

### Tit. 2.3.3 RdSchr. 18f

## Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188

### Abs. 4 SGB V

## Tit. 2 – Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung -> Tit. 2.3 – Ausschlussstatbestände

**Titel:** Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V

**Normgeber:** Bund

**Redaktionelle Abkürzung:** RdSchr. 18f

**Gliederungs-Nr.:** [keine Angabe]

**Normtyp:** Rundschreiben

### Tit. 2.3.3 RdSchr. 18f – Freiwillige Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse als Ausschlussstatbestand

(1) Für Personen, deren Familienversicherung kraft Gesetzes endet, bestehen im Hinblick auf die Fortführung der Versicherung im Rahmen einer freiwilligen Mitgliedschaft regelmäßig zwei Optionen. Einerseits können sie unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V jeder nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse beitreten. Andererseits unterliegen sie grundsätzlich den Regelungen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V, die dazu führen, dass die Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse, bei der die Familienversicherung bestand, fortgeführt wird.

(2) Entscheidet sich der Betroffene für den Beitritt zu einer wählbaren Krankenkasse, müsste nach wortgetreuer Anwendung des § 188 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V zur Verhinderung der obligatorischen Anschlussversicherung gegenüber der bisherigen Krankenkasse fristgemäß der Austritt erklärt werden. Dies würde allerdings in den Fällen, in denen eine Austrittserklärung mit Blick auf die bereits ausgeübte Krankenkassenwahl unterbleibt, zu einer mit der Zielsetzung der Neuregelung des § 188 Abs. 4 SGB V nicht konformen "doppelten" freiwilligen Mitgliedschaft bei unterschiedlichen Krankenkassen führen. Um diese nicht gewollte Rechtsfolge auszuschließen, bedarf es bei derartigen Sachverhalten - entsprechend einer sinngemäßen Anwendung des § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V - für den Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung keiner Austrittserklärung innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der bisherigen Krankenkasse. Stattdessen ist hierfür die an keine Fristen gebundene Nachweisführung der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall ausreichend, die sich im Übrigen typischerweise im Rahmen einer Meldung nach § 9 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes vollzieht.

(3) Personen, deren Versicherungspflicht endet, können für die Durchführung der freiwilligen Versicherung eine andere Krankenkasse nur dann wählen, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse, die die Pflichtversicherung durchgeführt hat, zu dem Zeitpunkt der Beendigung der Versicherungspflicht wirksam gekündigt wurde. Dies setzt unter anderem voraus, dass der bisherigen Krankenkasse, sofern keine zur Meldung verpflichtete Stelle vorhanden ist, innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedsbescheinigung der neu gewählten Krankenkasse (und somit der Nachweis der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall) vorgelegt wurde. Ein wirksamer Krankenkassenwechsel bei derartigen Fallkonstellationen verhindert daher die obligatorische Anschlussversicherung bei der bisherigen Krankenkasse, da sich sowohl die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweislich lückenlos an die vorherige Versicherungspflicht anschließt als auch die vorangegangene Kündigung im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V als vorweggenommene Austrittserklärung nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu verstehen ist. Das Beitrittsrecht bei der neuen Krankenkasse ist im Übrigen an die Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V gekoppelt.