

Anlage 1
(ohne Vordrucke)**AOK-BUNDESVERBAND, BONN****BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN****IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH****SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG****BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL****BUNDESKNAPPSCHAFT, BOCHUM****VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V., SIEGBURG****AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V., SIEGBURG**

22. November 2001**Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht**

Mit dem Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte vom 27. Juli 2001 (BGBl. I S. 1946) wird das Krankenkassenwahlrecht umgestaltet. Die Krankenkassenwahlrechte der Versicherten sollen mit dem Ziel geändert werden, eine Verstetigung der Krankenkassenwechsel im Jahresverlauf zu erreichen und die Wahlrechte der Versicherungspflichtigen und der freiwilligen Mitglieder anzugleichen. Vom 1. Januar 2002 an können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats kündigen und eine andere Krankenkasse wählen. An die Wahlentscheidung sind die Mitglieder grundsätzlich 18 Monate gebunden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die sich ergebenden Auswirkungen beraten und in der nachstehenden Verlautbarung zusammengefasst. Dabei haben sie auch folgende weitere Rechtsänderungen, die seit der Herausgabe der gemeinsamen Verlautbarung vom 18. August 1997 wirksam geworden sind und für das Krankenkassenwahlrecht von Bedeutung waren, berücksichtigt. Dazu gehören:

- Eingliederung des Rechts der Arbeitsförderung sowie der Arbeitslosenversicherung in das Dritte Buch Sozialgesetzbuch,
- Ablösung der Zweiten Datenerfassungs-Verordnung sowie der Zweiten Datenübermittlungs-Verordnung durch die Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung,
- Gesetzliche Klarstellung, nach der bereits ab Vollendung des 15. Lebensjahres das Krankenkassenwahlrecht ausgeübt werden kann,
- Bedingte Einbeziehung der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse in die Krankenkassenwahlrechte,
- Aufhebung der Rechtskreistrennung (Ost/West) in der Kranken- und Pflegeversicherung zum 1. Januar 2001.

Diese Verlautbarung löst die gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 18. August 1997 ab.

Präambel

Ausgehend von der Überlegung, dass die in den §§ 173 bis 177 SGB V geregelten Wahl- und Kündigungsrechte und Zuständigkeiten unter den Krankenkassen einvernehmlich ausgelegt werden müssen, treffen die Spitzenverbände der Krankenkassen für die AOKen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse und die landwirtschaftlichen Krankenkassen die folgenden Absprachen zum Krankenkassenwahlrecht.

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

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

Inhaltsübersicht

	Seite
1. Rechtsvorschriften	4
2. Allgemeines	7
2.1 <i>Zuständigkeit und Wählbarkeit der Bundesknappschaft oder der See-Krankenkasse</i>	7
2.2 <i>Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse</i>	8
3. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen	8
4. Grundsätze der Krankenkassenwahl	10
4.1 <i>Allgemeines</i>	10
4.2 <i>Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen</i>	10
4.2.1 <i>Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle</i>	10
5. Krankenkassenwahlrechte für versicherungspflichtig Beschäftigte	11
5.1 <i>Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch den Beschäftigten</i>	11
5.2 <i>Keine Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung durch den Beschäftigten</i>	11
5.3 <i>Zuordnung nicht gemeldeter Arbeitnehmer</i>	12
5.3.1 <i>Letzte Krankenkasse vorhanden</i>	12
5.3.2 <i>Letzte Krankenkasse nicht vorhanden</i>	12
5.3.3 <i>Summenbeitragsbescheide</i>	12
5.4 <i>Bindungswirkung und Kündigung der Mitgliedschaft</i>	12
5.4.1 <i>Allgemeines zur Bindungswirkung</i>	12

5.4.2	<i>Allgemeines zur Kündigung</i>	13
5.4.3.	<i>Unterbrechung der Mitgliederzeiten von mehr als 18 Monaten</i>	14
5.4.4	<i>Unterbrechung der Mitgliedszeiten von bis zu 18 Monaten</i>	14
5.4.5	<i>Auswirkungen einer Familienversicherung</i>	16
5.5	<i>Wegfall der Bindungswirkung bei Beginn einer Familienversicherung oder einem Verlassen der gesetzlichen Krankenversicherung (Nichtversicherung)</i>	17
5.6	<i>Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse</i>	17
5.7	<i>Verzicht auf die Einhaltung einer Bindungswirkung</i>	17
5.8	<i>Auswirkungen der neuen Krankenkassenwahlrechte auf die Kassenzuständigkeit kraft Gesetzes von See-Krankenkasse und Bundesknappschaft bei Arbeitnehmern</i>	18
6.	Besondere Wahlrechte	18
6.1	<i>Beschäftigte und ehemalige Beschäftigte von Krankenkassen sowie deren Verbände</i>	18
6.2	<i>Beschäftigte der See-Berufsgenossenschaft sowie der Bundesknappschaft</i>	18
6.3	<i>Ehegattenwahlrecht</i>	18
6.4	<i>Zuständigkeit für geringfügig Beschäftigte</i>	19
7.	Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhung	19
8.	Freiwillige Krankenversicherung	20
8.1	<i>Eintritt von Versicherungspflicht</i>	20
8.2	<i>Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Pflichtversicherung</i>	21
8.2.1	<i>Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft für Personen, die zum Jahreswechsel aus der Versicherungspflicht ausscheiden</i>	21
8.2.2	<i>Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung</i>	21
9.	Vordrucke	22
10.	Übergangsrecht	22
10.1	<i>Kündigungen Versicherungspflichtiger im Jahre 2001</i>	22
10.2	<i>Kündigungen freiwillig Versicherter im Jahre 2001</i>	23
10.3	<i>Bindungsfrist bei Mitgliedschaften, die bis zum 31. Dezember 2001 begründet wurden</i>	23
10.4	<i>Beginn der Bindungsfrist bei Ausübung des Wahlrechts vor dem 1. Januar 2001</i>	23

1. Rechtsvorschriften

§ 173 SGB V Allgemeine Wahlrechte

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

(2) **Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen**

1. **die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,**
2. **jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,**
3. **die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,**
4. **die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,**
5. **die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,**
6. **die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.**

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Abs. 1, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen.

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

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

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

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

§ 174 SGB V Besondere Wahlrechte

(1) **Für versicherte Rentner, bei denen die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist, gilt § 173 nur, wenn sie in den letzten 10 Jahren vor Rentenantragstellung zu keinem Zeitpunkt Mitglied der knappschaftlichen Krankenversicherung gewesen sind; § 5 Abs. 2 gilt nicht.**

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

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

(4) **Die bei der See-Berufsgenossenschaft beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der See-Krankenkasse, die bei der Bundesknappschaft beschäftigten versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Arbeitnehmer können die Mitgliedschaft bei der Bundesknappschaft wählen.**

§ 175 SGB V Ausübung des Wahlrechts

- (1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.
- (2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.
- (3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit.
- (4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.
- (5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.
- (6) Die Spitzenverbände vereinbaren für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke.

§ 176 SGB V Zuständigkeit der See-Krankenkasse

- (1) Versicherungspflichtige Mitglieder der See-Krankenkasse sind abweichend von § 173
1. Seeleute deutscher Seeschiffe nach § 13 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und
 2. Seeleute von Beruf, die nicht für eine Fahrt angemustert sind, für die Zeit, während der sie vorübergehend auf einem deutschen Seeschiff in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,
- wenn sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, sowie ferner

3. deutsche Seeleute, für die der Reeder einen Antrag gemäß § 2 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gestellt hat,
4. für die Seefahrt Auszubildende in der Ausbildung an Land und
5. Bezieher von Vorruhestandsgeld, die unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes bei der See-Krankenkasse versichert waren.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der See-Krankenkasse an, wenn sie zuletzt bei der See-Krankenkasse versichert waren; § 173 gilt.

§ 177 SGB V Zuständigkeit der Bundesknappschaft

(1) Versicherungspflichtige Mitglieder der Bundesknappschaft sind abweichend von § 173 die in den §§ 137 und 273 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen.

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 genannten Versicherungspflichtigen und die in § 189 genannten Rentenantragsteller gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren oder die Bundesknappschaft für die Feststellung der Rente zuständig ist; § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und § 174 Abs. 1 gelten.

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Bundesknappschaft an, wenn sie zuletzt bei der Bundesknappschaft versichert waren; § 173 gilt.

§ 186 SGB V Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (9) ...

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

§ 191 SGB V Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

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

Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse

§ 1

Abweichend von § 176 Abs. 1 und § 177 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen

1. die Bundesknappschaft wählen, wenn die knappschaftliche Rentenversicherung für die Leistungsgewährung zuständig ist,
2. die See-Krankenkasse wählen, wenn die Seekasse für die Leistungsgewährung zuständig ist.

Für die Ausübung des Wahlrechtes gilt § 175 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 24 Ende der Mitgliedschaft

(1) ...

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

2. Allgemeines

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

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

Die Regelungen haben zur Folge, dass Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte die Mitgliedschaft bei einer bestimmten Krankenkasse grundsätzlich nur durch eine entsprechende schriftliche Willenserklärung (Wahl) erlangen können. Das heißt, dass sie nach § 175 Abs. 1 SGB V die Wahl gegenüber der jeweiligen Krankenkasse erklären müssen. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

2.1 Zuständigkeit und Wählbarkeit der Bundesknappschaft oder der See-Krankenkasse

Die im Zuständigkeitsbereich der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse Beschäftigten (§§ 176 u. 177 SGB V) werden weiterhin kraft Gesetzes bei diesen Krankenkassen versichert und haben kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse. Deshalb sind auch Seeleute, die auf ein Schiff unter ausländischer Flagge entsandt werden (§ 4 Abs. 1 SGB IV) nur bei der See-Krankenkasse zu versichern. Im Umkehrschluss können die genannten Krankenkassen grundsätzlich nicht von Beschäftigten im Rahmen des § 173 SGB V gewählt werden.

Eine Ausnahme besteht für die Mitglieder und ehemaligen Mitglieder der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse. Sie können auf Grund des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse Mitglied ihrer Krankenkasse bleiben bzw. zu ihr zurückkehren. Voraussetzung hierfür ist, dass die knappschaftliche Rentenversicherung bzw. die Seekasse für die Leistungsgewährung zuständig ist.

Die Zuständigkeit der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Leistungsgewährung ist ab dem 1. Januar 2002 dann gegeben, wenn ein Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist (§ 140 SGB VI).

Die Seekasse ist als Rentenversicherungsträger für die Leistungsgewährung zuständig

- a) bei Arbeitern, wenn fünf Jahre Beitragszeiten
- b) bei Angestellten, wenn ein Beitrag

auf Grund einer in der Seefahrt ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit zurückgelegt wurde und nicht die Bahnversicherungsanstalt oder die Bundesknappschaft zuständig ist (§§ 131 und 135 SGB VI). Maßgebend ist der Status zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Wahl zur See-Krankenkasse.

2.2 Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkassen

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

Für die bei den landwirtschaftlichen Krankenkassen freiwillig Versicherten finden die allgemeinen Regelungen des Krankenkassenwahlrechts Anwendung. Hinsichtlich des Sonderkündigungsrechts tritt an die Stelle des Worts "Beitragsatzserhöhung" das Wort "Beitragserhöhung".

3. Wahlrechte der einzelnen Personengruppen

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

- Arbeitnehmer (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) einschließlich der unständig Beschäftigten (§ 232 Abs. 3 SGB V)
- Leistungsempfänger nach dem SGB III (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V)
War der Arbeitslose zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der Arbeitslose nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht. Darüber hinaus sind abweichend von dem allgemeinen Krankenkassenwahlrecht die Leistungsempfänger nach dem SGB III als Mitglieder bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse zu versichern, wenn sie dieser im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben (§ 19 Abs. 2 KVLG 1989).
- Künstler und Publizisten (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V)
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist. War diese Person zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn diese Person nicht von ihrem Wahlrecht Gebrauch macht.
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist. War der Teilnehmer an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der Teilnehmer an der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht.
- Behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V)
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist. War der behinderte Mensch zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die

Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der behinderte Mensch nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht.

- **Behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen (§ 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V)**
Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten können behinderte Menschen in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist. War der behinderte Mensch zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der behinderte Mensch nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht.
- **Studenten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V)**
Zusätzlich kann die AOK des Hochschulortes oder jede örtlich begrenzte Ersatzkasse gewählt werden, wenn sich der Hochschulort in ihrem Zuständigkeitsbereich befindet. Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand. War der Student zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der Student nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht.
- **Praktikanten ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)**
Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand. War der Praktikant zuletzt bei der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der Praktikant nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht.
- **Auszubildende ohne Arbeitsentgelt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)**
Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand. War der Auszubildende zuletzt bei der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der Auszubildende nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht.
- **Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V)**
Nach § 21 Abs. 1 KVLG 1989 können die in Rede stehenden Personen auch eine landwirtschaftliche Krankenkasse wählen, wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 KVLG 1989 bestand. War der Auszubildende zuletzt bei der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft versichert, so ist diese kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der Auszubildende nicht von seinem Wahlrecht Gebrauch macht.
- **Rentner/Rentenantragsteller (§ 5 Abs. 1 Nr. 11, Nr. 11a und Nr. 12 sowie § 189 SGB V)**
Erläuterungen zur Kassenzuständigkeit für Rentner und Rentenantragsteller ergeben sich aus Abschnitt A Ziffer V des Gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zur Krankenversicherung der Rentner vom 16.12.1999.
- **Vorruhestandsgeldbezieher (§ 5 Abs. 3 SGB V)**
- **Freiwillig Versicherte (§ 9 SGB V)**
Das Wahlrecht nach § 173 SGB V gilt auch für freiwillig Versicherte. Für Personen, die aus der Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 bei einer landwirtschaftlichen Krankenkasse ausscheiden, ist neben dem Weiterversicherungsrecht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bei Erfüllen der Voraussetzungen des § 9 SGB V die Weiterversicherung in der allgemeinen Krankenversicherung möglich (Urteil des BSG vom 12. Februar 1998 – B 10 KR 3/97 R, USK 9813). Ferner können freiwillig Versicherte, die im Rahmen des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V versichert werden, sowie freiwillig versicherte Rentenbezieher neben den bereits dargestellten Wahlmöglichkeiten auch die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

Das Wahlrecht gilt auch für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 7 Abs. 3 SGB IV oder nach § 192 SGB V fortbesteht mit der Folge, dass eine neugewählte Krankenkasse vom Mitgliedschaftsbeginn an ggf. laufende Leistungen weiter zu gewähren hat.

4. Grundsätze der Krankenkassenwahl

4.1 Allgemeines

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

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

Die Krankenkasse darf die Mitgliedschaft eines Wahlberechtigten nicht ablehnen.

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

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

4.2 Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen

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

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

Alle Mitgliedsbescheinigungen und Kündigungsbestätigungen sind unverzüglich auszustellen, um zu gewährleisten, dass der Krankenkassenwechsel nicht unnötig erschwert wird und die zur Meldung verpflichtete Stelle rechtzeitig Klarheit über die zuständige Krankenkasse erhält. Für die Kündigungsbestätigung bestimmt § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V ausdrücklich, dass sie spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Kündigung ausgestellt werden muss.

4.2.1 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle

Die Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts oder bei Eintritt einer Versicherungspflicht dem Mitglied unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Diese ist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z.B. dem Arbeitgeber) vom Mitglied unverzüglich vorzulegen. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

Wird die Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, kommt es zu der unter Abschnitt 5.2 beschriebenen Verfahrensweise.

5. Krankenkassenwahlrecht für versicherungspflichtig Beschäftigte

Aufgrund der Neuregelung des Krankenkassenwahlrechts

- fällt für die Versicherungspflichtigen bereits im Jahre 2001 der Stichtagskündigungstermin 30. September für Kündigungen zum 31. Dezember weg (vgl. Abschnitt 10.3),
- sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben,
- eröffnet ein Arbeitgeberwechsel oder der Wechsel des Versicherungsgrundes für sich alleine kein neues Wahlrecht,
- können Mitglieder bei Erfüllung der Bindungsfrist während eines bestehenden Versicherungstatbestandes die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse grundsätzlich mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet ab dem Monat, in dem das Mitglied seine Kündigung erklärt, kündigen,
- findet eine Entkoppelung zwischen den Regelungen über Beginn bzw. Ende von Versicherungspflicht/Mitgliedschaft und den Bestimmungen über die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse statt.

5.1 Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch den Beschäftigten

§ 175 Abs. 1 SGB V stellt in Verbindung mit § 173 Abs. 1 SGB V klar, dass die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts vom Versicherten selbst gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse zu erfolgen hat.

Sollte es vorkommen, dass ein Versicherter mehreren Krankenkassen gegenüber erklärt hat, deren Mitglied werden zu wollen und aufgrund dessen dem Arbeitgeber mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorliegen, hat der Arbeitgeber den Beschäftigten bei der Krankenkasse anzumelden, die ihm vom Versicherten benannt wird.

Die von den Versicherten getätigten Aufnahmeanträge sind einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärungen, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind. Auf sie finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung. Das Wirksamwerden der Wahlerklärungen richtet sich somit nach § 130 BGB, was dazu führt, dass eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber abzugeben ist, in dem Zeitpunkt wirksam wird, in welchem sie ihm zugeht. Sie wird dann nicht wirksam, wenn dem anderen vorher oder gleichzeitig ein Widerruf zugeht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen kommen jedoch überein, die freie Krankenkassenwahl den Versicherten, die vom Wahlrecht des § 175 Abs. 4 SGB V Gebrauch machen, bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit der Kündigung zuzugestehen. Die Wahl bzw. der Aufnahmeantrag kann dadurch in den Fällen des § 175 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist „korrigiert“ werden. Ein Widerruf der Kündigung oder Krankenkassenwahl nach dem Ende der Kündigungsfrist und damit nach Beginn der Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse ist hingegen ausgeschlossen; Entsprechendes gilt in den Fällen des § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

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

Vom 1. Januar 2002 an darf eine neu gewählte Krankenkasse ihre Mitgliedsbescheinigung erst ausstellen, wenn ihr eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse vorgelegt wird. Die Vorlage einer solchen Kündigungsbestätigung setzt eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse des Mitglieds voraus (vgl. jedoch Abschnitt 5.4.3).

5.2 Keine Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung durch den Beschäftigten

Wird das Wahlrecht vom Versicherten nicht selbst wahrgenommen oder eine Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, so ist der Arbeitgeber verpflichtet, den Versicherten bei der Krankenkasse anzumelden, bei der der Arbeitnehmer zuletzt versichert war. Als letzte Krankenkasse gilt die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder – sofern innerhalb der letzten 18 Monate keine Mitgliedschaft bestanden hat – eine Familienversicherung bestand. Diese Krankenkasse hat eine Prüfung ihrer Zuständigkeit entsprechend den Abschnitten 5.4.3 bis 5.4.5 durchzuführen.

In den Ausnahmefällen, in denen der Beschäftigte sein Krankenkassenwahlrecht nicht selbst ausübt und er zugleich noch bei keiner Krankenkasse versichert war, hat ihn sein Arbeitgeber bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die Wahl unter den dort genannten möglichen Krankenkassen

sen trifft der Arbeitgeber. Er ist verpflichtet, seinen Beschäftigten über die letztlich gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

5.3 Zuordnung nicht gemeldeter Arbeitnehmer

5.3.1 Letzte Krankenkasse vorhanden

Für die Fälle, in denen das Wahlrecht vom Arbeitnehmer nicht ausgeübt wird und auch keine Anmeldung des Arbeitgebers bei einer Krankenkasse erfolgt, wird der Beschäftigte zunächst der Krankenkasse zugewiesen, bei der er bislang versichert war. Dies kann auch eine Krankenkasse sein, bei der zuletzt eine Familienversicherung bestand, soweit innerhalb der letzten 18 Monate vor Eintritt der Versicherungspflicht keine eigene Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestand.

5.3.2 Letzte Krankenkasse nicht vorhanden

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

Diese Zuordnung wird jährlich in Anlehnung an die zum Stichtag 1. Juli im Bereich der allgemeinen Krankenversicherung bestehenden Mitgliedschaften krankenversicherter Arbeitnehmer überprüft. Die aufgrund dieser Zahlen vorgenommene Quotierung gilt für das auf den jeweiligen Stichtag folgende Kalenderjahr. Sofern die Versicherten einer Betriebskrankenkasse, einer Innungskrankenkasse oder einer Ersatzkasse zuzuweisen sind, wählt die die Versicherungspflicht feststellende Stelle in Anlehnung an den Beschäftigungsort eine Krankenkasse der betroffenen Kassenart aus. Beschäftigte im Zuständigkeitsbereich der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft sind diesen Krankenkassen zuzuweisen. Mit dieser Regelung soll eine gleichmäßige Zuteilung illegal Beschäftigter zu allen Krankenkassenarten erreicht werden.

5.3.3 Summenbeitragsbescheide

Die unter 5.3.1 und 5.3.2 getroffenen Aussagen beruhen auf der nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V zu treffenden Vereinbarung. Diese ist über § 28 i Satz 3 SGB IV auch in den Fällen anzuwenden, in denen nach § 28 f Abs. 2 SGB IV gegenüber dem Arbeitgeber ein Summenbeitragsbescheid für nicht gemeldete Arbeitnehmer zu erlassen ist. Bezieht sich der Summenbeitragsbescheid jedoch auf Arbeitsentgelte gemeldeter Arbeitnehmer, ist bezogen auf die vom Summenbeitragsbescheid erfassten Kalenderjahre eine Quotierung der beim Arbeitgeber vertretenen Krankenkassen vorzunehmen. Maßgebend hierfür sind die jeweils am 1. Juli bestehenden Krankenkassen-Mitgliedschaften. Die aufgrund des Summenbeitragsbescheides zu zahlenden Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sind auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen und von diesen einzuziehen.

5.4 Bindungswirkung und Kündigung der Mitgliedschaft

5.4.1 Allgemeines zur Bindungswirkung

Die 18-monatige Bindungswirkung des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V gilt für alle ab dem 1. Januar 2002 ausgeübten Wahlrechte. Sie gilt ferner für Versicherte, für die in den letzten 18 Monaten vor Eintritt der Versicherungspflicht keine eigene Mitgliedschaft bestand (§ 175 Abs. 2 Satz 2 SGB V), die jedoch von ihrem deshalb bestehenden sofortigen Wahlrecht keinen Gebrauch machen und deshalb von der zur Meldung verpflichteten Stelle ab dem 1. Januar 2002 bei einer bestimmten Krankenkasse angemeldet werden. Das Wahlrecht bei einem Arbeitgeberwechsel ist grundsätzlich entfallen. Demzufolge kann zum Zeitpunkt der Aufnahme eines neuen Beschäftigungsverhältnisses auch keine neue Bindungsfrist ausgelöst werden. Lediglich in den Fällen, in denen nach Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist und bei fristgerechter Kündigung ein Arbeitgeberwechsel zum Anlass genommen wird, gleichzeitig auch die Krankenkasse zu wechseln, wird mit Aufnahme der neuen Beschäftigung auch eine neue Bindungsfrist ausgelöst.

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

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

Unterbrechungen der Mitgliedschaft führen nicht dazu, dass die 18-Monats-Frist bei der gleichen Krankenkasse erneut beginnt. Die Bindungsfrist von 18 Monaten beginnt darüber hinaus nicht mit jedem Wechsel des Versicherungsgrundes erneut. Vielmehr wird die Gesamtdauer der Mitgliedschaft einschließlich der Unterbrechungszeiträume berücksichtigt.

Beispiel 1:

Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.4.2002.
Die Bindungsfrist von 18 Monaten endet am 30.9.2003.

Beispiel 2:

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.2.2002.
Ende der Beschäftigung zum 31.5.2002. Anschließend besteht ein Anspruch auf Familienversicherung bei der Krankenkasse B.
Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 1.10.2003

Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A endet am 31.7.2003. Sind die übrigen Voraussetzungen für einen Krankenkassenwechsel (z.B. Kündigung der Mitgliedschaft bereits im Mai 2002) erfüllt, kann zum 1.8.2003 die Krankenkasse gewechselt werden.

5.4.2 Allgemeines zur Kündigung

Die Krankenkasse kann nur gewechselt werden, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde. Die abgewählte Krankenkasse hat dem Versicherten unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die neu gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft erst nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse begründen. Sofern in den letzten 18 Monaten vor Beginn der Mitgliedschaft keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bestanden hat, ist jedoch ein Wechsel der Krankenkasse auch ohne eine Kündigung bzw. Kündigungsbestätigung möglich (vgl. Abschnitt 5.4.3).

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

Beispiel 1:

Mitglied seit dem 13.3.2002.
Kündigung am 11.7.2003 zum nächstmöglichen Termin.

Die 18-monatige Bindungswirkung ist mit Ablauf des 12.9.2003 erfüllt.
Die Mitgliedschaft endet am 30.9.2003, da eine Kündigung nur zum Ablauf eines Monats erfolgen kann.
Die Krankenkasse hat spätestens bis zum 25.7.2003 dem bisherigen Mitglied eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

Wird die Kündigung für einen Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem ein Krankenkassenwechsel noch nicht möglich ist, weil z.B. die Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, ist die Kündigung von der Krankenkasse entsprechend den Grundsätzen des § 140 BGB in eine Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt umzu-
deuten.

Beispiel 2:

Versicherungspflichtiges Mitglied seit dem 18.2.2002.
Kündigung der Mitgliedschaft am 3.5.2003 zum 31.7.2003.

Die Kündigung der Mitgliedschaft zum 31.7.2003 ist nicht möglich.
Die Krankenkasse wurde nach dem 31.12.2001 gewählt. Die maßgebende Bindungsfrist von 18 Monaten (18.2.2002 bis 17.8.2003) ist noch nicht erfüllt.

Die Krankenkasse informiert das Mitglied über diesen Tatbestand und hat die Kündigung auf den 31.8.2003 umzudeuten.

Beispiel 3:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.1.2002.
 Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.1.2002.
 Arbeitgeberwechsel zum 1.2.2003. Weiterhin versicherungspflichtig beschäftigt.
 Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 1.2.2003.

Zum 1.2.2003 besteht kein neues Wahlrecht.

Vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist (30.6.2003) kann eine Krankenkasse nicht neu gewählt werden.

Sofern die Mitgliedschaft zum 31.1.2003 gekündigt wird, ist die Kündigung von der Krankenkasse A auf den nächstmöglichen Termin, in diesem Fall auf den 30.6.2003, umzudeuten.

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

Die ausgesprochene Kündigung ist damit zunächst nur schwebend wirksam mit der Folge, dass dann, wenn dem Arbeitgeber keine Mitgliedsbescheinigung einer neu gewählten Krankenkasse vorgelegt wird, die Kündigung keine Bestandskraft hat. Die Mitgliedschaft wird in diesen Fällen bei der bisherigen Krankenkasse fortgesetzt. Ein Krankenkassenwechsel wäre erst wieder nach der Abgabe einer erneuten Kündigung im zeitlichen Rahmen des § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V möglich. Das heißt, die Krankenkassen müssen bei Kündigungen den Eingang der von den Arbeitgebern abzugebenden Abmeldungen überwachen. Ohne die Vorlage einer neuen Mitgliedsbescheinigung ist eine Abmeldung durch den Arbeitgeber unzulässig. Die Versicherten, die ihre Mitgliedschaft kündigen, sollten hierauf hingewiesen werden.

5.4.3 Unterbrechungen der Mitgliedszeiten von mehr als 18 Monaten

Bei der Unterbrechung der Mitgliedschaft von mehr als 18 Monaten ist gemäß § 175 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Wahl einer anderen Krankenkasse unabhängig von der Dauer der Mitgliedschaft bei der früheren Krankenkasse möglich. Die Begrenzung des Unterbrechungszeitraums auf 18 Monate vermeidet Ungleichbehandlungen, da auch bei ununterbrochener Mitgliedschaft ein Krankenkassenwechsel nach 18 Monaten möglich wäre.

In diesen Fällen kann die gewählte Krankenkasse ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung die Mitgliedschaft begründen und eine Mitgliedsbescheinigung für den Arbeitgeber ausstellen.

Beispiel:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 18.2.2002.
 Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 18.2.2002.
 Das Beschäftigungsverhältnis endet am 31.5.2002.
 In der Zeit vom 1.6.2002 bis 30.11.2003 besteht ein Anspruch auf Familienversicherung.
 Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 1.12.2003.
 Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 1.12.2003.

Zum 1.12.2003 besteht ein Krankenkassenwahlrecht. Dem Arbeitgeber ist innerhalb von 14 Tagen eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse vorzulegen.
 Seit dem Ende der zuletzt bestandenen Mitgliedschaft (31.5.2002) bis zum erneuten Beginn der Mitgliedschaft (1.12.2003) sind 18 Kalendermonate vergangen. Eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A ist daher für einen Wechsel zu der Krankenkasse B nicht notwendig; die Krankenkasse B benötigt für die Begründung der Mitgliedschaft daher auch keine Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A.

5.4.4 Unterbrechung der Mitgliedszeiten von bis zu 18 Monaten

Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger kraft Gesetzes (§ 190 SGB V), ist eine Kündigung für das Beenden der Mitgliedschaft dem Grunde nach nicht erforderlich. Eine unterbliebene Kündigung hat jedoch nach dem Willen des Gesetzgebers bei Eintritt einer neuen Versicherungspflicht zur Folge, dass wieder die Krankenkasse zuständig ist, bei der zuletzt die (ungekündigte) Mitgliedschaft bestanden hat. Dies gilt im Übrigen auch dann, wenn die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse zum Zeitpunkt der Beendigung bereits mindestens 18 Monate bestanden hat, die Bindungsfrist also erfüllt gewesen ist, aber die Mitgliedschaft nicht wirksam gekündigt wurde. Dabei wird vorausgesetzt, dass das Mitglied im Falle eines Wechsels der Beschäftigung vorausschauend, also unter Einhaltung der Kündigungsfrist, die Mitgliedschaft kündigt, wenn es zeitgleich mit der Aufnahme der neuen versicherungspflichtigen Beschäftigung die Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse begründen will. Eine wirksame Kündigung kann darüber hinaus nur während des Bestehens einer Mitgliedschaft ausgesprochen werden, also nicht während eines Unterbrechungszeitraumes zwischen zwei Mitgliedschaften.

Sofern jedoch vor Eintritt der erneuten Versicherungspflicht in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bestanden hat, kann sofort, also ohne Kündigung der bisherigen Mitgliedschaft, gewählt werden.

Beispiel 1:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.3.2002.
Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.3.2002.
Das Beschäftigungsverhältnis endet am 30.4.2003.
Vom 1.5.2003 bis zum 5.5.2003 besteht kein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung.
Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 6.5.2003.
Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 6.5.2003.

Ab dem 6.5.2003 ist weiterhin die Krankenkasse A zuständig.

Die 18-monatige Bindungsfrist aufgrund der vorhergehenden Mitgliedschaft ist noch nicht abgelaufen (die Bindungsfrist endet zum 31.8.2003). Die Unterbrechung der Mitgliedschaft wirkt sich auf die Bindungsfrist nicht aus.

Beispiel 2:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.3.2002.
Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.3.2002.
Das Beschäftigungsverhältnis endet am 30.9.2004, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse endet zu diesem Zeitpunkt kraft Gesetzes. Außerdem wurde die Mitgliedschaft am 10.7.2004 gekündigt.
Vom 1.10.2004 bis zum 31.10.2005 besteht eine Familienversicherung bei der Krankenkasse B.
Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.11.2005.
Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 1.11.2005.

Zum 1.11.2005 besteht ein Krankenkassenwahlrecht.

Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A ist zum Zeitpunkt des beabsichtigten Krankenkassenwechsels erfüllt und die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A wurde fristgerecht gekündigt. Das Mitglied hat der neu gewählten Krankenkasse B die Kündigungsbestätigung der abgewählten Krankenkasse A zu übergeben.

Beispiel 3:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.3.2002.
Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.3.2002.
Das Beschäftigungsverhältnis endet am 30.9.2004, die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse endet zu diesem Zeitpunkt kraft Gesetzes.
Vom 1.10.2004 bis zum 31.10.2005 besteht eine Familienversicherung bei der Krankenkasse B.
Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.11.2005.
Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 1.11.2005.

Zum 1.11.2005 besteht kein Krankenkassenwahlrecht.

Seit Beginn der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A am 1.3.2002 sind zwar 18 Monate vergangen (die Bindungsfrist ist somit erfüllt), die Mitgliedschaft wurde jedoch zum 30.9.2004 nicht wirksam gekündigt. Bei Eintritt der Versicherungspflicht zum 1.11.2005 ist daher die Krankenkasse A wieder zuständig.

Wird die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A bis zum 30.11.2005 gekündigt, kann nach Ablauf der Kündigungsfrist die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse zum 1.2.2006 gewählt werden.

5.4.5 Auswirkungen einer Familienversicherung

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

Deshalb ist die Anmeldung bei einer Krankenkasse, bei der zuletzt eine Familienversicherung durchgeführt wurde, nur dann möglich, wenn entweder die Mitgliedschaft bei der vorherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde oder zwischen dem Beginn der Beschäftigung und der zuletzt nachgewiesenen Mitgliedschaft ein Zeitraum von mehr als 18 Monaten liegt (vgl. Abschnitt 5.4.3).

Meldet der Arbeitgeber einen Arbeitnehmer bei einer Krankenkasse an, bei der eine Familienversicherung bestand, so darf diese die Mitgliedschaft nur begründen, wenn ihr eine Kündigungsbestätigung vorliegt oder geklärt hat, dass in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestand (vgl. Abschnitt 5.4.2).

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

Wird die Mitgliedschaft beendet und nach einer Unterbrechung, in der eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestanden hat, eine neue versicherungspflichtige Beschäftigung wieder aufgenommen, muss die Mitgliedschaft bei der bisherigen "Mitgliedschafts"-Krankenkasse wieder aufleben, wenn die 18-monatige Bindungsfrist an diese Krankenkasse noch nicht abgelaufen ist und die zuletzt bestandene Mitgliedschaft nicht wirksam gekündigt wurde oder seit Beendigung der letzten Mitgliedschaft noch kein Zeitraum von mindestens 18 Monaten vergangen ist. Die Bindungswirkung an die bisherige Kasse erlischt darüber hinaus, wenn seit dem erstmaligen Mitgliedschaftsbeginn insgesamt 18 Monate - im Falle von mehrfachen Unterbrechungen als nicht zusammenhängender Zeitraum - verstrichen sind und die zuletzt bestandene Mitgliedschaft wirksam gekündigt wurde (vgl. Abschnitt 5.4.2). Die zwischenzeitlichen Unterbrechungen der Mitgliedschaft aufgrund der mitgliedschaftsrechtlichen Regelungen des § 190 SGB V heben die Bindungswirkung nicht auf, sie wird durch eine solche Beendigung oder Unterbrechung allerdings auch nicht gehemmt.

Beispiel 1:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.3.2002.
Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.3.2002.
Das Beschäftigungsverhältnis endet am 30.4.2002.

Vom 1.5.2002 bis zum 31.10.2002 besteht ein Anspruch auf Familienversicherung bei der Krankenkasse B.

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 1.11.2002.
Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 1.11.2002.

Ab dem 1.11.2002 ist wieder die Krankenkasse A zuständig.

Die 18-monatige Bindungsfrist aufgrund der vorhergehenden Mitgliedschaft ist noch nicht abgelaufen (Bindungsfrist: 1.3.2002 bis 31.8.2003).

Beispiel 2:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.3.2002.
Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.3.2002.
Das Beschäftigungsverhältnis endet am 30.4.2002.

Vom 1.5.2002 bis zum 31.10.2002 besteht ein Anspruch auf Familienversicherung bei der Krankenkasse B.

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 1.11.2002.

Der Arbeitnehmer legt seinem Arbeitgeber keine Mitgliedsbescheinigung vor. Dieser meldet ihn nach Befragung bei der Krankenkasse B an.

Ab dem 1.11.2002 ist wieder die Krankenkasse A zuständig, weil die 18-monatige Bindungsfrist (1.3.2002 bis 31.8.2003) noch nicht abgelaufen ist. Die Bindungsfrist bezieht sich auf die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestand.

Die Krankenkasse B hat die Anmeldung an den Arbeitgeber zurückzugeben und bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge zu verrechnen oder zu erstatten.

5.5 Wegfall der Bindungswirkung bei Beginn einer Familienversicherung oder einem Verlassen der gesetzlichen Krankenversicherung (Nichtversicherung)

Sofern im Anschluss an eine Mitgliedschaft der Versicherte eine Familienversicherung nach § 10 SGB V begründen kann, gilt die Bindungsfrist an die bisherige Krankenkasse nicht, d. h., der Versicherte kann sich über einen Angehörigen - ggf. bei einer anderen Krankenkasse - familienversichern, obwohl er zum Zeitpunkt des Endes der Mitgliedschaft seit der Ausübung des Wahlrechts ab dem 1. Januar 2002 noch keine 18 Monate bei seiner bisherigen Krankenkasse Mitglied gewesen ist (bei freiwillig Versicherten vgl. auch Abschnitt 8).

Die Bindungsfrist ist ebenfalls ohne Bedeutung, wenn nach der Beendigung der Mitgliedschaft die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht fortgesetzt wird (Nichtversicherung).

Die erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung hat jedoch zur Folge, dass die Krankenkasse wieder zuständig wird, die zuletzt die Mitgliedschaft durchgeführt hat, wenn seit Beginn der Mitgliedschaft noch kein Zeitraum von 18 Monaten vergangen ist und die vorherige Mitgliedschaft nicht wirksam gekündigt wurde (vgl. Abschnitt 5.4.4).

5.6 Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse

§ 175 Abs. 5 SGB V ermöglicht abweichend von Absatz 4 für die zu diesem Zeitpunkt im Trägerbetrieb einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beschäftigten (Urteil des BSG vom 8.10.1998, - B 12 KR 3/98 R, USK 9840) einen kurzfristigen Wechsel zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse. Diese Regelung greift aber nur dann, wenn der Beschäftigte innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung die neu errichtete oder ausgedehnte Betriebs- oder Innungskrankenkasse selbst wählt. In diesen Fällen ist innerhalb der zweiwöchigen Beitrittsfrist zur Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse auszusprechen. Das kurzfristige Wahlrecht gilt nicht für andere - betriebsfremde - Arbeitnehmer, einschließlich der Ehegatten der in den betroffenen Betrieben Beschäftigten. Sofern sich eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse auch für betriebsfremde Personen öffnet, besteht für (betriebsfremde) Arbeitnehmer kein Anspruch auf einen kurzfristigen Kassenwechsel. Sie dürfen von einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse nicht aufgenommen werden. Betriebsfremde Arbeitnehmer können somit frühestens unter Berücksichtigung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V und nach Erfüllung der 18-monatigen Bindungswirkung zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse wechseln (Urteil des BSG vom 10.8.2000 - B 12 KR 10/00 R, USK 2000-30).

5.7 Verzicht auf die Einhaltung der Bindungswirkung

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

Die Regelung soll u. a. den Besonderheiten von Krankenkassen mit regional begrenztem Kassenbezirk Rechnung tragen. Andernfalls müssten die Mitglieder dieser Krankenkassen, wenn sie ein Beschäftigungsverhältnis außerhalb des Bezirks ihrer Krankenkasse begründen oder ihren Wohnort dorthin verlegen, bis zur Erfüllung der Bindungsfrist bei dieser Krankenkasse versichert bleiben, auch wenn diese am neuen Wohn- oder Beschäftigungsort keine Geschäftsstelle unterhält. Auf Grund dieser Regelung können

die Krankenkassen ihren Mitgliedern durch eine entsprechende Satzungsregelung den Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart ohne Erfüllung der Bindungsfrist ermöglichen.

5.8 Auswirkungen der neuen Krankenkassenwahlrechte auf die Kassenzuständigkeit kraft Gesetzes von See-Krankenkasse und Bundesknappschaft bei Arbeitnehmern

Die Kassenzuständigkeit kraft Gesetzes von See-Krankenkasse und Bundesknappschaft bei Versicherungspflichtigen wird durch die Neuregelungen bei den Krankenkassenwahlrechten nicht berührt. Sie tritt unabhängig von einer zu beachtenden Kündigungs- und Bindungsfrist (§ 175 Abs. 4 Satz 1 u. 2 SGB V) bei der bisher zuständigen Krankenkasse immer dann ein, wenn die Voraussetzungen nach den §§ 176, 177 SGB V vorliegen.

Scheiden Arbeitnehmer aus der Versicherungspflicht kraft Gesetzes aus, endet auch die gesetzlich vorgesehene Zuständigkeit von See-Krankenkasse und Bundesknappschaft. Die Notwendigkeit einer Kündigung der Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V ergibt sich grundsätzlich nicht; die Kassenzuständigkeit kraft Gesetzes löst bei Arbeitnehmern keine Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V aus.

Beschäftigte, die nach Beendigung der kraft Gesetzes bestehenden Versicherungspflicht von ihrem Wahlrecht zur See-Krankenkasse oder zur Bundesknappschaft Gebrauch machen, bleiben Mitglieder dieser Krankenkassen. Die Wahl löst eine neue Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V aus; die Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist zu beachten. Dies gilt auch in den Fällen, in denen kein Wahlrecht ausgeübt wird und deshalb die Anmeldung vom Arbeitgeber bei der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft erfolgt.

Endet die Kassenzuständigkeit kraft Gesetzes und wird vom Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse Gebrauch gemacht, erhalten die Versicherten eine Mitgliedsbescheinigung. Die Mitgliedsbescheinigung über die Beendigung der Versicherungspflicht (§§ 176 Abs. 1, 177 Abs. 1 SGB V) ist von der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft unverzüglich nach Ausübung des Wahlrechts auszustellen. Insoweit tritt die Mitgliedsbescheinigung an die Stelle der Kündigungsbestätigung nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V. Dadurch wird die gewählte Krankenkasse in die Lage versetzt, ihre Mitgliedsbescheinigung gegenüber dem Versicherten oder der zur Meldung verpflichteten Stelle rechtzeitig abzusetzen. Im Übrigen ergeben sich die unter Abschnitt 5.4.2 beschriebenen Rechtsfolgen, sofern dem Arbeitgeber bei Beginn der neuen Beschäftigung keine Mitgliedsbescheinigung einer gewählten Krankenkasse vorliegt.

Bei den unter § 1 des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse fallenden Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten findet § 175 SGB V entsprechend Anwendung.

6. Besondere Wahlrechte

6.1 Beschäftigte und ehemalige Beschäftigte von Krankenkassen sowie deren Verbände

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

6.2 Beschäftigte der See-Berufsgenossenschaft sowie der Bundesknappschaft

Nach § 174 Abs. 4 SGB V können die bei der See-Berufsgenossenschaft Beschäftigten die Mitgliedschaft bei der See-Krankenkasse wählen. Beschäftigte der Bundesknappschaft haben ein Wahlrecht zur Bundesknappschaft, sofern sie der knappschaftlichen Krankenversicherung nicht bereits kraft Gesetzes angehören.

6.3 Ehegattenwahlrecht

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

SGB V. Die Bundesknappschaft oder die See-Krankenkasse können aber im Rahmen des Ehegattenwahlrechts von versicherungspflichtig Beschäftigten nicht gewählt werden.

6.4 Zuständigkeit für geringfügig Beschäftigte

Die Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach § 8 SGB IV begründet kein Krankenkassenwahlrecht. Die Pauschalbeiträge sowie die Meldungen nach der DEÜV gehen an die Krankenkasse, bei der der geringfügig Beschäftigte bereits versichert ist. Sofern in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Versicherung besteht, ist für die Entgegennahme der Pauschalbeiträge zur Rentenversicherung und der Meldungen die Krankenkasse zuständig, bei der zuletzt eine Versicherung (auch Familienversicherung) bestanden hat. War der geringfügig Beschäftigte noch nie gesetzlich versichert, kann der Arbeitgeber eine der nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkassen wählen.

7. Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhung

Den Mitgliedern einer Krankenkasse steht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. Es kann sich dabei nur um die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes handeln, da der erhöhte bzw. der ermäßigte Beitragssatz von diesem abgeleitet werden. Ob sich die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes unmittelbar auf das Versicherungsverhältnis oder erst später auswirkt, ist ohne Bedeutung. Dies hat zur Folge, dass auch Rentner und Studenten, bei denen sich Beitragssatzerhöhungen erst verzögert auswirken, nur unmittelbar im Zusammenhang mit der Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen können. Gleiches gilt für Personenkreise, bei denen ein Dritter die Beiträge alleine trägt (z.B. Arbeitslose).

Eine spezielle Kündigungsfrist für das Wirksamwerden des Sonderkündigungsrecht sieht § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V nicht vor. Da diese Vorschrift jedoch ausdrücklich nur die Nichtanwendung der 18-monatigen Bindungsfrist regelt, gilt auch in diesen Fällen die allgemeine Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V, d.h., dass die Kündigungsfrist mit dem Inkrafttreten der Beitragssatzanpassung beginnt und mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats endet. Die Kündigung selbst muss bis zum Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beitragssatzerhöhung wirksam wird, der Krankenkasse zugegangen sein. Nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beitragssatzerhöhung in Kraft getreten ist, kann auf der Grundlage des Sonderkündigungsrechts nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V die Mitgliedschaft nicht mehr gekündigt werden.

Beispiel:

Beitragssatzerhöhung zum 1.9.

Die Kündigung muss spätestens am 30.9. zugegangen sein.

Die Mitgliedschaft endet am 30.11. Bis zu diesem Tag ist der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung der für die Zeit ab 1.12. gewählten Krankenkasse vorzulegen.

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

Das Sonderkündigungsrecht gilt grundsätzlich für alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten. Für die versicherungspflichtigen Mitglieder der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft gilt es nur insoweit, als sie ein Krankenkassenwahlrecht nach § 1 des Gesetzes zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse oder nach § 176 Abs. 2 bzw. § 177 Abs. 2 oder 3 SGB V haben. Für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte gilt das Sonderkündigungsrecht nicht.

Sofern bei Eintritt einer neuen Versicherungspflicht ein Versicherter die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse wiederaufleben lassen muss, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestanden hat und diese Krankenkasse in der Zwischenzeit den allgemeinen Beitragssatz erhöht hat, kann der Versicherte mit Beginn der neuen Versicherungspflicht eine andere Krankenkasse nur unter Einhaltung der Kündigungsfrist wählen. Dies gilt auch dann, wenn die Bindungsfrist an die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestanden hat, bereits erfüllt ist, aber die Mitgliedschaft nicht wirksam gekündigt wurde. Sofern jedoch vor Eintritt der erneuten Versicherungspflicht in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bestanden hatte, ist bei fehlender Kündigung eine Rückkehr zu der Krankenkasse, die zuletzt die Mitglied-

schaft durchgeführt hat, nicht erforderlich. Insoweit gelten die Ausführungen zu Abschnitt 5.4.3 entsprechend.

8. Freiwillig Krankenversicherte

Für freiwillig Versicherte, die ihr Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben, gelten die gleichen Kündigungsfristen und die gleiche Bindungswirkung wie bei Pflichtversicherten.

Die Bindungswirkung (vgl. Abschnitte 5.4 bis 5.4.6) gilt für freiwillig Versicherte nicht, wenn sie bei ihrer bisherigen Krankenkasse wegen eines Anspruches auf eine Familienversicherung kündigen oder ihren Austritt erklären, um nach Beendigung der freiwilligen Versicherung eine private Krankenversicherung abzuschließen oder keine Versicherung begründen. Für freiwillig Versicherte endet die Mitgliedschaft aufgrund der Regelung des § 191 Nr. 4 SGB V in diesen Fällen jedoch erst mit Ablauf des auf die Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats. Bei einem anschließenden Anspruch auf Familienversicherung kann die Satzung der Krankenkasse einen früheren Zeitpunkt bestimmen.

Beispiel:

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.1.2002.
Ab dem 1.7.2002 besteht ein Anspruch aus der Familienversicherung ebenfalls bei der Krankenkasse A.
Die Versicherte kündigt deshalb die freiwillige Versicherung am 26.6.2002.
Die Mitgliedschaft endet zum 31.8.2002.

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

Das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen (§ 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V) gilt auch für freiwillig Versicherte (vgl. Abschnitt 7).

8.1 Eintritt von Versicherungspflicht

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

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

Beispiel 1:

Freiwilliges Mitglied seit dem 18.2.2002.
Kündigung der Mitgliedschaft am 21.1.2004 zum 31.3.2004.
Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.4.2004.

Zum 1.4.2004 besteht ein neues Wahlrecht.

Mit dem Beginn der Pflichtmitgliedschaft zum 1.4.2004 endet die freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Die 18-monatige Bindungsfrist (18.2.2002 bis 17.8.2003) an die bisherige Kasse ist erfüllt und die Mitgliedschaft wurde zuvor fristgerecht gekündigt, so dass die Krankenkasse neu gewählt werden kann.

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

Beispiel 2:

Freiwilliges Mitglied seit dem 18.2.2002.
Kündigung der Mitgliedschaft am 25.2.2003 zum 30.4.2003.
Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 1.5.2003.

Zum 1.5.2003 besteht kein neues Wahlrecht.

Mit dem Beginn der Pflichtmitgliedschaft zum 1.5.2003 endet die freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist (17.8.2003) kann jedoch die Krankenkasse nicht neu gewählt werden.

Die Krankenkasse hat die Kündigung auf den nächstmöglichen Termin, in diesem Fall auf den 31.8.2003, umzudeuten.

8.2 Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Pflichtversicherung

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

Eine andere Krankenkasse kann für die Durchführung der freiwilligen Versicherung nur gewählt werden, wenn die 18-monatige Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse, die die Pflichtversicherung durchgeführt hat, erfüllt ist und die dortige Mitgliedschaft wirksam gekündigt wurde. Die neue Krankenkasse benötigt eine Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse.

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

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

Die Mitgliedschaft von Personen, deren Versicherungspflicht wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 4 SGB V erlischt, endet nur dann, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt erklärt (§ 190 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse bzw. in der gesetzlichen Krankenversicherung endet in diesen Fällen immer mit dem 31. Dezember, ohne dass es der Erfüllung einer Bindungsfrist oder Einhaltung einer Kündigungsfrist bedarf. Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn die in § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V geforderte Vorversicherungszeit erfüllt ist (§ 190 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Sofern Nebenerwerbslandwirte die Vorversicherungszeit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 erfüllen, ist die Weiterversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung möglich.

Eine andere Krankenkasse kann für die Durchführung der freiwilligen Versicherung nur gewählt werden, wenn die 18-monatige Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse, die die Pflichtversicherung durchgeführt hat, erfüllt ist. Entscheidet sich der Versicherte für den Krankenkassenwechsel, ist die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse formell zu kündigen (vgl. Abschnitt 5.4.2). Die neue Krankenkasse kann die Mitgliedschaft nur begründen, wenn ihr eine Kündigungsbestätigung vorgelegt wird.

Beispiel:

Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.3.2002.
Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 4 SGB V zum 31.12.2003.
Kündigung der Mitgliedschaft am 5.1.2004 zum 31.3.2004.
Das Mitglied wählt zum 1.4.2004 die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B.

Die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A endet zum 31.3.2004, da die Bindungsfrist abgelaufen ist und die Kündigung fristgerecht erfolgte. Der Krankenkasse B ist die Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A vorzulegen.

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

8.2.2 Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung

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

Die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse, die die Familienversicherung durchgeführt hat, kann nur dann gewählt werden, wenn seit Beginn der Familienversicherung mehr als 18 Monate verstrichen sind, sofern nicht auch die letzte Mitgliedschaft von ihr durchgeführt wurde. Ist das nicht der Fall,

hat diese Krankenkasse zu klären, ob der Versicherte bei der Krankenkasse, die vor der Familienversicherung zuständig war, die 18-Monats-Frist erfüllt hat und wirksam gekündigt hat; nachzuweisen ist dies durch Vorlage der Kündigungsbestätigung. In diesem Fall kann die Mitgliedschaft begründet werden. Ist die Bindungsfrist nicht erfüllt oder die Mitgliedschaft dort nicht wirksam gekündigt worden, kann die freiwillige Mitgliedschaft nur bei der bisherigen Krankenkasse begründet werden.

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

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

9. Vordrucke

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

Die Mitgliedsbescheinigungen der Krankenkassen haben dem in der Anlage abgedruckten Muster zu entsprechen. Zur Verfahrenssicherheit sind Mitgliedsbescheinigungen stets auszustellen, also auch in den Sonderfällen, in denen das Wahlrecht vom Arbeitgeber wahrgenommen wird oder in denen im Nachhinein von einem Sozialversicherungsträger Feststellungen über die rückwirkende Anmeldung zur Versicherung erfolgen. Dies wird insbesondere damit begründet, dass die Mitgliedsbescheinigungen zu den Lohnunterlagen gehören.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen verständigen sich auf die folgende Mitgliedsbescheinigung und Kündigungsbestätigung:

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

Die Mitgliedsbescheinigung und Kündigungsbestätigung haben jeweils dem als Anlage beigefügten Muster zu entsprechen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen den Krankenkassen, in ihre Aufnahmeanträge/Beitrittserklärungen eine Frage bezüglich der Versicherung in den letzten 18 Monaten aufzunehmen.

10. Übergangsrecht

10.1 Kündigungen Versicherungspflichtiger im Jahre 2001

Mit der Änderung des § 175 Abs. 4 SGB V wird die Frist zur Kündigung der Mitgliedschaft neu geregelt. Diese wirkt vom 1. Januar 2002 an. Gleichwohl ist eine Kündigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zum Jahresende 2001 nicht mehr möglich. Denn nach Artikel 2 des Gesetzes zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte gilt eine nach dem 9. Mai 2001 erklärte Kündigung gemäß § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung als unwirksam.

Die bei den Krankenkassen in der Zeit vom 10. Mai 2001 bis zum 31. Dezember 2001 eingegangenen Kündigungen sind zum nächst möglichen Zeitpunkt entsprechend § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V in der ab dem 1. Januar 2002 gültigen Fassung als Kündigungen zum 31. März 2002 umzudeuten.

Beispiel:

Versicherungspflichtiges Mitglied seit dem 1.1.1999.
Kündigung der Mitgliedschaft am 25.9.2001 zum 31.12.2001.

Die Kündigung zum 31.12.2001 ist unwirksam, da sie nach dem 9.5.2001 erfolgte.

Die Krankenkasse weist den Versicherten auf diesen Tatbestand hin und hat die Kündigung auf den nächstmöglichen Termin (31.3.2002) umzudeuten.

Soweit ein Versicherungspflichtiger vor dem 10. Mai 2001 die Mitgliedschaft gekündigt hat, ist diese Kündigung allerdings wirksam, wenn der Versicherungspflichtige am 31. Dezember 2001 auch die Bindungswirkung nach dem bisher geltenden Recht erfüllt hat. Die Kündigung wird zum Jahresende 2001 wirksam, wenn der Versicherte seinem Arbeitgeber bis zum 31. Dezember 2001 die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung nachweist (vgl. Abschnitt 5.4.2).

10.2 Kündigungen freiwillig Versicherter im Jahre 2001

Freiwillig Versicherte können unverändert noch im Jahre 2001 ohne Rücksicht auf eine bisher zurückgelegte Mitgliedschaftsdauer die Krankenkasse unterjährig wechseln. Maßgebend ist insoweit § 191 Nr. 4 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung. Bei einer Kündigung im Oktober 2001 beginnt die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse am 1. Januar 2002. Bei einer Kündigung im November 2001 beginnt die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse am 1. Februar 2002. Bei einer Kündigung im Dezember 2001 beginnt die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse am 1. März 2002. Das Wirksamwerden des neuen Krankenkassenwahlrechts beeinflusst die Rechtsfolgen einer vor der dem 1. Januar 2002 ausgesprochenen Kündigung nicht.

10.3 Bindungsfrist bei Mitgliedschaften, die bis zum 31. Dezember 2001 begründet wurden

Nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung sind Versicherungspflichtige an die Wahl der Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Diese Bindungsfrist wird durch die Neufassung der Vorschrift mit Wirkung vom 1. Januar 2002 abgelöst. Die neue Bindungsfrist gilt für alle Wahlrechte, die ab dem 1. Januar 2002 ausgeübt werden. Eine Übergangsvorschrift, die die Fortwirkung der 12-Monats-Bindung festschreibt, sieht das Gesetz nicht vor. Folglich entfällt die 12-Monats-Bindung mit dem 31. Dezember 2001 ersatzlos.

Beispiel 1:

Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 1.10.2001.
Kündigung der Mitgliedschaft am 3.1.2002 zum nächstmöglichen Termin.

Die Mitgliedschaft wird zum 31.3.2002 wirksam.
Das Mitglied wählt zum 1.4.2002 die Krankenkasse B.

Es handelt sich bei der Wahl der Krankenkasse B um das erstmalige Ausüben des Krankenkassenwahlrechts ab dem 1.1.2002. Die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A kann daher ohne Einhaltung einer Bindungsfrist mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats gekündigt werden. Die Bindungsfrist von 18 Monaten beginnt mit Aufnahme der neuen Mitgliedschaft am 1.4.2002.

Bei allen erstmals ab 1. Januar 2002 bei Eintritt von Versicherungspflicht neu begründeten Mitgliedschaften ist das Mitglied, sofern in den letzten 18 Monaten eine Mitgliedschaft bestand, zunächst an die bisherige Krankenkasse zu verweisen. Die Mitgliedschaft zu dieser Krankenkasse kann allerdings unter Einhaltung der Kündigungsfrist zum nächstmöglichen Termin ohne Berücksichtigung einer Bindungsfrist gekündigt werden.

Beispiel 2:

Mitgliedschaft vom 1.10.2001 bis zum 30.11.2001 bei der Krankenkasse A.
Vom 1.12.2001 bis zum 31.3.2002 Anspruch auf Familienversicherung bei der Krankenkasse B.
Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung am 1.4.2002.

Innerhalb der letzten 18 Monate bestand eine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse A. Diese Krankenkasse wird daher zunächst auch für die Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses ab 1.4.2002 zuständig. Es besteht jedoch die Möglichkeit, die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse zum 30.6.2002 zu kündigen. Da es sich um das erstmalige Ausüben des Wahlrechts ab dem 1.1.2002 handelt, ist dies ohne Einhaltung einer Bindungsfrist möglich. Die 18-monatige Bindungsfrist beginnt mit Aufnahme der neuen Mitgliedschaft am 1.7.2002.

10.4 Beginn der Bindungsfrist bei Ausübung des Wahlrechts vor dem 1. Januar 2002

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Wird das Wahlrecht vor dem 1. Januar 2002 ausgeübt und beginnt die Mitgliedschaft am 1. Januar 2002 oder zu einem späteren Zeitpunkt, löst diese Wahlentscheidung noch keine Bindungswirkung aus. Dies gilt nicht für Kündigungen, die nach dem 9. Mai 2001 erfolgten und unter Berücksichtigung der neuen Rechtslage ab dem 1. Januar 2002 umzudeuten sind.