

Abschnitt B

Krankenkassenwahlrecht

Gesetzestexte

§ 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,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

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

(3)

(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) und (6)

§ 175 SGB V **Ausübung des Wahlrechts**

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

(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 Zwecke der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

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

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. Januar 2002 ausüben. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats gekündigt werden. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind oder weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzun-

gen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

(5) Absatz 4 gilt nicht für Versicherungspflichtige, die durch die Errichtung oder Ausdehnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder durch betriebliche Veränderungen Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse werden können, wenn sie die Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Errichtung, Ausdehnung oder betrieblichen Veränderung ausüben.

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

§ 176 SGB V **Zuständigkeit der See – Krankenkasse**

(1)...

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

§ 177 SGB V **Zuständigkeit der Bundesknappschaft**

(1) und (2)

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

§ 186 SGB V **Mitgliedschaft**

(1) und (2)

(2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird

(3) ...

(4) Die Mitgliedschaft von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden, beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(5) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beginnt mit dem Beginn der Maßnahme.

(6) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger behinderter Menschen beginnt mit dem Beginn der Tätigkeit in den anerkannten

Werkstätten für behinderte Menschen, Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen

(7) bis (9)

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

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger endet mit dem Tod des Mitgliedes.

(2) bis (11) ...

(12) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch endet mit Ablauf des letzten Tages, für den Leistung bezogen wird.

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,

2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,

3.

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

§ 48 SGB XI

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

(1) Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Pflichtmitgliedschaft oder freiwillige Mitgliedschaft besteht. Für Familienversicherte nach § 25 ist die Pflegekasse des Mitglieds zuständig.

(2) und (3)

§ 49 SGB XI Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird.

(2) Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.

(3)

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 19 KVLG 1989 Zuständigkeit

(1)

(2) Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a SGB V sind Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wenn sie ihr im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung oder vor dem Beginn des Bezuges von Unterhaltsgeld angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben. Für diese Personen gelten die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Aufbringung der Mittel mit Ausnahme des § 173.

(3)

Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse

§ 1

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

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

Für die Ausübung des Wahlrechts gilt § 175 SGB V entsprechend.

- 1. Versicherungsschutz / Mitgliedschaft**
 - 1.1 Versicherungsschutz nach dem Ende der Beschäftigung**
 - 1.2 Beginn der Mitgliedschaft**
 - 1.3 Versicherungsschutz nach dem Ende des Leistungsbezuges**
- 2. Wahlrechte und Zuständigkeiten**
 - 2.1 Krankenkassenwahlrecht bei Leistungsbeginn nicht ausgeübt**
 - 2.2 Krankenkassenwahlrecht bei Leistungsbeginn ausgeübt**
 - 2.3 Krankenkassenwahlrecht während des Leistungsbezuges ausgeübt**
- 3. Zuständige Krankenkasse**
 - 3.1 „Letzte Krankenkasse“ vorhanden**
 - 3.2 Keine „letzte Krankenkasse“ vorhanden**
 - 3.3 Rechtmäßigkeit der Krankenkassenwahl bzw. des Krankenkassenwechsels**
 - 3.4 Fehlversicherung**
 - 3.5 Mehrere Mitgliedsbescheinigungen**
 - 3.6 Rechtskreis**
 - 3.7 Spätaussiedler**

Anhang

Krankenkassenwahlrecht / Vorbemerkung

Weitergehende Ausführungen zu den Bereichen Mitgliedschaft, Kassenwahlrecht und Zuständigkeiten sind im Anhang 1 enthalten. **Anhang 1**

1. Versicherungsschutz/ Mitgliedschaft

1.1 Versicherungsschutz nach dem Ende der Beschäftigung

(1) Gemäß §19 Abs. 2 Satz 1 SGB V besteht für den Zeitraum von einem Monat nach dem Ende der Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung. („nachgehender Leistungsanspruch“). **Nachgehender Leistungsanspruch (B.1)**

(2) Eine Familienversicherung ist gemäß § 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorrangig gegenüber einem nachgehenden Leistungsanspruch. **Vorrang der Familienversicherung (B.2)**

1.2 Beginn der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung beginnt - unabhängig vom Zeitpunkt der Bewilligung- mit dem Tag, von dem an Arbeitslosengeld II bezogen wird (§ 186 Abs.2a SGB V und § 49 Abs. 1 Satz 1 SGB XI i. V. m. § 20 Abs.2a SGB XI). **Beginn der Mitgliedschaft (B.3)**

(2) Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des letzten Tages, für den Arbeitslosengeld II bezogen wird (§ 190 Abs.12 SGB V und § 49 Abs.1 Satz 2 SGB XI i. V. m. § 20 Abs. 2a SGB XI). **Ende der Mitgliedschaft (B.4)**

1.3 Versicherungsschutz nach dem Ende des Leistungsbezuges

(1) Gemäß § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V besteht für den Zeitraum von einem Monat nach dem Ende des Zeitraums, für den Leistungen bezogen wurden, Anspruch auf Leistungen („nachgehender Leistungsanspruch“). **nachgehender Leistungsanspruch (B.5)**

(2) Eine Familienversicherung ist gemäß § 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorrangig gegenüber einem nachgehenden Leistungsanspruch. **Vorrang der Familienversicherung (B.6)**

(3) Die Krankenkassen erteilen Auskünfte, ob und inwieweit nach dem Ende des Leistungsbezuges die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung fortbesteht. **Auskunft durch Krankenkassen (B.7)**

2. Wahlrechte und Zuständigkeiten

(1) Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts muss vom Antragsteller bzw. Leistungsbezieher selbst gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse ausgeübt werden. Es genügt nicht, wenn der Leistungsbezieher dem Träger gegenüber erklärt, bei welcher Krankenkasse er versichert werden will.

**Wahrnehmung
des Wahlrechts
(B.8)**

(2) Die Mitarbeiter des Trägers dürfen die Wahlentscheidung der Betroffenen nicht einseitig beeinflussen (z.B. durch Werbung oder Empfehlung einer Krankenkasse oder Kassenart).

**Neutralität der
Mitarbeiter
(B.9)**

(3) Der Beginn des Leistungsbezuges führt nur dann zu einem Kassenwahlrecht, wenn vorher keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bestand (z.B. bei bisherigen Sozialhilfebeziehern). Der Wechsel des Versicherungsgrundes für sich allein löst kein neues Wahlrecht aus. Das Wahlrecht kann zum Beginn des Leistungsbezugs unter Einhaltung von Bindungs- und Kündigungsfristen ausgeübt werden.

**Leistungsbeginn
(B.10)**

(4) Eine Änderung der Leistungsart (z.B. Bezug von Arbeitslosengeld II im Anschluss an den bzw. neben dem Bezug von Arbeitslosengeld) begründet kein neues Krankenkassenwahlrecht.

**Wahlrecht Leistungsart
(B.11)**

2.1 Krankenkassenwahlrecht bei Leistungsbeginn nicht ausgeübt

(1) Sofern der Antragsteller nicht ausdrücklich erklärt sein Wahlrecht wahrgenommen zu haben, ist er nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V bei der Krankenkasse anzumelden, bei der er zuletzt versichert war. Maßgebend ist hierbei die Krankenkassenzugehörigkeit, die bei Eintritt der Krankenversicherungspflicht bestand.

**Anmeldung bei
letzter Kranken-
kasse
(B.12)**

(2) Auf die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der zuletzt zuständigen Krankenkasse wird verzichtet, es sei denn, nach den vorhandenen Unterlagen bestehen Zweifel bzw. Unklarheiten, welcher Krankenkasse der Antragsteller zuzuordnen ist.

**Mitgliedsbeschei-
nigung
(B.13)**

2.2 Krankenkassenwahlrecht bei Leistungsbeginn ausgeübt

Nimmt ein Antragsteller sein Wahlrecht zu Beginn des Leistungsbezuges wahr, muss er dem Träger eine Mitgliedsbescheinigung der von ihm gewählten Krankenkasse möglichst zusammen mit dem Leistungsantrag, spätestens aber innerhalb von 2 Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorzulegen.

**Vorlage der Mit-
gliedsbescheini-
gung
(B.14)**

2.3 Krankenkassenwahlrecht während des Leistungsbezuges ausgeübt

(1) Der Leistungsbezieher kann während des Leistungsbezugs die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats unter Berücksichtigung der 18-monatigen Kündigungsfrist kündigen. Daneben besteht ein Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen.

**Kündigung der
Mitgliedschaft
(B.15)**

(2) Macht der Leistungsbezieher von seinem Wahlrecht innerhalb

Vorlage der Mit-

des Leistungsbezuges Gebrauch, hat er dem Träger die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse unverzüglich vorzulegen. Die Mitgliedsbescheinigung muss spätestens zu dem Zeitpunkt vorgelegt werden, zu dem die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse wirksam werden soll. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, ist der Krankenkassenwechsel unwirksam.

**gliedsbescheinigung
(B.16)**

3. Zuständige Krankenkasse

3.1 „Letzte Krankenkasse“ vorhanden

(1) Die Zugehörigkeit zur „letzten“ Krankenkasse kann auf einer Pflicht- oder einer freiwilligen Versicherung (§§ 5 bzw. 9 SGB V) beruhen.

**Krankenversicherung
(B.17)**

(2) Die Zugehörigkeit zur „letzten“ Krankenkasse kann nur dann auf einer Familienversicherung (§ 10 SGB V) beruhen, wenn der Antragsteller vor Beginn der Versicherungspflicht

**Familienversicherung
(B.18)**

- noch nicht pflicht- oder freiwillig versichert war
oder
- zuletzt wenigstens 18 Monate familienversichert war.

Dauerte die Familienversicherung weniger als 18 Monate, ist die letzte Zugehörigkeit aufgrund einer Pflicht- oder freiwilligen Versicherung maßgebend (vgl. Anhang 1 Nr. 11).

(3) Krankenkassen, die im Rahmen von § 264 Abs. 2 SGB V gegen Erstattung die Kosten für die Krankenbehandlung von nicht gesetzlich versicherten Sozialhilfebeziehern übernommen haben (betreuende Krankenkassen), sind keine „letzten“ Krankenkassen. Bei diesen Krankenkassen erfolgt keine Mitgliedschaft, sondern lediglich die Abwicklung der Kosten der Krankenbehandlung.

**Nicht gesetzlich
versicherte Sozialhilfebezieher
(B.19)**

(4) War der Leistungsbezieher vor dem Leistungsbezug zuletzt im Ausland krankenversichert, so ist als „letzte“ Krankenkasse die inländische Krankenkasse anzusehen, bei der er zuletzt versichert war; die Dauer der Unterbrechung ist ohne Belang.

**ausländische
Krankenversicherung
(B.20)**

(5) Landwirte, Knappschaft und Seeleute siehe Anhang 1.

**Landwirte,
Knappschaft,
Seeleute
(B.21)**

(6) War der Leistungsbezieher vor dem Leistungsbezug zuletzt privat versichert und stellt er keinen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V, ist als „letzte“ Krankenkasse die gesetzliche Krankenkasse anzusehen, bei der er davor zuletzt versichert war. Die Dauer der Unterbrechung ist ohne Belang.

**Private Krankenversicherung
(B.22)**

(7) Hat sich die „letzte“ Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse zusammengeschlossen, so gilt die Nachfolgekrankenkasse als „letzte“ Krankenkasse.

Auflösung der Krankenkasse wegen Zusammenschlusses (B.23)

(8) Besteht die Krankenkasse aus anderen Gründen nicht mehr ist zu verfahren als wäre keine letzte Krankenkasse vorhanden.

Auflösung der Krankenkasse aus anderen Gründen (B.24)

3.2 Keine „letzte“ Krankenkasse vorhanden

(1) War der Antragsteller vor dem Leistungsbezug noch bei keiner Krankenkasse versichert (z.B. Sozialhilfebezieher), ist er möglichst schon vor der Antragstellung auf sein Kassenwahlrecht hinzuweisen. Dabei können ihm unter Einhaltung der Neutralität die in Betracht kommenden Krankenkassen benannt werden.

Krankenkassenwahlrecht ...Hinweise (B.25)

(2) Legt der Antragsteller bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht keine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse vor, ist er ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die Wahl der Krankenkasse trifft der Träger. Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

Krankenkassenwahl durch den Träger (B.26)

(3) Teilt ein Antragsteller mit, sein Wahlrecht nicht wahrnehmen zu wollen, ist er insbesondere darauf hinzuweisen, dass die 18-monatige Bindungsfrist auch nach einem Ausscheiden aus dem Leistungsbezug (z.B. wegen Arbeitsaufnahme) Bestand hat und er während dieser Zeit keine andere Krankenkasse wählen kann.

Hinweis auf Bindungsfrist (B.27)

(4) Die Krankenkasse ist vom Träger nach objektiven Gesichtspunkten auszuwählen. Als objektiver Maßstab eignet sich insbesondere die Höhe des Beitragssatzes. Dies gilt auch für Bezieher von Arbeitslosengeld II, da der Beitragssatz aufgrund der Bindungsfrist (§175 Abs.4 Satz 1 SGB V) Auswirkungen auf eventuell später erfolgende versicherungspflichtige Beschäftigungen hätte. Daneben ist bei der Auswahl der Krankenkasse allerdings auch die Erreichbarkeit der Krankenkasse durch den Leistungsbezieher zu berücksichtigen. Als Auswahlkriterium kommt bei bisherigen Sozialhilfebezieher auch die betreuende Krankenkasse (§264 SGB V – s. auch Nr. 3.1 Abs. 3) in Betracht.

Kriterien für die Krankenkassenwahl (B.28)

(5) Neben den Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen können auch Betriebs- oder Innungskrankenkassen gewählt werden, wenn deren Satzung die Öffnung für Betriebsfremde vorsieht.

Wählbare Krankenkasse (B.29)

(6) Soweit der Träger den Leistungsbezieher bei einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse versichern will, ist bei dieser vorher zu klären, ob deren Satzung eine Öffnung für Be-

Betriebs- oder Innungskrankenkassen

- triebsfremde vorsieht. Ist dies der Fall, darf die Krankenkasse die Mitgliedschaft des Leistungsbeziehers nicht ablehnen. **(B.30)**
- (7) Die vom Träger gewählte Krankenkasse wird dem Leistungsbezieher im Bewilligungsbescheid mitgeteilt. Eine gesonderte Mitteilung ist grundsätzlich nicht erforderlich. **Mitteilung an Antragsteller (B.31)**
- 3.3 Rechtmäßigkeit der Krankenkassenwahl bzw. des Krankenkassenwechsels**
- Eine Prüfung der Rechtmäßigkeit der Krankenkassenwahl ist von dem Träger nicht durchzuführen. Bestehen allerdings offensichtliche Zweifel an der Zulässigkeit der Krankenkassenwahl, ist eine Klärung im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen herbeizuführen. **Klärung der Rechtmäßigkeit (B.32)**
- 3.4 Fehlversicherung**
- Bei einer Fehlversicherung ist die erforderliche Berichtigung im Einzelfall im Benehmen mit den beteiligten Krankenkassen zu klären. **Fehlversicherung (B.33)**
- 3.5 Mehrere Mitgliedsbescheinigungen**
- Werden von einem Antragsteller bzw. Leistungsbezieher mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorgelegt, kann unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die neu gewählte Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung nur nach Vorlage einer Kündigungsbescheinigung ausstellen darf, die Anmeldung bei der Krankenkasse vorgenommen werden, deren Mitgliedsbescheinigung neueren Datums ist. Der Leistungsbezieher ist ggf. hierauf ausdrücklich hinzuweisen. **Mehrere Mitgliedsbescheinigungen (B.34)**
- 3.6 Rechtskreis**
- Durch das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde vom 01. Januar 2001 an die Rechtskreistrennung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben (vgl. RdErl. vom 27.12.2000-7253A/7273/7011.5). Gleichwohl haben die Krankenkassen den Kassenhaushalt nach alten und neuen Bundesländern zu trennen. Soweit innerhalb einzelner Krankenkassen nach Rechtskreis unterschieden wird (z.B. DAK und DAK/Ost) ist darauf zu achten, dass der Leistungsbezieher bei der für seinen Wohnort zuständigen Krankenkasse angemeldet wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Gesamt-Berlin dem Rechtskreis West zugehörig ist. **Rechtskreis (B.35)**
- 3.7 Spätaussiedler**
- Die Ausgabe eines Berechtigungsscheins zur Inanspruchnahme von Leistungen nach § 11 Gesetzes über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (Bundesvertriebenengesetz – BVFG) begründet keine Kassenzugehörigkeit und ist somit hinsichtlich der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts durch den Spätaussiedler bzw. der Festlegung der Krankenkasse durch den Träger unbeachtlich. **Spätaussiedler (B.36)**

Wahlrechte und Zuständigkeiten

1. Allgemeine Wahlrechte

(1) Den Beziehern von Arbeitslosengeld II steht grundsätzlich das Kassenwahlrecht in dem Umfang zu, wie es den versicherungspflichtigen Beschäftigten zusteht. Leistungsbezieher, die nicht von der Versicherungspflicht befreit sind (§ 8 Abs. 1a SGB V), können nach § 173 SGB V zwischen verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen (§ 4 SGB V) wählen, und zwar

**Gesetzliche
Krankenkassen**

- die Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnortes (der Beschäftigungsort spielt bei Leistungsbeziehern keine Rolle),
- jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach deren Satzung auf den Wohnort erstreckt,
- eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse die sich auf den Wohnort erstreckt, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse die Öffnung für Betriebsfremde vorsieht,
- die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nach § 10 SGB V bestanden hat,
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

(2) Ein privates Versicherungsunternehmen kann nicht die zuständige Krankenkasse sein, auch dann nicht, wenn ein vor Beginn des Leistungsbezuges abgeschlossener Versicherungsvertrag noch Bestand hat.

privates Versicherungsunternehmen

2. Landwirtschaftliche Krankenkassen

(1) Leistungsbezieher, die im Zeitpunkt der Antragstellung einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben, sind gem. § 19 Abs. 2 KVLG 1989 während des Leistungsbezugs bei dieser Krankenkasse zu versichern. Diese Personen haben kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse.

Landwirte

(2) Bei Nebenerwerbslandwirten kommt es für die Zugehörigkeit zur landwirtschaftlichen Krankenkasse während des Leistungsbezugs entscheidend darauf an, ob der Leistungsbezieher im Zeitpunkt der Antragstellung einer landwirtschaftlichen Krankenkasse als Mitglied angehört oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört hat.

... Nebenerwerb

(3) In der Landwirtschaft mitarbeitende Familienangehörige sind nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989 in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu versichern. Üben diese Personen daneben eine weitere (außerlandwirtschaftliche), nach dem SGB V versicherungspflichtige Beschäftigung aus, sind die Beiträge für diese Zweitbeschäftigung auch von der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu erheben (§ 42 Abs. 2 KVLG 1989). Somit ist die landwirtschaftliche Krankenkasse für die Durchführung der Krankenversicherung aufgrund der Versicherungspflicht als Leistungsbezieher im Anschluss an eine (Zweit-) Beschäftigung zuständig (§ 19 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989).

... mithelfende Familienangehörige

3. See-Krankenkasse, Bundesknappschaft

(1) Die im Zuständigkeitsbereich der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft Beschäftigten (§§ 176 und 177 SGB V) werden kraft Gesetzes bei diesen Krankenkassen versichert und haben grundsätzlich kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse. Leistungsbezieher, die zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert waren, gehören somit kraft Gesetzes dieser Krankenkasse an. Sie können jedoch eine andere Krankenkasse wählen, da § 173 SGB V Anwendung findet (§§ 176 Abs. 2 bzw. 177 Abs. 3 SGB V).

See-Krankenkasse / Bundesknappschaft

(2) Im Umkehrschluss zu Abs. 1 Satz 1 können die See-Krankenkasse und die Bundesknappschaft grundsätzlich nicht von Beschäftigten gewählt werden, die nicht im Zuständigkeitsbereich dieser Krankenkassen beschäftigt sind. Eine Ausnahme besteht für Mitglieder und ehemalige Mitglieder der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse. Sie (also auch Leistungsbezieher) können Mitglied ihrer Krankenkasse bleiben bzw. zu ihr zurückkehren. Voraussetzung hierfür ist, dass die knappschaftliche Rentenversicherung bzw. die Seekasse für die Leistungsgewährung (aus der Rentenversicherung) zuständig ist.

... Zuständigkeit

(3) Der Leistungsbezieher hat kein Wahlrecht, wenn er neben dem Leistungsbezug eine versicherungspflichtige Beschäftigung in einem Betrieb ausübt, für den die See-Krankenkasse oder die Bundesknappschaft zuständig ist. Nimmt er eine solche Beschäftigung während des Leistungsbezuges auf, ist ein sofortiger Wechsel zur See-Krankenkasse bzw. zur Bundesknappschaft zu vollziehen.

... Beschäftigung während Leistungsbezug

(4) Die Bundesknappschaft oder die See-Krankenkasse können im Rahmen des Ehegattenwahlrechts von versicherungspflichtig Beschäftigten bzw. von Leistungsbeziehern nicht gewählt werden.

... Ehegatten

4. Besondere Personengruppen

Zusätzlich zu den in Nr. 1 genannten Krankenkassen können

- 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 (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) und
- Behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V)

Personengruppen

Einrichtungen der Jugendhilfe

Leistungen zur Teilhabe

Behinderte

auch die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist. War der zu Versichernde zuletzt bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist diese Krankenkasse kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der zu Versichernde keinen Gebrauch von seinem Wahlrecht macht.

5. Geringfügige oder versicherungspflichtige Beschäftigung während des Leistungsbezugs

Die Aufnahme einer geringfügigen oder versicherungspflichtigen Beschäftigung während des Leistungsbezugs begründet kein Kassenwahlrecht. Der Leistungsbezieher bleibt bei der Krankenkasse, bei der er aufgrund des Leistungsbezugs versichert ist, es sei denn, er übt sein allgemeines Wahlrecht aus (zu See-Krankenkasse und Bundesknappschaft vgl. aber Nr. 3 Abs. 3).

Beschäftigung während Leistungsbezugs

6. Ausübung des Krankenkassenwahlrechts

(1) Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts muss vom Versicherten selbst gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse erfolgen. Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Sie hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen (§ 175 Abs. 2 SGB V).

Ausübung des Wahlrechts

(2) Versicherungspflichtige haben bei Ausübung des Wahlrechts der zur Meldung verpflichteten Stelle (Träger) die Mitgliedsbescheinigung unverzüglich vorzulegen (§ 175 Abs. 3 Satz 1 SGB V). 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 er zuletzt versichert war (§ 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V).

Mitgliedsbescheinigung

(3) Bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht durch den Leistungsbezug keine Versicherungspflicht und übt der Versicherungspflichtige sein Wahlrecht nicht aus, ist er von der zur Meldung verpflichteten Stelle bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden (§ 175 Abs. 3 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V). **Krankenkasse nicht vorhanden**

(4) Nach § 175 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist die rechtswirksame Ausübung des Krankenkassenwahlrechts bereits mit Vollendung des 15. Lebensjahres möglich, ohne dass es hierzu einer Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedarf (§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB I). **Wahlrecht ab 15. Lebensjahr**

7. Wechsel des Versicherungsgrundes

(1) Der Wechsel des Versicherungsgrundes (z.B. Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V wegen Leistungsbezugs nach vorheriger Versicherungspflicht wegen einer Beschäftigung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) eröffnet für sich alleine kein neues Wahlrecht. Ein Krankenkassenwechsel ist dementsprechend auch dann nicht möglich, wenn der Kunde eine andere als die bisherige Leistung erhält (z.B. Bezug von Arbeitslosengeld II im Anschluss an Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe). **Wechsel des Versicherungsgrundes**

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

Beispiel 1:

Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse vom 01.04.04 an; versicherungspflichtige Beschäftigung bis 30.04.05; Leistungsbezug ab 01.05.05.

Der Leistungsbezieher kann zum Beginn des Leistungsbezugs von seinem Kassenwahlrecht keinen Gebrauch machen, da die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist. Er kann frühestens ab 01.10.05 zu einer anderen Krankenkasse wechseln.

Beispiel 2:

Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse vom 01.04.03 an; versicherungspflichtige Beschäftigung bis 31.01.05; Leistungsbezug ab 01.02.05.

Der Leistungsbezieher kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist (vgl. Nr. 9) zum Beginn des Leistungsbezugs eine andere Krankenkasse wählen, da die 18-monatige Bindungsfrist bereits am 30.09.04 abgelaufen ist.

8. Bindungsfrist

- (1) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind gem. § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V an die Wahl einer Krankenkasse 18 Monate gebunden. Die Bindungswirkung gilt auch für Versicherte, für die in den letzten 18 Monaten vor Eintritt der Versicherungspflicht keine eigene Mitgliedschaft bestand und die vom Träger bei einer bestimmten Krankenkasse angemeldet werden, weil sie von ihrem Wahlrecht keinen Gebrauch machen. **Bindungsfrist**
- (2) Die Bindungsfrist bezieht sich auf die Krankenkasse, bei der zuletzt eine eigene Mitgliedschaft bestand, nicht jedoch auf die Krankenkasse, bei der eine Familienversicherung durchgeführt wurde. **... Familienversicherung**
- (3) Die Bindungsfrist beginnt mit dem Tag, an dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beginnt (§ 186 SGB V) und nicht von dem Zeitpunkt der Ausübung der Krankenkassenwahl. **... Beginn**
- (4) Eine Unterbrechung der Mitgliedschaft oder der Wechsel des Versicherungsgrundes (vgl. Nr. 7) führt nicht zu einem Neubeginn der Bindungsfrist. Es wird jeweils die Gesamtdauer der Mitgliedschaft berücksichtigt, ggf. einschließlich der Unterbrechungszeiträume. **... Berechnung**
- (5) Die Krankenkassen können gemäß § 175 Abs. 4 Satz 7 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. Damit wird z.B. bei einem Wohnortwechsel der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart (z.B. AOK Berlin zur AOK Bayern) ohne Einhaltung der Bindungsfrist ermöglicht. Die Bindungsfrist beginnt dann mit dem Beginn der ersten Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse der Kassenart. Die einzelnen Kassenarten sind **... gleiche Kassenart**
- Allgemeine Ortskrankenkassen
 - Betriebskrankenkassen
 - Ersatzkassen
 - Innungskrankenkassen
 - See-Krankenkasse
 - Landwirtschaftliche Krankenkassen
 - Bundesknappschaft.
- (6) Die Kassenzuständigkeit kraft Gesetzes von See-Krankenkasse und Bundesknappschaft wird durch das Krankenkassenwahlrecht nicht berührt. Die Kassenzuständigkeit löst somit auch keine Bindungsfrist aus. Die Bindungsfrist wird allerdings in den Fällen ausgelöst, in denen die See-Krankenkasse oder die Bundesknappschaft gewählt wurden (vgl. Nr. 3 Abs. 2 Sätze 2 bis 4). **See-Krankenkasse / Bundesknappschaft**
- (7) Da Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkassen kein Wahlrecht haben (vgl. Nr. 2 Abs. 1), kommt bei ihnen auch die 18-monatige Bindungsfrist nicht zum Tragen. **Landwirte**

9. Kündigung

(1) Die Krankenkasse kann nur gewechselt werden, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde. Die abgewählte Krankenkasse hat dem Versicherten innerhalb von zwei Wochen eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die neu gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft erst nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse begründen und erst dann die Mitgliedschaftsbescheinigung nach § 175 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. Abs. 4 Satz 3 SGB V ausstellen.

Kündigung der Krankenkasse

(2) Die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse kann grundsätzlich mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet ab dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt, gekündigt werden. Die Kündigung ist frühestens zum Ablauf des Kalendermonats möglich, in dem die 18-monatige Bindungsfrist endet.

... rechtzeitige

Beispiel:

Mitgliedschaft seit 13.02.02; Kündigung am 11.07.03 zum nächstmöglichen Termin.

Da die 18-monatige Bindungswirkung bereits mit Ablauf des 12.08.2003 erfüllt ist, endet die Mitgliedschaft am 30.09.03.

(3) Erfolgt die Kündigung für einen Zeitpunkt, zu dem wegen der 18-monatigen Bindungsfrist noch kein Krankenkassenwechsel möglich ist, wird die Kündigung von den Krankenkassen entsprechend § 140 BGB als eine Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt gedeutet.

... nicht rechtzeitige

Beispiel:

Mitgliedschaft seit dem 18.02.02; Kündigung am 03.05.03 zum 31.07.03.

Die Kündigung zum 31.07.03 ist nicht möglich, weil die 18-monatige Bindungsfrist (18.02.02 bis 17.08.03) noch nicht abgelaufen ist. Die Krankenkasse deutet die Kündigung auf den 31.08.03 um.

(4) Eine Kündigung wird zum Ablauf der Kündigungsfrist nur dann wirksam, wenn der Versicherte bis zu diesem Zeitpunkt die Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung seinem Arbeitgeber (Leistungsbezieher = Träger) nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Wird diese Mitgliedsbescheinigung nicht vorgelegt, hat die Kündigung keine Bestandskraft, so dass die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse fortgesetzt wird. Für einen Krankenkassenwechsel ist eine erneute Kündigung erforderlich.

Mitgliedsbescheinigung

10. Sonderkündigungsrecht

(1) Den Mitgliedern einer Krankenkasse (auch freiwillig Versicherten) steht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V ein Sonderkündigungsrecht zu, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz

Kündigung ... Beitragssatzerhöhung

erhöht. Vom Sonderkündigungsrecht können auch Leistungsbezieher Gebrauch machen, obgleich die Beiträge in vollem Umfang von einem Dritten (BA) getragen werden.

(2) Die Kündigung muss bis zum Ablauf des Kalendermonats, in dem die Beitragssatzerhöhung wirksam wird, der Krankenkasse zugegangen sein. Nach Ablauf dieses Monats entfällt das Sonderkündigungsrecht. **... Termin**

(3) Die Kündigungsfrist beginnt in dem Monat, in dem die Beitragssatzerhöhung wirksam wird und endet mit Ablauf des übernächsten Monats. **... Frist**

Beispiel:

Bei einer Beitragssatzerhöhung zum 01.07.03

Die Kündigung muss spätestens am 31.07.03 bei der Krankenkasse eingegangen sein. Die Mitgliedschaft endet dann am 30.09.03.

(4) Für Mitglieder der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft besteht das Sonderkündigungsrecht nur dann, wenn sie von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben (vgl. Nr. 3 Abs. 2 Sätze 2 bis 4). **See-Krankenkasse / Bundesknappschaft**

(5) Für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte gilt das Sonderkündigungsrecht nicht. **Landwirte**

11. Unterbrechung von Mitgliedszeiten

(1) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger kraft Gesetzes (z.B. wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses - § 190 Abs. 2 SGB V), ist dem Grunde nach keine Kündigung erforderlich. Beträgt eine sich anschließende Unterbrechung der Mitgliedszeit weniger als 18 Monate, hat eine unterbliebene Kündigung jedoch bei Eintritt einer erneuten Versicherungspflicht zur Folge, dass wieder die Krankenkasse zuständig ist, bei der zuletzt die Mitgliedschaft bestanden hat. Dies gilt auch dann, wenn zum Zeitpunkt der Beendigung die 18-monatige Bindungsfrist bereits erfüllt gewesen ist. Während des Unterbrechungszeitraums zwischen zwei Mitgliedschaften kann keine wirksame Kündigung ausgesprochen werden. **Unterbrechung der Mitgliedschaft**

Beispiel:

Mitglied bei Krankenkasse A während einer versicherungspflichtigen Beschäftigung vom 01.03.02 bis 30.09.03; vom 01.10.03. bis 31.10.04 besteht Anspruch auf Familienversicherung bei Krankenkasse B; Arbeitslosengeldbezug ab 01.11.04, der Leistungsbezieher wählt Krankenkasse C.

Die 18-monatige Bindungsfrist ist durch die Beschäftigung (01.03.02 - 30.09.03) erfüllt. Der Leistungsbezieher hat aber nur dann ein Krankenkassenwahlrecht, wenn er die Mitgliedschaft bei Krankenkasse A zum 30.09.03 gekündigt hat. Hat er keine Kündigung ausgesprochen, ist wieder die Krankenkasse A zuständig, da bei dieser zuletzt eine – eigene – Mitgliedschaft bestand. Durch die

Familienversicherung bei der Krankenkasse B wird keine Bindungsfrist ausgelöst.

(2) Bei einer Unterbrechung der Mitgliedschaft von mindestens 18 Monaten ist die Wahl einer anderen Krankenkasse unabhängig von der Dauer der Mitgliedschaft bei der früheren Krankenkasse möglich (vgl. § 175 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse braucht nicht gekündigt zu werden. **... mindestens 18 Monate**

Beispiel:

Mitglied bei Krankenkasse A während einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, die am 31.05.02 endet; vom 01.06.02 bis 30.11.03 besteht Anspruch auf Familienversicherung bei Krankenkasse B; Arbeitslosengeldbezug ab 01.12.03, der Leistungsbezieher wählt Krankenkasse B.

Da eine Unterbrechung von wenigstens 18 Monaten vorliegt, besteht zum 01.12.03 ein Krankenkassenwahlrecht. Da eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse nicht erforderlich ist, kann der Leistungsbezieher die Krankenkasse B wählen.