 19 Absatz 2 SGB V), ist die Klärung der Krankenkassenzuständigkeit durch das Zusammenwirken der Prozessabläufe in der Mitgliederbestandsführung der beteiligten Krankenkassen (Fami-Meldeverfahren, Meldeverfahren

nach § 175 Absatz 2 SGB V, 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 Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz SGB V beziehungsweise wegen der Ausübung des Ersatzwahlrechts durch die zur Meldung verpflichtete Stelle nach § 175 Absatz 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V zuständig ist. Bei dieser Prüfung muss die betroffene Krankenkasse auch auf die Erkenntnisse zurückgreifen, die aus der Anwendung des Krankenversichertennummernverzeichnisses resultieren. Näheres regelt die Richtlinie nach § 290 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer sowie zur Führung eines Krankenversichertennummernverzeichnisses.

Kommt die Krankenkasse, die eine wahlersetzende Anmeldung des Arbeitgebers erhalten hat, zu der Erkenntnis, dass sie nicht die letzte Krankenkasse im Sinne des § 175 Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz SGB V ist, meldet sie nach § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V dem Arbeitgeber das Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurück. Sofern die betroffene Krankenkasse im Rahmen der Klärung des Sachverhaltes feststellen sollte, dass das Mitglied seine Wahlerklärung zugunsten der Krankenkasse, die eine wahlersetzende Anmeldung des Arbeitgebers erhalten hat, abgeben beziehungsweise nachholen möchte, entfaltet diese Wahlerklärung keine Rechtswirkung im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts, wenn sie nach Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht erfolgt. In diesen Fällen besteht allerdings die Möglichkeit einer Umdeutung eines Krankenkassenwechsels aus einem besonderen Anlass in ein Kündigungsverfahren im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V, verbunden mit den entsprechenden Kündigungsfristen (vergleiche Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels in der jeweils geltenden Fassung).

Kann die Krankenkasse, die eine wahlersetzende Anmeldung des Arbeitgebers erhalten hat, trotz der Ausschöpfung der zumutbaren Ermittlungsaktivitäten ihre Zuständigkeit für die Durchführung der Pflichtmitgliedschaft nicht abschließend klären, hat sie die Anmeldung zu akzeptieren, die Mitgliedschaft durchzuführen und dem Arbeitgeber nach § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V das Bestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden. Stellt sich ausnahmsweise später heraus (zum

Beispiel im Rahmen eines RSA-Clearingverfahrens), dass eine andere Krankenkasse in ihrer Eigenschaft als letzte Krankenkasse im Sinne des § 175 Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz SGB V für die Durchführung der Mitgliedschaft zuständig ist, sind die erforderlichen versicherungs-, melde- und beitragsrechtlichen Korrekturen durchzuführen.

6.5.2.3 Zuordnung der nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen

6.5.2.3.1 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.

6.5.2.3.2 Letzte Krankenkasse nicht vorhanden

Nach § 175 Absatz 3 Satz 4 SGB V hat der GKV-Spitzenverband den gesetzlichen Auftrag, für die Fälle, in denen das Wahlrecht vom Versicherten nicht ausgeübt 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 beziehungsweise 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.

7. Kündigung der Mitgliedschaft

7.1 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.

Sofern hierbei eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll, ersetzt nach der Rechtslage ab dem 1. Januar 2021 die elektronische Meldung der gewählten Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 Satz 1 SGB V die Kündigungserklärung des Mitglieds (§ 175 Absatz 4 Satz 4 erster Halbsatz SGB V). Eine gegenüber der bisherigen Krankenkasse nach dem 31. Dezember 2020 abgegebene Kündigungserklärung entfaltet in diesen Fällen keine rechtliche Wirkung. Geht eine Kündigungserklärung ein, hat die Krankenkasse das Mitglied unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Arbeitstagen, auf die fehlende Wirksamkeit der Kündigungserklärung, das Bestehen und den Ablauf des elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen und das Erfordernis der Abgabe einer Wahlerklärung gegenüber der gewählten Krankenkasse hinzuweisen. Die Anforderungen an die Berechnung der Kündigungsfrist werden in den Abschnitten 4.3.1 und 7.3 erläutert.

Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, bedarf es einer Kündigungserklärung gegenüber der Krankenkasse. Betroffen sind die Sachverhalte, in denen eine freiwillige Mitgliedschaft zugunsten einer Familienversicherung zu beenden ist oder ein Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt wird. In solchen Fällen hat die abgewählte Krankenkasse dem Versicherten unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse, eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

7.2 Form der Kündigungserklärung

Die Kündigung im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V („…Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll…“) 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 Unterschrifterfordernis hierfür vorgesehen. Bereits aus Gründen der Rechtssicherheit werden Versicherte den Kündigungswillen grundsätzlich in Textform erklären.

Bei Kündigungen im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V („…Wechsel des Mitglieds in eine andere Krankenkasse…“) tritt die elektronische Meldung der gewählten Krankenkasse an die Stelle der Kündigungserklärung des Mitglieds.

7.3 Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist nach § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Auf die Kündigung im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V („…Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll…“) 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.

Bei Kündigungen im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V („…Wechsel des Mitglieds in eine andere Krankenkasse…“) wird die Kündigungserklärung des Mitglieds bei der bisherigen Krankenkasse durch die Meldung der gewählten Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts ersetzt. Für die Umsetzung dieses Grundsatzes ab dem 1. Januar 2021 hat der GKV-Spitzenverband in der Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels (vergleiche die Erstfassung vom 31. März 2020) abweichend vom Wortlaut § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V festgelegt, dass die Kündigungsfrist sich nicht ausgehend von dem Datum des Zugangs der Meldung bei der bisherigen Krankenkasse, sondern ausgehend vom Datum der Erstellung einer entsprechenden Initialmeldung der gewählten Krankenkasse berechnet. Mit Wirkung ab dem 1. Juli 2023 wird dieses Verfahren durch die Einführung des § 175 Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz SGB V im Rahmen des 8. SGB IV-ÄndG modifiziert. Ausschlaggebend für den Beginn der Kündigungsfrist ist nunmehr der Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse; dem Datum der Abgabe der elektronischen Meldung durch die gewählte Krankenkasse wird keine rechtliche Bedeutung mehr beigemessen. Die geänderte Rechtslage gilt für solche Wahlerklärungen, die die Krankenkassen ab dem 1. Juli 2023 empfangen.

Damit die Krankenkassen die Anforderungen des neuen § 175 Absatz 4 Satz 4 zweiter Halbsatz SGB V verwaltungseffizient umsetzen können, bedarf es einer entsprechenden edv-technischen Unterstützung. Hierfür ist vorgesehen, dass die Initialmeldung der gewählten Krankenkasse im Rahmen des Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V künftig um ein Datenfeld ergänzt wird, mit dem das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse abgebildet wird. Eine entsprechende Anpassung des Datensatzes ist zum 1. Juli 2023 geplant (vergleiche Verfahrensbeschreibung für das elektronische

Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels).

Beispiel 1
Mitglied bei der Krankenkasse A seit dem 13.03.2020.
Eingang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse B am 29.09.2023 zum nächstmöglichen Termin.
Erstellung einer Initialmeldung durch die Krankenkasse B am 02.10.2023 mit dem Datum des Zugangs der Wahlerklärung vom 29.09.2023 und dem Beginn der Mitgliedschaft zum 01.12.2023.

Beurteilung
Der Krankenkassenwechsel ist unter Berücksichtigung der Kündigungsfrist frühestens zum 01.12.2023 möglich. Die Rückmeldung der Krankenkasse A beinhaltet im Datenfeld „Ende_Mitgliedschaft“ das Datum „30.11.2023“.

Wird die Kündigung im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V für einen Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem ein Krankenkassenwechsel noch nicht möglich ist, weil zum Beispiel die Kündigungsfrist nicht eingehalten wurde, ist die Kündigung von der Krankenkasse entsprechend den Grundsätzen des § 140 BGB in eine Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt umzudeuten.

Wird die Kündigung im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V für einen Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem ein Krankenkassenwechsel noch nicht möglich ist, weil die allgemeine Bindungsfrist beziehungsweise die besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahltarifen nicht abgelaufen sind, hat die Krankenkasse im Rahmen ihrer elektronischen Rückmeldung nach § 175 Absatz 2 Satz 2 SGB V als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Datum des Ablaufs der Bindungsfristen anzugeben.

Beispiel 2
Mitglied bei der Krankenkasse A seit dem 13.04.2022.
Eingang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse B am 27.01.2023 zum nächstmöglichen Termin.
Erstellung einer Initialmeldung durch die Krankenkasse B am 31.01.2023 mit dem Beginn der Mitgliedschaft zum 01.04.2023.

Beurteilung
Die Kündigung der Mitgliedschaft zum 01.04.2023 ist nicht möglich. Die maßgebende Bindungsfrist von 12 Monaten (13.04.2022 bis 12.04.2023) ist noch nicht erfüllt. Die

Rückmeldung der Krankenkasse A beinhaltet im Datenfeld „Ende_Bindungsfrist“ das Datum „30.04.2023“.

7.4 Widerruf/Rücknahme der Kündigungserklärung beziehungsweise Verbleib bei der bisherigen Krankenkasse

Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Mitglieder, die einen Krankenkassenwechsel innerhalb der GKV anstreben, müssen nach der Rechtslage ab dem 1. Januar 2021 keine Kündigungserklärung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse abgeben. An die Stelle der Kündigungserklärung des Mitglieds tritt die elektronische Meldung der gewählten Krankenkasse (§ 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V). Vor diesem Hintergrund ist ein förmlicher Widerruf der Kündigung durch das Mitglied gegenüber der bisherigen Krankenkasse nicht erforderlich, wenn es trotz eines zunächst angestrebten Krankenkassenwechsels gleichwohl bei seiner bisherigen Krankenkasse verbleiben will. Das hierbei einzuhaltende Verfahren ist unter Abschnitt 4.4 beschrieben.

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 automatisch fort; es bedarf also keines Widerrufs. Ansonsten ist ein Widerruf der Kündigung nach dem Ende der Kündigungsfrist und damit nach Beginn der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ausgeschlossen.

7.5 Ausstellung von Kündigungsbestätigungen

Im Falle einer Kündigung im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V („…Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll…“) ist die Kündigungsbestätigung unverzüglich auszustellen. Das Gesetz 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.

Im Falle einer Kündigung im Sinne des § 175 Absatz 4 Satz 4 SGB V erfüllt die elektronische Rückmeldung der bisherigen Krankenkasse nach § 175 Absatz 2 Satz 2 SGB V die Funktion einer Kündigungsbestätigung.

7.6 Wirksamwerden der Kündigung

Eine Kündigung wird zum Ablauf der Kündigungsfrist wirksam. Die durch das MDK-Reformgesetz mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 geschaffene rechtliche Systematik verzichtet auf eine schwebende Unwirksamkeit der Kündigung der Mitgliedschaft – jedenfalls solange die betroffene Person ein Mitglied der GKV bleibt – und macht diese Kündigung nicht länger von einem

rechtzeitigen (innerhalb der Kündigungsfrist) Zugang der Information über die neue Krankenkassenzuständigkeit an die zur Meldung verpflichteten Stelle beziehungsweise an die bisherige Krankenkasse abhängig. Sofern es im Einzelfall zu einer verspäteten Mitteilung des Mitglieds an seinen Arbeitgeber über den durchgeführten Krankenkassenwechsel kommen sollte, vollzieht sich der Krankenkassenwechsel dennoch zum angestrebten Termin. Die zur Meldung verpflichtete Stelle hat die Abmeldung bei der bisherigen Krankenkasse (zum Beispiel nach § 28a Absatz 1 Satz 1 SGB IV) nachzuholen. Die Krankenkasse überwacht den Eingang der Meldung nach Maßgabe des § 98 Absatz 1 Satz 3 SGB IV.

Lediglich für freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, ist die ausgesprochene Kündigung zunächst schwebend unwirksam mit der Folge, dass immer dann, wenn bis zum Ende der Kündigungsfrist kein Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorgelegt wird, die Kündigung keine Bestandskraft hat (§ 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V). Die Mitgliedschaft wird in diesen Fällen bei der bisherigen Krankenkasse fortgesetzt. Die Nachweisführung ist grundsätzlich gegenüber der bisherigen Krankenkasse notwendig.

Kündigt ein nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V versicherungsfreier Arbeitnehmer seine freiwillige Mitgliedschaft zugunsten eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes (zum Beispiel bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen), gilt der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall durch die Zahlung eines Beitragszuschusses nach § 257 Absatz 2 SGB V als erbracht, es sei denn, es liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Arbeitgeber keinen Beitragszuschuss zahlt.

8. Bindung an die Krankenkassenwahl

8.1 Arten der Bindungsfristen

Nach der Ausübung des Wahlrechts ist das Mitglied nach der Rechtslage ab dem 1. Januar 2021 an die gewählte Krankenkasse zunächst für 12 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 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V für bestimmte Personengruppen eingeräumte Option, eine Mitgliedschaft mit Krankengeldanspruch zu wählen (sogenanntes Optionskrankengeld). Die hierbei entstehende dreijährige Bindung an die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V ist im Rahmen des Krankenkassenwahlrechts nicht zu berücksichtigen.

8.2 12-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)

8.2.1 Ereignisse, die eine allgemeine Bindungsfrist auslösen

Nach Maßgabe des § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V in der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte an die von Ihnen gewählte Krankenkasse mindestens 12 Monate gebunden. Das Ereignis, welches die allgemeine Bindungsfrist auslöst, ist somit nach dem neuen Recht die tatsächliche Wahl einer Krankenkasse durch das Mitglied, und nicht ein zwar grundsätzlich bestehendes, jedoch tatsächlich nicht ausgeübtes Wahlrecht. Die bis zum 31. Dezember 2020 geltende, durch die BSG-Rechtsprechung (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 11/98 R -, USK 9834) geprägte Regelung, wonach die Bindungsfrist an das grundsätzlich entstandene Krankenkassenwahlrecht geknüpft ist, ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss, ist mit der Gesetzesänderung entfallen.

Ausschlaggebend für das Entstehen der Bindungsfrist ist demnach ein tatsächlicher Wechsel der zuständigen Krankenkasse durch eine gegenüber der gewählten Krankenkasse kommunizierte Wahlentscheidung des Mitglieds. Dieser Grundsatz gilt unabhängig davon, ob es sich um einen Krankenkassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis oder bei sofortigem Wahlrecht handelt. Unter Berücksichtigung eines weiteren Grundsatzes des § 175 Absatz 4 Satz 2 SGB V, wonach jede Bindungsfrist bei Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes erlischt, ergeben sich im Einzelnen folgende Fallkonstellationen, die eine neue 12-monatige Bindungsfrist auslösen:

- Das Mitglied wählt eine Krankenkasse im Kündigungsverfahren.
- Eine Person, die zuvor überhaupt nicht in der GKV versichert war, wählt eine Krankenkasse bei einem erstmaligen Eintritt der Versicherungspflicht (einschließlich der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b SGB V) beziehungsweise der Versicherungsberechtigung.
- Eine Person wählt eine Krankenkasse bei Eintritt der Versicherungspflicht beziehungsweise der Versicherungsberechtigung nach einer Unterbrechung der Versicherung in der GKV (zum Beispiel durch einen Auslandsaufenthalt oder eine Versicherung in der PKV). Dies gilt nicht, wenn die betroffene Person das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der zuletzt vor der Unterbrechung die Versicherung bestand.
- Das Mitglied wählt eine neue Krankenkasse bei Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft.
- Das Mitglied wählt eine neue Krankenkasse bei Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an einen nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V.
- Das Mitglied wählt eine Krankenkasse bei Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung. Dies gilt nicht, wenn die betroffene Person das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der die Familienversicherung bestand.

- Das Mitglied wählt eine neue Krankenkasse bei Begründung einer Pflichtmitgliedschaft unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft.
- Das Mitglied wählt eine neue Krankenkasse bei Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V unmittelbar im Anschluss an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Pflichtmitgliedschaft.
- Das Mitglied wählt eine neue Krankenkasse bei Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V im Anschluss an eine Familienversicherung.

8.2.2 Ereignisse, die keine allgemeine Bindungsfrist auslösen

Die Bindungswirkung des Krankenkassenwahlrechts knüpft nach einer ausdrücklichen Formulierung in der Neufassung des § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V an die eigenständige Wahl des Mitglieds an. Durch die Gesetzesänderung wird dem bisherigen, durch die Rechtsprechung (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 11/98 R –, USK 9834), geprägten Verfahren, wonach auch eine wahlersetzende Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Bindungsfrist auslöst, die Grundlage entzogen. Eine Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle im Falle einer unterlassenen Ausübung des Wahlrechts durch das Mitglied löst für sich gesehen somit keine Bindung an die Krankenkasse aus. Dieser Grundsatz gilt unabhängig davon, ob es sich um eine Anmeldung bei der letzten Krankenkasse nach § 175 Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz SGB V oder um eine Wahl des Arbeitgebers nach Maßgabe des § 175 Absatz 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V handelt.

Im Übrigen findet der oben genannte Grundsatz auch dann Anwendung, wenn ungeachtet der „Auffangregelung“ des § 175 Absatz 3 Satz 2 erster Halbsatz SGB V sich das Mitglied bewusst für eine Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse entscheidet. Im Interesse der Gleichbehandlung aller Versicherten gilt daher, dass auch in diesem Fall keine neue Bindungsfrist entsteht. Dies gilt unabhängig davon, ob das Mitglied bei der Krankenkasse zuletzt im Rahmen einer Mitgliedschaft oder Familienversicherung versichert war. Ebenso ist ohne Bedeutung, wie lange die letzte Versicherung bei dieser Krankenkasse zurückliegt.

Im Ergebnis können alle Personen, die bei Eintritt der Versicherungspflicht, sei es durch die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle oder durch eine Willenserklärung gegenüber der bisherigen Krankenkasse, Mitglied dieser Krankenkasse werden beziehungsweise bleiben, sofort wieder vom Krankenkassenwahlrecht Gebrauch machen und – unter Einhaltung der allgemeinen Kündigungsfrist – die Krankenkasse wechseln. Die vorangegangenen Bindungsfristen spielen in diesem Zusammenhang keine Rolle, weil sie entweder durch die Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft erloschen sind oder im Falle der vorangegangenen Familienversicherung nicht gegeben waren.

Beispiel 1

Wechsel zur Krankenkasse A bei unverändertem Versicherungsverhältnis (versicherungspflichtige Beschäftigung)	zum 01.03.2023
Aufgabe der bisherigen Beschäftigung	zum 30.06.2023
und Aufnahme einer neuen versicherungspflichtigen Beschäftigung, verbunden mit dem Verbleib bei der Krankenkasse A	zum 01.07.2023
Wahl der Krankenkasse B zum frühestmöglichen Termin	am 03.09.2023

Beurteilung

Der Wechsel zur Krankenkasse A zum 01.03.2023 hat zunächst eine 12-monatige Bindungsfrist ausgelöst. Diese ist jedoch aufgrund der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes zum 30.06.2023 erloschen. Das Mitglied kann daher die Krankenkasse im Kündigungsverfahren ohne Rücksicht auf die Bindungsfrist und lediglich unter Einhaltung der Kündigungsfrist wechseln. Der Krankenkassenwechsel ist zum 01.12.2023 möglich.

Die vorstehenden Ausführungen gelten bei einer wahlersetzenden Anmeldung durch die Meldestelle im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 9.2) nach § 175 Absatz 3a Satz 2 SGB V entsprechend.

Außerdem wird keine neue Bindungsfrist ausgelöst, wenn sich lediglich die Grundlage für eine freiwillige Mitgliedschaft ändert (zum Beispiel Beendigung einer versicherungsfreien Beschäftigung und Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit).

Durch den Widerruf einer Kündigung (vergleiche Abschnitt 7.4) 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 Absatz 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 12-monatige Bindungsfrist. Dies führt dazu, dass die Betroffenen ihre – nach § 188 Absatz 4 SGB V zustande gekommene – freiwillige Mitgliedschaft ohne Beachtung der Bindungsfrist sofort, jedoch unter Einhaltung der allgemeinen Kündigungsfrist, kündigen beziehungsweise beim Eintritt der Versicherungspflicht im weiteren Verlauf der Mitgliedschaft die Krankenkasse ohne Kündigung – entsprechend den allgemein gültigen Grundsätzen (vergleiche Abschnitt 3.3) – sofort wechseln können. Diese Bewertung gilt

unabhängig davon, ob zuletzt vor Beginn der obligatorischen Anschlussversicherung eine Pflicht- oder Familienversicherung bestanden hat.

Beispiel 2
Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V bei der Krankenkasse A seit dem 01.05.2023. Zuvor bestand bei dieser Krankenkasse seit dem 01.12.2022 eine Pflichtmitgliedschaft aufgrund einer Beschäftigung. Im August 2023 wählt die betroffene Person die Krankenkasse B für die Durchführung der freiwilligen Mitgliedschaft zum schnellstmöglichen Termin.

Beurteilung
Da die dreimonatige Frist für die Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts aus Anlass des Beginns der Versicherungsberechtigung zum 01.05.2023 (die Erfüllung der Vorversicherungszeit vorausgesetzt) bereits abgelaufen ist, ist der Krankenkassenwechsel nur im Kündigungsverfahren möglich. Es besteht keine Bindungsfrist bei der Krankenkasse A. Unter Beachtung der Kündigungsfrist kann die betroffene Person zum 01.11.2023 Mitglied der Krankenkasse B werden. Da die betroffene Person zum Zeitpunkt des angestrebten Krankenkassenwechsels zu der Krankenkasse B bereits zum Personenkreis der freiwilligen Mitglieder gehört, ist es im Übrigen ohne Bedeutung, ob die Vorversicherungszeit erfüllt ist.

Beispiel 3
Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V bei der Krankenkasse A seit dem 01.12.2022. Zuvor bestand bei dieser Krankenkasse seit dem 01.11.2022 eine Pflichtmitgliedschaft aufgrund eines Arbeitslosengeldbezugs. Aus Anlass der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.05.2023 möchte die betroffene Person Mitglied der Krankenkasse B werden.

Beurteilung
Der Krankenkassenwechsel zum 01.05.2023 ist möglich. Es sofortiges Krankenkassenwahlrecht besteht ohne Rücksicht darauf, ob die allgemeine Bindungsfrist bei der Krankenkasse A erfüllt ist.

Die vorgenannten Beurteilungsgrundsätze gelten auch für Personen, die der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V unterliegen. Für sie gilt nach § 174 Absatz 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 12-monatige Bindungsfrist ausgelöst. Nach der Begründung der Mitgliedschaft nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V können die Betroffenen die Krankenkasse ohne Beachtung der Bindungsfrist sofort – unter Einhaltung der allgemeinen Kündigungsfrist – im Kündigungsverfahren wechseln. Dies gilt unabhängig davon, ob die Betroffenen zuletzt vor dem Eintritt der Versicherungspflicht (und gegebenenfalls vor den Zeiten der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV) als Mitglied oder im Rahmen einer Familienversicherung versichert waren. Durch die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im späteren Verlauf der Mitgliedschaft der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen wird die Bindungsfrist bei der neu gewählten Krankenkasse ausgelöst.

Beispiel 4

Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A aufgrund einer	vom 01.07.2022
versicherungspflichtigen Beschäftigung	bis 31.12.2022
Auslandsaufenthalt im vertragslosen Ausland und private	vom 01.01.2023
Auslandskrankenversicherung	bis 30.06.2023
Rückkehr nach Deutschland und Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe a SGB V	ab 01.07.2023

Beurteilung

Zuständig für die Durchführung der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft ab dem 01.07.2023 ist die Krankenkasse A. Das Mitglied kann die Krankenkasse im Kündigungsverfahren sofort – unter Einhaltung der Kündigungsfrist – wechseln. Erfolgt der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse, ist für die neu begründete Mitgliedschaft die Bindungsfrist von 12 Monaten wiederum zu beachten.

8.2.3 Verlauf der Bindungsfrist

Die Bindungsfrist ist ein Zeitraum von 12 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.

Die allgemeine Bindungsfrist erlischt bei der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes (§ 175 Absatz 4 Satz 2 SGB V). Vor diesem Hintergrund führen etwaige Unterbrechungen der Mitgliedschaft (zum Beispiel Familienversicherung oder nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Absatz 2 SGB V) zur Beendigung der allgemeinen Bindungsfrist. Ein Wiederaufleben einer einmal beendeten Bindungsfrist ist ausgeschlossen.

Darüber hinaus endet die allgemeine Bindungsfrist mit Ablauf von 12 Monaten.

8.3 Keine Einhaltung der allgemeinen Bindungsfrist erforderlich

8.3.1 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 – gegebenenfalls bei einer anderen Krankenkasse – familienversichern, obwohl er zum Zeitpunkt des Endes der Mitgliedschaft kraft Gesetzes seit der Ausübung des Wahlrechts noch keine 12 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 Absatz 4 Satz 9 erster Halbsatz SGB V). Die Mitgliedschaft endet aufgrund der Regelung des § 191 Nummer 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 01.01.2023. Ab dem 01.07.2023 besteht ein Anspruch aus der Familienversicherung ebenfalls bei der Krankenkasse A. Die Versicherte kündigt deshalb die freiwillige Versicherung am 26.06.2023.

Beurteilung
Die Mitgliedschaft endet zum 31.08.2023.
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 durch das Mitglied eine erneute 12-monatige Bindungsfrist nur dann einhergeht, wenn der Versicherte das Mitglied einer anderen Krankenkasse wird. Ebenso wird bei Eintritt der Versicherungsberechtigung nach Beendigung einer Familienversicherung die 12-monatige Bindungsfrist nur dann ausgelöst, wenn der freiwillige Beitritt nach § 9 SGB V zum Tragen kommt. Wird die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V bei derselben Krankenkasse im Anschluss an eine Familienversicherung durchgeführt, entsteht keine Bindungsfrist (vergleiche Abschnitt 8.2.2).

8.3.2 Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung

Für Personen, deren Versicherungspflicht endet, setzt sich die Versicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V als freiwillige Mitgliedschaft (obligatorische Anschlussversicherung) bei derselben Krankenkasse fort, wenn keine Ausschlusstatbestände vorliegen, wobei als Ausschlusstatbestände insbesondere ein neuer Tatbestand der Versicherungspflicht, eine Familienversicherung oder ein nachgehender 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 (gegebenenfalls 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 (zum Beispiel Heilfürsorge). Im Falle einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Sinne des § 188 Absatz 4 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V endet daher die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wegfall der vorangegangenen Versicherungspflicht, unabhängig davon, ob die allgemeine Mindestbindung nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V (vergleiche Abschnitt 8.2) oder die Mindestbindung nach § 53 Absatz 8 SGB V bei Teilnahme an einem Wahltarif (vergleiche Abschnitt 8.4) 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 Nummer 3 SGB V umzudeuten, die wegen der Verweisung auf § 175 Absatz 4 SGB V allen dort genannten Anforderungen unterliegt. Das bedeutet insbesondere, dass die Kündigungsfrist zu berücksichtigen ist. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die Mindestbindungsfrist nach § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V ohne Bedeutung, weil diese aufgrund der Beendigung der vorangegangenen Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes erloschen ist (vergleiche Abschnitt 8.4).

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

8.3.3 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 Absatz 4 Satz 9 zweiter Halbsatz SGB V). Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht zum Beispiel für Personen, die

- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen über einen substitutiven Krankenversicherungsschutz verfügen (eine Zusatzversicherung reicht nicht aus),
- einer der nach § 176 Absatz 1 SGB V anerkannten Solidargemeinschaften als Mitglied angehören,
- 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.

Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die maßgebende Mindestbindungsfrist nach § 53 Absatz 8 Satz 1 SGB V zu beachten (vergleiche Abschnitt 8.4).

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 dessen Ausübung durch das Mitglied eine erneute 12-monatige Bindungsfrist nicht einhergeht, wenn der Versicherte das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der zuletzt eine freiwillige Mitgliedschaft bestand.

8.3.4 Bei Verzicht auf die Einhaltung der 12-monatigen Bindungsfrist

Die Krankenkassen können gemäß § 175 Absatz 4 Satz 10 SGB V in ihren Satzungen vorsehen, dass die 12-monatige Bindungsfrist nicht eingehalten werden muss, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

Die Regelung soll unter anderem 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 Absatz 4 Satz 3 SGB V einzuhalten. Ein solcher Krankenkassenwechsel löst eine neue Bindungsfrist aus.

8.3.5 Bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebskrankenkasse sowie bei betrieblichen Veränderungen

§ 175 Absatz 5 SGB V ermöglicht abweichend von Absatz 4 für die zu diesem Zeitpunkt im Trägerbetrieb einer Betriebskrankenkasse Beschäftigten einen kurzfristigen Wechsel zu dieser Betriebskrankenkasse (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 3/98 R –, USK 9840). Die im Gesetz noch enthaltene Einbeziehung der Beschäftigten einer Innungskrankenkasse in diese Regelung ist bedeutungslos, weil die in den bisherigen §§ 157 und 158 SGB V enthaltene Möglichkeit der Errichtung von Innungskrankenkassen im Rahmen des GKV-FKG aufgehoben wurde.

Die Regelung des § 175 Absatz 5 SGB V setzt voraus, dass der Beschäftigte innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung die neu errichtete oder ausgedehnte Betriebskrankenkasse selbst wählt. In diesen Fällen ist innerhalb der zweiwöchigen Beitrittsfrist zur Betriebskrankenkasse grundsätzlich eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Hierbei wird die Kündigungserklärung des Mitglieds durch die elektronische Meldung der gewählten Krankenkasse ersetzt (§ 175 Absatz 5 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Absatz 2 und Absatz 4 Satz 4 SGB V). Vor diesem Hintergrund ist es nach der Rechtslage bis zum 30. Juni 2023 notwendig, diese Meldung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach dem beitrittsbegründenden Ereignis abzugeben. Für die Zeiträume ab dem 1. Juli 2023 gilt, dass nur die Wahlerklärung des Mitglieds gegenüber der gewählten Krankenkasse innerhalb dieser zweiwöchigen Frist abzugeben ist und es auf das Datum der Abgabe der Initialmeldung nicht mehr ankommt.

Das kurzfristige Wahlrecht gilt nicht für andere – betriebsfremde – Arbeitnehmer, einschließlich der Ehegatten der in den betroffenen Betrieben Beschäftigten. Sofern sich eine Betriebskrankenkasse auch für betriebsfremde Personen öffnet, besteht für (betriebsfremde) Arbeitnehmer kein Anspruch auf einen kurzfristigen Krankenkassenwechsel. Sie dürfen von einer Betriebskrankenkasse nicht aufgenommen werden. Betriebsfremde Arbeitnehmer können somit frühestens unter Berücksichtigung der Kündigungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V und nach Erfüllung der 12-monatigen Bindungsfrist zu dieser Betriebskrankenkasse wechseln (BSG-Urteil vom 10. August 2000 – B 12 KR 10/00 R –, USK 2000-30).

8.3.6 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 12-monatigen Bindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt (vergleiche Abschnitt 9.1).

8.4 Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahltarifen

8.4.1 Allgemeines

Nach § 53 SGB V haben die Krankenkassen ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist das Mitglied nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V für die Dauer von einem Jahr (Wahltarife nach den Absätzen 2 und 4) oder drei Jahre (Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6) an die Krankenkasse gebunden („besondere“ Bindungsfrist). Der Wahltarif nach Absatz 3 löst ausnahmsweise keine Bindungsfrist aus. Die besondere Bindungsfrist muss nicht zwingend parallel zu der allgemeinen 12-monatigen Bindungsfrist verlaufen (vergleiche Abschnitt 8.2). Wird innerhalb einer Bindungsfrist nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V ein weiterer Wahltarif in Anspruch genommen, beginnt mit dem Eintritt in den weiteren Wahltarif eine erneute besondere Bindungsfrist.

8.4.2 Folgen der besonderen Bindungsfrist

Bei der ordentlichen Kündigung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 3.2) ist neben der Mindestbindungsfrist von 12 Monaten die jeweilige Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs einzuhalten. Daher können Mitglieder während der Bindungsfrist an den Wahltarif ihre Krankenkasse grundsätzlich nicht wechseln. Jedoch steht das Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes auch den Mitgliedern mit einem Wahltarif grundsätzlich zu. Hierbei bleiben die Mitglieder mit einem Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V (Krankengeld) ausnahmsweise von dem Sonderkündigungsrecht ausgenommen (vergleiche Abschnitt 9.1).

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 01.02.2021.
→ Allgemeine Bindungsfrist vom 01.02.2021 bis 31.01.2022

Ab 01.01.2022 Beginn eines Wahltarifs nach § 53 Absatz 6 SGB V bei der Krankenkasse A.
→ Besondere Bindungsfrist vom 01.01.2022 bis 31.12.2024

Beurteilung
Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A endet am 31.12.2024. Die Krankenkasse kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist frühestens zum 31.12.2024 gewechselt werden.

Die Bindungsfrist im Sinne des § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V ist ein Zeitraum von 12 beziehungsweise 36 zusammenhängenden Zeitmonaten. Sie endet mit Ablauf von diesem Zeitraum. Darüber hinaus erlischt die besondere Bindungsfrist bei der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes, unabhängig davon, ob es sich um das Ende der Pflicht- oder freiwilligen Mitgliedschaft handelt. Die eventuell noch nicht abgelaufene Mindestbindungsfrist für die Wahltarife lebt selbst dann nicht wieder auf, wenn das Mitglied aus Anlass des bestehenden sofortigen Krankenkassenwahlrechts im Falle sich aneinander anschließenden Pflichtmitgliedschaften oder beim Wechsel von einer Pflichtmitgliedschaft zu einer freiwilligen Mitgliedschaft oder umgekehrt (vergleiche Abschnitt 3.3) bei der bisherigen Krankenkasse verbleibt.

Entsprechendes gilt, wenn die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse während der Teilnahme an einem Wahltarif kraft Gesetzes endet und anschließend eine Familienversicherung begründet wird. Die noch nicht erfüllte Mindestbindung des Versicherten an einen Wahltarif steht dem nicht entgegen. Auch die freiwilligen Mitglieder, die ihre Mitgliedschaft zugunsten einer Familienversicherung beenden wollen, werden im Sinne der Gleichbehandlung an der Beendigung der Mitgliedschaft nicht dadurch gehindert, dass die Mindestbindung des Mitglieds an einen Wahltarif noch nicht erfüllt ist. 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 (vergleiche Abschnitt 3.3).

Beispiel 2
Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.03.2022.
Beginn eines Wahltarifs nach § 53 Absatz 1 SGB V zum 01.05.2022.
Vom 01.01.2023 bis 30.09.2023 besteht eine Familienversicherung bei Krankenkasse B.
Erneute Versicherungspflicht ab dem 01.10.2023.

Beurteilung
Zum 01.10.2023 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.

Die Sachverhalte einer Unterbrechung zwischen zwei Mitgliedschaften in Gestalt eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Absatz 2 SGB V sind nach den gleichen Grundsätzen zu bewerten.

Endet die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse während der Teilnahme an einem Wahltarif kraft Gesetzes und wird anschließend eine Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV begründet, steht die noch nicht erfüllte Mindestbindung des Versicherten an einen Wahltarif dem nicht entgegen. Demgegenüber ist die aus dem Wahltarif resultierende Bindungsfrist einzuhalten, wenn die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekündigt wird (vergleiche jedoch die Besonderheiten in Abschnitt 8.3.2). Eine dem § 175 Absatz 4 Satz 9 SGB V vergleichbare Regelung, welche die 12-monatige Bindungswirkung aufhebt, enthält § 53 Absatz 8 SGB V für derartige Fallkonstellationen nicht.

8.4.3 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 Absatz 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 Absatz 4 Satz 3 SGB V gekündigt werden.

Endet aufgrund einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Absatz 8 Satz 3 SGB V die Teilnahme am Wahltarif innerhalb von 12 Monaten nach dem Beginn der Mitgliedschaft, kann diese frühestens zum Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 3 SGB V gekündigt werden.

Die Entlassung aus einem Wahltarif vor Ablauf der Bindungsfrist nach § 53 Absatz 8 Satz 2 SGB V unter Berücksichtigung einer Härtefallregelung im Sinne von § 53 Absatz 8 Satz 3 SGB V muss nicht zwingend mit einer Beendigung der Mitgliedschaft einhergehen.

9. Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen

9.1 Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

9.1.1 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.

Nach Maßgabe des § 175 Absatz 4 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB V wird auch die Abwicklung des Sonderkündigungsrechts in das elektronische Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 SGB V einbezogen, sodass auch in diesen Fällen an die Stelle der Kündigungserklärung des Mitglieds eine Meldung der gewählten Krankenkasse tritt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Abschnitt 9 im Allgemeinen der Terminus „Kündigung“ verwendet. Sofern im Text auf die Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung eingegangen wird, ist damit nach der Rechtslage bis zum 30. Juni 2023 das Datum der Erstellung einer entsprechenden Initialmeldung der gewählten Krankenkasse beziehungsweise für die Zeiträume ab dem 1. Juli 2023 das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse gemeint (vergleiche Abschnitte 4.3.1 und 7.3).

In den Fällen des Sonderkündigungsrechts kann die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 12-monatigen Bindungsfrist (vergleiche Abschnitt 8.2) gekündigt werden. Nach ausdrücklicher Bestimmung des § 53 Absatz 8 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V gilt das Sonderkündigungsrecht auch für Mitglieder, die einen Wahltarif in Anspruch nehmen (vergleiche Abschnitt 8.4), sodass auch die besonderen Bindungsfristen bei Inanspruchnahme von Wahltarifen dem Sonderkündigungsrecht nicht entgegenstehen. Ausgenommen hiervon sind Mitglieder mit einem Wahltarif nach § 53 Absatz 6 SGB V (Krankengeld); diesen Personen wird ein Sonderkündigungsrecht nicht eingeräumt.

Nach § 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V kann das Sonderkündigungsrecht „abweichend von Satz 1“ ausgeübt werden. Das heißt aber nicht, dass nur in den Fällen, in denen die 12-monatige Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann. Das Sonderkündigungsrecht besteht lediglich ohne Beachtung der 12-monatigen Bindungsfrist. Damit verfügen Mitglieder auch nach Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist über das Sonderkündigungsrecht einschließlich der sich aus dem § 175 Absatz 4 Satz 8 SGB V ergebenden

Schutzmechanismen in den Fällen des verspäteten Hinweises der Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 9.1.3).

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

9.1.2 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 beziehungsweise 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 (zum Beispiel bestimmte Rentenantragsteller), gelten keine abweichenden Fristen für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts. Sie können daher ihre Kündigung – vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 9.1.3) – 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise 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 – unter anderem – 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 (vergleiche Abschnitt 9.1.3) – 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 Absatz 4 Satz 3 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 Absatz 3 SGB X bis zum nächstfolgenden Werktag. Der Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels verschiebt sich dadurch nicht.

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungswirkung nach § 175 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf, löst aber gleichzeitig bei der neu gewählten Krankenkasse eine neue Bindungswirkung aus. Wird das Sonderkündigungsrecht hingegen nicht genutzt, wirkt sich dies nicht auf die bestehende 12-monatige Bindungsfrist aus. Der Versicherte kann dann zu einem späteren Zeitpunkt die Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 175 Absatz 4 Sätze 1 und 3 SGB V kündigen.

9.1.3 Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht

Nach § 175 Absatz 4 Satz 7 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 Absatz 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	01.09.2023
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.08.2023
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	02.10.2023*
(30.09.2023 = Samstag)*	
Kündigung am	07.09.2023
Beurteilung	
Die Mitgliedschaft endet am	30.11.2023

Die Verpflichtung der Krankenkasse, ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen, umfasst unter anderem auch eine verpflichtende Information darüber, wie das Kündigungsrecht zu realisieren ist. Die Mitglieder sind hierbei darüber aufzuklären, dass für einen Wechsel in eine andere Krankenkasse keine Kündigungserklärung mehr vom Mitglied ausgesprochen werden kann, sondern nur eine Wahlerklärung gegenüber der neuen Krankenkasse abzugeben ist.

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 Absatz 4 Satz 8 erster Halbsatz 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 6 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 Absatz 4 Satz 8 SGB V ist das Mitglied so zu stellen, als ob die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht rechtzeitig nachgekommen wäre. Daher wird die in § 175 Absatz 4 Satz 6 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	01.01.2023
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.12.2022
Verspäteter Hinweis der Krankenkasse am	16.01.2023
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	16.02.2023
Kündigung am	06.02.2023

Beurteilung

Die Mitgliedschaft endet am	31.03.2023

Die Fiktionsregelung nach § 175 Absatz 4 Satz 8 erster Halbsatz SGB V, die für alle im Zeitraum vom 02.02. bis zum 16.02.2023 eingegangenen Kündigungserklärungen maßgeblich ist, erklärt die Kündigung als im Monat Januar 2023 ausgeübt.

Mit der Regelung des § 175 Absatz 4 Satz 8 zweiter Halbsatz 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 2023 als auch bereits bis zum 31. Dezember 2022 ausgesprochenen Kündigungen betroffen. Für die im Januar erfolgten Kündigungen läuft die Regelung allerdings ins Leere, da diese ohnehin zum 31. März 2023 wirksam werden. Für die bis zum 31. Dezember 2022 rechtswirksam ausgesprochenen Kündigungen bewirkt § 175 Absatz 4 Satz 8 zweiter Halbsatz SGB V, dass sie bereits zum 28. Februar 2023 wirksam werden. Unter welchen Bedingungen die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages beziehungsweise der Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ausgesprochenen Kündigungen ihre Wirksamkeit entfalten, wird unter Abschnitt 9.1.4 erläutert.

Die Ausgestaltung der Hinweispflicht der Krankenkassen im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht wird temporär für die Fälle der Anhebung des Zusatzbeitragssatzes im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2023 verändert. Dies ergibt sich aus dem mit dem GKV-

Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten § 175 Absatz 4a SGB V. Danach entfällt die Pflicht der Krankenkassen, ihre Mitglieder zwingend durch ein gesondertes Schreiben auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen. Stattdessen können die Krankenkassen ihrer Informationsverpflichtung auch auf andere geeignete Weise, zum Beispiel durch entsprechende Hinweise auf ihren Internetseiten oder in Mitgliederzeitschriften, nachkommen.

Die übrigen Anforderungen an die Hinweispflicht der Krankenkasse bleiben auch im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2023 weiterhin bestehen. Zu den Inhalten gehören nach wie vor die Hinweise auf das Sonderkündigungsrecht und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 SGB V. Darüber hinaus haben die Krankenkassen, deren Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreitet, auf die Wechselmöglichkeit zu einer günstigeren Krankenkasse hinzuweisen.

Der Hinweis hat unverändert bis spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, zu erfolgen. Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht gegenüber ihren Mitgliedern nicht fristgerecht nach, treten die Konsequenzen des § 175 Absatz 4 Satz 8 SGB V ein.

9.1.4 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 Zusatzbeitragssatzes 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 Zusatzbeitragssatzes 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 beziehungsweise der Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes 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 12-monatigen Bindungsfrist sowie der Mindestbindungsfrist für Wahltarife (vergleiche § 53 Absatz 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	
12-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2023
Kündigung am	14.12.2022
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2023
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	09.12.2022
Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2023
Beurteilung	
Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2023

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 Absatz 2 Satz 2 SGB V auszugehen, wenn die öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung erfolgt.

Beispiel 2	
12-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2023
Kündigung am	14.12.2022
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2023
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	21.12.2022
Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2023
Beurteilung	
Umdeutung der Kündigung auf	21.12.2022
Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2023

9.2 Schließung beziehungsweise Insolvenz einer Krankenkasse

9.2.1 Allgemeines

Mit der Schließung einer Krankenkasse durch die Aufsichtsbehörde (vergleiche § 159 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 (vergleiche § 160 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.

Nach § 175 Absatz 3a SGB V ist eine Sonderregelung für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse vorgesehen. Diese verfolgt die Zielsetzung, dass der Mitgliederübergang von der abzuwickelnden Krankenkasse zu einer neuen Krankenkasse bereits zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung beziehungsweise 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 (vergleiche § 159 Absatz 4 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 (vergleiche § 160 Absatz 3 Satz 1 SGB V).

9.2.2 Verfahren für Versicherungspflichtige

Versicherungspflichtige haben spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Beginn der vorgenannten Frist das Krankenkassenwahlrecht auszuüben einschließlich einer entsprechenden Mitteilung an die zur Meldung verpflichtete 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).

Werden die Angaben über die gewählte Krankenkasse nicht rechtzeitig gemacht, 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 Absatz 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.

9.2.3 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 beziehungsweise der Stellung des Insolvenzantrags auszuüben und innerhalb dieser Frist die abzuwickelnde Krankenkasse über die gewählte Krankenkasse zu informieren. In der Gesetzesbegründung (vergleiche Bundestagsdrucksache 17/8005, Seite 162) wird davon ausgegangen, dass alle freiwilligen Mitglieder und Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 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 (vergleiche Abschnitt 6.3); Vergleichbares gilt auch für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

Da sich die Regelungen des § 175 Absatz 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 Absatz 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 gegebenenfalls vorhandene zur Meldung verpflichtete Stelle in Frage. Sofern bei diesen Fallkonstellationen dem Grunde nach Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V besteht (vergleiche die in § 6 Absatz 3 SGB V geregelten Ausschlusstatbestände), müssen solche Personen sich an die Krankenkasse wenden, bei der sie zuletzt vor der geschlossenen beziehungsweise 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 Absatz 4 SGB V kommt es nicht, da keine Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet.

Da es sich bei den nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten Personen um Versicherungspflichtige handelt, werden sie dem Regelwerk des § 175 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten Personen die Regelung des § 175 Absatz 3a Satz 6 SGB V.

Im Übrigen werden auch die Sachverhalte des Krankenkassenwechsels aus Anlass der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse in das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V (vergleiche Abschnitt 10) einbezogen. Da die gewählte Krankenkasse auf diesem Wege die abzuwickelnde Krankenkasse auch über die Wahlentscheidung von freiwilligen Mitgliedern sowie von den nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten Personen informiert, entfällt insoweit die in § 175 Absatz 3a Satz 6 SGB V normierte Informationspflicht solcher Mitglieder gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse. Für die Wahrung der ausschlaggebenden dreimonatigen Frist ist das Datum der Erstellung einer entsprechenden Initialmeldung der gewählten Krankenkasse (Rechtslage bis zum 30. Juni 2023) beziehungsweise das Datum des Zugangs der Wahlerklärung des Mitglieds bei der gewählten Krankenkasse (Rechtslage ab dem 1. Juli 2023) relevant.

9.2.4 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise der Umsetzung einer wahlersetzenden Anmeldung noch nicht kennen. Mit dieser Begründung ordnet der Gesetzgeber in § 175 Absatz 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 beziehungsweise 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 Absatz 3a SGB V den Krankenkassenwahlrecht ausgeübt haben, bestehen. Die zwischenzeitlich erstatteten Meldungen sind zu stornieren.

9.2.5 Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen

Der Vorstand der zu schließenden beziehungsweise insolventen Krankenkasse hat besondere Informationspflichten zu erfüllen. Nach § 165 Absatz 2 Sätze 6 bis 7 SGB V beziehungsweise § 160 Absatz 3 Satz 4 SGB V hat er die einzelnen Mitgliedergruppen auf die besonderen Fristen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts nach § 175 Absatz 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 beziehungsweise 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 nach § 175 Absatz 3a Satz 5 SGB V die geschlossene oder insolvente Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren (vergleiche Abschnitt 10) unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren.

10. Elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels eingeführt. Nach § 175 Absatz 2 SGB V ist vorgesehen, dass die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitglieds zu informieren hat, sofern vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden hat. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft. In den Fällen, in denen die allgemeine Bindungsfrist und/oder die Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahltarifen

rechtlich relevant und noch nicht erfüllt ist/sind, wird das Ende der Mitgliedschaft zum Ende der Bindungsfrist(en) bestätigt.

Nach Maßgabe des § 175 Absatz 6 SGB V legt der GKV-Spitzenverband die Inhalte des elektronischen Meldeverfahrens fest. Einzelheiten zur Umsetzung des Meldeverfahrens ergeben sich aus der Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Absatz 2 SGB V bei Durchführung des Krankenkassenwechsels in der jeweils geltenden Fassung.

11. Elektronische Mitgliedsbescheinigungen

Mit dem 7. SGB IV-ÄndG wurde mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Mitgliedsbescheinigung eingeführt. Damit einher geht der Wegfall der Verpflichtung zur Ausstellung von papiergebunden Mitgliedsbescheinigungen durch die Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 5). Nach § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V haben die Krankenkassen aus Anlass einer Anmeldung wegen Aufnahme einer Beschäftigung oder aufgrund eines Krankenkassenwechsels dem Arbeitgeber in elektronischer Form das Bestehen oder das Nichtbestehen der Mitgliedschaft zu bestätigen; dies gilt auch bei einer gleichzeitigen An- und Abmeldung des Arbeitgebers. Anders als die papiergebundenen Mitgliedsbescheinigungen, die aus Anlass der Wahlerklärung des Mitglieds im Vorgriff auf den anstehenden Krankenkassenwechsel ausgestellt wurden, wird die elektronische Mitgliedsbescheinigung als Antwort auf die vorgenannten Anmeldungen des Arbeitgebers erstellt. Die elektronischen Mitgliedsbescheinigungen gehören nach § 8 Absatz 2 Nummer 3a Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zu den Entgeltunterlagen.

Die elektronische Mitgliedsbescheinigung ist mit dem Beschluss in der Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 12. Februar 2020 (TOP 1) in den Gemeinsamen Grundsätzen nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 - 3 SGB IV in der Fassung ab dem 1. Januar 2021 umgesetzt worden. Die nähere Ausgestaltung des Verfahrens ist in der Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung zu Fragen des gemeinsamen Meldeverfahrens am 24. Juni 2020 (TOP 1) in das gemeinsame Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ aufgenommen worden.

Die Einführung der elektronischen Mitgliedschaftsbestätigung der Krankenkassen betrifft grundsätzlich alle zur Meldung verpflichteten Stellen, wie zum Beispiel die Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, die Bundesagentur für Arbeit, kommunale Leistungsträger, die Künstlersozialkasse. Für bestimmte Personengruppen gelten jedoch gewisse Besonderheiten.

So wird die elektronische Mitgliedsbescheinigung nach § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 und 2a SGB V versicherungspflichtigen Personen in das DÜBAK-Verfahren

mit der Bundesagentur für Arbeit sowie mit den kommunalen Leistungsträger erst ab dem 1. Januar 2023 implementiert.

Bei Rentenantragstellern und Rentenbeziehern wurde bereits bisher auf die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung verzichtet. Die Meldung der (neu) gewählten Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger im KVdR-Meldeverfahren hat bisher die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung ersetzt und wird ab 2021 im Regelfall die Informationspflicht gegenüber dem Rentenversicherungsträger über die gewählte Krankenkasse ersetzen. Aufgrund der besonderen Mechanismen des KVdR-Meldeverfahrens wird mit Zustimmung der Rentenversicherung bis auf Weiteres von einer zusätzlichen elektronischen Meldung über das Bestehen oder Nichtbestehen einer Mitgliedschaft abgesehen.

Auch bei Studenten, die bei einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind, bedarf es keiner elektronischen Meldung der Krankenkasse an die zuständige Hochschule über das Bestehen oder Nichtbestehen einer Mitgliedschaft nach Maßgabe des § 175 Absatz 3 Satz 3 SGB V. Stattdessen gilt bei einem Krankenkassenwechsel für die gewählte Krankenkasse die Verpflichtung, nach § 199a Absatz 4 Satz 1 SGB V der Hochschule unverzüglich den Beginn der Versicherung bei ihr zu melden.

12. Vordruck

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

Im Hinblick auf die voranschreitende Digitalisierung des Informationsaustauschs zwischen den Krankenkassen untereinander sowie des Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen anlässlich der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts ist die Notwendigkeit der Nutzung von papiergebundenen Vordrucken weitgehend entfallen. Lediglich in den Fällen, in denen eine freiwillige Mitgliedschaft zugunsten einer Familienversicherung gekündigt wird oder ein Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt wird, bedarf es noch einer vordruckbasierten Kündigungsbestätigung durch die Krankenkasse (vergleiche Abschnitt 7.1). In Erfüllung seiner Verpflichtung nach § 175 Absatz 6 SGB V legt daher der GKV-Spitzenverband folgenden Vordruck fest:

- Kündigungsbestätigung für die Fälle, in denen keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll (Anlage).

Der verbindliche Charakter des Vordrucks bezieht sich auf seine Mindestinhalte. Dieser verbindliche Charakter schließt jedoch einen gewissen gestalterischen Spielraum der

Krankenkassen nicht aus, sofern das Grundkonzept sowie die festgeschriebenen Mindestinhalte erhalten bleiben.

Anlage

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

Datum: TT.MM.JJJJ

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

Kündigungsbestätigung nach
§ 175 Abs. 4 Satz 5 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 freiwillige Mitgliedschaft bei der <Name der gekündigten Krankenkasse> zum ..... gekündigt.

Bei Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung wird Ihre Kündigung wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist der bisherigen Krankenkasse einen Nachweis (z. B. des privaten Krankenversicherungsunternehmens) über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegen. Sind Sie ein*e versicherungsfreie*r Arbeitnehmer*in, ist es ausreichend, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist Ihrem Arbeitgeber einen Nachweis für die Zahlung des Beitragszuschusses nach § 257 Abs. 2 SGB V vorlegen.

Wird die freiwillige Mitgliedschaft zugunsten einer Familienversicherung beendet, bitten wir um eine entsprechende Bestätigung der Krankenkasse, die für die Durchführung der Familienversicherung zuständig ist.

Mit freundlichen Grüßen