

Ergebnisniederschrift
über die
Sitzung der Fachkonferenz Beiträge
am 22. November 2016
in Berlin





Spitzenverband



Inhaltsübersicht

	<u>Seite</u>
Top 1 Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht	5
Top 2 Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung; hier: Auswirkungen des Urteils des Bundessozialgerichts vom 27. April 2016 – B 12 KR 24/14 R -, USK 2016-30	7
Top 3 Verlängerungstatbestände in der Krankenversicherung der Studenten; hier: Studienvorbereitende Sprachkurse und Studienkollegs	11
Top 4 Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG); hier: Finanzierungsanteile des Arbeitnehmers zu einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung	15

Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
22. November 2016



Top 1

Grundsätzliche Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht

Sachverhalt:

Seit der Einführung der freien Krankenkassenwahl für alle Versicherten durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) zum 1. Januar 1996 wird mit den §§ 173 bis 175 SGB V der Regelungsrahmen für ein innerhalb der wettbewerblich ausgerichteten GKV von allen Krankenkassen gleichermaßen und einheitlich anzuwendendes Krankenkassenwahlrecht beschrieben. Ausgehend von der Intention, diese Regelungen unter den Krankenkassen einvernehmlich auszulegen, hatten bereits die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen eine Gemeinsame Verlautbarung zum Krankenkassenwahlrecht erstmalig am 16. Oktober 1995 veröffentlicht und diese anschließend regelmäßig an die zwischenzeitlichen rechtlichen Veränderungen angepasst. Die zuletzt veröffentlichte Gemeinsame Verlautbarung trägt das Datum 30. Juni 2008.

Seitdem hat der GKV-Spitzenverband kontinuierlich über die in der Zwischenzeit eingetretenen Veränderungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen zum Krankenkassenwahlrecht mit zahlreichen Rundschreiben berichtet. Um den Krankenkassen die Rechtsanwendung zu erleichtern und die geltenden Regelungen gegenüber den Versicherten und den zur Meldung verpflichteten Stellen transparent darzustellen, bedarf es einer Überarbeitung der – in weiten Teilen überholten – vorgenannten Gemeinsamen Verlautbarung.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband die vorliegenden „Grundsätzlichen Hinweise zum Krankenkassenwahlrecht“ erarbeitet.

Ergebnis:

Die Fachkonferenzteilnehmer kommen überein, die vorliegenden Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Krankenkassenwahlrecht unter dem Datum vom 22. November 2016 mit Wirkung ab 1. Januar 2017 zu verabschieden (vgl. Anlage).

Anlage



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
22. November 2016



Grundsätzliche Hinweise
zum Krankenkassenwahlrecht
vom 22.11.2016

Einleitung

Seit der Einführung der freien Krankenkassenwahl für alle Versicherten durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) zum 1. Januar 1996 wird mit den §§ 173 bis 175 SGB V der Regelungsrahmen für ein innerhalb der wettbewerblich ausgerichteten GKV für alle Krankenkassen gleichermaßen und einheitlich anzuwendendes Krankenkassenwahlrecht der Mitglieder der GKV beschrieben. Ausgehend von der Intention, diese Regelungen unter den Krankenkassen einvernehmlich auszulegen, hatten bereits die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen eine Gemeinsame Verlautbarung zum Krankenkassenwahlrecht erstmalig am 16. Oktober 1995 gefasst und anschließend regelmäßig an die zwischenzeitlichen rechtlichen Veränderungen angepasst. Die zuletzt veröffentlichte Gemeinsame Verlautbarung trägt das Datum 30. Juni 2008.

Mit den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen übernimmt der GKV-Spitzenverband die Aufgabe, zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Umsetzung der Regelungen über das Krankenkassenwahlrecht den Krankenkassen die Auslegungshinweise an die Hand zu geben.

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

Inhaltsverzeichnis

1	Rechtsgrundlagen	6
2	Wählbare und zuständige Krankenkasse.....	14
2.1	Allgemein wählbare Krankenkassen	14
2.2	Sonderzuständigkeit bzw. Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse	15
3	Wahlrechte der einzelnen Personengruppen	16
3.1	Allgemeine Wahlrechte	16
3.2	Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter von Krankenkassen sowie deren Verbänden	17
4	Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts	17
4.1	Allgemeines	17
4.2	Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren.....	18
4.3	Sofortiges Krankenkassenwahlrecht	20
5	Wahlerklärung des Mitglieds	22
5.1	Allgemeines zur Wahlerklärung.....	22
5.2	Form der Wahlerklärung	22
5.3	Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung.....	23
5.3.1	Beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren.....	23
5.3.2	Bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht	23
5.4	Widerruf bzw. Rücknahme der Wahlerklärung	24
5.5	Grundsätze zur Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung	25
6	Ausstellung und Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen.....	26
6.1	Grundsätzliches zur Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen.....	26
6.2	Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle....	26
6.2.1	Bei Eintritt von Versicherungspflicht	26
6.2.2	Bei einem Krankenkassenwechsel	27
6.2.3	Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten	27
6.2.4	Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen bei Rentnern.....	27
6.3	Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse	28

6.4	Übermittlung der Mitgliedsbescheinigungen durch die gewählte Krankenkasse	28
6.5	Folgen der Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung	29
6.5.1	Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren	29
6.5.2	Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung 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 Abs. 3 Satz 2 SGB V	30
6.5.2.3	Zuordnung der nicht gemeldeten Versicherungspflichtigen	31
6.5.2.3.1	Letzte Krankenkasse vorhanden	31
6.5.2.3.2	Letzte Krankenkasse nicht vorhanden	31
7	Kündigung der Mitgliedschaft	32
7.1	Allgemeines zur Kündigung	32
7.2	Form der Kündigungserklärung	32
7.3	Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung	32
7.4	Widerruf bzw. Rücknahme der Kündigungserklärung	34
7.5	Ausstellung von Kündigungsbestätigungen	35
7.6	Wirksamwerden der Kündigung	35
8	Bindung an die Krankenkassenwahl	36
8.1	Arten der Bindungsfristen	36
8.2	18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)	36
8.3	Keine Einhaltung der allgemeinen Bindungsfrist erforderlich	38
8.3.1	Bei Beginn einer Familienversicherung	38
8.3.2	Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung	38
8.3.3	Bei Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft zwecks Austritts aus der gesetzlichen Krankenversicherung	39
8.3.4	Bei Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist	40
8.3.5	Bei Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse sowie bei betrieblichen Veränderungen	41

8.3.6	Bei Ausübung des Sonderkündigungsrechts wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.....	41
8.4	Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen	42
8.4.1	Allgemeines	42
8.4.2	Folgen der besonderen Bindungsfrist	42
8.4.3	Kündigung des Wahlтарifs in besonderen Härtefällen	44
9	Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen	44
9.1	Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.....	44
9.1.1	Allgemeines zum Sonderkündigungsrecht	44
9.1.2	Ausübung des Sonderkündigungsrechts	45
9.1.3	Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht.....	47
9.1.4	Umgang mit Kündigungen vor Inkrafttreten der Satzungsregelung zum Zusatzbeitrag	49
9.2	Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse	51
9.2.1	Allgemeines	51
9.2.2	Verfahren für Versicherungspflichtige.....	51
9.2.3	Verfahren für Mitglieder ohne eine zur Meldung verpflichtete Stelle	52
9.2.4	Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse	53
9.2.5	Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen.....	54
10	Vordrucke.....	54

1 Rechtsgrundlagen

§ 53 SGB V Wahltarife

(1) bis (7) ...

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. ...

(9) ...

§ 173 SGB V Allgemeine Wahlrechte

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

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

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

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt diese für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies

unberührt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

(2a) ...

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

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

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

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

(7) ...

§ 174 SGB V Besondere Wahlrechte

(1) (weggefallen)

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

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

(4) (weggefallen)

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

§ 175 SGB V
Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. 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.

(2a) Liegen der Aufsichtsbehörde Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig abgelehnt hat oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, hat sie diesen Anhaltspunkten unverzüglich nachzugehen und die Krankenkasse zur Behebung einer festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen zu verpflichten. Als rechtswidrig ist insbesondere eine Beratung durch die angegangene Krankenkasse anzusehen, die dazu führt, dass von der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 ganz abgesehen wird oder diese nur unter erschwerenden Bedingungen abgegeben werden kann. Die Verpflichtung der Krankenkasse nach Satz 1 ist mit der Androhung eines Zwangsgeldes von bis zu 50 000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu verbinden. Rechtsbehelfe gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde nach den Sätzen 1 und 3 haben keine aufschiebende Wirkung. Vorstandsmitglieder, die vorsätzlich oder fahrlässig nicht verhindern, dass die Krankenkasse entgegen Absatz 1 Satz 2 eine Mitgliedschaft rechtswidrig ablehnt oder die Abgabe der Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 verhindert oder erschwert, sind der Krankenkasse zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens als Gesamtschuldner verpflichtet. Die zuständige Aufsichtsbehörde hat nach Anhörung des Vorstandsmitglieds den Verwaltungsrat zu veranlassen, das Vorstandsmitglied in Anspruch zu nehmen, falls der Verwaltungsrat das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet hat.

(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, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt

ausgeübt worden sind. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

(4a) (weggefallen)

(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) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (9) ...

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

(11) ...

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

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

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 3

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz
zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer

1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,
2. nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist.

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

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

6. die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezugs von Unterhaltsgeld der landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder angehört haben,
7. die in § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, wenn sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert waren.

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

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

von der Versicherungspflicht befreit ist.

§ 20

Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

(2) ...

§ 21

Wahlrecht der Studenten und Praktikanten

(1) Die Mitgliedschaft bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse können wählen

1. eingeschriebene Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen,
2. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,

wenn sie zuletzt Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse waren oder für sie zuletzt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse eine Versicherung nach § 7 bestand.

(2) ...

§ 24

Ende der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet

1. bis 6. ...

7. mit dem Zeitpunkt, zu dem das Mitglied als Versicherungspflichtiger Mitglied einer anderen Krankenkasse wird,

8. mit Ablauf des Vortages, an dem ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird, bei Versicherungspflichtigen nach § 2 Abs. 1 Nr. 7; dies gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind.

(2) Für das Ende der Mitgliedschaft freiwilliger Mitglieder gilt § 191 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

2 Wählbare und zuständige Krankenkasse

2.1 Allgemein wählbare Krankenkassen

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

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

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen:

1. die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse,
3. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in einem Betrieb beschäftigt sind, für den eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse besteht,
4. eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
5. die Knappschaft,
6. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) bestanden hat,
7. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder der Lebenspartner versichert ist.

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

Zum 1. Januar 2008 ist die Sonderzuständigkeit für die in der Seeschifffahrt Beschäftigten weggefallen. Diese Personen haben seitdem das Recht, die Mitgliedschaft bei einer der in § 173 SGB V genannten Krankenkassen zu wählen. Davon ausgenommen sind Seeleute im Sinne von § 2 Abs. 3 SGB IV, die ausschließlich bei der Knappschaft krankenversichert werden (§ 28i Satz 4 SGB IV).

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

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

2.2 Sonderzuständigkeit bzw. Wählbarkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Die im Zuständigkeitsbereich der landwirtschaftlichen Krankenkasse Beschäftigten bzw. selbständig Tätigen (KVLG 1989) werden kraft Gesetzes bei dieser Krankenkasse versichert. Diese Personen haben kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse. Das hat zur Folge, dass eine vorrangige Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung durchzuführen ist, unabhängig von dem Bestehen einer 18-monatigen Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 8.2) aufgrund des ausgeübten Wahlrechts in der allgemeinen Krankenversicherung. Die landwirtschaftliche Krankenkasse unterrichtet den Versicherten über Beginn und Ende einer Pflichtversicherung bei ihr. Das Ausstellen einer Kündigungsbestätigung oder einer Mitgliedsbescheinigung auf der Grundlage des § 175 SGB V durch die landwirtschaftliche Krankenkasse kommt für Pflichtversicherte nicht in Betracht.

Darüber hinaus sind die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld sowie Arbeitslosengeld II bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu versichern, wenn sie dieser im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben (§ 3 Abs. 2 Nr. 6 KVLG 1989).

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

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

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

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

Für Personen, die aus der Pflichtversicherung nach dem KVLG 1989 bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse ausscheiden, ist neben dem Weiterversicherungsrecht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 9 SGB V die Weiterversicherung in der allgemeinen Krankenversicherung möglich (Urteil des Bundessozialgerichts [BSG] vom 12. Februar 1998 - B 10 KR 3/97 R -, USK 9813).

Für die bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse freiwillig Versicherten sowie für Personen, die von ihrem Wahlrecht im Sinne des § 21 Abs. 1 KVLG 1989 Gebrauch gemacht haben, finden die allgemeinen Regelungen des Krankenkassenwahlrechts entsprechende Anwendung. Das gilt auch für die Bestimmungen zum Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (vgl. Abschnitt 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 18-monatigen Bindungsfrist einen Wechsel zu einer Krankenkasse der allgemeinen Krankenversicherung vornehmen.

3 Wahlrechte der einzelnen Personengruppen

3.1 Allgemeine Wahlrechte

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

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

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

- behinderte Menschen im Rahmen des § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

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

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

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

3.2 Wahlrechte Beschäftigter und ehemaliger Beschäftigter von Krankenkassen sowie deren Verbänden

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

4 Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

4.1 Allgemeines

Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, die dabei einzuhaltenden Fristen, die zu erstellenden Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen und das erforderliche Meldever-

fahren werden in § 175 SGB V beschrieben. Hierbei sind die Grundsätze zur Ausübung des Krankenkassenwahlrechts für alle Versicherungspflichtigen (§ 5 SGB V) und alle Versicherungsberechtigten (§§ 9, 188 Abs. 4 SGB V) weitgehend identisch geregelt, so dass in den nachstehenden Erläuterungen auf die Benennung des betroffenen Personenkreises verzichtet wird, es sei denn, es gelten die personengruppenbezogenen speziellen Regelungen. Bezüglich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung vgl. Abschnitt 2.2.

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 (Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren, vgl. Abschnitt 4.2). Darüber hinaus ist die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts auch ohne Kündigung der Mitgliedschaft gegenüber der bislang zuständigen Krankenkasse möglich, sofern die hierfür im Gesetz genannten Voraussetzungen vorliegen (sofortiges Krankenkassenwahlrecht, vgl. Abschnitt 4.3).

4.2 Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren

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

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

Ausnahmen:

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

Ausnahmen:

- Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (mit Ausnahme des Krankengeld-Wahlтарifs)
- Schließung, Auflösung bzw. die Insolvenz der bisherigen Krankenkasse;
- Die Mitgliedschaft wurde bei der bisherigen Krankenkasse fristgerecht gekündigt.

- Die bisherige Krankenkasse stellt unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung, eine Kündigungsbestätigung aus.
- Die gewählte Krankenkasse stellt unverzüglich nach Vorlage der Kündigungsbestätigung eine Mitgliedsbescheinigung aus und
- die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse wird der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (wenn keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist) innerhalb der Kündigungsfrist vorgelegt.

Die vorgenannten Voraussetzungen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren gelten im Übrigen unabhängig davon, ob die Mitgliedschaft ununterbrochen besteht; auch in den Fallkonstellationen, in denen sich mehrere Mitgliedschaften ohne Unterbrechung nahtlos aneinanderreihen, sind die Voraussetzungen für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren zu erfüllen. Dabei spielt es keine Rolle, ob den unterschiedlichen Mitgliedschaften verschiedene statusrechtliche Einordnungen zugrunde liegen; so ist beispielsweise auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht während einer freiwilligen Mitgliedschaft ein Krankenkassenwechsel nur im Kündigungsverfahren möglich. Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts anlässlich einer beginnenden Mitgliedschaft ist in diesen Fällen nur dann möglich, wenn ein Unterbrechungstatbestand vorliegt (vgl. Abschnitt 4.3).

Beispiel 1:

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.12.2016. Der Arbeitgeber meldet ihn zum 31.03.2017 wegen Ende der Beschäftigung ab.

Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 01.04.2017. Der Arbeitnehmer wünscht die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 01.04.2017.

Ein Arbeitgeber-Wechsel ohne Unterbrechung der Mitgliedschaft löst kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus. Vor Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist (31.05.2018) kann die Krankenkasse nicht neu gewählt werden.

Tritt während der Kündigungsfrist eine Unterbrechung der Mitgliedschaft ein, besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht (vgl. Abschnitt 4.3). Die Grundlage für eine ggf. zuvor ausgestellte Kündigungsbestätigung entfällt dadurch. Die bisherige Krankenkasse hat in diesen Fällen eine Beratungspflicht, die über einen entsprechenden Hinweis in der Kündigungsbestätigung realisiert wird.

4.3 Sofortiges Krankenkassenwahlrecht

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht bedeutet, dass eine wahlberechtigte Person eine neue Krankenkasse ohne Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse wählen darf. Dieses Recht ergibt sich aus der Zusammenwirkung der Regelungen über die Beendigung der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger kraft Gesetzes (vgl. § 190 SGB V), der Regelungen über das Kündigungsverfahren nach § 175 SGB V und der Vorgaben einer BSG-Entscheidung vom 13. Juni 2007 - B 12 KR 19/06 R -, USK 2007-51.

Das BSG hat in dem vorgenannten Urteil entschieden, dass bei erneutem Eintritt von Versicherungspflicht nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft ein neues Wahlrecht besteht, wenn die letzte Mitgliedschaft kraft Gesetzes endete. Bei Wiedereintritt von Versicherungspflicht kann somit eine neue Krankenkasse ohne Vorlage einer Kündigungsbestätigung gewählt werden. Hierbei spielt es keine Rolle, ob bei der bislang zuständigen Krankenkasse die 18-monatige Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 8.2) bzw. die Mindestbindungsfristen für Wahltarife (vgl. Abschnitt 8.4) erfüllt sind.

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

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

Beispiel 1:

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.12.2016. Der Arbeitgeber meldet ihn zum 31.03.2017 wegen Ende der Beschäftigung ab. Vom 01.04.2017 bis zum 02.04.2017 besteht ein nachgehender Leistungsanspruch nach

§ 19 Abs. 2 SGB V.

Erneute Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ab dem 03.04.2017. Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 03.04.2017.

Der Krankenkassenwechsel zum 03.04.2017 ist im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts zulässig. Dem Arbeitgeber ist innerhalb von zwei Wochen eine Mitgliedsbescheinigung nach Anlage 1 vorzulegen. Die Krankenkasse B benötigt für die Begründung der Mitgliedschaft keine Kündigungsbestätigung der Krankenkasse A.

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

Eine Unterbrechung der Mitgliedschaft liegt ebenfalls nicht vor, wenn auf das Ende eines Versicherungspflichttatbestandes eine freiwillige Versicherung im Sinne des § 9 bzw. § 188 Abs. 4 SGB V folgt. Gleiches gilt, wenn eine freiwillige Mitgliedschaft wegen Eintritts einer Pflichtmitgliedschaft endet (§ 191 Nr. 2 SGB V). In diesen Fällen vollzieht sich ein Krankenkassenwechsel nur im Kündigungsverfahren bzw. die Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V wird immer bei der letzten Krankenkasse begründet.

Die sofortige Ausübung des Krankenkassenwahlrechts außerhalb des Kündigungsverfahrens ist demnach in folgenden Sachverhaltskonstellationen möglich:

- erstmaliger Eintritt der Versicherungspflicht bzw. der Versicherungsberechtigung für Personen, die zuvor überhaupt nicht in der GKV versichert waren
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft nach einer Unterbrechung der Versicherungspflicht für mindestens einen Tag
- Begründung einer Pflichtmitgliedschaft im Anschluss an eine Familienversicherung

- Begründung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V im Anschluss an eine Familienversicherung oder nach einer Unterbrechung der Versicherung in der GKV (z. B. durch ein Auslandsaufenthalt).

5 Wahlerklärung des Mitglieds

5.1 Allgemeines zur Wahlerklärung

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

§ 175 Abs. 1 Satz 3 SGB V regelt, dass die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bereits mit Vollendung des 15. Lebensjahres möglich ist, ohne dass es hierzu einer Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedarf. Dies schließt neben der Abgabe einer Wahlerklärung deren mögliche Korrektur (vgl. Abschnitt 5.4) mit ein. Die Altersgrenze entspricht derjenigen in § 36 Abs. 1 SGB I. Das Wahlrecht Minderjähriger gilt nicht nur im Rahmen der Versicherungspflicht für zur Berufsausbildung Beschäftigte, sondern auch für andere Versicherungspflichtige sowie für freiwillige Mitglieder.

Die Krankenkasse darf die Mitgliedschaft eines Wahlberechtigten nicht ablehnen. Darüber hinaus darf sie die Wahlerklärung nicht durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren.

5.2 Form der Wahlerklärung

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

5.3 Fristen für die Abgabe der Wahlerklärung

5.3.1 Beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren

Die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung im Rahmen eines Kündigungsverfahrens (vgl. Abschnitt 4.2) ergibt sich aus dem § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V. Danach muss die Wahlerklärung bis zum Ende der Kündigungsfrist gegenüber der gewählten Krankenkasse abgegeben werden. Darüber hinaus muss die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse innerhalb derselben Frist der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. der bisherigen Krankenkasse (wenn keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist) vorgelegt werden.

5.3.2 Bei sofortigem Krankenkassenwahlrecht

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vgl. Abschnitt 4.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus dem § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Danach kann die Ausübung des Wahlrechts durch den Versicherungspflichtigen nur bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht 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 Abs. 3 Satz 2 SGB V die Krankenkassenwahl durch das Mitglied nicht mehr wirksam ausgeübt werden kann. Eine zeitliche Ausdehnung des Wahlrechts bis zur die Wahl ersetzende Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle oder darüber hinaus ist rechtlich nicht zulässig.

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

Beim Vorliegen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungsberechtigung (vgl. Abschnitt 4.3) ergibt sich die Frist für die Abgabe einer Wahlerklärung aus § 9 Abs. 2 SGB V, da bei diesen Fallkonstellationen die Wahlerklärung zugunsten einer bestimmten Krankenkasse immer mit einer Beitrittserklärung zur GKV einhergeht. Die Frist beträgt somit jeweils drei Monate nach dem beitragsbegründenden Ereignis.

5.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Wahlerklärung

Die Wahlerklärungen der Versicherten sind einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärungen, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen sind. Auf sie finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung, solange die SGB-Vorschriften keine spezialgesetzlichen Regelungen treffen. Das Wirksamwerden der Wahlerklärungen richtet sich somit nach § 130 BGB, was grundsätzlich dazu führt, dass eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber abgegeben ist, in dem Zeitpunkt wirksam wird, in welchem sie ihm zugeht. Sie wird dann nicht wirksam, wenn dem anderen vorher oder gleichzeitig ein Widerruf zugeht. Im Interesse der Versicherten hat sich jedoch seit Jahren die Praxis etabliert, wonach die freie Krankenkassenwahl den Versicherten, die vom Wahlrecht des § 175 Abs. 4 SGB V Gebrauch machen (vgl. Abschnitt 4.2), bis zum Zeitpunkt der Rechtswirksamkeit der Kündigung zugestanden wird. Die Wahlerklärung kann dadurch in den Fällen des § 175 Abs. 4 SGB V noch bis zum Ende der Kündigungsfrist durch den Widerruf einer bzw. mehrerer Wahlerklärung(en) „korrigiert“ werden. Sollte nach einer Kündigung das Wahlrecht mehrfach ausgeübt worden sein und werden aufgrund dessen der zur Meldung verpflichteten Stelle mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorgelegt, gilt die Krankenkasse als gewählt, die der Versicherte der zur Meldung verpflichteten Stelle gegenüber benennt. Sofern das Mitglied nicht nur seine Wahlerklärung(en), sondern auch die Kündigung gegenüber der bisherigen Krankenkasse widerrufen möchte, gilt das in Abschnitt 7.4 beschriebene Verfahren.

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

Ein identisches Verfahren hat sich auch im Rahmen eines sofortigen Krankenkassenwahlrechts anlässlich des Eintritts einer Versicherungspflicht (vgl. Abschnitt 4.3) entwickelt. Sofern ein Versicherter mehreren Krankenkassen gegenüber erklärt, deren Mitglied werden zu wollen und aufgrund dessen der zur Meldung verpflichteten Stelle mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorliegen, meldet die zur Meldung verpflichtete Stelle den Betroffenen bei der Krankenkasse an, die ihm vom Versicherten benannt wird. Den Versicherten steht dieses Gestaltungsrecht bis zum Ablauf

von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht zu. Eine bzw. mehrere Wahlerklärung(en) können innerhalb dieser Frist widerrufen werden.

5.5 Grundsätze zur Datenerhebung im Rahmen der Wahlerklärung

Bundeseinheitliche Vordrucke zur Wahlerklärung nach § 175 SGB V sind weder gesetzlich noch untergesetzlich vorgesehen. Gleichwohl haben die Krankenkassen bei der freien Gestaltung der Formulare zur Datenerhebung bei Begründung einer Mitgliedschaft sicherzustellen, dass gesetzliche Vorgaben des Datenschutzes eingehalten werden und eine Risikoselektion bzw. der Anschein einer Risikoselektion durch die gewählte Krankenkasse vermieden wird. Zur Umsetzung dieser Anforderung dürfen Angaben, die den Tatbestand der Erforderlichkeit nach § 284 SGB V nicht erfüllen, generell nicht erhoben werden; hierzu gehören beispielsweise Fragen nach dem Gesundheitszustand eines potenziellen Mitglieds.

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

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

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

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

- Frage nach der Höhe des Arbeitsentgelts, allerdings nur in der Weise, ob das Jahresarbeitsentgelt die für das jeweilige Kalenderjahr maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.

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

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

6 Ausstellung und Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen

6.1 Grundsätzliches zur Ausstellung von Mitgliedsbescheinigungen

Die Krankenkassen haben nach § 175 Abs. 2 Satz 1 oder Satz 3 SGB V nach Ausübung des Krankenkassenwahlrechts oder nach Eintritt einer Versicherungspflicht die Mitgliedsbescheinigungen auszustellen. Diese sind unverzüglich auszustellen, um zu gewährleisten, dass der Krankenkassenwechsel nicht unnötig erschwert wird und die zur Meldung verpflichtete Stelle rechtzeitig Klarheit über die zuständige Krankenkasse erhält.

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

6.2 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle

6.2.1 Bei Eintritt von Versicherungspflicht

Die Krankenkasse hat bei Eintritt von Versicherungspflicht dem Mitglied unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Diese ist der zur Meldung verpflichteten Stelle (z. B. Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit) vom Mitglied unverzüglich vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, kommt es zu der unter Abschnitt 6.5.2 beschriebenen Verfahrensweise. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

6.2.2 Bei einem Krankenkassenwechsel

Der Krankenkassenwechsel eines versicherungspflichtigen oder eines versicherungsberechtigten Mitglieds wird nur dann wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist die Mitgliedsbescheinigung seiner neu gewählten Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle vorlegt (vgl. Abschnitt 4.2). Die Krankenkasse hat deshalb nach Ausübung des Wahlrechts dem neuen Mitglied unverzüglich nach Vorlage der Kündigungsbestätigung eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Diese ist der zur Meldung verpflichteten Stelle vom Mitglied unverzüglich - bis spätestens zum Ablauf der Kündigungsfrist - vorzulegen. Die Mitgliedsbescheinigung kann der zur Meldung verpflichteten Stelle auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

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

6.2.3 Zur Meldung verpflichtete Stelle von freiwillig Versicherten

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

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

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

6.2.4 Umgang mit Mitgliedsbescheinigungen bei Rentnern

Bei versicherungspflichtigen Rentnern wird von einer Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger abgesehen, da der Rentenversicherungsträger als zur Meldung verpflichtete Stelle bereits durch die nach § 201 Abs. 2 SGB V unverzüglich von der neu gewählten Krankenkasse abzugebende Meldung über den Wechsel der Krankenkasse informiert wird. Insofern ersetzt die Meldung nach § 201 Abs. 2 SGB V die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung beim Rentenversicherungsträger. Entsprechendes gilt für den Krankenkassenwechsel von Rentnantagstellern sowie von freiwillig versicherten Rentnern (vgl. das Gemeinsame Rundschreiben des

GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner in der jeweils gültigen Fassung unter Abschnitt A V 4.2).

6.3 Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse

Sofern für Mitglieder keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, wird ein Krankenkassenwechsel nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse vorlegt. Maßgebend für die Vorlage der Mitgliedsbescheinigung bei der bisherigen Krankenkasse ist das Versicherungsverhältnis bei der gewählten Krankenkasse. Diese Regelung kommt insbesondere bei freiwillig versicherten Selbständigen, Beamten, Hausfrauen/-männern, Schülern und ähnlichen Personen in Betracht. Die Mitgliedsbescheinigung kann der bisherigen Krankenkasse auch direkt von der gewählten Krankenkasse zugeleitet werden.

Beispiel 1:

Ein Selbständiger ist freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A (Bindungsfrist erfüllt). Fristgerechte Kündigung der Mitgliedschaft zum 28.02.2017. Wahl der Krankenkasse B zum 01.03.2017. Ab 01.03.2017 freiwilliges Mitglied der Krankenkasse B.

Der Krankenkasse A ist eine Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse B nach Anlage 3 bis zum 28.02.2017 vorzulegen.

Beispiel 2:

Ein Arbeitnehmer ist versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A (Bindungsfrist erfüllt). Beendigung der Beschäftigung und fristgerechte Kündigung der Mitgliedschaft zum 28.02.2017. Beginn der Selbstständigkeit und Wahl der Krankenkasse B zum 01.03.2017. Ab 01.03.2017 freiwilliges Mitglied der Krankenkasse B.

Der Krankenkasse A ist eine Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse B nach Anlage 3 bis zum 28.02.2017 vorzulegen.

6.4 Übermittlung der Mitgliedsbescheinigungen durch die gewählte Krankenkasse

Nach dem Wortlaut des Gesetzes obliegt die Verpflichtung einer rechtzeitigen Vorlage der Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der zur Meldung verpflichteten Stelle bzw. – soweit keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist – der bisherigen Krankenkasse als

Bedingung für eine rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts dem Mitglied selbst. Dies gilt sowohl beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht (§ 175 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V) als auch beim Krankenkassenwahlrecht im Kündigungsverfahren (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

Im Interesse der Versicherten hat sich jedoch seit Jahren die Praxis etabliert, wonach die neu gewählte Krankenkasse eine direkte Übermittlung der Mitgliedsbescheinigung an die zuständige Stelle übernehmen kann bzw. übernimmt (vgl. Abschnitte 6.2.1, 6.2.2 und 6.3).

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

6.5 Folgen der Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung

6.5.1 Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Kündigungsverfahren

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

Freiwillig Versicherte, die durch eine Kündigung ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung beenden wollen, müssen eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweisen (vgl. Abschnitt 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 Nichtvorlage der Mitgliedsbescheinigung bei Eintritt von Versicherungspflicht

6.5.2.1 Pflichten der zur Meldung verpflichteten Stelle

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

Die Krankenkasse, die eine Anmeldung im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V erhält, hat grundsätzlich eine Prüfung ihrer Zuständigkeit durchzuführen (vgl. Abschnitt 6.5.2.2).

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

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

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

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

dings nur, solange keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Meldung des Arbeitgebers im Hinblick auf die Krankenkassenzuständigkeit fehlerhaft ist.

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

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

Maßgeblich für die Zuordnung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer zu einer Krankenkasse sind die beiden letzten Ziffern der Betriebsnummer des Arbeitgebers, bei der der Arbeitnehmer beschäftigt ist bzw. war. Die Aufteilung der Betriebsnummern auf die Krankenkassen erfolgt auf der

Grundlage der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Stichtag 1. Juli veröffentlichten Mitgliederzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung für das folgende Kalenderjahr. Damit soll eine gleichmäßige Verteilung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer auf alle Krankenkassenarten erreicht werden.

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

7 Kündigung der Mitgliedschaft

7.1 Allgemeines zur Kündigung

Die Krankenkasse kann bei einem fortbestehenden Versicherungspflichttatbestand/ Versicherungsgrund oder einer freiwilligen Versicherung nur gewechselt werden, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde. Gleiches gilt auch in Fällen, in denen sich ein neuer Versicherungspflichttatbestand/ Versicherungsgrund unmittelbar an den vorherigen anschließt oder ein Wechsel von einer versicherungspflichtigen zu einer freiwilligen Mitgliedschaft (oder umgekehrt) stattfindet (vgl. Abschnitt 4.2).

Die abgewählte Krankenkasse hat dem Versicherten unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung bei der Krankenkasse, eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die neu gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft im Rahmen des Kündigungsverfahrens ausnahmslos erst nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse begründen (vgl. BSG, Urteil vom 9. November 2011- B 12 KR 3/10 R -, USK 2011-161). Nur dann, wenn ein sofortiges Wahlrecht besteht, darf eine Mitgliedschaft ohne Kündigungsbestätigung der vorherigen Krankenkasse begründet werden (vgl. Abschnitt 4.3).

7.2 Form der Kündigungserklärung

Die Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige und rechtsgestaltende Willenserklärung, die dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist und auf die §§ 104 ff. BGB entsprechend anzuwenden sind. Eine besondere Form ist für sie nicht vorgesehen. Bereits aus Gründen der Rechtssicherheit werden Versicherte den Kündigungswillen grundsätzlich schriftlich erklären.

7.3 Fristen für die Abgabe der Kündigungserklärung

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

klärt. Auf die Kündigung finden die Regelungen des BGB zur Willenserklärung entsprechende Anwendung. Das Wirksamwerden der Kündigungserklärungen richtet sich somit nach § 130 BGB, was dazu führt, dass eine Willenserklärung, die einem anderen gegenüber abzugeben ist, in dem Zeitpunkt wirksam wird, in welchem sie ihm zugeht. Die Kündigung muss der bisherigen Krankenkasse demnach spätestens am letzten Tag eines Monats vorliegen, wenn sie Rechtswirksamkeit zum Ablauf des übernächsten Monats erlangen soll. Entscheidend dabei ist der tatsächliche Eingang der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.

Beispiel 1:

Mitglied seit dem 13.03.2016.

Eingang der Kündigung am 13.07.2017 zum nächstmöglichen Termin.

Es gilt die 18-monatige Bindungsfrist, die mit Ablauf des 12.09.2017 erfüllt ist.

Die Mitgliedschaft endet am 30.09.2017, da eine Kündigung nur zum Ablauf eines Monats erfolgen kann. Die Krankenkasse hat spätestens bis zum 27.07.2017 dem bisherigen Mitglied eine Kündigungsbestätigung auszustellen.

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

Beispiel 2:

Versicherungspflichtiges Mitglied seit dem 18.02.2016.

Eingang der Kündigung der Mitgliedschaft am 03.05.2017 zum 31.07.2017.

Die Kündigung der Mitgliedschaft zum 31.07.2017 ist nicht möglich.

Die maßgebende Bindungsfrist von 18 Monaten (18.02.2016 bis 17.08.2017) ist noch nicht erfüllt.

Die Krankenkasse informiert das Mitglied über diesen Tatbestand und hat die Kündigung auf den 31.08.2017 umzudeuten.

Beispiel 3:

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zum 01.01.2017.
Versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.01.2017.
Arbeitgeberwechsel zum 01.02.2018. Weiterhin versicherungspflichtig beschäftigt.
Der Arbeitnehmer wählt die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse B zum 01.02.2018.

Zum 01.02.2018 besteht kein neues Wahlrecht.

Vor Ablauf der maßgebenden 18-monatigen Bindungsfrist (30.06.2018) kann eine Krankenkasse nicht neu gewählt werden.

Sofern die Mitgliedschaft zum 31.01.2018 gekündigt wird, ist die Kündigung von der Krankenkasse A auf den nächstmöglichen Termin, in diesem Fall auf den 30.06.2018, umzudeuten.

7.4 Widerruf bzw. Rücknahme der Kündigungserklärung

Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Mitglieder, die während der Kündigungsfrist keine neue Krankenkasse wählen, müssen ihre Kündigung nicht widerrufen, da sich die Mitgliedschaft bei ihrer bisherigen Krankenkasse automatisch fortsetzt (vgl. Abschnitt 7.6).

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

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

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

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

7.5 Ausstellung von Kündigungsbestätigungen

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

7.6 Wirksamwerden der Kündigung

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

Kündigt ein freiwillig versicherter Arbeitnehmer seine Mitgliedschaft zugunsten eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes (z. B. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen), tritt an die Stelle der Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse der Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V).

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

Sofern für Mitglieder keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, wird ein Krankenkassenwechsel nur dann wirksam, wenn das Mitglied seiner bisherigen Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse bzw. einen Nachweis über das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorlegt (vgl. Abschnitt 6.3).

8 Bindung an die Krankenkassenwahl

8.1 Arten der Bindungsfristen

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

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

8.2 18-monatige Bindungsfrist (Allgemeine Bindungsfrist)

Die in § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgesehene Mindestbindung von 18 Monaten an die Wahl der Krankenkasse wirkt sich beim Krankenkassenwechsel im Kündigungsverfahren und beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht unterschiedlich aus. Im Falle des Kündigungsverfahrens wird die Bindungsfrist nur durch den tatsächlichen Wechsel der Krankenkasse ausgelöst. Beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht knüpft die Mindestbindung an die getroffene Wahl hingegen alleine an das grundsätzlich entstandene sofortige Krankenkassenwahlrecht an, ohne dass ein Wechsel der Krankenkasse damit zwingend einhergehen muss (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 11/98 R -, USK 9834). Da nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft eine sich anschließende Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung ein sofortiges Wahlrecht – ohne Rücksicht auf die bisherige Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist – begründen (vgl. Abschnitt 4.3), beginnt die erneute 18-monatige Bindungsfrist auch dann, wenn der Versicherte erneut Mitglied der bisherigen Krankenkasse wird. Die 18-monatige Bindungsfrist wird auch in den Fällen ausgelöst, in denen die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V bei derselben Krankenkasse im Anschluss an eine Familienversicherung durchgeführt wird.

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

- den Versicherten selbst oder
- eine wahlersetzende Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle, wenn das Mitglied von seinem zu Beginn der Versicherungspflicht unter bestimmten Voraussetzungen bestehenden sofortigen Wahlrecht keinen Gebrauch macht (BSG-Urteil vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 11/98 R -, USK 9834),

ausgelöst.

Eine Bindungsfrist wird dagegen nicht ausgelöst durch die Veränderungen in dem versicherungsrechtlichen Status, die kein sofortiges Wahlrecht begründen, sofern keine gleichzeitige Ausübung des Wahlrechts im Kündigungsverfahren vorgenommen wird. Hierzu zählen:

- Wechsel des Versicherungspflichttatbestandes bzw. des Versicherungsgrundes
- Eintritt der Versicherungspflicht während einer freiwilligen Mitgliedschaft
- Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft im Anschluss an eine Pflichtversicherung.

Durch den Widerruf einer Kündigung (vgl. Abschnitt 7.4) wird ebenfalls keine neue Bindungsfrist ausgelöst.

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

Die allgemeine Bindungsfrist endet mit Ablauf von 18 Monaten oder bei der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes, sofern sich keine neue Mitgliedschaft nahtlos anschließt.

Ist bei Beginn einer Mitgliedschaft im unmittelbaren Anschluss an eine vorhergegangene Mitgliedschaft die Bindungsfrist noch nicht erfüllt, kann der Versicherte grundsätzlich frühestens zum Ablauf der Bindungsfrist die Mitgliedschaft kündigen und von seinem Krankenkassenwahlrecht Gebrauch machen.

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 - ggf. bei einer anderen Krankenkasse - familienversichern, obwohl er zum Zeitpunkt des Endes der Mitgliedschaft kraft Gesetzes seit der Ausübung des Wahlrechts noch keine 18 Monate bei seiner bisherigen Krankenkasse Mitglied gewesen ist.

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

Beispiel 1:

Freiwilliges Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.01.2017. Ab dem 01.07.2017 besteht ein Anspruch aus der Familienversicherung ebenfalls bei der Krankenkasse A. Die Versicherte kündigt deshalb die freiwillige Versicherung am 26.06.2017.

Die Mitgliedschaft endet zum 31.08.2017.

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

Ein neuer Versicherungspflichttatbestand oder eine Versicherungsberechtigung nach Beendigung einer Familienversicherung hat ein neues Krankenkassenwahlrecht zur Folge, mit dessen Ausübung eine erneute 18-monatige Bindungsfrist auch dann einhergeht, wenn der Versicherte das Mitglied der Krankenkasse wird, bei der die Familienversicherung bestand.

8.3.2 Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Falle einer obligatorischen Anschlussversicherung

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

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

Die Austrittsoption bezieht sich auf solche Sachverhalte, bei denen eine Absicherung außerhalb der GKV begründet wird. Typischerweise dürfte es sich bei solchen Fällen um eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen handeln, wobei auch andere Formen der Absicherung denkbar sind (z. B. Heilfürsorge). Im Falle einer rechtzeitigen Austrittserklärung im Sinne des § 188 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V endet daher die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wegfall der vorangegangenen Versicherungspflicht, unabhängig davon, ob die allgemeine Mindestbindung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V (vgl. Abschnitt 8.2) oder die Mindestbindung nach § 53 Abs. 8 SGB V bei Teilnahme an einem Wahltarif (vgl. 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 Nr. 3 SGB V umzudeuten, die wegen der Verweisung auf § 175 Abs. 4 SGB V allen dort genannten Anforderungen unterliegt. Das bedeutet insbesondere, dass die Kündigungsfrist zu berücksichtigen ist. Bei Inanspruchnahme eines Wahltarifs ist die maßgebende Mindestbindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V zu beachten (vgl. Abschnitt 8.4).

Weitere Erläuterungen hierzu ergeben sich aus den Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V in der jeweils aktuellen 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 Abs. 4 Satz 8 SGB V). Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht z. B. für Personen, die

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

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

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

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

8.3.4 Bei Verzicht auf die Einhaltung der 18-monatigen Bindungsfrist

Die Krankenkassen können gemäß § 175 Abs. 4 Satz 9 SGB V in ihren Satzungen vorsehen, dass die 18-monatige Bindungsfrist nicht eingehalten werden muss, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

Die Regelung soll u. a. den Besonderheiten von Krankenkassen mit regional begrenztem Kassenbezirk Rechnung tragen. Andernfalls müssten die Mitglieder dieser Krankenkassen, wenn sie ein Beschäftigungsverhältnis außerhalb des Bezirks ihrer Krankenkasse begründen oder ihren Woh-

nort dorthin verlegen, bis zur Erfüllung der Bindungsfrist bei dieser Krankenkasse versichert bleiben, auch wenn diese am neuen Wohn- oder Beschäftigungsort keine Geschäftsstelle unterhält. Auf Grund dieser Regelung können die Krankenkassen ihren Mitgliedern durch eine entsprechende Satzungsregelung den Wechsel zu einer Krankenkasse der gleichen Kassenart ohne Erfüllung der Bindungsfrist ermöglichen. Unabhängig davon ist die Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V einzuhalten. Ferner hat die Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Ein solcher Krankenkassenwechsel löst eine neue Bindungsfrist aus.

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

§ 175 Abs. 5 SGB V ermöglicht abweichend von Absatz 4 für die zu diesem Zeitpunkt im Trägerbetrieb einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Beschäftigten einen kurzfristigen Wechsel zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse (Urteil des BSG vom 8. Oktober 1998 - B 12 KR 3/98 R -, USK 9840). Diese Regelung greift aber nur, wenn der Beschäftigte innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung die neu errichtete oder ausgedehnte Betriebs- oder Innungskrankenkasse selbst wählt. In diesen Fällen ist innerhalb der zweiwöchigen Beitrittsfrist zur Betriebs- oder Innungskrankenkasse eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse zu erklären. Das kurzfristige Wahlrecht gilt nicht für andere - betriebsfremde - Arbeitnehmer, einschließlich der Ehegatten der in den betroffenen Betrieben Beschäftigten. Sofern sich eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse auch für betriebsfremde Personen öffnet, besteht für (betriebsfremde) Arbeitnehmer kein Anspruch auf einen kurzfristigen Krankenkassenwechsel. Sie dürfen von einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse nicht aufgenommen werden. Betriebsfremde Arbeitnehmer können somit frühestens unter Berücksichtigung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V und nach Erfüllung der 18-monatigen Bindungsfrist zu dieser Betriebs- oder Innungskrankenkasse wechseln (Urteil des BSG 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 18-monatigen Bindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt (vgl. Abschnitt 9.1).

8.4 Besondere Bindungsfrist bei Inanspruchnahme von Wahlтарifen

8.4.1 Allgemeines

Nach § 53 SGB V haben die Krankenkassen ihren Versicherten Wahlтарife anzubieten. Bei Inanspruchnahme eines Wahlтарifs ist das Mitglied nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V für die Dauer von einem Jahr (Wahlтарife nach den Absätzen 2, 4 und 5) oder drei Jahre (Wahlтарife nach den Absätzen 1 und 6) an die Krankenkasse gebunden („besondere“ Bindungsfrist). Der Wahlтарif nach Absatz 3 löst ausnahmsweise keine Bindungsfrist aus. Die besondere Bindungsfrist muss nicht zwingend parallel zu der allgemeinen 18-monatigen Bindungsfrist verlaufen (vgl. Abschnitt 8.2). Wird innerhalb einer Bindungsfrist nach § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V ein weiterer Wahlтарif in Anspruch genommen, beginnt mit dem Eintritt in den weiteren Wahlтарif eine erneute besondere Bindungsfrist.

8.4.2 Folgen der besonderen Bindungsfrist

Bei der ordentlichen Kündigung der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse ist neben der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten die jeweilige Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahlтарifs einzuhalten. Daher können Mitglieder während der Bindungsfrist an den Wahlтарif ihre Krankenkasse grundsätzlich nicht wechseln. Jedoch steht das Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes auch den Mitgliedern mit einem Wahlтарif grundsätzlich zu. Hierbei bleiben die Mitglieder mit einem Wahlтарif nach § 53 Abs. 6 SGB V (Krankengeld) ausnahmsweise von dem Sonderkündigungsrecht ausgenommen (vgl. Abschnitt 9.1).

Die besondere Bindungsfrist berechnet sich von dem Zeitpunkt, an dem der Wahlтарif beginnt. Sie kann nicht um Mitgliedschaftszeiten, die vor dem Eintritt in einen Wahlтарif im Rahmen der allgemeinen Bindungsfrist bereits zurückgelegt wurden, gekürzt werden.

Beispiel 1:

Ein hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger ist Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.02.2013.

→ Allgemeine Bindungsfrist vom 01.02.2013 bis 31.07.2014

Ab 01.05.2014 Beginn eines Wahlтарifs nach § 53 Abs. 6 SGB V bei der Krankenkasse A.

→ Besondere Bindungsfrist vom 01.05.2014 bis 30.04.2017

Die Bindungsfrist an die Krankenkasse A endet am 30.04.2017. Die Krankenkasse kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist frühestens zum 30.04.2017 gewechselt werden.

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

Endet dagegen die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse während der Teilnahme an einem Wahltarif kraft Gesetzes, verhindert die noch nicht erfüllte Mindestbindung des Versicherten an einen Wahltarif weder das Zustandekommen einer Familienversicherung noch eine angestrebte Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV. Die Regelung der Mindestbindung des Versicherten an einen Wahltarif gemäß § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V erfasst nach ihrem Wortlaut nur die Fallkonstellationen einer möglichen Kündigung der Mitgliedschaft und gilt dagegen nicht bei der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Sollte nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft erneut ein Tatbestand der Versicherungspflicht (oder der Versicherungsberechtigung) eintreten, lebt die eventuell noch nicht abgelaufene Mindestbindungsfrist für die Wahltarife nicht wieder auf, sodass dem Versicherten ein sofortiges Wahlrecht zusteht (vgl. Abschnitt 4.3).

Beispiel 2:

Mitglied der Krankenkasse A seit dem 01.03.2016.

Beginn eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 1 SGB V zum 01.05.2016.

Vom 01.01.2017 bis 30.09.2017 besteht eine Familienversicherung bei Krankenkasse B.

Erneute Versicherungspflicht ab dem 01.10.2017.

Zum 01.10.2017 besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

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

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

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 Abs. 8 Satz 3 SGB V aus einem Wahltarif vor Ablauf der Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs aus, kann die Mitgliedschaft anschließend unter Einhaltung der Kündigungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V gekündigt werden.

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

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

9 Ausübung des Wahlrechts in besonderen Fallkonstellationen

9.1 Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. 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.

In den Fällen des Sonderkündigungsrechts kann die Mitgliedschaft ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 18-monatigen Bindungsfrist (vgl. Abschnitt 8.2) gekündigt werden. Nach ausdrücklicher Bestimmung des § 53 Abs. 8 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V gilt das Sonderkündigungsrecht auch für Mitglieder, die einen Wahltarif in Anspruch nehmen (vgl. Abschnitt 8.4), so dass auch die besonderen Bindungsfristen bei Inanspruchnahme von Wahltarifen dem Sonderkündigungsrecht nicht entgegenstehen. Ausgenommen hiervon sind Mitglieder mit einem Wahlta-

rif nach § 53 Abs. 6 SGB V (Krankengeld); diesen Personen wird ein Sonderkündigungsrecht nicht eingeräumt.

Nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V kann das Sonderkündigungsrecht „abweichend von Satz 1“ ausgeübt werden. Das heißt aber nicht, dass nur in den Fällen, in denen die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, das Sonderkündigungsrecht ausgeübt werden kann. Das Sonderkündigungsrecht besteht lediglich ohne Beachtung der 18-monatigen Bindungsfrist. Damit verfügen Mitglieder auch nach Ablauf der 18-monatigen Bindungsfrist über das Sonderkündigungsrecht einschließlich der sich aus dem § 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V ergebenden Schutzmechanismen in den Fällen des verspäteten Hinweises der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 9.1.3).

Bei der Kündigung nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V braucht der Versicherte sich nicht ausdrücklich auf das in dieser Vorschrift normierte Sonderkündigungsrecht beziehen; die Kündigung muss nicht ausdrücklich als „Sonderkündigung“ bezeichnet sein. Die Grundsätze des § 140 BGB zur Umdeutung der Willenserklärung gelten entsprechend.

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

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 bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitrages finanzielle Belastungen entstehen und ob es diese selbst zu tragen hat.

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

Für Personen, die zu dem Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrages oder der Erhöhung eines bereits erhobenen Zusatzbeitragssatzes aufgrund der Beitragsfreiheit von der Entrichtung eines Zusatzbeitrages freigestellt sind (z. B. bestimmte Rentenantragsteller), gelten keine abweichenden Fristen für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts. Sie können daher ihre Kündigung - vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 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 bzw. der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes.

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

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

Die Kündigung muss - vorbehaltlich einer rechtzeitig nachgekommenen Hinweispflicht der Krankenkasse (vgl. Abschnitt 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 Abs. 4 Satz 2 SGB V mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats.

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

Das Sonderkündigungsrecht hebt die Bindungswirkung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V auf, löst aber gleichzeitig bei der neu gewählten Krankenkasse eine neue Bindungswirkung aus. Wird das Sonderkündigungsrecht hingegen nicht genutzt, ist dies nicht mit einer passiven Ausübung des Wahlrechts gleichzusetzen. Es beginnt dann nicht erneut eine 18-monatige Bindungsfrist. Der Versicherte kann dann zu einem späteren Zeitpunkt die Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 175 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V kündigen.

9.1.3 Hinweispflicht der Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Sonderkündigungsrecht

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

Beispiel 1:

Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2017
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.12.2016
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	31.01.2017
Eingang der Kündigung am	05.01.2017
Die Mitgliedschaft endet am	31.03.2017
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.03.2017

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

Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht gegenüber einem Mitglied nicht fristgerecht nach, gilt nach § 175 Abs. 4 Satz 7 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 5 der Vorschrift genannten Frist wird damit fingiert. Mit der Fiktion wird die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts hinausgeschoben, nicht aber der Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels. Die Regelung verfolgt die Zielsetzung, auch in diesen Fällen die mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen einhergehende Belastung der Mitglieder zeitlich zu begrenzen.

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

Beispiel 2:

Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2017
Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am	31.12.2016
Verspäteter Hinweis der Krankenkasse am	16.01.2017
Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis	16.02.2017
Eingang der Kündigung am	06.02.2017

Die Mitgliedschaft endet am 31.03.2017
Die Fiktionsregelung nach § 175 Abs. 4 Satz 7 erster Halbsatz SGB V, die für alle im Zeitraum vom 01.02. bis zum 16.02.2017 eingegangenen Kündigungserklärungen maßgeblich ist, erklärt die Kündigung als im Monat Januar 2017 ausgeübt.

Mit der Regelung des § 175 Abs. 4 Satz 7 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 2017 als auch bereits bis zum 31. Dezember 2016 ausgesprochenen Kündigungen betroffen. Für die im Januar erfolgten Kündigungen läuft die Regelung allerdings ins Leere, da diese ohnehin zum 31. März 2017 wirksam werden. Für die bis zum 31. Dezember 2016 rechtswirksam ausgesprochenen Kündigungen bewirkt § 175 Abs. 4 Satz 7 zweiter Halbsatz SGB V, dass sie bereits zum 28. Februar 2017 wirksam werden. Unter welchen Bedingungen die vor Inkrafttreten der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. der Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ausgesprochenen Kündigungen ihre Wirksamkeit entfalten, wird unter Abschnitt 9.1.4 erläutert.

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 bzw. 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 18-monatigen Bindungsfrist sowie der Mindestbindungsfrist für Wahltarife (vgl. § 53 Abs. 1, 2, 4 und 5 SGB V) zu. Die in diesem Zeitraum ausgesprochenen Kündigungen werden daher zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

Beispiel 1:

18-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2017
Eingang der Kündigung am	15.12.2016
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2017
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	10.12.2016
Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2017
Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2017
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	28.02.2017

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

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

Beispiel 2:

18-monatige Bindungsfrist erfüllt am	30.06.2017
Eingang der Kündigung am	15.12.2016
Gewünschtes Ende der Mitgliedschaft am	28.02.2017
Öffentliche Bekanntmachung der Satzungsänderung am	20.12.2016
Erhöhung eines Zusatzbeitragssatzes ab	01.01.2017
Umdeutung der Kündigung auf	20.12.2016
Die Mitgliedschaft endet am	28.02.2017
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	28.02.2017

9.2 Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse

9.2.1 Allgemeines

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

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl I S. 2983) wurde mit Wirkung vom 1. Januar 2012 eine Sonderregelung für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse eingeführt (vgl. § 175 Abs. 3a SGB V). Damit wird die Zielsetzung verfolgt, dass der Mitgliederübergang von der abzuwickelnden Krankenkasse zu einer neuen Krankenkasse bereits zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung bzw. der Eröffnung des Insolvenzverfahrens weitgehend vollzogen ist.

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

9.2.2 Verfahren für Versicherungspflichtige

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

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

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

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 bzw. der Stellung des Insolvenzantrags auszuüben und innerhalb dieser Frist eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse bei der abzuwickelnden Krankenkasse vorzulegen. In der Gesetzesbegründung (vgl. Bundestagsdrucksache 17/8005, Seite 162) wird davon ausgegangen, dass alle freiwilligen Mitglieder und Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V keine zur Meldung verpflichtete Stelle haben. Dagegen hat sich in der Sozialversicherung seit Jahren eine Auffassung etabliert, dass für bestimmte Gruppen der freiwilligen Mitglieder (insbesondere für Arbeitnehmer, Rentner und Studenten) gleichwohl die zur Meldung verpflichteten Stellen im Sinne des § 175 SGB V existieren (vgl. Abschnitt 6.2.3); Vergleichbares gilt auch für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherungspflichtigen.

Da sich die Regelungen des § 175 Abs. 3a Sätze 1 bis 3 SGB V, die eine Wahlfrist von sechs Wochen und eine die Wahl ersetzende Anmeldung vorsehen, ausdrücklich auf Versicherungspflichtige beziehen, hat dies im Umkehrschluss zur Folge, dass für alle Gruppen freiwilliger Mitglieder § 175 Abs. 3a Satz 6 SGB V (und somit eine dreimonatige Frist für die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts) zur Anwendung kommt. Üben freiwillige Mitglieder ihr Wahlrecht nicht rechtzeitig aus, kommt weder eine Wahlausübung durch die von der Schließung/Insolvenz betroffene Krankenkasse noch eine wahlersetzende Anmeldung durch die ggf. vorhandene zur Meldung verpflichtete Stelle in Frage. Sofern bei diesen Fallkonstellationen dem Grunde nach Versicherungs-

pflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht (vgl. die in § 6 Abs. 3 SGB V geregelten Ausschlussstatbestände), müssen solche Personen sich an die Krankenkasse wenden, bei der sie zuletzt vor der geschlossenen bzw. insolventen Krankenkasse gesetzlich versichert waren. Die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse kann jedoch erst dann realisiert werden, wenn sie unter Mitwirkung der betroffenen Person von der Krankenkasse festgestellt wird. Zu einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V kommt es nicht, da keine Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet.

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

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 Gesetzssystematik mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung der Krankenkasse.

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

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

9.2.5 Informationspflichten der beteiligten Krankenkassen

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

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

10 Vordrucke

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

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

Dagegen bedarf es zur Organisation des Verfahrens des Krankenkassenwechsels auf der Seite der Krankenkassen einer einheitlichen Gestaltung der gesetzlich vorgesehenen Mitgliedsbescheini-

gungen und Kündigungsbestätigungen. Daher legt der GKV-Spitzenverband in Erfüllung seiner Verpflichtung nach § 175 Abs. 6 SGB V folgende Vordrucke fest:

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

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

Als Identifikationsmerkmal ist in den Vordrucken stets eine einheitliche Krankenversicherungsnummer zu verwenden.

Zur Verfahrenssicherheit sind Mitgliedsbescheinigungen stets auszustellen, also auch in den Sonderfällen, in denen das Wahlrecht vom Arbeitgeber wahrgenommen wird oder in denen im Nachhinein von einem Sozialversicherungsträger Feststellungen über die rückwirkende Anmeldung zur Versicherung getroffen werden, denn die Mitgliedsbescheinigungen gehören nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zu den Entgeltunterlagen.

Anlagen

- Anlage 1 Muster der Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle
- Anlage 2 Muster der Kündigungsbestätigung
- Anlage 3 Muster der Mitgliedsbescheinigung zur Vorlage bei der bisherigen Krankenkasse

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

Datum: TT.MM.JJJJ

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

Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V

Frau/Herr
<Vorname> <Nachname>,

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

ist ab/seit dem Mitglied der < Name der gewählten Krankenkasse >.

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

Mit freundlichen Grüßen

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

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

Datum: TT.MM.JJJJ

Frau/Herr
<Vorname> <Nachname>
<Straße> <Hausnummer>
<PLZ> <Ort>

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

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

Sehr geehrte(r) Frau/Herr <Nachname>,

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

Zuletzt bestand eine

- Pflichtmitgliedschaft
 freiwillige Mitgliedschaft.

Sollten Sie im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Mitgliedschaft bei unserer Krankenkasse die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse wählen, ist der gewählten Krankenkasse innerhalb der Kündigungsfrist diese Kündigungsbestätigung vorzulegen.

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

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

Datum: TT.MM.JJJJ

Anschrift des Mitglieds/der Vorkasse

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

Frau/Herr

<Vorname> <Nachname>,

geboren am TT.MM.JJJJ,¹

Krankenversicherungsnummer (KVNR):

ist ab dem Mitglied der < Name der gewählten Krankenkasse >.

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

Mit freundlichen Grüßen

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

Top 2

Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung;

hier: Auswirkungen des Urteils des Bundessozialgerichts vom 27. April 2016

– B 12 KR 24/14 R –, USK 2016-30

Sachverhalt:

Nach § 8 Abs. 1 SGB V wird auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung befreit, wer durch einen der unter den Nummern 1 bis 7 genannten Tatbestände versicherungspflichtig wird. Der Antrag ist nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung hat zur Folge, dass auch keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. Das Recht der Krankenversicherung der Landwirte sieht in den §§ 4 und 5 KVLG 1989 für bestimmte Personen, die versicherungspflichtig nach § 2 KVLG 1989 werden, ebenfalls eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag innerhalb einer bestimmten Frist vor.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 27. April 2016 – B 12 KR 24/14 R –, USK 2016-30, in einem Fall, bei dem der Kläger unmittelbar vor Eintritt der Versicherungspflicht wegen des Bezuges einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V aufgrund einer Beschäftigung vorrangig versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V war, ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V nach Wegfall der Vorrangversicherungspflicht verneint; dies vor dem Hintergrund, dass unmittelbar vor der Versicherungspflicht aufgrund des Rentenbezuges bereits eine Versicherungspflicht aufgrund eines anderen Tatbestandes bestand und der Kläger daher nicht versicherungspflichtig im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB V geworden ist. Der Senat begründet seine Entscheidung mit der Systematik des § 8 Abs. 1 SGB V sowie mit der Entstehungsgeschichte des § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und dem darin zum Ausdruck kommenden Sinn und Zweck der Regelung.

Bislang wird ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V aufgrund eines Antrages auf Rente oder des Bezuges einer Rente auch dann eingeräumt, wenn dem Befreiungstatbestand eine Versicherungspflicht aus einem anderen Grund, üblicherweise als Vorrangversicherungspflicht, unmittelbar vorausgeht (vgl. Gemeinsames

Rundschreiben „Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner zum 1. Januar 2015“ vom 2. Dezember 2014, Abschnitt A III 1). Entsprechende Aussagen enthalten das Gemeinsame Rundschreiben „Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen“ vom 3. Dezember 2002 im Abschnitt A I 1.3.1 für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtigen Teilnehmer an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben und das Gemeinsame Rundschreiben „Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und der Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs“ vom 21. März 2006 im Abschnitt 4.2 für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V versicherungspflichtigen Personen.

Klärungsbedürftig ist, welche Auswirkungen das vorgenannte Urteil des BSG auf die Voraussetzungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und auf weitere betroffene Befreiungstatbestände hat.

Ergebnis:

Der Entscheidung des BSG wird in dem Sinne gefolgt, dass ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V nur dann besteht, wenn nicht unmittelbar vor Eintritt des Befreiungstatbestandes bereits Versicherungspflicht aus einem anderen Grund bestand. Dabei ist es unerheblich, ob sich die Versicherungspflichttatbestände unmittelbar aneinander anschließen oder es sich bei der vorausgehenden Versicherungspflicht um eine zunächst bestehende Vorrangversicherungspflicht handelt. Eine dem Befreiungstatbestand nicht unmittelbar davor, sondern zu irgendeinem Zeitpunkt vorausgehende Versicherungspflicht verhindert hingegen das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nicht.

Die vom BSG vertretene Rechtsauffassung in Bezug auf das Befreiungsrecht für Rentenantragsteller und Rentenbezieher nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ist gleichermaßen auf die anderen Befreiungstatbestände, bei denen ebenfalls unmittelbar vorher eine andere Versicherungspflicht vorliegen kann, anzuwenden. Hierbei handelt es sich um die Befreiung von der Versicherungspflicht als Teilnehmer an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (ebenso § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V), aufgrund der Einschreibung als Student oder einer berufspraktischen Tätigkeit (§ 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) sowie aufgrund der Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen (§ 8 Abs. 1 Nr. 7 SGB V). Die insofern weiterentwickelte Rechtsauffassung ist ebenso auf die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 4 KVLG 1989 anzuwenden. Auswirkungen auf die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 5 KVLG 1989

ergeben sich hingegen nicht, da in diesem Fall eine freiwillige Versicherung (mit Anspruch auf Krankengeld) bei einer anderen Krankenkasse vorausgesetzt wird.

Unter die Versicherungspflicht, die, wenn sie dem Befreiungstatbestand unmittelbar vorausgeht, eine Befreiung nicht zulässt, fallen neben den Versicherungspflichttatbeständen im engeren Sinne nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 13 SGB V auch die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V sowie die fortbestehenden Mitgliedschaften nach §§ 192 und 193 SGB V. Entsprechendes gilt für die Versicherungspflicht nach § 2 KVLG 1989, die Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 23 Abs. 1 KVLG 1989 und die fortbestehenden Mitgliedschaften nach § 25 KVLG 1989.

Eine vor dem Befreiungstatbestand bestandene Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) verhindert hingegen nicht ein Befreiungsrecht. Für eine anderslautende Auslegung finden sich in dem angesprochenen Urteil des BSG keine hinreichenden Anhaltspunkte. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht zu Gunsten der Familienversicherung schließt das Gesetz allerdings aus (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V, § 7 Abs. 1 Satz 1 KVLG 1989).

Ebenso schließt eine vor dem Befreiungstatbestand bestandene freiwillige Krankenversicherung (§ 9 und § 188 Abs. 4 SGB V, § 6 und § 22 Abs. 3 KVLG 1989) die Befreiung von der Versicherungspflicht zwar nicht aus; an der Auffassung, dass eine Befreiung von der Versicherungspflicht zu Gunsten einer – zum Befreiungszeitpunkt eintretenden oder fortbestehenden – freiwilligen Krankenversicherung nicht zulässig ist, wird jedoch festgehalten.

Die neue Rechtsauffassung findet auf alle künftigen Anträge auf Befreiung von der Versicherungspflicht sowie auf die Anträge Anwendung, über die noch nicht entschieden worden ist.



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
22. November 2016



Top 3

Verlängerungstatbestände in der Krankenversicherung der Studenten;
hier: Studienvorbereitende Sprachkurse und Studienkollegs

Sachverhalt:

Die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V besteht bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zum Ende des Semesters, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wird. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Versicherungspflicht nur dann fortgeführt, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzung in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen. Für die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung gilt dies nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB XI entsprechend.

Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich bei der Regelung über die Verlängerung der Versicherungspflicht um eine Ausnahmeregelung, die eng auszulegen ist.

Die Gründe für die Überschreitung der Altersgrenze durch das Studium oder eine längere Fachstudienzeit müssen von solcher Art und solchem Gewicht sein, dass sie nicht nur aus der Sicht des Einzelnen, sondern auch bei objektiver Betrachtungsweise die Aufnahme des Studiums oder dessen Abschluss verhindern oder als unzumutbar erscheinen lassen. Das Studium aufzuschieben, weil dies als zweckmäßig oder sinnvoll erscheint, reicht demgegenüber nicht aus (Urteil des Bundessozialgerichts – BSG – vom 30. September 1992 – 12 RK 40/91 –, USK 92114). Nach Auffassung des BSG ist eine Verlängerung der Versicherungspflicht nur dann zu rechtfertigen, wenn zwischen dem Hinderungsgrund und dem späteren Studienbeginn bzw. der Verlängerung des Studiums ein ursächlicher Zusammenhang hergestellt werden kann.

Die wesentlichen in Frage kommenden Verlängerungstatbestände sind in dem Gemeinsamen Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studenten, Praktikanten ohne Arbeitsentgelt, der zur Berufsausbildung Beschäftigten ohne Arbeitsentgelt und der Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs vom 21. März 2006 unter 1.1 erläutert. Die Teilnahme an studienvorbereitenden Sprachkursen

oder Studienkollegs rechtfertigt danach keine Verlängerung der studentischen Krankenversicherung.

Studienvorbereitende Sprachkurse bieten ausländischen Studienbewerbern die Möglichkeit, deutsche Sprachkenntnisse zu erwerben, die für das Fachstudium erforderlich sind. Diese Kurse dauern in der Regel ein Semester und schließen mit der Deutschen Sprachprüfung für den Hochschulzugang (kurz: DSH-Prüfung) ab. Mit einem entsprechenden Zeugnis kann man zum Fachstudium zugelassen werden.

Studienkollegs sind Bildungseinrichtungen, in denen Studienbewerber mit einer ausländischen Hochschulzugangsberechtigung, die nicht als dem deutschen Abitur gleichwertig anerkannt ist, auf ein wissenschaftliches Studium an einer deutschen Hochschule vorbereitet werden. Es gibt sie als staatliche Einrichtungen, aber auch in privater Trägerschaft. Ob ein Studienkolleg besucht werden muss oder ob der ausländische Student über einen direkten Hochschulzugang verfügt, entscheidet normalerweise die Zeugnisanerkennungsstelle (oder eine ähnliche Instanz) der gewählten Hochschule. An mehreren Studienkollegs wird auch ein freiwilliges (zumeist kostenfreies) Propädeutikum für ausländische Studierende, die über eine direkte Hochschulzugangsberechtigung verfügen, angeboten. Hier werden ausländische Studierende in einem einsemestrigen Vorstudium auf das wissenschaftliche Arbeiten an den Hochschulen vorbereitet. Am Ende der zweisemestrigen Kursteilnahme steht die „Prüfung zur Feststellung der Eignung ausländischer Studienbewerber für die Aufnahme eines Studiums an Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland“ (kurz: Feststellungsprüfung – FSP). Wer die Feststellungsprüfung bestanden hat, kann sich anschließend an der Hochschule für ein Studium bewerben.

Anlässlich der in den letzten Jahren gestiegenen Anzahl ausländischer Studenten an deutschen Hochschulen, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und damit für die Versicherungspflicht in der KVdS in Frage kommen, wird die Frage aufgeworfen, ob eine Teilnahme an den beiden vorgenannten Kursen in Vorbereitung einer Studienaufnahme weiterhin nicht als Hinderungsgrund im Sinne einer Verlängerung der Versicherungspflicht über die genannten Zeitgrenzen hinaus anerkannt werden kann und wie diese Position insbesondere mit Blick auf den Zweiten Bildungsweg zu rechtfertigen ist.



Ergebnis:

Sowohl die Teilnahme an einem studienvorbereitenden Sprachkurs, der mit der DSH-Prüfung abgeschlossen worden ist, als auch der Besuch eines Studienkollegs mit anschließender abgelegter Feststellungsprüfung werden zukünftig als Verlängerungstatbestände im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 9 zweiter Halbsatz SGB V („Art der Ausbildung“) anerkannt, sofern sie zwingende Voraussetzung für die Aufnahme eines Studiums sind. Wie bei den anderen Verlängerungstatbeständen wird dafür außerdem vorausgesetzt, dass die Teilnahme an diesen Kursen die Überschreitung der Altersgrenze von 30 Jahren rechtfertigt und ursächlich für den insoweit späten Studienbeginn ist. Die Lebens- und Erwerbsbiografie sowie der Ausbildungsverlauf im Ausland sind in diese Betrachtung nicht mit einzubeziehen.

Dies bedeutet, dass der Besuch eines Studienkollegs auf freiwilliger Basis (Propädeutikum) nicht als Verlängerungstatbestand anerkannt werden kann. Die Teilnahme an einem studienvorbereitenden Sprachkurs mit anschließender bestandener DSH-Prüfung ist hingegen generell als zwingende Voraussetzung für eine Studienaufnahme anzusehen.

Die geänderte Rechtsauffassung findet für zukünftige und noch nicht bindende Feststellungen über das Versicherungsverhältnis Anwendung.



Ergebnisniederschrift
Fachkonferenz Beiträge
22. November 2016



Top 4

Erstattung von Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG);
hier: Finanzierungsanteile des Arbeitnehmers zu einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung

Sachverhalt:

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) gehören das bei Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes fortgezahlte Arbeitsentgelt (U1-Verfahren) und der nach dem Mutterschutzgesetz gezahlte Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld sowie das bei Beschäftigungsverboten fortgezahlte Arbeitsentgelt (U2-Verfahren).

Bei der Erstattung des fortgezahlten Arbeitsentgelts im U1- und U2-Verfahren ist vom arbeitsrechtlichen Entgeltbegriff auszugehen. Zum Arbeitsentgelt in diesem Sinne zählen grundsätzlich alle Zuwendungen, die nach ihrer Zweckbestimmung zumindest auch als Gegenleistung für geleistete oder noch zu leistende Arbeit aufzufassen sind (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 15. April 1997 – 1 RK 13/96 –, USK 97132). Darunter fallen auch Aufwendungen, die ein Arbeitgeber leistet, um dem Arbeitnehmer oder diesem nahestehende Personen für den Fall der Invalidität, des Alters oder des Todes abzusichern. Zuwendungen des Arbeitgebers an Pensionskassen, Pensionsfonds und Direktversicherungen gehören grundsätzlich zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach dem AAG (vgl. Punkt 5 der Niederschrift über die Fachkonferenz Beiträge am 28. Juni 2011).

Nach dem Urteil des Bundesfinanzhofs vom 9. Dezember 2010 – VI R 57/08 –, dem die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung in beitragsrechtlicher Hinsicht im Grundsatz folgen (vgl. Punkt 2 der Niederschrift über die Besprechung zu Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 14./15.11.2012), sind Finanzierungsanteile der Arbeitnehmer, die in dem Gesamtversicherungsbeitrag des Arbeitgebers an eine Pensionskasse enthalten sind, nach § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG steuerfrei und stellen in diesem Rahmen nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 SVEV auch kein Arbeitsentgelt in der Sozialversicherung dar. Für die Qualifizierung einer Zahlung als Beitrag des Arbeitgebers im Sinne des § 3 Nr. 63 Satz 1 EStG ist die versicherungsvertragliche Außenverpflichtung maßgeblich. Unter den Begriff „Beiträge des Arbeitgebers“ fallen damit alle Beiträge, die vom Arbeitgeber als Versicherungsnehmer selbst geschuldet und an die Versorgungseinrichtung geleistet werden. Hierzu zählt demnach auch

der Eigenbeitrag des Arbeitnehmers, der von seinem Arbeitgeber an die Versorgungseinrichtung abgeführt wird. Maßgebend ist für das Steuerrecht insoweit, dass nach dem Versicherungsvertrag die vertraglichen Pflichten, insbesondere die Zahlungsverpflichtungen, ausschließlich den Arbeitgeber betreffen und die Zahlungen an den Versicherer als dessen Versicherungsbeiträge qualifiziert werden.

Vor diesem Hintergrund ist darüber zu befinden, ob die Finanzierungsanteile des Arbeitnehmers zu einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung erstattungsfähig sind.

Ergebnis:

Die Finanzierungsanteile des Arbeitnehmers zu einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung werden zwar vom Arbeitgeber an die jeweilige Versorgungseinrichtung abgeführt, ungeachtet der steuerrechtlichen Beurteilung handelt es sich hierbei wirtschaftlich betrachtet aber um Beiträge des Arbeitnehmers; sie sind daher nicht als Aufwendungen des Arbeitgebers zu betrachten. Eine Erstattung dieser Beiträge würde den Arbeitgeber folglich finanziell begünstigen. Aus diesen Gründen sind die Finanzierungsanteile des Arbeitnehmers zu einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung nicht erstattungsfähig.

