

Abschnitt B

Krankenkassenwahlrecht

Wesentliche Änderungen

Fassung vom 01.01.2009

- **Einarbeitung der Neuregelungen** in der Kranken- und Pflegeversicherung durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) - **Gesundheitsreform** sowie **Straffung** der Fachlichen Hinweise

Fassung vom 16.04.2008

- **Gesetzestext:** Anpassung der Rechtsgrundlagen
- **inhaltliche Überarbeitung und Neustrukturierung**

Fassung vom 07.12.2004

- **Rz B.5:** Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Anspruch auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elternzeit
- **Rz B.6:** Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- **Rz B.7:** Fortbestehen der Mitgliedschaft bei Wehr- und Zivildienst

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,
- 4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
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. ...

(2a) bis (5) ...

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

(7)...

**§ 175 SGB V
Ausübung des Wahlrechts**

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum 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, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(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 oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag, erhöht sie ihren Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlung, kann die Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 5 spätestens einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, verschiebt sich für dieses Mitglied die Erhebung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Frist für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts um den entsprechenden Zeitraum. 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. Die Kündigung der Mitgliedschaft durch eine Person, die am 2. Februar 2007 oder später erfolgt, um in ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, ist unwirksam, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 zu diesem Zeitpunkt nicht vorliegen.

(5) ...

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

§ 53 SGB V Wahltarife

(1) bis (7) ...

(8) Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3 beträgt drei Jahre. Abweichend von § 175 Abs. 4 kann die Mitgliedschaft frühestens zum Ablauf der dreijährigen Mindestbindungsfrist gekündigt werden. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. (...) Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) ...

§ 176 SGB V Zuständigkeit der See – Krankenkasse

(1)...

(2) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 2a 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.

§ 186 SGB V Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(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) 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.

(11) ...

§ 190 SGB V Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

(2) bis (11a) ...

(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.

(13) ...

§ 191 SGB V Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. mit dem Tod des Mitglieds,
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.

§ 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 1989 entsprechend.

(3) ...

§ 20 KVLG 1989 Zuständigkeit

Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft, die Meldungen und die Beiträge mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden

- 1. Versicherungsschutz – Beginn und Ende der Mitgliedschaft**
- 2. Wahlrechte und Zuständigkeiten**
 - 2.1 Allgemeine Wahlrechte**
 - 2.2 Besondere Personengruppen**
 - 2.2.1 Landwirtschaftliche Krankenkassen**
 - 2.2.2 Künstlersozialversicherung**
 - 2.2.3 Weitere Personengruppen**
- 3. Ausübung des Wahlrechts**

1. Versicherungsschutz - Beginn und Ende 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. **Beginn der Mitgliedschaft (B.1)**
- (2) Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des letzten Tages, für den Arbeitslosengeld II bezogen wird. **Ende der Mitgliedschaft (B.2)**
- (3) Der grundsätzlich nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestehende nachgehende Leistungsanspruch für den Zeitraum von einem Monat nach dem Ende der Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung ändert am Beginn der Mitgliedschaft nichts. **Nachgehender Leistungsanspruch (B.3)**
- (4) Ebenso ist eine Familienversicherung gemäß § 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorrangig gegenüber einem nachgehenden Leistungsanspruch. **Vorrang der Familienversicherung (B.4)**

2. Wahlrechte und Zuständigkeiten

2.1 Allgemeine Wahlrechte

- (1) Den Beziehern von Arbeitslosengeld II steht grundsätzlich das Kassenwahlrecht in dem Umfang zu, wie es den versicherungspflichtigen Beschäftigten zusteht. Leistungsbezieher können nach § 173 SGB V zwischen verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen (§ 4 SGB V) wählen, und zwar **Gesetzliche KK (B.5)**
- die Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnortes (der Beschäftigungsort spielt bei Leistungsbeziehern – sofern es sich nicht um erwerbstätige Aufstocker handelt – 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,
 - die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.
- (1a) Zum 01.01.2008 ist die Sonderzuständigkeit der See-Krankenkasse entfallen. Sie ist nunmehr eine nach den allgemeinen Regelungen wählbare Krankenkasse. **See-Krankenversicherung (B.5a)**
- (2) Ein privates Versicherungsunternehmen kann nicht die zuständige Krankenkasse sein, wenn der Bezug des Arbeitslosengeldes II der Versicherungspflicht unterliegt. Dies gilt auch dann, wenn ein vor Beginn des Leistungsbezuges abgeschlossener Versicherungsvertrag noch Bestand hat. **Privates Versicherungsunternehmen (B.6)**

- (3) Das Kassenwahlrecht muss vom Leistungsbezieher selbst gegenüber der von ihm gewählten Krankenkasse ausgeübt werden. Es genügt nicht, wenn er gegenüber der Grundsicherungsstelle erklärt, bei welcher Krankenkasse er versichert werden will. **Wahrnehmung des Wahlrechts (B.7)**
- (3a) War der Leistungsbezieher vor dem Leistungsbezug noch bei keiner Krankenkasse versichert (z.B. Sozialhilfebezieher), ist er vor dem Leistungsbeginn auf sein Kassenwahlrecht hinzuweisen. Dabei können ihm unter Einhaltung der Neutralität die in Betracht kommenden Kassen benannt werden (§ 173 SGB V). **KK-Wahlrecht ... Hinweise (B.7a)**
- (4) Die Mitarbeiter der Grundsicherungsstelle dürfen die Wahlentscheidung der Betroffenen nicht beeinflussen (z.B. durch Werbung oder Empfehlung einer Krankenkasse oder Kassenart). **Neutralität der Mitarbeiter (B.8)**
- (5) Der Beginn des Leistungsbezuges führt nur dann zu einem Kassenwahlrecht, wenn vorher keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bestand (z.B. bei bisherigen Sozialhilfebezieher). Der Wechsel des Versicherungsgrundes (z.B. Arbeitslosengeld II im Anschluss an eine versicherungspflichtige Beschäftigung) oder eine Änderung der Leistungsart (z.B. Bezug von Arbeitslosengeld II im Anschluss an den bzw. neben dem Bezug von Arbeitslosengeld) löst kein neues Kassenwahlrecht aus. Das Wahlrecht kann zum Beginn des Leistungsbezugs unter Einhaltung von Bindungs- und Kündigungsfristen ausgeübt werden. **Vor Leistungsbeginn keine KK (B.9)**
- (6) Die Aufnahme einer geringfügigen oder versicherungspflichtigen Beschäftigung während des Leistungsbezugs begründet ebenfalls 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. **Geringfügige oder versicherungspflichtige Beschäftigung während Leistungsbezug (B.10)**
- (7) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind gem. § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V an die Wahl einer Krankenkasse 18 Monate gebunden. Danach kann unter Einhaltung der Kündigungsfrist die Mitgliedschaft gekündigt werden. **Allgemeine Bindungsfrist (B.11)**
- (8) 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 (B.12)**
- (9) Bei Versicherungspflichtigen, die einen Wahltarif nach § 53 SGB V gewählt haben, beträgt die Bindungsfrist drei Jahre (§ 53 Abs. 8). Vor Ablauf dieser Frist ist eine Kündigung der Mitgliedschaft dann grundsätzlich nicht möglich. Die Frist beginnt mit dem Eintritt in den Wahltarif. Die Krankenkassen haben in ihrer Satzung jedoch Härtefallregelungen vorzusehen, die eine vorzeitige Entlassung aus dem Wahltarif zulassen. Die Bindungsfrist aufgrund des Wahltarifes besteht unabhängig von der allgemeinen Bindungsfrist an eine Krankenkasse und den geltenden Kündigungsfristen. **Dreijährige Bindungsfrist bei Wahlтарifen (B.13)**

2.2 Besondere Personengruppen

2.2.1 Landwirtschaftliche Krankenkassen

(1) Leistungsbezieher, die im Zeitpunkt der Antragstellung einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben, sind gem. § 20 KVLG 1989 während des Leistungsbezugs bei dieser Kasse zu versichern. Diese Personen haben kein Recht, eine andere Krankenkasse zu wählen. **Landwirte (B.14)**

(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. **... Nebenerwerbslandwirte (B.15)**

(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. **... mithelfende Familienangehörige (B.16)**

(4) Da Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkassen kein Wahlrecht haben, kommt bei ihnen auch die 18-monatige Bindungsfrist nicht zum Tragen. **Keine Bindungsfrist (B.17)**

2.2.2 Künstlersozialversicherung

(1) Selbständige Künstler und Publizisten sind in der Künstlersozialkasse versicherungspflichtig, wenn sie eine künstlerische oder publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausüben. Die Künstlersozialkasse selbst ist keine wählbare Krankenkasse, sondern bei der jeweils gewählten gesetzlichen Krankenkasse angegliedert. **Versicherung nach dem KSVG (B.18)**

(2) Die Versicherungspflicht in der Künstlersozialkasse tritt nicht ein, wenn eine Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bzw. § 10 SGB V (Pflicht- oder Familienversicherung aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II) vorliegt. **Vorrang Versicherungspflicht Arbeitslosengeld II (B.19)**

(3) Der Künstler / Publizist ist daher in jedem Fall bei einer der in Kapitel 2.1 genannten wählbaren Krankenkassen zu versichern.

2.2.3 Weitere Personengruppen

(1) Zusätzlich zu den in Kapitel 2.1 genannten Krankenkassen können

- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V), **Einrichtungen der Jugendhilfe (B.20)**
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) und **Leistungen zur Teilhabe (B.21)**

- Personen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V) **Behinderte Menschen (B.22)**
- auch die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(2) 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 Kassenwahlrechts durch den Spätaussiedler bzw. der Festlegung der Krankenkasse durch die Grundsicherungsstelle unbeachtlich. **Spätaussiedler (B.23)**

3. Ausübung des Wahlrechts

(1) Sofern der Leistungsbezieher 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 KK (B.24)**

(2) Die Zuordnung zur „letzten“ Krankenkasse ist maßgebend, wenn die vorherige Mitgliedschaft auf einer Pflicht- oder einer freiwilligen Versicherung (§§ 5 bzw. 9 SGB V) beruht. **Krankenversicherung (B.25)**

(3) Die Zuordnung zur „letzten“ Krankenkasse in Fällen einer vorherigen Familienversicherung (§ 10 SGB V) muss nicht durchgeführt werden, wenn der Leistungsbezieher vor Beginn der Versicherungspflicht die Bindungsfrist von 18 Monaten bei der früheren Krankenkasse erfüllt hat. Dies gilt auch dann, wenn die Familienversicherung weniger als 18 Monate lang bestanden hat. **Vorherige Familienversicherung (B.26)**

Beispiel:

A war seit 01.01.2007 bei der Krankenkasse K pflichtversichert. Seit dem 01.01.2008 besteht eine Familienversicherung. Ab dem 01.09.2008 tritt erneut eine Versicherungspflicht ein. Da die Mindestbindungsfrist (18 Monate) zum 30.06.2008 abgelaufen war, kann A ohne Kündigung der Versicherung bei der Krankenkasse K eine neue Krankenkasse wählen.

(4) 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 i. S. der obigen Ausführungen. Bei diesen Kassen lag keine Mitgliedschaft vor, sondern es erfolgte lediglich die Abwicklung der Kosten der Krankenbehandlung. **Nicht gesetzlich versicherte Sozialhilfebezieher (B.27)**

(5) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger kraft Gesetzes (z.B. wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses - § 190 Abs. 2 SGB V), ist dem Grunde nach keine Kündigung erforderlich. Während des Unterbrechungszeitraums zwischen zwei Mitgliedschaften kann keine wirksame Kündigung ausgesprochen werden. Beträgt eine sich anschließende Unterbrechung der Mitgliedszeit weniger als 18 Monate, hat eine unterbliebene Kündigung bei Eintritt einer erneuten Versicherungspflicht grundsätzlich zur Folge, dass wieder die Kasse zuständig ist, bei der zuletzt die Mitgliedschaft bestanden hat. **Unterbrechung der Mitgliedschaft (B.28)**

- (6) Dies gilt jedoch nicht, wenn zum Zeitpunkt der erneuten Versicherungspflicht die 18-monatige Bindungsfrist erfüllt ist. In diesem Fall 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. **... Bindungsfrist abgelaufen (B.29)**
- (7) 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. Ist die Bindungsfrist von 18 Monaten bei dieser Krankenkasse erfüllt, kann auch hier ohne Kündigung Krankenkasse eine neue Krankenkasse gewählt werden. **Ausländische Krankenversicherung (B.30)**
- (8) War der Leistungsbezieher vor dem Leistungsbezug zuletzt privat versichert und tritt Versicherungspflicht des Arbeitslosengeldes II ein, ist als „letzte“ Krankenkasse die gesetzliche Krankenkasse anzusehen, bei der er davor zuletzt versichert war. Der Leistungsbezieher kann jedoch von seinem allgemeinen Wahlrecht Gebrauch machen, wenn die Bindungsfrist bei der „letzten“ Krankenkasse erfüllt ist. **Vorherige private Krankenversicherung (B.31)**
- (9) Hat sich die „letzte“ Krankenkasse mit einer anderen zusammengeslossen, so gilt die Nachfolgekrankenkasse als „letzte“ Krankenkasse. **Auflösung wegen Vereinigung von KK (B.32)**
- (10) 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 Leistungsbezieher zuzuordnen ist. **Mitgliedsbescheinigung (B.33)**
- (11) Erklärt der Leistungsbezieher zu Beginn des Leistungsbezuges, dass er von seinem Wahlrecht Gebrauch machen will, muss er der Grundsicherungsstelle eine Mitgliedsbescheinigung der von ihm gewählten Krankenkasse möglichst zusammen mit dem Leistungsantrag, spätestens aber innerhalb von 2 Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorlegen. **Vorlage der Mitgliedsbescheinigung (B.34)**
- (12) Wird die Mitgliedsbescheinigung innerhalb dieser Frist nicht vorgelegt, ist eine Anmeldung bei der gesetzlichen Krankenkasse vorzunehmen, bei der zuletzt eine Versicherung bestand. Bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht eine solche noch nie, ist die Anmeldung bei einer nach § 173 wählbaren Kasse durchzuführen. **Mitgliedsbescheinigung nicht vorgelegt (B.35)**
- (13) Die Krankenkasse ist von der Grundsicherungsstelle nach objektiven Gesichtspunkten auszuwählen. Als objektiver Maßstab eignet beispielsweise die Erhebung eines Zusatzbeitrags oder die Erreichbarkeit der Krankenkasse durch den Leistungsbezieher. Als Auswahlkriterium kommt bei bisherigen Sozialhilfebeziehern auch die betreuende Krankenkasse in Betracht. **Kriterien für die KK-Wahl (B.36)**
- (14) Neben den Allgemeinen Ortskrankenkassen und den Ersatzkassen können auch Betriebs- oder Innungskrankenkassen gewählt werden, wenn deren Satzung die Öffnung für Betriebsfremde vorsieht. Ist dies der Fall, darf die Krankenkasse die Mitgliedschaft des Leistungsbeziehers nicht ablehnen. **Wählbare KK (B.37)**

- (15) Die von der Grundsicherungsstelle gewählte Krankenkasse wird dem Leistungsbezieher im Bewilligungsbescheid mitgeteilt. Eine gesonderte Mitteilung ist grundsätzlich nicht erforderlich. **Mitteilung an Leistungsbezieher (B.38)**
- (16) Der Leistungsbezieher kann während des Leistungsbezugs die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats unter Berücksichtigung der 18-monatigen allgemeinen bzw. dreijährigen Bindungsfrist kündigen. **Krankenkassenwahlrecht während des Leistungsbezuges ausgeübt (B.39)**
- (17) Daneben besteht ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Krankenkasse ab dem 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag erhebt, ihn erhöht oder ihre Prämienzahlung verringert. Die Mitgliedschaft kann in diesen Fällen bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung gekündigt werden. Die Krankenkasse hat ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Anderenfalls verschiebt sich die Frist des Sonderkündigungsrechts entsprechend. **Sonderkündigungsrecht (B.40)**
- (18) Für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Pflichtversicherte gilt das Sonderkündigungsrecht nicht. **Landwirte (B.41)**
- (19) Macht der Leistungsbezieher von seinem Wahlrecht innerhalb des Leistungsbezuges Gebrauch, hat er der Grundsicherungsstelle die Mitgliedsbescheinigung der gewählten Kasse 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. **Vorlage der Mitgliedsbescheinigung (B.42)**
- (20) Eine Prüfung der Rechtmäßigkeit der Kassenwahl ist von den Grundsicherungsstellen nicht durchzuführen. Bestehen allerdings offensichtliche Zweifel an der Zulässigkeit der Kassenwahl, ist eine Klärung im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen herbeizuführen. **Klärung der Rechtmäßigkeit (B.43)**
- (21) Bei einer Fehlversicherung ist die erforderliche Berichtigung im Einzelfall im Benehmen mit den beteiligten Krankenkassen zu klären. **Fehlversicherung (B.44)**
- (22) Werden von einem Leistungsbezieher mehrere Mitgliedsbescheinigungen vorgelegt, kann unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die neu gewählte Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung nur nach Vorlage einer Kündigungsbestätigung ausstellen darf, die Anmeldung bei der Krankenkasse vorgenommen werden, deren Mitgliedsbescheinigung neueren Datums ist. Der Leistungsbezieher ist ggf. hierauf ausdrücklich hinzuweisen. **Mehrere Mitgliedsbescheinigungen (B.45)**
- (23) 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 Kassen 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 Ost/West (B.46)**