

30. Juni 2011

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II

Die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesagentur für Arbeit (BA) haben unter dem Datum vom 26. Januar 2007 ein gemeinsames Rundschreiben zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II herausgegeben.

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I Seite 378) haben bzw. hatten sich mit Wirkung vom 1. Januar 2009 an folgende Änderungen ergeben, die in dem gemeinsamen Rundschreiben zu berücksichtigen sind:

- Personen, die unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II (ab 1. Januar 2009) privat krankenversichert waren oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert und hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind oder zu den in § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personen (z. B. Beamte) gehören oder bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten, unterliegen nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V (§ 5 Abs. 5a SGB V).
- Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V (§ 246 SGB V).
- Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II sind von den Leistungsträgern nach dem SGB II für Beitragszeiten ab 1. Januar 2009 an den Gesundheitsfonds abzuführen (§ 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V, § 60 Abs. 3 Satz 1 2. Halbsatz SGB XI).

- Die Regelungen der Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für privat oder freiwillig krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II wurden neugefasst (§ 26 SGB II).
- Die BA konnte den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2010 geltenden Fassung für Bezieher von Arbeitslosengeld II unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen (§ 26 Abs. 4 SGB II a. F.).

Zu berücksichtigen sind ferner die aus Anlass des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 20. Dezember 2007, 2 BvR 2433/04 und 2 BvR 2434/04, erfolgten gesetzlichen Änderungen zur Organisation und Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Auf der Basis einer Änderung des Grundgesetzes (neuer Artikel 91e) stellt das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisation der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom 3. August 2010 (BGBl I S. 1112) sicher, dass die gemeinsame Aufgabenwahrnehmung von Agenturen für Arbeit und Kommunen fortgesetzt werden kann. Die zugelassenen kommunalen Träger erhalten zudem die Möglichkeit, ihre bis 31. Dezember 2010 befristete gemeinsame Aufgabenwahrnehmung über diesen Zeitpunkt hinaus unbefristet fortzusetzen; auf Antrag wird eine gewisse Anzahl weiterer kommunaler Träger zugelassen.

Außerdem wurden zum 1. Januar 2011 Änderungen in dem Verfahren zur Feststellung von Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit nach § 44a SGB II vorgenommen. In Widerspruchsfällen entscheidet nicht mehr eine gemeinsame Einigungsstelle, sondern der Leistungsträger nach dem SGB II auf der Basis einer gutachterlichen Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers. Die gemeinsame Verlautbarung vom 12. Dezember 2006 zur Durchführung des Einigungsstellenverfahrens nach § 44a und 45 SGB II i. d. F. des Gesetzes zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist damit ab 1. Januar 2011 ersatzlos entfallen.

Nach dem Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010 (BGBl I S. 2309) ist ab 1. Januar 2011 für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder freiwillig versicherte Bezieher von Sozialgeld nach dem SGB II der kassenindividuelle, höchstens jedoch der für das jeweilige Kalenderjahr festgestellte durchschnittliche Zusatzbeitrag zu zahlen, der aus der Liquidität

tätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht wird. Von dem mit diesem Gesetz eingeführten Sozialausgleich sind die Bezieher von Arbeitslosengeld II ausgenommen. Dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben (sog. Aufstocker).

Darüber hinaus sind die durch das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453) eingetretenen Änderungen zu berücksichtigen. Dies betrifft z. B. die Anhebung des Regelbedarfs rückwirkend zum 1. Januar 2011 um 5 Euro sowie Auszubildende, deren Leistungsbezug nach dem SGB II mit Wirkung zum 1. Januar 2011 nicht als Arbeitslosengeld II gilt und damit eine sozialversicherungsrechtliche Beurteilung für diesen Personenkreis entfällt.

Außerdem sind der GKV-Spitzenverband sowie die BA inzwischen zu der übereinstimmenden Rechtsauffassung gelangt, dass eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge im Sinne des 229 SGB V sowie daneben erzielttes Arbeitseinkommen als beitragspflichtige Einnahmen von der Anrechnungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V nicht ausgenommen sind.

Der GKV-Spitzenverband, die BA und die kommunalen Spitzenverbände nehmen diese Rechtsänderungen zum Anlass, das gemeinsame Rundschreiben zu überarbeiten. Sofern nichts Abweichendes deutlich gemacht ist, sind in den einzelnen Abschnitten die Rechtsvorschriften in der am 1. Januar 2011 geltenden Fassung wiedergegeben.

Die durch das Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 vom 28. April 2011 und das Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes vom 28. April 2011 vorgenommenen Änderungen zum Wehr- und Zivildienst haben in diesem Rundschreiben noch keine Berücksichtigung gefunden.

Dieses Rundschreiben ist Grundlage für die sachgerechte Beurteilung der Versicherungspflicht, die sachlich und rechnerisch richtige Berechnung und Abführung der Beiträge und die ordnungsgemäße Abwicklung des Meldeverfahrens.

Inhaltsverzeichnis

I	Versicherungspflicht.....	12
I 1	Krankenversicherung.....	12
I 1.1	Grundlagen der Versicherungspflicht.....	20
I 1.1.1	Allgemeines.....	20
I 1.1.2	Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand.....	22
I 1.1.3	Ausschluss des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II	23
I 1.1.4	Auswirkungen des Bezuges von Sozialgeld.....	26
I 1.1.5	Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II	27
I 1.1.6	Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte	27
I 1.1.7	Arbeitslosengeld II als Darlehen	27
I 1.1.8	Versicherungspflicht bei umstrittener Erwerbsfähigkeit.....	28
I 1.2	Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 5a SGB V	29
I 1.2.1	Allgemeines.....	29
I 1.2.2	Unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert	31
I 1.2.3	Unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat versicherte Personen.....	33
I 1.2.4	Zusammentreffen von § 5 Abs. 5a SGB V mit anderen Tatbeständen der Versicherungspflicht	34
I 1.2.5	Übergangsregelung.....	36
I 1.3	Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V.....	36
I 1.4	Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung	38
I 1.4.1	Allgemeines.....	38
I 1.4.2	Mehrfachversicherung	38
I 1.4.3	Vorrang der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.....	39

I 1.4.3.1	Besonderheiten bei Rentenantrag, Rentenbezug und Familienversicherung	40
I 1.4.3.2	Grundsatz Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V geht der Versicherungspflicht als Rentenantragsteller/Rentner vor.....	41
I 1.4.3.3	Rentenantrag durch beide Ehegatten	42
I 1.4.3.4	Rentenantrag des familienversicherten Ehegatten, wenn der andere Ehegatte aufgrund eines weiteren Tatbestandes der Versicherungspflicht unterliegt.....	42
I 1.4.3.5	Rentenanträge von Kindern	43
I 1.4.3.6	Studenten sowie Praktikanten und Auszubildende ohne Arbeitsentgelt.....	44
I 1.4.3.7	Künstler und Publizisten	45
I 1.4.4	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit.....	45
I 1.4.5	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und der Tätigkeit als Beamter.....	45
I 1.4.6	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und einer freiwilligen Versicherung	46
I 1.4.7	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und bestehender Befreiung von der Krankenversicherungspflicht.....	46
I 1.5	Vorrang der Familienversicherung.....	47
I 1.5.1	Allgemeines.....	47
I 1.5.2	Familienversicherung der Kinder von Kindern	48
I 1.5.3	Familienversicherung von Stief-, Enkel- und Pflegekindern	49
I 1.5.4	Ausschluss der Familienversicherung in Sonderfällen	52
I 1.5.5	Entscheidung über das Vorliegen einer Familienversicherung.....	53
I 1.5.6	Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld.....	54
I 1.6	Ergänzende Bestimmungen zum Begriff Leistungsbezug.....	54
I 1.7	Rückforderung gewährter Leistungen	56
I 1.7.1	Allgemeines.....	56
I 1.7.2	Leistungsrückforderung aufgrund bloßer Vorauszahlung von Arbeitslosengeld II	57
I 1.7.3	Auswirkungen von Erstattungsansprüchen	58
I 1.8	Befreiung von der Krankenversicherungspflicht.....	58

I 1.9	Mitgliedschaft	59
I 1.9.1	Beginn der Mitgliedschaft	59
I 1.9.2	Erhalt der Mitgliedschaft	59
I 1.9.3	Ende der Mitgliedschaft	60
I 2	Pflegeversicherung	60
I 2.1	Versicherungspflicht	63
I 2.2	Anderweitige Pflegeversicherungspflicht	64
I 2.3	Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages	65
I 2.4	Befreiung von der Versicherungspflicht	65
I 2.5	Mitgliedschaft	66
II	Zuständige Krankenkasse und Pflegekasse/ Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II.....	66
II 1	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit.....	76
II 1.1	Allgemeines.....	76
II 1.2	Zuständigkeit einer landwirtschaftlichen Krankenkasse	76
II 1.3	Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels	77
II 1.3.1	Allgemeines.....	77
II 1.3.2	Sonderkündigungsrecht.....	77
II 2	Pflegekassenzuständigkeit.....	79
II 3	Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II	79
II 3.1	Allgemeines.....	79
II 3.2	Jobcenter als gemeinsame Einrichtungen	80
II 3.3	Jobcenter als zugelassene kommunale Träger („Optionskommunen“)	81
II 3.4	Leistungserbringung durch Kommunen ohne Bildung von Arbeitsgemeinschaften oder ohne Wahrnehmung des Optionsrechts.....	82

III	Weiterversicherung im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II.....	82
III 1	Allgemeines	85
III 2	Beitrittsvoraussetzungen.....	87
III 2.1	Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Erlöschen einer Familienversicherung	87
III 2.2	Erfüllung der Vorversicherungszeit	88
III 3	Beitrittsfrist	89
IV	Beitragsrecht.....	90
IV 1	Grundsätze der Beitragsberechnung.....	100
IV 1.1	Allgemeines.....	100
IV 1.2	Beitragspflichtige Einnahmen	100
IV 1.2.1	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfachtatbeständen	101
IV 1.2.2	Zusammentreffen mit Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elterngeld	108
IV 1.2.3	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen beim Zusammentreffen mit Renten und Versorgungsbezügen.....	109
IV 1.2.4	Pauschalierung schwankender weiterer beitragspflichtiger Einnahmen	110
IV 1.2.5	Zusammentreffen der beitragspflichtigen Einnahmen als landwirtschaftlicher Unternehmer und Arbeitslosengeld II-Bezieher	111
IV 1.3	Beitragssatz.....	111
IV 1.3.1	Krankenversicherung.....	111
IV 1.3.2	Pflegeversicherung.....	112
IV 1.4	Tragung der Beiträge.....	113
IV 1.4.1	Krankenversicherung.....	113
IV 1.4.2	Pflegeversicherung.....	113
IV 1.5	Berechnung der Beiträge.....	113

IV 1.6	Zusatzbeitrag.....	114
IV 1.7	Sozialausgleich	115
IV 2	Zahlung und Abrechnung der Beiträge	116
IV 2.1	Allgemeines.....	116
IV 2.2	Fälligkeit	116
IV 2.3	Verfahren bis 31. Dezember 2008	117
IV 2.4	Verfahren ab 1. Januar 2009	117
IV 3	Nachweis der Beitragsabrechnung.....	117
IV 3.1	Allgemeines.....	117
IV 3.2	Beitragszeiten bis 31. Dezember 2008	118
IV 3.2.1	Beitragsnachweise für die Krankenkassen	118
IV 3.2.2	Nachweis für den Einzelfall.....	119
IV 3.2.3	Monatszusammenstellung	119
IV 3.2.4	Aufbewahrung der Nachweise	120
IV 3.3	Beitragszeiten ab 1. Januar 2009	120
IV 3.3.1	Beitragsnachweise für den Gesundheitsfonds	120
IV 3.3.2	Nachweis für den Einzelfall.....	121
IV 3.3.3	Monatszusammenstellung	121
IV 3.3.4	Aufbewahrung der Nachweise	122
IV 4	Prüfung der Beitragszahlung.....	123
IV 5	Ersatzansprüche und Beitragserstattungen.....	123
IV 5.1	Beitragszeiträume bis 31. Dezember 2008	123
IV 5.1.1	Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung.....	123
IV 5.1.1.1	Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten	124
IV 5.1.1.2	Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber der Krankenkasse.....	125

IV 5.1.1.3 Erstattungsansprüche des Leistungsträgers nach dem SGB II für Pflegeversicherungsbeiträge	126
IV 5.1.2 Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld	127
IV 5.1.3 Abgrenzung der einzelnen Erstattungsansprüche	128
IV 5.1.3.1 Allgemeines.....	128
IV 5.1.3.2 Verfahrenssicherheit.....	128
IV 5.1.3.3 Abgrenzung zur Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen	128
IV 5.1.3.4 Reihenfolge der Erstattungsansprüche nach § 335 Abs. 2 SGB III und § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 2 SGB III, wenn neben der Rente sowohl Arbeitslosengeld als auch Arbeitslosengeld II bezogen worden ist	129
IV 5.2 Beitragszeiträume ab 1. Januar 2009	129
IV 5.2.1 Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung.....	129
IV 5.2.1.1 Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten	129
IV 5.2.1.2 Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Gesundheitsfonds.....	130
IV 5.2.1.3 Erstattungsansprüche des Leistungsträgers nach dem SGB II für Pflegeversicherungsbeiträge	131
IV 5.2.2 Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld	131
IV 5.2.3 Abgrenzung der einzelnen Erstattungsansprüche	132
IV 5.2.3.1 Allgemeines.....	132
IV 5.2.3.2 Verfahrenssicherheit.....	132
IV 5.2.3.3 Abgrenzung zur Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen	133
IV 5.2.3.4 Reihenfolge der Erstattungsansprüche nach § 335 Abs. 2 SGB III und § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 2 SGB III, wenn neben der Rente sowohl Arbeitslosengeld als auch Arbeitslosengeld II bezogen worden ist	133
IV 5.3 Beitragserstattung bei durchgeführter Pflichtversicherung trotz Vorrangs einer Familienversicherung	133

V	Zuschüsse zu Versicherungsbeiträgen / Beitragsübernahmen.....	134
V 1	Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	137
V 1.1	Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld.....	137
V 1.1.1	Krankenversicherung.....	137
V 1.1.2	Pflegeversicherung.....	137
V 1.2	Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Beitragslast.....	138
V 1.2.1	Krankenversicherung.....	138
V 1.2.2	Pflegeversicherung.....	138
V 2	Versicherte eines privaten Krankenversicherungsunternehmens.....	138
V 2.1	Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld.....	138
V 2.1.1	Krankenversicherung.....	138
V 2.1.2	Pflegeversicherung.....	139
V 2.2	Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Zahlung des Beitrags....	139
V 2.2.1	Krankenversicherung.....	139
V 2.2.2	Pflegeversicherung.....	139
V 3	Übernahme des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V.....	140
V 3.1	Rechtslage vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2010.....	140
V 3.1.1	Allgemeines zum Zusatzbeitrag.....	140
V 3.1.2	Einkommensbereinigung oder Beitragsübernahme	140
V 3.2	Rechtslage ab 1. Januar 2011	141
V 3.2.1	Allgemeines zum Zusatzbeitrag.....	141
V 3.2.2	Einkommensbereinigung und Beitragsübernahme.....	142
V 4	Zahlung durch den Leistungsträger.....	143
VI	Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung	143
VI 1	Allgemeines	144

VI 2	Meldepflichtige Tatbestände.....	145
VI 2.1	Anmeldungen	146
VI 2.2	Änderungsmeldungen	146
VI 2.3	Abmeldungen	146
VI 2.4	Stornierung von Meldungen.....	147
VI 2.5	Bestandsabstimmung	148
VI 3	Meldefristen	148
VI 4	Besonderheiten im Meldeverfahren bei der Durchführung der Familierversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II.....	148
VI 5	Meldeverfahren bei Einberufung zum Wehr- oder Zivildienst	149
VI 6	Meldeverfahren bei der Teilnahme an einer Eignungsübung.....	150

Anlage 1

Meldung zur Familienversicherung

Anlage 2

Merkblatt zur Familienversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Anlage 3

Übersicht über mögliche Fallkonstellationen zur Abgrenzung des Vorrangs der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II

Anlage 4

Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung/ -übertragung des Beitragsnachweises für die Bezieher von Arbeitslosengeld II von den zugelassenen kommunalen Trägern an das Bundesversicherungsamt (BVA) bzw. die Datenannahmestellen der Krankenkassen

Anlage 5

Muster-Beitragsnachweis der BA für die Krankenkassen

Anlage 6

Muster-Beitragsnachweis der BA für den Gesundheitsfonds

I Versicherungspflicht

I 1 Krankenversicherung

§ 5 SGB V Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. bis 2. ...

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. bis 12. ...

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) bis (4a) ...

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat kran-

kenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

(6) bis (8a) ...

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) und (11) ...

§ 6 SGB V

Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,
- 1a. abweichend von Nummer 1 nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaf-

fung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,

8. Personen, die nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind.

(2) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, wenn sie ihren Rentenanspruch nur aus der Versicherung dieser Personen ableiten und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben.

(3) Die nach Absatz 1 oder anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme von Absatz 2 und § 7 versicherungsfreien oder von der Versicherungspflicht befreiten Personen bleiben auch dann versicherungsfrei, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis 13 genannten Voraussetzungen erfüllen. Dies gilt nicht für die in Absatz 1 Nr. 3 genannten Personen, solange sie während ihrer Beschäftigung versicherungsfrei sind.

(3a) Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 5 Abs. 5 nicht versicherungspflichtig waren. Der Voraussetzung nach Satz 2 stehen die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer in Satz 2 genannten Person gleich. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 versicherungspflichtig sind.

(4) bis (8) ...

§ 10 SGB V

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,

2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,
3. nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind; dabei bleibt die Versicherungsfreiheit nach § 7 außer Betracht,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31.12.2013 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches) außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten. Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Als Kinder im Sinne der Absätze 1 bis 3 gelten auch Stiefkinder und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält, sowie Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 des Ersten Buches). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern. Stiefkinder im Sinne des Satzes 1 sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds.

(5) Sind die Voraussetzungen der Absätze 1 bis 4 mehrfach erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse.

(6) Das Mitglied hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.

§ 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) bis (11) ...

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

(2) bis (11a) ...

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

(13) ...

§ 2 KVLG 1989

Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. bis 5. ...

6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,

7. ...

(2) bis (9) ...

§ 3 KVLG 1989

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) ...

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. bis 5. ...

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

7. ...

(3) ...

§ 7 KVLG 1989

Familienversicherung

(1) Für die Familienversicherung gilt § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Familienversicherung besteht auch für den im landwirtschaftlichen Unternehmen tätigen Ehegatten oder Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers oder eines mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern er nur wegen der Vorschriften des § 2 Abs. 3 oder 4 nicht versicherungspflichtig wird. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten oder Lebenspartners bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten oder Lebenspartner aus dem von ihnen gegenwärtig oder früher gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Beschäftigung als mitarbeitende Familienangehörige erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht.

(2) Die Satzung kann die Familienversicherung auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Inland aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das

regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro. § 309 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

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.

I 1.1 Grundlagen der Versicherungspflicht

I 1.1.1 Allgemeines

Bezieher von Arbeitslosengeld II unterliegen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V der Krankenversicherungspflicht. Voraussetzung ist, dass das Arbeitslosengeld II nicht nur darlehensweise bezogen wird. Darüber hinaus entsteht keine Versicherungspflicht, wenn nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 SGB II (Leistungen für Erstausrüstungen für Wohnungen usw.) bezogen werden, soweit Leistungen für Auszubildende nach § 27 SGB II (z. B. in Höhe der Mehrbedarfe, Zuschuss zu den Aufwendungen für Unterkunft und Heizung) oder Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II (z. B. für Schulausflüge, Schulbedarf, Lernförderung oder Mittagsverpflegung) gezahlt werden.

Ferner wird die Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn der Bezieher von Arbeitslosengeld II familienversichert ist.

Leben in einer Bedarfsgemeinschaft mehrere erwerbsfähige Leistungsberechtigte zusam-

*) § 309 Abs. 6 gestrichen durch Gesetz vom 22.12.1999 (BGBl I S. 2657)

men, richtet sich die Beurteilung, welche dieser Personen der Versicherungspflicht unterliegen, grundsätzlich nach der Vermutungsregelung für die Vertretung der Bedarfsgemeinschaft gemäß § 38 Abs. 1 Satz 2 SGB II. Entsprechend wird grundsätzlich derjenige versicherungspflichtig, der die Leistung beantragt und entgegennimmt. Sind beide Ehegatten (ebenso Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG, § 33b SGB I) wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig, so können die Ehegatten (Lebenspartner) abweichend von der Regelung des § 38 Abs. 1 Satz 2 SGB II bestimmen, für welchen Ehegatten (Lebenspartner) die Familienversicherung durchzuführen ist. Hieraus folgt, welcher Ehegatte (Lebenspartner) der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V unterliegt. Die Entscheidung ist im Rahmen des Antragsverfahrens auf Arbeitslosengeld II zu treffen. Sie gilt für die Dauer des gleichzeitigen ununterbrochenen Bezugs von Arbeitslosengeld II, soweit keine Änderungen eintreten, die eine erneute Beurteilung des Versicherungsverhältnisses nach sich ziehen (z. B. Aufnahme einer nicht nur geringfügigen Beschäftigung) und sich dadurch ein Wechsel im Versicherungsstatus des einzelnen Bezieher von Arbeitslosengeld II ergibt (z. B. bisher Familienversicherter wird aufgrund des Beschäftigungsverhältnisses versicherungspflichtig, dadurch Wechsel des bisher pflichtversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II in die Familienversicherung).

Versicherungspflicht besteht auch für die Personen, die Arbeitslosengeld II nach der Übergangsbestimmung des § 65 Abs. 4 Satz 1 SGB II erhalten. Danach wird Arbeitslosengeld II auch denjenigen gewährt, die das 58. Lebensjahr vollendet haben und die Regelvoraussetzungen für den Anspruch auf Arbeitslosengeld II nur deshalb nicht erfüllen, weil sie nicht arbeitsbereit sind und nicht alle Möglichkeiten nutzen oder nutzen wollen, ihre Hilfebedürftigkeit durch die Aufnahme einer Arbeit zu beenden. Die Versicherungspflicht gilt für die gesamte Dauer des Bezugs von Arbeitslosengeld II unter den erleichterten Voraussetzungen des § 65 Abs. 4 SGB II, wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld II vor dem 1. Januar 2008 entstanden ist und der erwerbsfähige Leistungsberechtigte vor diesem Tag das 58. Lebensjahr vollendet hat. Insofern handelt es sich ausschließlich um Altfälle.

Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II besteht ebenfalls nicht, wenn gleichzeitig eine Beschäftigung in einem anderen Mitgliedsstaat der EU, in einem anderen EWR-Staat oder in der Schweiz ausgeübt wird. In diesen Fällen sind ausschließlich die Sozialversicherungsvorschriften des Staates anzuwenden, in dem die Beschäftigung stattfindet. Die in diesem Fall ggf. für Angehörige bestehenden Ansprüche im Rahmen der Leistungsaushilfe sind im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V mit einer Familienversicherung

nach § 10 SGB V gleichzustellen, sodass für diese Personen eine Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II in Deutschland ausgeschlossen ist.

Für die landwirtschaftliche Krankenversicherung wird die Versicherungspflicht der Arbeitslosengeld II-Bezieher in § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 geregelt.

I 1.1.2 Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II erhalten erwerbsfähige Leistungsberechtigte als Arbeitslosengeld II Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung.

Die die Versicherungspflicht auslösenden Leistungen des Arbeitslosengeldes II umfassen

- den Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 20 SGB II),
- die Mehrbedarfe (§ 21 SGB II) sowie
- die Bedarfe für Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II).

Die Versicherungspflicht ist demnach nicht auf den Bezug der Leistung in Form des Regelbedarfs nach § 20 SGB II beschränkt, sondern kann auch durch eine Leistungserbringung nach den §§ 21 und 22 SGB II bewirkt werden. Diese Leistungen können auch eigenständig erbracht werden und lösen deshalb bei deren Bezug ebenfalls Versicherungspflicht aus.

Der Regelbedarf nach § 20 SGB II kann anteilig oder in voller Höhe auch als Sachleistung gewährt werden, solange sich der Leistungsberechtigte unter den in § 24 Abs. 2 SGB II genannten Voraussetzungen als ungeeignet erweist, mit dem Regelbedarf seinen Bedarf zu decken oder, wenn aufgrund von Sanktionen nach § 31a SGB II der Regelbedarf um mindestens 30 vom Hundert abgesenkt wird. Auch in einem solchen Fall wird Arbeitslosengeld II im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bezogen, so dass die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht vorliegen. Als Bezugszeitraum gilt der Zeitraum, für den der Regelbedarf nach § 20 SGB II als Sachleistung erbracht wird.

Werden aufgrund von Sanktionen nach § 31a SGB II keine der vorgenannten Leistungen des Arbeitslosengeldes II mehr erbracht, entfällt die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II. Die Versicherung wird dann in der Regel nach Maßgabe der in den

jeweiligen Vorschriften beschriebenen Voraussetzungen als freiwillige Versicherung (§ 9 SGB V), Familienversicherung (§ 10 SGB V) oder – nachrangig – als Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) fortgesetzt.

In Fällen, in denen für Personen, die allein durch die Tragung von Beiträgen zu ihrer gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung hilfebedürftig würden, der Leistungsträger nach dem SGB II nach Maßgabe des § 26 Abs. 1 und 2 SGB II Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung übernimmt, entsteht allein durch die Gewährung des Zuschusses keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Näheres zum Zuschuss nach § 26 SGB II ist im Abschnitt V dargestellt.

Allein die Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen (§§ 14 bis 16g SGB II) löst ebenfalls keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V aus.

I 1.1.3 Ausschluss des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II

Arbeitslosengeld II wird nach § 7 SGB II u. a. nur dann gewährt, wenn die betreffende Person erwerbsfähig ist und kein Ausschlusstatbestand vorliegt. Für folgende Personen ist deshalb ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II von vornherein ausgeschlossen:

- a) Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht oder die Altersgrenze nach § 7a SGB II bereits erreicht haben (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II),
- b) Bezieher einer Vollrente wegen Alters, die vor der in § 7a SGB II genannten Altersgrenze beginnt (§ 7 Abs. 4 SGB II) oder der Knappschaftsausgleichsleistung oder ähnlicher Leistungen öffentlich-rechtlicher Art (z.B. Pensionen),
- c) Bezieher einer Rente bei voller Erwerbsminderung, sofern es sich nicht um eine sog. „Arbeitsmarktrente“ nach § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI handelt ,
- d) Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung der Pflegestufe 3 beanspruchen,
- e) Personen, die sich in stationärer Unterbringung befinden (§ 7 Abs. 4 Satz 1 SGB II),
- f) Personen, die sich in einer Einrichtung zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung befinden (§ 7 Abs. 4 Satz 2 SGB II),
- g) Auszubildende, deren Ausbildung im Rahmen des Berufsausbildungsförderungsgesetzes oder der §§ 60 bis 62 des SGB III dem Grunde nach förderungsfähig ist (§ 7 Abs. 5 SGB II).

Zu den stationären Einrichtungen im Sinne des § 7 Abs. 4 Satz 1 SGB II gehören insbesondere Altenpflegeheime, Altenpensions- und Kurheime, therapeutische Wohngemeinschaften, Heime oder andere betreute Wohneinrichtungen für behinderte Menschen, Blindenheime, Erholungsheime, Heilstätten, SOS-Kinderdörfer und Krankenhäuser. Im Einzelfall zählen auch Mütterhäuser, Obdachlosenunterkünfte und Einrichtungen für Nichtsesshafte sowie weitere Einrichtungen zur Resozialisierung nach §§ 67 bis 69 SGB XII dazu. Einrichtungen zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung sind nach § 7 Abs. 4 Satz 2 SGB II stationären Einrichtungen im Sinne des Satzes 1 explizit gleichgestellt.

Eine stationäre Einrichtung in dem vorstehenden Sinne liegt vor, wenn diese so strukturiert und gestaltet ist, dass es dem dort Untergebrachten nicht möglich ist, aus der Einrichtung heraus mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (BSG-Urteil vom 6. September 2007, B 14/7b AS 16/07 R). Dies ist vom Grundsatz dann der Fall, wenn der Leistungsrechte auf Grund der Vollversorgung in der Einrichtung und aufgrund seiner Einbindung in die Tagesabläufe der Einrichtung zeitlich und räumlich so weitgehend fremdbestimmt ist, dass er für Integrationsbemühungen nach dem SGB II nicht zur Verfügung steht, der Einrichtungsträger von der Aufnahme bis zur Entlassung des Leistungsberechtigten im Rahmen des angewendeten Therapiekonzeptes die Gesamtverantwortung für dessen tägliche Lebensführung übernimmt und Gemeinschaftseinrichtungen vorhanden sind. Dabei ist nicht nur die Einrichtung an sich zu betrachten, sondern auch die Umstände der Unterbringung, also das angewendete Therapiekonzept.

Wird von dem Einrichtungsträger nicht die Gesamt-, sondern lediglich eine Teilverantwortung für die tägliche Lebensführung übernommen und von dem Leistungsberechtigten ein gewisses Maß an Selbstständigkeit verlangt, liegt kein Leistungsausschluss nach § 7 Abs. 4 SGB II vor, wenn der Betroffene erwerbsfähig im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II ist. In diesen Fällen liegt lediglich eine teilstationäre Unterbringung vor. Maßgeblich ist, ob die Strukturen die Ausübung einer entsprechenden Erwerbstätigkeit zulassen. Dies hängt auch davon ab, welche obligatorischen Termine die Anwesenheit des Hilfesuchenden in der Einrichtung erforderlich machen, wie die Termindichte ist und wie ausgeprägt die Kontrolle über den Tagesablauf des Insassen tatsächlich institutionalisiert ist (Meldetermine, Zeitpläne usw.). Darüber hinaus wird geprüft werden müssen, welchen Verpflichtungen der Bewohner unterliegt und wie stark sein Freizeitverhalten kontrolliert und „fremdbestimmt“ wird.

Für die unter Buchstabe e genannten Personen besteht nach ausdrücklicher Bestimmung im § 7 Abs. 4 Satz 3 SGB II dennoch Anspruch auf Arbeitslosengeld II, wenn

- der Versicherte voraussichtlich für weniger als sechs Monate in einem Krankenhaus im Sinne des § 107 SGB V untergebracht ist oder
- der Versicherte trotz der Unterbringung in einer stationären Einrichtung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens 15 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Entsprechendes gilt aufgrund der mit § 7 Abs. 4 Satz 2 SGB II vorgenommenen Gleichstellung für die unter Buchstabe f genannten Personen.

Beispielsweise zählen hierzu:

- erwerbstätige Freigänger,
- behinderte Menschen, die in einem Heim oder einer anderen stationären Wohneinrichtung für behinderte Menschen leben, aber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (nicht jedoch Werkstätten für behinderte Menschen) erwerbstätig sind,
- Obdachlose, die in einer stationären Einrichtung untergebracht sind und außerhalb dieser Einrichtung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Der Verweis im § 7 Abs. 4 Satz 3 Nr. 1 SGB II auf den gesamten § 107 SGB V stellt klar, dass ein Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 107 Abs. 2 SGB V) ebenfalls von dieser Ausnahmegesetzvorschrift erfasst wird.

Bei der Beurteilung des 6-Monats-Zeitraumes nach § 7 Abs. 4 Satz 3 Nr. 1 SGB II sind Aufenthaltszeiten in unterschiedlichen Einrichtungen nach der Gesetzesbegründung grundsätzlich zusammenzurechnen. Zeiten des Aufenthalts in einer Justizvollzugsanstalt und eines sich dem Haftende anschließenden Krankenhausaufenthalts sind jedoch nicht zu addieren. Ist während des Strafvollzugs eine Behandlung in einem Krankenhaus außerhalb der Haftanstalt erforderlich, wird auch bei einer Unterbringung von voraussichtlich weniger als sechs Monaten während dieser Zeit kein Anspruch auf Arbeitslosengeld II begründet, da die Krankenhausbehandlung dem Vollzug der richterlich angeordneten Freiheitsentziehung zuzurechnen ist. Beginnt ein Krankenhausaufenthalt während der Haft und endet die Freiheitsentziehung während des Krankenhausaufenthalts, ist die Zeit des Krankenhausaufenthalts während der Freiheitsentziehung bei der Beurteilung des 6-Monats-Zeitraums mit zu berücksichtigen. Steht unmittelbar im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt außerhalb einer

Justizvollzugsanstalt ein Freiheitsentzug bevor, ist der Zeitraum der Freiheitsentziehung in die entsprechende Beurteilung zum Beginn des Krankenhausaufenthalts bereits einzubeziehen.

Erfolgt die Einweisung in ein Krankenhaus durch richterliche Anordnung, greift die Ausnahme gemäß § 7 Abs. 4 Satz 3 Nr. 1 SGB II. Wandelt sich der angeordnete in einen freiwilligen Aufenthalt, sind diese Zeiten im Hinblick auf den 6-Monats-Zeitraum zu addieren.

In den Fällen der Buchstaben a bis d besteht auch dann keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, wenn Arbeitslosengeld II (irrtümlich) gewährt wurde. § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V, wonach die Versicherungspflicht auch dann besteht, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, gilt in diesen Fällen nicht. Eine Mitgliedschaft bzw. ein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung wird dann nicht begründet. Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen werden nicht gewährt. Es ist regelmäßig davon auszugehen, dass in diesen Fällen eine dennoch ausgesprochene Bewilligung als nichtig im Sinne des § 40 SGB X anzusehen ist und somit keine Rechtswirkungen entfalten kann. In den Fällen des Buchstaben b ist dies nur der Fall, wenn Rente oder vergleichbare Leistung zum Zeitpunkt der Bewilligung bereits bezogen wird.

In den übrigen Fällen (Buchstabe e bis g) besteht Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V bei (irrtümlicher) Gewährung von Arbeitslosengeld II. Das Gleiche gilt, wenn die Erwerbsfähigkeit aufgrund einer vorliegenden Erkrankung oder Behinderung lediglich zweifelhaft erscheint.

I 1.1.4 Auswirkungen des Bezuges von Sozialgeld

Der Bezug von Sozialgeld (§ 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II) begründet keine Versicherungspflicht. Sozialgeld erhalten nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, soweit sie keinen Anspruch auf Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) haben.

Bezieher von Sozialgeld haben nach Maßgabe des § 26 Abs. 1 und 2 SGB II Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung in

bestimmter Höhe (vgl. V).

I 1.1.5 Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II

Nach der Intention des SGB II des Fördern und Forderns des Leistungsberechtigten sehen die Vorschriften des SGB II vielfältige Maßnahmen zur Kürzung des Arbeitslosengeldes II vor, wenn der Leistungsberechtigte bestimmte ihm auferlegte Pflichten verletzt (§ 31 SGB II). Die Leistungskürzungen beseitigen die Versicherungspflicht nicht, solange weiterhin die im Abschnitt I 1.1.2 genannten Leistungen erbracht werden. Dies gilt selbst dann, wenn der Regelbedarf nach § 20 SGB II nicht mehr gewährt wird. Deshalb besteht Versicherungspflicht auch, sofern der Leistungsträger nach § 31a Abs. 3 Satz 1 SGB II ausschließlich ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen in angemessenem Umfang erbringt.

Versicherungspflicht besteht ferner, wenn bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (junge Leistungsberechtigte), nach einer sanktionierten Pflichtverletzung gemäß § 31a Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz SGB II das Arbeitslosengeld II auf die Bedarfe für Unterkunft und Heizung beschränkt ist.

I 1.1.6 Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte

Auch die ausschließliche Übernahme des Bedarfs für Unterkunft und Heizung gehört zu den die Versicherungspflicht auslösenden Leistungen des Arbeitslosengeldes II und bewirkt, wie im Abschnitt I 1.1.1 und 1.1.2 dargestellt, Versicherungspflicht. Dies gilt auch dann, wenn diese Leistungen nach § 22 Abs. 7 SGB II an den Vermieter oder andere Empfangsberechtigte gezahlt werden.

I 1.1.7 Arbeitslosengeld II als Darlehen

Soweit Arbeitslosengeld II ausschließlich als Darlehen erbracht wird, besteht nach ausdrücklicher Bestimmung im § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V keine Krankenversicherungspflicht. Darlehensweise wird Arbeitslosengeld II gezahlt,

- wenn Hilfebedürftigkeit nur deswegen besteht, weil dem Arbeitsuchenden der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung von zu berücksichtigendem Vermögen nicht möglich ist oder der sofortige Verbrauch bzw. die sofortige Verwertung eine besondere Härte darstellen würde (§ 9 Abs. 4 i. V. m. § 24 Abs. 5 SGB II),

- zur Instandhaltung von Wohneigentum und zur Wohnungsbeschaffung - Mietkaution (§ 22 Abs. 2 und 6 SGB II),
- zur Übernahme von Mietschulden, jedoch nur im Zusammenhang mit den regulären Leistungen für Kosten der Unterkunft (§ 22 Abs. 8 SGB II),
- in Form der abweichenden Leistungserbringung (§ 24 Abs. 1 SGB II),
- soweit in dem Monat, für den die Leistungen erbracht werden, voraussichtlich Einnahmen anfallen (§ 24 Abs. 4 SGB II) oder
- an Auszubildende, wenn der Leistungsausschluss nach § 7 Abs. 5 SGB II eine besondere Härte bedeutet (§ 27 Abs. 4 SGB II).

Der Vollständigkeit halber ist auch die darlehensweise Erbringung von Eingliederungsmaßnahmen nach § 16g Abs. 1 Satz 2 SGB II zu nennen.

I 1.1.8 Versicherungspflicht bei umstrittener Erwerbsfähigkeit

Nach § 44a Abs. 1 SGB II stellt die Agentur für Arbeit fest, ob Erwerbsfähigkeit vorliegt. Der kommunale Träger, ein anderer Träger, der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre (z. B. Rentenversicherungsträger) oder die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, können der Entscheidung der Agentur für Arbeit über die Erwerbsfähigkeit weiterhin widersprechen. Im Widerspruchsfall entscheidet jedoch nicht mehr eine Einigungsstelle, sondern die Agentur für Arbeit, nachdem sie eine gutachterliche Stellungnahme des nach § 109a Abs. 2 SGB VI zuständigen Rentenversicherungsträgers eingeholt hat. Nach § 44a Abs. 1a SGB II bedarf es nicht der Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers, wenn dieser bereits nach § 109a Abs. 2 Satz 2 SGB VI, das heißt auf Ersuchen des zuständigen Trägers der Sozialhilfe nach § 45 SGB XII, eine gutachterliche Stellungnahme abgegeben hat. Die Agentur für Arbeit und alle gesetzlichen Leistungsträger nach dem Zweiten, Dritten, Fünften, Sechsten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind an die gutachterliche Stellungnahme gebunden; die Regelungen des § 48 SGB X für die Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse bleiben davon unberührt (§ 44a Abs. 2 SGB II). Die Möglichkeit der Krankenkasse, gegen die Entscheidung der Agentur für Arbeit nach den Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes bei Nichtbeachtung der gutachterlichen Stellungnahme vorzugehen, bleibt davon unberührt.

Die Agentur für Arbeit stellt fest, ob und in welchem Umfang Hilfebedürftigkeit vorliegt und ob Personen vom Leistungsbezug nach dem SGB II ausgeschlossen sind (§ 44a Abs. 4 SGB II).

Damit wird in Konfliktfällen die Letztverantwortung für die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit der Agentur für Arbeit zugewiesen.

Da bis zu einer Entscheidung über den Widerspruch - bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen – das Arbeitslosengeld II weitergewährt wird, bleibt die Versicherungspflicht für die Dauer der weiteren Leistungsgewährung erhalten.

Sowohl die zugelassenen kommunalen Träger nach § 6b SGB II als auch die gemeinsamen Einrichtungen nach § 44b SGB II nehmen die Aufgaben der Agentur für Arbeit in dem zuvor beschriebenen Sinne wahr.

Einzelheiten des Verfahrens werden in Fachlichen Hinweisen der Bundesagentur für Arbeit beschrieben.

Nach dem bis zum 31. Dezember 2010 geltenden Recht (§§ 44a, 45 SGB II) hatte im Fall des Widerspruchs gegen die Feststellung, ob der Arbeitsuchende erwerbsfähig ist, die jeweils zuständige gemeinsame Einigungsstelle zu entscheiden. Da das Gesetz keine Regelung für den Übergang in das beschriebene neue Verfahren vorsieht, ist in Einigungsstellenverfahren, die sich über den 31. Dezember 2010 hinaus erstrecken, seit 1. Januar 2011 ebenfalls das neue Recht zu beachten. Der Leistungsträger nach dem SGB II entscheidet dann über die Erwerbsfähigkeit nach Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers, an die dieser gebunden ist.

I 1.2 Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 5a SGB V

I 1.2.1 Allgemeines

Vom 1. Januar 2009 an begründet nicht jeder Bezug von Arbeitslosengeld II die Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Versicherungspflicht kann durch die Regelung des § 5 Abs. 5a SGB V ausgeschlossen sein, es kann aber auch Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V bestehen (vgl. I 1.3). In beiden Fällen werden die Personen

im Sinne einer strikten Systemabgrenzung dem System der privaten Krankenversicherung (PKV) zugeordnet.

Zeitgleich wurde der Bezug von Arbeitslosengeld II als Tatbestand der Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag im § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V gestrichen (vgl. I 1.9).

Nach § 5 Abs. 5a SGB V sind Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V nicht versicherungspflichtig, wenn sie unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II

- privat krankenversichert waren oder
- weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind oder zu den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Diese Regelung gilt nach § 5 Abs. 5a Satz 2 SGB V nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig waren, für die Dauer der Hilfebedürftigkeit.

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung durch das GKV-WSG. Da die privaten Krankenversicherungen seit 1. Januar 2009 einen bezahlbaren Basistarif im Umfang des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung für Personen anbieten müssen, die privat krankenversichert sind oder sein können, erscheint es nicht länger erforderlich, Bezieher von Arbeitslosengeld II auch dann in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen, wenn sie unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren. Gleiches gilt für die Personen, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und als hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige oder als versicherungsfreie Personen zu dem Personenkreis gehören, der grundsätzlich der privaten Krankenversicherung zuzuordnen ist.

Die Regelung des § 5 Abs. 5a SGB V schließt den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung nur für nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II aus, die zuvor privat krankenversichert waren bzw. dem System der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind.

Nicht vom Ausschluss erfasst ist dagegen die gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V vorrangige Familienversicherung. Dementsprechend können diese Bezieher von Arbeitslosengeld II zwar nicht versicherungspflichtig, jedoch unter den sonstigen Voraussetzungen des § 10 SGB V familienversichert sein. In diesem Fall kann nach Maßgabe des § 205 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) die private Krankenversicherung vorzeitig gekündigt werden.

I 1.2.2 Unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert

Nach § 5 Abs. 5a erste Alternative SGB V ist die Versicherungspflicht für diejenigen Bezieher von Arbeitslosengeld II ausgeschlossen, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren. Das gilt unabhängig davon, worauf die private Krankenversicherung beruhte (reguläres Versicherungsvertragsverhältnis, Versicherung im Standardtarif, Versicherung im Basistarif) oder welche Stellung im Erwerbsleben der Versicherte vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II oder bei Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II hatte. Deshalb sind nicht nur hauptberuflich selbstständig Tätige oder Beamte von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn sie unmittelbar vor dem Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert waren, sondern auch solche Bezieher von Arbeitslosengeld II, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert und nicht erwerbstätig waren.

Beispiel 1:

Ein hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger erhält ab 01.02.2011 Arbeitslosengeld II in Form von Leistungen für Unterkunft nach § 22 SGB II. Die Ehefrau erhält ebenfalls Arbeitslosengeld II. Das 14-jährige Kind hat Anspruch auf Sozialgeld. Alle Personen sind bereits unmittelbar vor Beginn des Arbeitslosengeldes II privat krankenversichert.

Lösung:

Sowohl der hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige als auch die Ehefrau werden nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB II versicherungspflichtig, da sie vor dem Leistungsanspruch privat krankenversichert waren. Das Kind unterliegt nicht der Versicherungspflicht, da der Bezug von Sozialgeld nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB II führt.

Hinweis: Mit Vollendung des 15. Lebensjahres erhält das Kind Arbeitslosengeld II für erwerbsfähige Personen. Die Versicherungspflicht ist dann auch für das Kind nach § 5 Abs. 5a SGB V ausgeschlossen, da es unmittelbar vor dem Leistungsanspruch privat krankenversichert war.

Beispiel 2:

Wie Beispiel 1. Allerdings ist die Ehefrau unmittelbar vor Beginn des Arbeitslosengeldes II freiwillig gesetzlich krankenversichert. Das Kind ist über die Mitgliedschaft der Mutter familienversichert.

Lösung:

Für den hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen besteht wegen § 5 Abs. 5a SGB V keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Die Ehefrau ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig; die freiwillige Mitgliedschaft endet gemäß § 191 Nr. 2 SGB V. Das Kind ist nach § 10 SGB V über die Mitgliedschaft der Mutter weiterhin familienversichert. Für den Ehemann ist die Familienversicherung ausgeschlossen, sofern weiterhin eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird oder ein anderer Ausschluss-tatbestand (z. B. Überschreiten der Einkommensgrenze durch das Arbeitseinkommen) vorliegt.

Eine vorangegangene private Anwartschaftsversicherung schließt die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht aus, unabhängig davon, ob sie neben einer gesetzlichen Krankenversicherung oder allein bestand.

Als privat versichert im Sinne des § 5 Abs. 5a Satz 1 erste Alternative SGB V sind auch Personen mit Wohnsitz in Deutschland anzusehen, die nach den Regelungen des § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) verpflichtet sind bzw. waren, eine Krankheitskostenversicherung in der privaten Krankenversicherung abzuschließen bzw. aufrechtzuerhalten, dieser Verpflichtung aber (noch) nicht nachgekommen sind. Insofern ist das Tatbestandsmerkmal der „Unmittelbarkeit“ bei dieser Personengruppe regelmäßig als erfüllt anzusehen. Die Nichtbeachtung gesetzlicher Vorschriften darf nicht Folgen nach sich ziehen, die im Sinne einer Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung vom Gesetzgeber vermieden werden sollten.

Zu den Personen, die nach dieser Vorschrift zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung verpflichtet sind, gehört – sofern keine anderweitige gesetzliche Absicherung besteht – auch die Personengruppe der noch nie – weder gesetzlich noch privat – versicherten hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen (§ 5 Abs. 5 SGB V) und der in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen, sofern sie bereits vor Beginn des Arbeitslosengeld II-Bezuges ihren Wohnsitz in Deutschland hatten. Insofern dürfte das Tatbestandsmerkmal der „Unmittelbarkeit“ im Sinne des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V auch für diese Personengruppen regelmäßig erfüllt sein.

I 1.2.3 Unmittelbar vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat versicherte Personen

Nach § 5 Abs. 5a zweite Alternative SGB V ist als Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und hauptberuflich selbstständig erwerbstätig ist oder zu den im § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen (z. B. Beamte) gehört oder bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte.

Auf Personen, die taggenau vor Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld II tatsächlich weder gesetzlich noch privat versichert waren, zuletzt jedoch der GKV angehörten, treffen die Voraussetzungen des § 5 Abs. 5a zweite Alternative SGB V - ungeachtet der Personenkreiszugehörigkeit – von vornherein nicht zu, wenn die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorlagen, die Versicherungspflicht tatsächlich jedoch, z. B. wegen mangelnder Mitwirkung der betroffenen Person, nicht festgestellt worden ist. Diese Personen sind im Sinne einer konsequenten Systemabgrenzung für die Zeit des Arbeitslosengeld II-Bezuges (weiterhin) der GKV zuzuordnen. Dies gilt in diesem Fall auch dann, wenn eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nach § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V nur wegen des nachwirkenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V nicht in Frage kommt.

Sofern taggenau bis vor Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld II eine Zugehörigkeit zu einem besonderen Sicherungssystem und in dieser Zeit weder eine gesetzliche noch eine private Krankenversicherung bestand, wird bei der Beurteilung des § 5 Abs. 5a Satz 1 erste und zweite Alternative SGB V der Zeitraum dieses Sicherungssystems nicht berücksichtigt. Es ist dann auf das Krankenversicherungsverhältnis (gesetzlich oder privat) vor Beginn dieser Absicherung abzustellen. Als besondere Sicherungssysteme kommen insbesondere in Frage:

- Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Zeitsoldaten)
- Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V von Empfängern von Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel des SGB XII, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge

- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem BVG, dem BEG oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen, wenn die Heilbehandlung auch für sog. Nichtschädigungsfolgen gewährt wird.

Verlagert eine Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt von Deutschland vorübergehend ins Ausland, kehrt dann nach Deutschland zurück und bezieht ab dem ersten Tag der Wohnsitznahme in Deutschland Arbeitslosengeld II, ist im Sinne der ersten Alternative des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V auf das Krankenversicherungsverhältnis (gesetzlich oder privat) vor Beginn des Auslandsaufenthalts abzustellen. Bestand in diesem Fall oder weil die Person ohnehin bisher nicht in Deutschland gewohnt oder eine Beschäftigung ausgeübt hat, in Deutschland noch nie eine – gesetzliche oder private – Krankenversicherung, ist bei der Prüfung der Zugehörigkeit zum Personenkreis (Stellung im Erwerbsleben) bei dieser Fallgruppe darauf abzustellen, ob die Person unmittelbar vor der Verlegung des Wohnsitzes bzw. gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland eine berufliche Tätigkeit ausgeübt hat, die bei Ausübung der Tätigkeit in Deutschland zu einer Zugehörigkeit zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen geführt hätte.

I 1.2.4 Zusammentreffen von § 5 Abs. 5a SGB V mit anderen Tatbeständen der Versicherungspflicht

Der Ausschluss der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 5a SGB V erstreckt sich nach dem Gesetzestext nur auf die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II. Sind aufgrund eines anderen Tatbestandes (z. B. Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung) die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht erfüllt, wird der Ausschluss der Versicherungspflicht für den Leistungsbezug aufgehoben. Dies gilt nicht nur für Tatbestände, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II gleichzeitig zur Versicherungspflicht führen (z. B. Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung), sondern auch für versicherungsrechtliche Tatbestände, die gegenüber der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II nachrangig sind (z. B. Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner).

Grundsätzlich hat der Leistungsträger nach dem SGB II zu überwachen bzw. zu prüfen, ob ein zuvor beschriebener Fall vorliegt, bei dem die Wirkung des § 5 Abs. 5a SGB V aufgehoben wird und entsprechend Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintritt. Hat der Leistungsträger von einem solchen Sachverhalt keine Kenntnis (z. B. bei der Beantra-

gung einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung) benachrichtigt die Krankenkasse den Leistungsträger von dem Sachverhalt und überwacht die Anmeldung. Dies setzt jedoch voraus, dass die Krankenkasse Kenntnis von dem Arbeitslosengeld II-Bezug hat.

Entfällt der Tatbestand, der zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat bzw. wegen der Nachrangigkeit nicht geführt hat, bleibt für die fortgesetzte Dauer des Arbeitslosengeld II-Bezuges die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V und damit die Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Die Wirkung des ursprünglich einschlägigen § 5 Abs. 5a SGB V lebt nach zwischenzeitlicher gesetzlicher Versicherung nicht wieder auf. Gegebenenfalls ist während des anschließenden Bezugs von Arbeitslosengeld II die der Versicherungspflicht vorrangige Familienversicherung durchzuführen.

Personen, die – wie in den zuvor geschilderten Fällen - in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig werden und privat krankenversichert sind, können nach § 205 Abs. 2 VVG innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht ihre private Krankheitskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung oder eine für diese Versicherungen bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Im Übrigen ist eine Kündigung auch dann möglich, wenn eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung eintritt.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Nach Ablauf der Drei-Monats-Frist kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist.

Für Personen, die allein aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II grundsätzlich versicherungspflichtig würden, kommt eine vorzeitige Kündigung der privaten Versicherung nicht in Frage, da es in diesen Fällen nach § 5 Abs. 5a SGB V nicht zum Eintritt von Versicherungspflicht kommt.

I 1.2.5 Übergangsregelung

Nach § 5 Abs. 5a Satz 2 SGB V gilt der Ausschluss der Versicherungspflicht für zuvor privat versicherte oder bisher nicht versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II im Sinne von § 5 Abs. 5a SGB V zweite Alternative (vgl. I Nr. 1.2.3) nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 Arbeitslosengeld II beziehen für die Dauer der Hilfebedürftigkeit. Es handelt sich um eine Bestandsschutzregelung, die vermeidet, dass in laufenden Leistungsfällen ein Ausschluss der Versicherung nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V eintreten würde.

Die Übergangsregelung gilt solange der Versicherte hilfebedürftig ist und die Hilfebedürftigkeit, die für den Beginn des Leistungsbezugs vor dem 1. Januar 2009 ausschlaggebend war, über den 31. Dezember 2008 hinaus fortbesteht und gleichzeitig Arbeitslosengeld II bezogen wird.

Bei Unterbrechung der Hilfebedürftigkeit und dem damit verbundenen Ende des Leistungsbezugs endet auch die Anwendbarkeit der Übergangsregelung. Während des Unterbrechungszeitraumes besteht grundsätzlich ein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung (in Form einer Mitgliedschaft, Familienversicherung oder eines nachwirkenden Leistungsanspruchs) oder in der privaten Krankenversicherung. Bei Wiedereinsetzen der Leistungsgewährung ist der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V i. V. m. Abs. 5a SGB V zu beurteilen.

I 1.3 Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V

Nach § 6 Abs. 3a SGB V sind Personen versicherungsfrei,

- die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, wenn
- sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren.

Weitere Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit ist, dass die Personen mindestens die Hälfte dieser Zeit

- versicherungsfrei,
- von der Versicherungspflicht befreit oder
- nach § 5 Abs. 5 SGB V (als hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige) nicht versicherungspflichtig waren.

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II galt diese Regelung bis 31. Dezember 2008 ebenfalls nicht. Diese Einschränkung der Anwendbarkeit dieser Vorschrift gegenüber den Beziehern von Arbeitslosengeld II wurde aufgehoben, sodass dieser Personenkreis ab 1. Januar 2009 nicht nur nach § 5 Abs. 5a SGB V von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, sondern ggf. auch über § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sein kann.

Sofern sich im Regelfall der Ausschluss der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus § 5 Abs. 5a SGB V ergibt, kommt § 6 Abs. 3a SGB V nicht zur Anwendung. Bei Personen, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, kann die Kombination von § 5 Abs. 5a SGB V und § 6 Abs. 3a SGB V zur Versicherungsfreiheit führen.

Beispiel:

Bis 30.06.2006 bestand eine freiwillige Krankenversicherung. Seit 01.07.2006 ist die Person privat krankenversichert und hauptberuflich selbstständig erwerbstätig. Im Jahr 2009 hat die Person das 55. Lebensjahr vollendet.

Die selbstständige Tätigkeit endete am 31.03.2011. Ab 01.04.2011 wird Arbeitslosengeld II bezogen. Am 01.10.2011 wird eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen, Arbeitslosengeld II wird weiter bezogen.

Lösung:

Vom 01.04.2011 bis 30.09.2011 Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V über § 5 Abs. 5a SGB V.

Ab 01.10.2011 besteht anlässlich der Aufnahme der Beschäftigung Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V, womit der Ausschluss der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II weiterhin nach § 5 Abs. 5a SGB V bestehen bleibt. In diesem Fall kollidieren die Ausschlussvorschriften nicht miteinander.

Anmerkung:

Wären die Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V nicht erfüllt, würde die Versicherungspflicht aufgrund der Beschäftigung die Wirkung der Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 5a SGB V aufheben, sodass auch aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II Versicherungspflicht bestehen bzw. eintreten würde.

I 1.4 Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung

I 1.4.1 Allgemeines

Die Bestimmungen des SGB V, die die Rechtsverhältnisse bei Versicherungskonkurrenz (§ 5 Abs. 6 bis 8 SGB V) regeln, sehen keinen generellen Nachrang der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V vor. Deshalb ist bei Bezug von Arbeitslosengeld II eine Mehrfachversicherung möglich, wenn der Leistungsbezug mit anderen Versicherungstatbeständen zusammentrifft. Ein solches Zusammentreffen kann insbesondere dann eintreten, wenn Arbeitslosengeld II zusätzlich auch in Form von Leistungen für Unterkunft und Heizung erbracht wird. Der Tatbestand einer Mehrfachversicherung oder der Vorrangversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II setzt allerdings voraus, dass Arbeitslosengeld II weiterhin tatsächlich bezogen wird.

I 1.4.2 Mehrfachversicherung

Eine Mehrfachversicherung ist demnach denkbar beim Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II mit

- der Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989),
- dem Bezug von Arbeitslosengeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989),
- der Versicherungspflicht von Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und von Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 und 6 SGB V),
- dem Fortbestand der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 SGB V, § 25 KVLG 1989 (vgl. I 1.10.2),
- der Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989).

Bei Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung unterliegen, wird eine Familienversicherung über einen Eltern- oder Großelternteil nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V verdrängt. Damit kommt es bei einem Bezug von Arbeitslosengeld II gleichzeitig zu einer Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

Bei Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die im Rahmen dieser Maßnahme kein Übergangsgeld beziehen, besteht grundsätzlich Kranken- und Pflegeversicherungspflicht. Soweit sie neben einer solchen Maßnahme Arbeitslosengeld II beziehen, besteht ebenfalls der Tatbestand der Mehrfachversicherung.

Behinderte Menschen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V der Krankenversicherungspflicht unterliegen, haben keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II, weil sie im Sinne des SGB II als nicht erwerbsfähig gelten. Eine Mehrfachversicherung ist deshalb ausgeschlossen.

Eine Familienversicherung aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II (vgl. I 1.5) wird wegen der vorrangigen Krankenversicherungspflicht aufgrund des weiteren Versicherungsverhältnisses verdrängt. In diesen Fällen der Mehrfachversicherung besteht daher immer auch Kranken- und Pflegeversicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II.

Für Arbeitslosengeld II-Bezieher besteht unter den Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989. Zugleich bestimmt § 3 Abs. 2 Nr. 6 KVLG 1989, dass für die in § 5 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V genannten Personen die Versicherungspflicht nach dem KVLG 1989 vorrangig ist, wenn sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehören. Nach § 20 KVLG 1989 sind für diesen Personenkreis die Vorschriften des SGB V über u. a. die Versicherung (einschließlich Vorrang der Familienversicherung) und die Mitgliedschaft mit Ausnahme des § 173 SGB V entsprechend anzuwenden. Von den Regelungen der Vorrangigkeit der Versicherungspflichten nach § 2 Abs. 5 KVLG 1989 werden Arbeitslosengeld II-Bezieher nicht erfasst. Damit kann Versicherungspflicht als Arbeitslosengeld II-Bezieher nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 neben einem anderen Versicherungspflichttatbestand nach dem KVLG 1989, z. B. als Landwirt nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989, entstehen. Insoweit besteht Übereinstimmung mit den entsprechenden Regelungen im SGB V.

I 1.4.3 Vorrang der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V

Die Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II verdrängt wegen der Bestimmungen der § 5 Abs. 7 und Abs. 8 SGB V die Versicherungspflicht als Student oder Praktikant (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder Nr. 10 SGB V) sowie die Versicherungspflicht bzw. Pflichtmitglied-

schaft als Rentner/Rentenantragsteller (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 bis Nr. 12 SGB V, § 189 SGB V).

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird gemäß § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V ebenfalls durch eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ausgeschlossen. Dies trifft auch im Fall einer gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V vorrangigen Familienversicherung (vgl. I 1.5) zu.

I 1.4.3.1 Besonderheiten bei Rentenantrag, Rentenbezug und Familienversicherung

Würde wegen des Vorrangs einer Familienversicherung (vgl. I 1.5) keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintreten, verdrängt eine Versicherung als Rentner/Rentenantragsteller die gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangige Familienversicherung. In diesem Fall tritt aber nicht die Versicherungspflicht als Rentner/Rentenantragsteller ein, vielmehr ist ausschließlich die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchzuführen.

Beispiel:

Familienversicherung seit Jahren. Bezug von Arbeitslosengeld II seit 01.04.2011.

Rentenantrag am 01.08.2011. Die Vorversicherungszeit für die KVdR ist erfüllt.

Lösung:

Die Familienversicherung dauert zunächst über den 31.03.2011 hinaus an, da die Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangig ist. Aufgrund des Rentenantrages endet die Familienversicherung am 31.07.2011, da eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller vorrangig gegenüber der Familienversicherung ist. Allerdings ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wiederum vorrangig gegenüber der Pflichtmitgliedschaft als Rentenantragsteller, so dass am 01.08.2011 Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintritt.

Die vorstehend beschriebenen Rechtswirkungen ergeben sich auch z. B. bei familienversicherten Kindern, die Arbeitslosengeld II beziehen, und eine Halbwaisenrente beantragen oder beziehen, wenn die Vorversicherungszeit für die Versicherungspflicht in der KVdR erfüllt ist. In diesem Fall besteht ebenfalls Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

I 1.4.3.2 Grundsatz Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V geht der Versicherungspflicht als Rentenantragsteller/Rentner vor

Die Versicherungspflicht als Rentenantragsteller/Rentner ist nachrangig gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Bei der Betrachtung einer Bedarfsgemeinschaft hat dies u. U. einen Wechsel der Person zur Folge, für die die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchzuführen ist. Das ist der Fall, wenn der Bezieher von Arbeitslosengeld II, der bisher familienversichert war und nun einen Rentenantrag stellt, aus der Familienversicherung in die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wechselt. Der Ehegatte, der ebenfalls Arbeitslosengeld II bezieht und bislang versicherungspflichtig war, ist in diesen Fällen in die Familienversicherung zu überführen, wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung im Einzelnen vorliegen. In Fällen dieser Art hat die Krankenkasse den Leistungsträger nach dem SGB II mit dem Vordruck entsprechend Anlage 1 zu unterrichten.

Beispiel:

Beide Eheleute beziehen Arbeitslosengeld II ohne weiteres Einkommen. Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für den Ehemann durchgeführt. Die Ehefrau ist familienversichert.

Die Ehefrau stellt am 10.08.2011 einen Rentenantrag. Die erforderliche Vorversicherungszeit für die KVdR ist erfüllt.

Lösung:

Da die Ehefrau wegen der erfüllten Vorversicherungszeit als Rentenantragstellerin versichert wäre, kann ab 10.08.2010 die Familienversicherung nicht mehr durchgeführt werden. Wegen des gleichzeitigen Bezugs von Arbeitslosengeld II wird aber nicht die Versicherung als Rentenantragstellerin, sondern die Versicherungspflicht als Bezieherin von Arbeitslosengeld II durchgeführt.

Aus dieser Pflichtversicherung kann nun eine Familienversicherung für den Ehemann hergeleitet werden, deshalb wechselt der bisher pflichtversicherte Ehemann in die Familienversicherung der Ehefrau.

Für die Ehefrau ist durch die Krankenkasse eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 1 abzugeben.

I 1.4.3.3 Rentenanspruch durch beide Ehegatten

Beantragen beide Ehepartner eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, ist für beide die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchzuführen.

Beispiel:

Wie vorheriges Beispiel, aber der Ehemann stellt seinerseits am 20.09.2011 einen eigenen Rentenanspruch. Die Vorversicherungszeit für die Durchführung der KVdR ist erfüllt.

Lösung:

Da der Ehemann wegen der erfüllten Vorversicherungszeit als Rentenanspruchsteller pflichtversichert wäre, kann ab 20.09.2011 die Familienversicherung nicht mehr durchgeführt werden. Wegen des gleichzeitigen Bezugs von Arbeitslosengeld II wird aber nicht die Versicherung als Rentenanspruchsteller, sondern die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchgeführt.

Auf das Versicherungsverhältnis der Ehefrau ergeben sich keine Auswirkungen, weil sie bereits als Bezieherin von Arbeitslosengeld II pflichtversichert ist. Obwohl für den Ehemann nun eine eigene Versicherung durchzuführen ist, kann die Ehefrau nicht in die Familienversicherung überführt werden, weil bei ihr ebenfalls die Konstellation vorliegt, nach der die Versicherung als Bezieher Arbeitslosengeld II durchzuführen ist, da der zur Versicherungspflicht führende Rentenanspruch die Familienversicherung insgesamt verdrängt.

Für den Ehemann ist durch die Krankenkasse eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 1 abzugeben.

I 1.4.3.4 Rentenanspruch des familienversicherten Ehegatten, wenn der andere Ehegatte aufgrund eines weiteren Tatbestandes der Versicherungspflicht unterliegt

Unterliegt ein Ehepartner aufgrund eines weiteren Tatbestandes der Versicherungspflicht, dann ist ein Austausch der Versicherungsgrundlagen nicht möglich. Der die Rente beantra-

gende (bisher familienversicherte) Ehegatte wird als Bezieher von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig; beim Ehepartner verbleibt es bei der Versicherungspflicht wegen des anderen Versicherungsgrundes.

Beispiel:

Beide Eheleute beziehen Arbeitslosengeld II. Der Ehemann bezieht darüber hinaus Arbeitslosengeld nach dem SGB III. Die Versicherungspflicht wird für den Ehemann durchgeführt. Die Ehefrau ist familienversichert.

Die Ehefrau stellt am 10.08.2011 einen Rentenantrag. Die erforderliche Vorversicherungszeit ist erfüllt.

Lösung:

Da die Ehefrau wegen der erfüllten Vorversicherungszeit als Rentenantragstellerin zu versichern wäre, kann ab 10.08.2011 die Familienversicherung nicht mehr durchgeführt werden. Wegen des gleichzeitigen Bezugs von Arbeitslosengeld II wird aber nicht die Versicherung als Rentenantragstellerin, sondern die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchgeführt.

Aus dieser Pflichtversicherung kann eine Familienversicherung für den Ehemann nicht hergeleitet werden, weil der Ehemann aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V pflichtversichert ist. Ein Austausch von Pflicht- und Familienversicherung zwischen den Eheleuten scheidet daher aus.

Für die Ehefrau ist durch die Krankenkasse eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 1 abzugeben.

I 1.4.3.5 Rentenanträge von Kindern

Bei einem Rentenantrag von Kindern kommt ein Austausch der Versicherungsgrundlagen nicht zustande, weil aus der Mitgliedschaft von Kindern keine Familienversicherung für die Eltern abgeleitet werden kann.

Beispiel:

Beide Eheleute beziehen Arbeitslosengeld II. Die Versicherungspflicht wird für den Ehemann durchgeführt. Die Ehefrau ist familienversichert. Ihr Sohn, 22 Jahre alt, gehört ebenfalls zur Bedarfsgemeinschaft. Er bezieht ebenfalls Arbeitslosengeld II und ist familienversichert. Nach einem Unfall stellt der Sohn am 20.09.2011 einen Rentenantrag. Die rentenrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer Rente sind gegeben. Auch die erforderliche Vorversicherungszeit für die Durchführung der KVdR ist erfüllt. Das Arbeitslosengeld II für den Sohn wird (zunächst) weitergezahlt, da über die Frage der (weiteren) Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II noch nicht entschieden ist.

Lösung:

Da der Sohn wegen der erfüllten Vorversicherungszeit als Rentenantragsteller pflichtversichert wäre, kann ab 20.09.2011 die Familienversicherung nicht mehr durchgeführt werden. Wegen des gleichzeitigen Bezugs von Arbeitslosengeld II wird aber nicht die Versicherung als Rentenantragsteller, sondern die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchgeführt.

Aus dieser Pflichtversicherung kann eine Familienversicherung für die Eltern nicht hergeleitet werden. Es bleibt daher bei der Versicherungspflicht für den Ehemann und (über seine Mitgliedschaft) bei der Familienversicherung der Ehefrau. Ein Austausch von Pflicht- und Familienversicherung zwischen dem Ehemann und Sohn scheidet daher aus.

Für den Sohn ist durch die Krankenkasse eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 1 abzugeben.

I 1.4.3.6 Studenten sowie Praktikanten und Auszubildende ohne Arbeitsentgelt

In Fällen, in denen bei Verheirateten ein Partner Arbeitslosengeld II bezieht und der andere Partner Student ist, ist die Versicherungspflicht für den Partner durchzuführen, der Arbeitslosengeld II erhält.

Sowohl die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II als auch die Versicherungspflicht als Student nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V ist gegenüber einer Familienversicherung nachrangig.

Treffen nun diese an sich nachrangigen Versicherungen aufeinander, kann die Versicherungskonkurrenz nur nach § 5 Abs. 7 SGB V beurteilt werden. Danach ist die Versicherungspflicht als Student gegenüber anderen Tatbeständen der Versicherungspflicht stets nachrangig. Als Folge besteht für den Bezieher von Arbeitslosengeld II Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V und für den Ehepartner eine Familienversicherung, sofern die Voraussetzungen für die Familienversicherung im Einzelnen erfüllt sind.

Entsprechendes gilt für Personen im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V.

I 1.4.3.7 Künstler und Publizisten

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KSVG sind Künstler oder Publizisten in ihrer selbstständigen Tätigkeit versicherungsfrei, wenn sie daneben Arbeitslosengeld II beziehen. Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II ist deshalb vorrangig. Sie besteht auch dann, wenn die Voraussetzungen für die Durchführung einer Familienversicherung vorliegen würden.

I 1.4.4 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit

Personen, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, werden nach § 5 Abs. 5 SGB V auch dann nicht versicherungspflichtig, wenn sie daneben einen Tatbestand erfüllen, der zur Versicherungspflicht führen würde (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 SGB V).

In Fällen, in denen hauptberuflich Selbstständige Arbeitslosengeld II erhalten, besteht allerdings Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, weil in § 5 Abs. 5 SGB V ein Ausschluss der Versicherungspflicht für diesen Fall nicht vorgesehen ist. Ist der hauptberuflich selbstständig Tätige jedoch unmittelbar vor dem Beginn des Leistungsbezugs privat oder gar nicht krankenversichert gewesen, ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 5a SGB V (vgl. I 1.2.1) ausgeschlossen.

I 1.4.5 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und der Tätigkeit als Beamter

Beamte sind wegen ihrer Zugehörigkeit zum beihilferechtlichen Fürsorgesystem nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. Abs. 3 SGB V krankenversicherungsfrei, auch wenn bei ihnen neben

ihrem den Beihilfeanspruch vermittelnden Dienstverhältnis ein dem Grunde nach versicherungspflichtiger Tatbestand vorliegt (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 SGB V).

Dies gilt nicht in Fällen, in denen Beamten Arbeitslosengeld II bewilligt wird. Hier tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ein. Die Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V sieht für diese Fallgestaltung keinen Ausschluss der Versicherungspflicht vor. Ist der Beamte jedoch unmittelbar vor dem Beginn des Leistungsbezugs privat oder gar nicht krankenversichert gewesen, ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 5a SGB V (vgl. I 1.2) ausgeschlossen.

I 1.4.6 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und einer freiwilligen Versicherung

Die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ist vorrangig gegenüber einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 SGB V. Dies ergibt sich aus der Regelung des § 191 Satz 1 Nr. 2 SGB V, nach der die freiwillige Mitgliedschaft mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft endet.

Von dieser Fallgestaltung können betroffen sein

- freiwillig versicherte Studenten,
- freiwillig versicherte Selbstständige (vgl. I 1.4.4),
- freiwillig versicherte Rentner,
- freiwillig versicherte Beamte/Pensionäre/Ruhegehaltsempfänger (vgl. I 1.4.5),
- freiwillig Versicherte während der Elternzeit.

I 1.4.7 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und bestehender Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Personen, die sich aufgrund einer der in § 8 Abs. 1 SGB V genannten Tatbestände von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen, werden versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, wenn sie neben diesen Tatbeständen Arbeitslosengeld II beziehen. Die jeweiligen Befreiungen gelten nicht für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II, da es sich um einen eigenständigen Tatbestand der Versicherungspflicht handelt. Außerdem bestimmt § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V, dass von der Versicherungspflicht befreite Personen dann versicherungsfrei bleiben, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis Nr. 13 genannten Voraussetzungen erfüllen.

Die Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ist hiervon nicht erfasst, sodass auch hierüber eine Befreiung von der Versicherungspflicht aufgrund anderer Tatbestände ohne Wirkung auf die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II bleibt.

Da die Personen, die sich von der Versicherungspflicht haben befreien lassen, in der Regel über einen durchgehenden und damit auch noch unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II bestehenden privaten Krankenversicherungsschutz tatsächlich verfügen oder nach § 193 VVG seit 1. Januar 2009 zur Fortsetzung bzw. zum Abschluss einer privaten Krankheitskostenversicherung verpflichtet sind, scheidet für sie unter diesen Voraussetzungen eine Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II über § 5 Abs. 5a SGB V aus.

I 1.5 Vorrang der Familienversicherung

I 1.5.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ausgeschlossen, wenn eine Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) besteht. Dabei ist es unerheblich, ob die Familienversicherung auf der Beziehung als Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des LPartG oder auf dem Status Kind im Sinne der Rechtsvorschriften über die Familienversicherung beruht. Das Bestehen einer Familienversicherung steht in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zu einer Bedarfsgemeinschaft im Sinne des § 7 Abs. 3 SGB II.

Nicht möglich ist eine Familienversicherung hingegen bei Partnern in eheähnlicher Gemeinschaft sowie bei Verlobten.

Das Bestehen einer Familienversicherung wird nach § 10 SGB V bzw. nach § 7 KVLG 1989 beurteilt. Die Familienversicherung knüpft nicht an die im SGB II verwendeten Begrifflichkeiten an. Im Gegensatz zur Zugehörigkeit zu einer Bedarfsgemeinschaft (vgl. § 7 Abs. 3 SGB II), setzt die Familienversicherung - ausgenommen bei Pflegekindern - keine häusliche Gemeinschaft der Angehörigen voraus.

Sofern in einer Bedarfsgemeinschaft mehrere Personen, insbesondere beide Ehegatten oder beide Lebenspartner, zu den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zählen, wird grundsätz-

lich nur eine Person in die Versicherungspflicht einbezogen; die andere Person leitet ihren Versicherungsschutz aus der Familienversicherung ab (vgl. I 1.1.1).

Arbeitslosengeld II und Sozialgeld gehören nicht zum Gesamteinkommen im Sinne des § 16 SGB IV und sind deshalb bei der Prüfung der Einkommensgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nicht zu berücksichtigen.

Kinder, die Arbeitslosengeld II beziehen, können grundsätzlich bis zur Vollendung des

- 18. Lebensjahres (§ 10 Abs. 2 Nr. 1 SGB V),
- 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) oder
- 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des JFDG leisten, (§ 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

über die Mitgliedschaft eines Elternteils familienversichert sein. Der Bezug von Arbeitslosengeld II ist einer Erwerbstätigkeit im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V nicht gleichzusetzen.

Der Bezug von Arbeitslosengeld II schließt eine Familienversicherung als behindertes Kind nach § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V aus. Insoweit impliziert der Bezug von Arbeitslosengeld II, dass die betreffende Person nicht dauerhaft außer Stande ist, sich selbst zu unterhalten. Hinzu kommt, dass Arbeitslosengeld II ohnehin nur Personen gewährt wird, die erwerbsfähig sind.

Eine gegenüber der Versicherungspflicht vorrangige Familienversicherung kann auch aus der Versicherung von Eltern hergeleitet werden, die kein Arbeitslosengeld II beziehen. Ebenso kann eine Familienversicherung bestehen, wenn beide Elternteile Arbeitslosengeld II erhalten oder nur ein Elternteil Arbeitslosengeld II erhält. Der Vorrang der Familienversicherung gilt auch für die Fälle, in denen der Leistungsträger im Fall eines Widerspruchs nach § 44a Abs. 1 Satz 2 SGB II das Arbeitslosengeld II erbringt (vgl. I 1.1.8).

I 1.5.2 Familienversicherung der Kinder von Kindern

Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V können auch Kinder von familienversicherten Kindern familienversichert sein. Im Regelfall dürfte es sich bei dem Mitglied, das die Familienversicherung des Kindes (familienversicherten Kindes) begründet, um einen Großelternteil handeln.

Da das Kindeskind hier allerdings versicherungsrechtlich nicht als Enkel, sondern als Kind des familienversicherten Kindes in Erscheinung tritt, ist eine Prüfung des überwiegenden Unterhaltes nach § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht erforderlich.

I 1.5.3 Familienversicherung von Stief-, Enkel- und Pflegekindern

Soweit Enkelkinder nicht bereits aufgrund der Regelung zur Familienversicherung der Kinder von Kindern (vgl. I 1.5.2) familienversichert sind, ist in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die Familienversicherung unmittelbar aus der Mitgliedschaft eines Großelternteils hergeleitet werden kann. In diesen Fällen kommt die Familienversicherung nur zum Zuge, wenn überwiegender Unterhalt gewährt wird. Bei Stiefkindern kommt eine Familienversicherung ebenfalls nur unter der Voraussetzung des überwiegenden Unterhalts in Betracht.

Auch für Pflegekinder kann der Anspruch auf Familienversicherung geltend gemacht werden. In diesem Fall entfällt die Prüfung des überwiegenden Unterhalts.

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Arbeitslosengeld II, Sozialgeld), die im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitsuchende erbracht werden, sind bei der Feststellung des überwiegenden Unterhalts als Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts verwendet werden können, zu berücksichtigen und den einzelnen Familienangehörigen personenbezogen zuzuordnen. Leistungen für Unterkunft und Heizung sind ebenfalls zu berücksichtigen, wobei der den Familienangehörigen jeweils zuzurechnende Anteil ermittelt wird, indem die Leistung durch die Anzahl der Personen der Haushaltsgemeinschaft geteilt wird. Der überwiegende Unterhalt ist daraufhin individuell von der Krankenkasse zu prüfen.

Die Prüfung sind die „Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V)“ in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

In der Regel kommt für Stief- und Enkelkinder von Arbeitslosengeld II-Beziehern ein überwiegender Unterhalt und damit eine Familienversicherung nicht in Betracht.

Beispiel

Beträge in EUR				
Personen	Einkommen	Unterhaltsbedarf	Überschuss	Fehlbetrag
Mitglied	328,00 (Alg II) ¹⁾ 100,00 (Unter- kunft)	407,50	20,50	0,00
Ehefrau	328,00 (Alg II) ¹⁾ 100,00 (Unter- kunft)	407,50	20,50	0,00
leibl. Kind, 14 Jahre alt	287,00 (Sozial- geld) ²⁾ 100,00 (Unter- kunft)	407,50	0,00	20,50
Stiefkind des Mitglieds, 16 Jahre alt	287,00 (Alg II) ²⁾ 100,00 (Unter- kunft)	407,50	0,00	20,50
Gesamt	1.630,00	1.630,00	41,00	41,00

1) Regelbedarfsstufe 2

2) Regelbedarfsstufe 4, Besitzstandsregelung gemäß § 77 Abs. 4 SGB II

Unterhaltsbedarf: $1.630,00 \text{ EUR} : 4 = 407,50 \text{ EUR}$;

Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 203,75 EUR

Beurteilung:

Das Stiefkind erbringt mindestens die Hälfte seines Unterhaltsbedarfs aus eigenen Mitteln ($287,00 + 100,00 = 387 \text{ EUR}$). Es wird deshalb vom Mitglied nicht überwiegend unterhalten.

In einem weiteren Schritt ist daher zu prüfen, ob unter Einbeziehung des Wertes der Haushaltsführung und Kinderbetreuung das Mitglied den überwiegenden Unterhalt für das Stiefkind leistet:

Da die Werte für Haushaltsführung und Kinderbetreuung (2011: 1.474,00 EUR bzw. 78,00 EUR) dabei insgesamt nicht höher als das Nettoeinkommen des Mitglieds sowie seines

Ehegatten (hier: 856,00 EUR) sein dürfen, erfolgt für die weiteren Rechenschritte in Anwendung der zuvor genannten Richtlinien eine verhältnismäßige Kürzung des Wertes für

Haushaltsführung von 1.474,00 EUR

um $(1.474,00 \text{ EUR} \times 696,00 \text{ EUR} : 1.552,00 \text{ EUR} = 661,02 \text{ EUR})$ auf 812,98 EUR

und des Wertes für

Kinderbetreuung von 78,00 EUR

um $(78,00 \times 696,00 \text{ EUR} : 1.552,00 \text{ EUR} = 34,98 \text{ EUR})$ auf 43,02 EUR.

Personen	Einkommen	Unterhaltsbedarf	Überschuss	Fehlbetrag
Mitglied	328,00 (Alg II) 100,00 (Unter- kunft) 406,49 (Haushaltsf. 50 %) 12,91 (Kinderbetr. 30 %)	621,50	225,90	0,00
Ehefrau	328,00 (Alg II) 100,00 (Unter- kunft) 406,49 (Haushaltsf. 50 %) 30,11 (Kinderbetr. 70 %)	621,50	243,10	0,00
leibl. Kind, 14 Jahre alt	287,00 (Sozial- geld) 100,00 (Unter- kunft)	621,50	0,00	234,50
Stiefkind des Mitglieds, 16 Jahre alt	287,00 (Alg II) 100,00 (Unter- kunft)	621,50	0,00	234,50
Gesamt	2.486,00	2.486,00	469,00	469,00

Unterhaltsbedarf: $2.486,00 \text{ EUR} : 4 = 621,50 \text{ EUR}$;

Hälfte des Unterhaltsbedarfs: 310,75 EUR

Überschussanteil des Mitglieds für den Unterhalt des Stiefkindes:

$225,90 \text{ EUR} \times 234,50 \text{ EUR}$

$469,00 \text{ EUR} = 112,95 \text{ EUR}$

Beurteilung:

Da das Mitglied mit 112,95 EUR auch unter Einbeziehung der Werte für Haushaltsführung und Kinderbetreuung nicht mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des Stiefkindes von 310,75 EUR bestreitet, ist eine überwiegende Unterhaltsgewährung des Stiefkindes nicht gegeben. Im Ergebnis besteht für das Stiefkind keine der Versicherungspflicht vorrangige Familienversicherung.

Die vorstehenden Grundsätze gelten ebenfalls hinsichtlich der nach dem SGB XII erbrachten Leistungen zur Hilfe zum Lebensunterhalt.

I 1.5.4 Ausschluss der Familienversicherung in Sonderfällen

Auch nach der Einführung der Familienversicherung der Kinder von Kindern kann es Sachverhalte geben, in denen für einen Elternteil wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II eine Familienversicherung begründet werden könnte, für dessen Kinder dann aber der Versicherungsschutz nicht sichergestellt wäre. In diesen Fällen kann für den Bezieher von Arbeitslosengeld II, für den eine Familienversicherung dem Grunde nach geltend gemacht werden könnte, diese nicht wirksam werden. Analog zu § 5 Abs. 7 SGB V ist eine Pflichtversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II herzustellen, um dadurch den Versicherungsschutz der Kinder zu gewährleisten.

Beispiel:

Herr K. hat für sich und seine seit 01.10.2011 dauerhaft in Deutschland lebende Tochter E. einen Antrag auf Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II gestellt. Bisher lebte die Tochter E. bei der Kindesmutter S. in Minsk (Weißrussland).

Herr K. ist über seine getrennt lebende Ehefrau M., die keine Leistungen nach dem SGB II oder III bezieht, in der GKV familienversichert. Er übt eine geringfügige Beschäftigung aus.

Die Tochter E. kann nicht über Frau M. familienversichert werden, da sie nicht ihre leibliche Tochter ist und – unterstellt – nicht von ihr als Stiefmutter überwiegend unterhalten wird. Die Familienversicherung von Herrn K. ist daher aufzulösen und eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V herzustellen, damit Tochter E. über den Kindesvater Herrn K. familienversichert werden kann.

I 1.5.5 Entscheidung über das Vorliegen einer Familienversicherung

Die Entscheidung, ob eine Familienversicherung besteht, obliegt grundsätzlich der zuständigen Krankenkasse. Die Leistungsträger nach dem SGB II müssen jedoch wegen der beitrags- und melderechtlichen Konsequenzen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens zur Gewährung von Arbeitslosengeld II prüfen, ob Versicherungspflicht eintritt oder diese wegen des Vorrangs der Familienversicherung nicht zu Stande kommt. Das als Anlage 2 beigefügte für die Leistungsträger bestimmte Merkblatt beschreibt im Einzelnen die Voraussetzungen, unter denen eine Familienversicherung in Betracht kommt. Anlage 3 enthält eine Übersicht der möglichen Fallkonstellationen und deren Beurteilung (vgl. I 1.5.1 bis 1.5.3).

Aufgrund der vielfältigen Einkommensanrechnungen im SGB II ist in der Regel davon auszugehen, dass bei Bezug von Arbeitslosengeld II die für die Familienversicherung maßgebenden Einkommensgrenzen nicht überschritten werden. Die Leistungsträger können deshalb, ohne dass es in jedem Fall einer Einschaltung der Krankenkasse bedarf, prüfen, ob eine Familienversicherung die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V verdrängt. Sollten sich im Rahmen dieser Prüfung allerdings Zweifelsfragen ergeben, ist die Krankenkasse einzuschalten.

Der Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II ist selbst dann ein nach § 203a SGB V meldepflichtiger Tatbestand, wenn die Familienversicherung die Versicherungspflicht verdrängt. Durch diese Meldung des Leistungsträgers wird sichergestellt, dass die Krankenkassen jederzeit die Möglichkeit haben - also auch bereits bei der Anmeldung wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II - zu prüfen, ob seitens des Leistungsträgers die Familienversicherung zutreffend beurteilt wurde. Die Anmeldung durch den Leistungsträger nach dem SGB II mit der Kennung Familienversicherung ersetzt nicht die Prüfung der Familienversicherung durch die Krankenkassen.

Kommen das Mitglied und ggf. der Familienangehörige den im Zusammenhang mit der Prüfung der Voraussetzungen für eine Familienversicherung bestehenden Mitwirkungspflichten gegenüber der Krankenkasse nicht ausreichend nach, weil z. B. der dafür vorgesehene Fragebogen nicht eingereicht wird, kann eine Familienversicherung nicht festgestellt bzw. nicht geführt werden. Als Folge unterliegt die Person als Bezieher von Arbeitslosengeld II der Versicherungspflicht mit den sich daraus ergebenden melde- und beitragsrechtlichen Conse-

quenzen. Allein die von den Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft im Antragsverfahren gegenüber dem Leistungsträger gemachten Angaben reichen für die Aufnahme in das Versichertenverzeichnis der Krankenkasse nicht aus. Gleichwohl sind der Leistungsträger und die Krankenkasse gehalten, durch eine enge Zusammenarbeit nach § 86 SGB X zu einer Aufklärung des Sachverhaltes so weit wie möglich und rechtlich zulässig beizutragen.

Endet die Familienversicherung und wird Arbeitslosengeld II weiter bezogen, tritt im Anschluss daran, ggf. rückwirkend, Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ein.

Zum Meldeverfahren vgl. Abschnitt VI.

I 1.5.6 Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld

Nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (Beziehern von Arbeitslosengeld II) in einer Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten nach den Maßgaben des § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II Sozialgeld. Der Bezug von Sozialgeld löst keine Versicherungspflicht aus. Allerdings ist zu prüfen, ob für den Bezieher von Sozialgeld eine Familienversicherung zustande kommt. Die Familienversicherung richtet sich in diesen Fällen nach den allgemeinen Grundsätzen.

Der Bezug von Sozialgeld ist im Gegensatz zum Bezug von Arbeitslosengeld II und bestehender Familienversicherung kein Tatbestand, der wegen der Familienversicherung eine Meldepflicht des Leistungsträgers auslöst. Die Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld ist daher nicht im Vorfeld vom SGB II-Leistungsträger, sondern ausschließlich von der Krankenkasse zu prüfen.

I 1.6 Ergänzende Bestimmungen zum Begriff Leistungsbezug

Das Entstehen, der Fortbestand und das Ende der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V werden von dem Bezug der Leistung bestimmt. Die allgemeinen Grundlagen zur Frage des Leistungsbezugs werden in den Abschnitten I 1.1.2 bis 1.1.8 erläutert. Daran anknüpfend werden nachstehend die ergänzenden Bestimmungen zur Frage, was unter Leistungsbezug zu verstehen ist, dargestellt. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Versicherungspflicht als Bezieher von (nicht darlehensweise gewährtem) Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V auch dann besteht, wenn die Entscheidung, die

zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

Im Rahmen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V ist allerdings zu berücksichtigen, dass Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, nicht als Vorversicherungszeiten für den Beitritt zur freiwilligen Versicherung zu berücksichtigen sind (vgl. III).

Unter Berücksichtigung der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. u. a. Urteile vom 14.4.1983 - 8 RK 14/82 -, USK 8378, vom 21.9.1983 - 8 RK 24/82 -, USK 8398, und vom 15.11.1984 - 3 RK 21/83 -, USK 84174) ist unter „Bezug“ zu verstehen, dass Arbeitslosengeld II tatsächlich gezahlt wird, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob ein Rechtsanspruch auf die Leistung besteht (Ausnahme vgl. I 1.1.3 vorletzter Absatz).

Leistungen nach dem SGB II werden nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB II nicht für Zeiten vor der Antragstellung erbracht. Nach der ab 1. Januar 2011 geltenden Fassung des § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II wirkt der Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts auf den Ersten des Monats zurück. Dementsprechend beginnt bei allen entsprechenden Leistungsanträgen, die ab dem 1. Januar 2011 gestellt worden sind oder gestellt werden, die Leistung ab Beginn des Antragsmonats. Dieser Tag ist maßgebend für den Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

Wurde Arbeitslosengeld II im Rahmen der Gleichwohlgewährung im Fall eines Widerspruchs nach § 44a Abs. 1 Satz 2 SGB II bis zur Letztentscheidung des Leistungsträgers gezahlt, ist dieses insoweit rechtmäßig geleistet worden. Das Versicherungsverhältnis bleibt daher unberührt, wenn nach der Letztentscheidung des Leistungsträgers nicht von Erwerbsfähigkeit auszugehen ist.

Wurde zunächst Versicherungspflicht durchgeführt und stellt sich nachträglich heraus, dass eine vorrangige Familienversicherung bestanden hat, gilt die Bestandsschutzregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V nicht. In diesem Fall wird die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, im Sinne der genannten Vorschrift nicht aufgehoben; auch wird die Leistung weder zurückgezahlt oder zurückgefordert. Es handelt sich lediglich um den Austausch der Rechtsgrundlagen für das Versicherungsverhältnis. Dies gilt auch dann, wenn die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II und die

Familienversicherung gleichzeitig von verschiedenen Krankenkassen durchgeführt worden sind – unabhängig davon, ob und welche Krankenkasse in diesem Überschneidungszeitraum Leistungen erbracht hat. Diese Regelung gilt für die Zeit ab 1. Januar 2010 – unabhängig davon, wann die Familienversicherung begonnen hat. Hat die unzuständige Krankenkasse Leistungen erbracht, kann es eventuell zu Erstattungsansprüchen zwischen den beteiligten Krankenkassen kommen. Für die Erstattung der Beiträge in diesen Fällen vgl. Abschnitt IV 5.3.

I 1.7 Rückforderung gewährter Leistungen

I 1.7.1 Allgemeines

Eine Rückforderung oder Rückzahlung der Leistung hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf das Krankenversicherungsverhältnis; dies gilt ohne Rücksicht darauf, welche Umstände zu dem unrechtmäßigen Leistungsbezug geführt haben. Damit wird die in jedem Zeitpunkt notwendige Klarheit des Versicherungsschutzes sichergestellt.

Somit ändert sich an dem Versicherungsverhältnis auch nichts, wenn die Rückforderung der Leistung in Form des Anspruchsübergangs nach § 33 SGB II oder des Ersatzanspruches nach § 34 SGB II oder der Erbenhaftung nach § 35 SGB II geltend gemacht wird.

Hat allerdings während des Rückforderungszeitraums ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis in Form einer Pflichtversicherung bestanden, ist das Versicherungsverhältnis als Leistungsbezieher für diesen Zeitraum grundsätzlich rückgängig zu machen (§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB III).

Dies gilt gleichermaßen für den in § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III beschriebenen Sonderfall, in dem die Versicherungsverhältnisse bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt wurden und in dem Überschneidungszeitraum Leistungen von der Krankenkasse erbracht wurden, bei der die Person als Bezieher von Arbeitslosengeld II gemeldet war. In diesem Fall scheidet zwar der Beitragserstattungsanspruch des SGB II-Leistungsträgers nach Satz 2 aus, das Versicherungsverhältnis ist gleichwohl für diesen Zeitraum rückgängig zu machen. Insofern beschreibt die Regelung des § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III als Unterfall des Satzes 2 allein eine beitragsrechtliche Wirkung. Dies schließt nicht aus, dass das weitere Versicherungsverhältnis (in der Regel aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses) bei der unzuständigen

Krankenkasse durchgeführt wurde und dieses Versicherungsverhältnis unter Beachtung des Krankenkassenwahlrechts rückwirkend der zutreffenden Krankenkasse zugeführt wird. Nach dieser Regelung ist zu verfahren, soweit von der Leistungsrückforderung ein Zeitraum ab 1. Januar 2010 betroffen ist.

Ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis, das u. U. zu einer rückwirkenden Auflösung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V führen würde, liegt allerdings nicht vor, wenn die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V mit einer freiwilligen Krankenversicherung zusammentrifft (vgl. Urteil des BSG vom 10.08.2000 - B 11 AL 119/99 R, USK 2000-44). Es liegt ebenfalls kein weiteres Krankenversicherungsverhältnis vor, wenn im Überzahlungszeitraum

- ein privates Krankenversicherungsverhältnis oder
- eine beitragsfreie Versicherung (z. B. Bezug von Krankengeld) oder
- eine Absicherung in einem besonderen Gesundheitsfürsorgesystem (z. B. für Strafgefangene)
- bei der anderen Krankenkasse eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V durchgeführt wurde.

Die beschriebenen versicherungs- und mitgliedschaftsrechtlichen Folgen sind im Meldeverfahren deckungsgleich abzubilden.

I 1.7.2 Leistungsrückforderung aufgrund bloßer Vorauszahlung von Arbeitslosengeld II

Arbeitslosengeld II soll nach § 41 Abs. 1 Satz 4 SGB II jeweils für sechs Monate bewilligt und monatlich im Voraus erbracht werden. Wegen dieses Bewilligungszeitraumes und der Vorerschüssigkeit der Leistung ist es denkbar, dass Arbeitslosengeld II wesentlich häufiger überzahlt wird als Arbeitslosengeld.

Diese Besonderheit der Leistungsbewilligung im Voraus ändert grundsätzlich nichts an dem Grundsatz, dass die Leistungsrückforderung - gleich aus welchem Grunde - für das Versicherungsverhältnis unschädlich ist. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V ist es unerheblich, auf welcher Grundlage die Leistungsüberzahlung beruht. Der Grundsatz, dass über das Versicherungsverhältnis jederzeit die notwendige Klarheit herrschen muss, erstreckt sich auch auf die Besonderheiten der Leistungserbringung bei Arbeitslosengeld II.

Die Bestandsschutzregelung gilt auch in den Fällen, in denen die Leistung wegen der Bestimmung des § 40 Abs. 4 Satz 1 SGB II nicht in vollem Umfang zurückgefordert werden kann.

Dennoch ist den Besonderheiten der vorschüssigen Zahlung Rechnung zu tragen. Deshalb bleibt die Versicherungspflicht nur bis zu dem Zeitpunkt bestehen, an dem die Überzahlung dem Leistungsträger nach dem SGB II bekannt wird. Für die nach diesem Zeitpunkt bereits bewilligte und ausgezahlte Leistung wirkt der Bestandsschutz nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V nicht.

I 1.7.3 Auswirkungen von Erstattungsansprüchen

Macht der Leistungsträger nach dem SGB II einen Erstattungsanspruch nach § 102 ff. SGB X gegenüber einem anderen Sozialleistungsträger geltend, und wird der Erstattungsanspruch erfüllt, bleibt das Versicherungsverhältnis im Zeitraum des Erstattungsanspruches bestehen. Das Gleiche gilt bei Erstattungsansprüchen aufgrund der Weiterzahlung von Arbeitslosengeld II als Vorschuss auf das Übergangsgeld bei medizinischer Rehabilitation sowie Verletztengeld nach § 25 SGB II.

I 1.8 Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

Bezieher von Arbeitslosengeld II konnten sich von der bis 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eingetretenen Versicherungspflicht auf Antrag nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V befreien lassen. Diese Befreiungen gelten über den 1. Januar 2009 hinaus für die Dauer des Leistungsbezugs fort.

Sofern der Bezug von Arbeitslosengeld II nach dem 31. Dezember 2008 endet bzw. für mindestens einen Kalendertag unterbrochen wird, verliert die Befreiung ihre Wirkung. Bei erneutem Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld II lebt die ehemals ausgesprochene Befreiung nicht erneut auf, sondern die Versicherungspflicht ist bei erneuter Hilfebedürftigkeit unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 5a SGB V neu zu beurteilen. Auch bei Hinzutritt eines anderen Tatbestands der Versicherungspflicht (vgl. I 1.2.4) verliert die Befreiung ihre Wirkung.

Bei ab 1. Januar 2009 eingetretener Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ist eine Befreiungsmöglichkeit ausgeschlossen.

I 1.9 Mitgliedschaft

I 1.9.1 Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherten Leistungsbezieher beginnt gemäß § 186 Abs. 2a SGB V mit dem Tag (um 0.00 Uhr), von dem an die Leistung (ggf. auch rückwirkend) bezogen wird.

I 1.9.2 Erhalt der Mitgliedschaft

Sofern im Anschluss an den Leistungsbezug nach gesetzlichen Vorschriften Elterngeld oder Erziehungsgeld bezogen wird, bleibt die Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erhalten. Der ebenfalls in § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vorgesehene Erhalt der Mitgliedschaft während der Elternzeit kommt für Leistungsbezieher wegen des fehlenden Arbeitsverhältnisses als Grundlage für den Anspruch auf Elternzeit nicht zum Tragen (Urteil des BSG vom 17. Juni 1999 - B 12 KR 22/98 R -, USK 9923). Für diesen Fall gewährt der Leistungsträger Arbeitslosengeld II, wodurch die Versicherungspflicht bestehen bleibt.

Die Mitgliedschaft besteht ferner fort, solange von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird (§ 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

Dagegen kommt ein Erhalt der Mitgliedschaft nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV (z. B. während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts ohne Leistungsfortzahlung) nicht in Betracht; diese Vorschrift findet ausschließlich für krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer Anwendung. Die Mitgliedschaft des versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II endet vielmehr mit der Unterbrechung des Leistungsbezugs (Urteil des BSG vom 6. Februar 1991 - 1/3 RK 3/90 -, USK 9117).

Ein Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II kann aus der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V nicht hergeleitet werden. Selbst dann, wenn eine versicherungspflichtige Bezieherin von Arbeitslosengeld II gleichzeitig in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis steht und dieses Beschäftigungsverhältnis zulässig aufgelöst wird, wird keine Mitgliedschaft nach § 192

Abs. 2 SGB V begründet. Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II ist vorrangig gegenüber einer Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 letzter Halbsatz SGB V; die Versicherungspflicht wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II kann in diesen Fällen nicht zu Gunsten einer Familienversicherung verdrängt werden (vgl. I 1.4).

Bei Einberufung zum Wehr- oder Zivildienst bleibt die Mitgliedschaft des versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gemäß § 193 Abs. 2 bis 4 SGB V erhalten.

I 1.9.3 Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft endet gemäß § 190 Abs. 12 SGB V mit Ablauf des letzten Tages (um 24.00 Uhr), für den die Leistung bezogen wird oder als bezogen gilt. Bezieher von Arbeitslosengeld II können sich bei Wegfall der Versicherungspflicht bzw. der Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V freiwillig weiterversichern (vgl. III).

I 2 Pflegeversicherung

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. ...

2. ...

2a. Personen, in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. bis 12. ...

(2) bis (4) ...

§ 25 SGB XI

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 (Satz 2) Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

3. bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außer Stande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

§ 10 Abs. 4 und 5 SGB V gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 oder 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 Einsatz-Weiterverwendungsgesetz.

§ 27 SGB XI

Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Personen, die nach den §§ 20 oder 21 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine

Familienversicherung nach § 25 eintritt. § 5 Abs. 10 * des Fünften Buches gilt entsprechend.

**) Richtig ist: § 5 Abs. 9 des Fünften Buches*

§ 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. Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 Fünftes Buch entsprechend.

(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) ...

I 2.1 Versicherungspflicht

Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II beziehen.

Da die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung sich von einer Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ableitet (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI), ist der Personenkreis der versicherten Leistungsbezieher in der Kranken- und Pflegeversicherung identisch (vgl. I 1.1 bis 1.4.7).

Wenn in der Krankenversicherung die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II ausgeschlossen ist, weil eine vorrangige Familienversicherung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (vgl. I 1.5), gilt dieser Ausschlussstatbestand auch für die Pflegeversicherung. Eine gesonderte Prüfung, ob die Pflegeversicherungspflicht wegen einer Familienversicherung in der Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI ausgeschlossen wäre, ist nicht erforderlich. Letztlich wird in diesen Fällen eine Fami-

liensversicherung in der Pflegeversicherung dadurch bewirkt, dass nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI eine Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ausdrücklich ausgeschlossen wird.

Ebenso wie in der Krankenversicherung tritt auch in der Pflegeversicherung Versicherungspflicht nicht ein, wenn Arbeitslosengeld II lediglich darlehensweise gewährt wird oder Leistungen nach § 24 Abs. 3 SGB II, Leistungen für Auszubildende nach § 27 SGB II oder Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II gewährt werden (vgl. I 1.1.3 und I 1.1.4).

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund des Leistungsbezugs tritt auch dann ein, wenn während einer freiwilligen Krankenversicherung, die vor dem Beginn der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II bestanden hat, wegen der damit verbundenen Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der Pflegeversicherung eine Befreiung nach § 22 SGB XI ausgesprochen wurde. Diese nach § 22 SGB XI erteilte Befreiung von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung stellt keine Dauerbefreiung dar, sondern ist auf die Zeit der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI beschränkt. Für die Zeit der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II entfaltet die Befreiung keine Wirkung mehr.

Das Versicherungsverhältnis in der Pflegeversicherung wird nicht berührt, wenn die Entscheidung, die zu dem Leistungsbezug geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (vgl. I 1.6). Diese im § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V enthaltene Aussage findet sich zwar im § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI nicht wieder. Aufgrund der vom Gesetzgeber gewollten Personenidentität zwischen Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) findet diese Regelung ihre Entsprechung in der sozialen Pflegeversicherung.

I 2.2 Anderweitige Pflegeversicherungspflicht

Das Versicherungsrecht der Pflegeversicherung kommt wegen der strengen Anbindung an die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Vorschriften über die Vor- oder Nachrangigkeit von Versicherungspflichttatbeständen aus, wenn bei einem Versicherten gleichzeitig mehrere Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Ausführungen zur anderweitigen Krankenversicherungspflicht (vgl. I 1.4) gelten daher entsprechend für die Pflegeversicherung.

I 2.3 Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages

Leistungsbezieher, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren privaten Versicherungsvertrag nach § 27 SGB XI vorzeitig kündigen, wenn sie nachweisen, dass sie der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI unterliegen. Das Recht auf vorzeitige Kündigung des privaten Versicherungsvertrages haben auch Angehörige von Leistungsbeziehern, für die eine Versicherung nach § 25 SGB XI eintritt.

Diese Regelung hat aufgrund des § 5 Abs. 5a SGB V keine Relevanz mehr für Personen, bei denen der Leistungsbezug nach dem 31. Dezember 2008 eintritt. Besteht in diesen Fällen unmittelbar vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II eine private Krankenversicherung, tritt ohnehin keine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung und damit auch nicht in der sozialen Pflegeversicherung ein.

I 2.4 Befreiung von der Versicherungspflicht

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung auf Antrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II gibt es nicht. Eine Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Kranken- und damit auch Pflegeversicherung wird über die von einem Willen des Betroffenen unabhängige Regelung des § 5 Abs. 5a SGB V erreicht.

Personen, die am 01.01.1995 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert waren, konnten sich nach Artikel 42 PflegeVG von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn der Versicherungsvertrag vor dem 23.06.1993 abgeschlossen und der Befreiungsantrag spätestens bis zum 31.03.1995 gestellt wurde. Diese Befreiung hat Dauerwirkung und kann selbst bei einer Veränderung in der Lebenssituation des Einzelnen nicht widerrufen werden (vgl. gemeinsames Rundschreiben vom 20.10.1994 zu den versicherungs-, melde- und beitragsrechtlichen Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, F I 2.4). Sie bewirkt, dass - unabhängig von der evtl. eintretenden Krankenversicherungspflicht - Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht zustande kommt.

Der Leistungsträger gewährt unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB II einen Zuschuss zu den an das private Versicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträgen (vgl. V 2).

I 2.5 Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der versicherten Leistungsbezieher beginnt nach § 49 Abs. 1 SGB XI mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI vorliegen. Sie endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen der Versicherungspflicht entfallen. Damit werden Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse an die Regelungen der Krankenversicherung angebunden. Die Ausführungen zum Fortbestand der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung (vgl. I 1.10.2) gelten für die Pflegeversicherung gleichermaßen, da § 49 Abs. 2 SGB XI die mitgliedschaftserhaltenden Vorschriften (§ 192 SGB V und § 25 KVLG 1989) für entsprechend anwendbar erklärt.

II Zuständige Krankenkasse und Pflegekasse/ Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II

§ 6 SGB II

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

(1) Träger der Leistungen nach diesem Buch sind:

1. die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur), soweit Nummer 2 nichts Anderes bestimmt,
2. die kreisfreien Städte und Kreise für die Leistungen nach § 16a, das Arbeitslosengeld II und das Sozialgeld, soweit Arbeitslosengeld II und Sozialgeld für den Bedarf für Unterkunft und Heizung geleistet wird, die Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2, § 27 Absatz 3 sowie für die Leistungen nach § 28, soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind (kommunale Träger).

Zu ihrer Unterstützung können sie Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben beauftragen; sie sollen einen Außendienst zur Bekämpfung von Leistungsmissbrauch einrichten.

(2) Die Länder können bestimmen, dass und inwieweit die Kreise ihnen zugehörige Gemeinden oder Gemeindeverbände zur Durchführung der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Aufgaben nach diesem Gesetz heranziehen und ihnen dabei Weisungen erteilen können; in diesen Fällen erlassen die Kreise den Widerspruchsbescheid nach dem Sozialgerichtsgesetz. § 44b Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt. Die Sätze 1 und 2 gelten auch in den Fällen des § 6a mit der Maßgabe, dass eine Heranziehung auch für die Aufgaben nach § 6b Abs. 1 Satz 1 erfolgen kann.

(3) Die Länder Berlin, Bremen und Hamburg werden ermächtigt, die Vorschriften dieses Gesetzes über die Zuständigkeit von Behörden für die Grundsicherung für Arbeitsuchende dem besonderen Verwaltungsaufbau ihrer Länder anzupassen.

§ 6a

Zugelassene kommunale Träger

(1) Die Zulassungen der auf Grund der Kommunalträger-Zulassungsverordnung vom 24. September 2004 (BGBl. I S. 2349) anstelle der Bundesagentur als Träger der Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 zugelassenen kommunalen Träger werden vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung über den 31. Dezember 2010 hinaus unbefristet verlängert, wenn die zugelassenen kommunalen Träger gegenüber der zuständigen obersten Landesbehörde die Verpflichtungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 und 5 bis zum 30. September 2010 anerkennen.

(2) Auf Antrag wird eine begrenzte Zahl weiterer kommunaler Träger vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales als Träger im Sinne des § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zugelassen, wenn sie

1. geeignet sind, die Aufgaben zu erfüllen,
2. sich verpflichten, eine besondere Einrichtung nach Absatz 5 zu schaffen,
3. sich verpflichten, mindestens 90 Prozent der Beamtinnen und Beamten, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Bundesagentur, die zum Zeitpunkt der Zulassung mindestens seit 24 Monaten in der im Gebiet des kommunalen Trägers gelegenen Arbeitsgemeinschaft oder Agentur für Arbeit in getrennter Aufgabenwahrnehmung im Aufgaben-

bereich nach § 6 Absatz 1 Satz 1 tätig waren, vom Zeitpunkt der Zulassung an, dauerhaft zu beschäftigen,

4. sich verpflichten, mit der zuständigen Landesbehörde eine Zielvereinbarung über die Leistungen nach diesem Buch abzuschließen, und
5. sich verpflichten, die in der Rechtsverordnung nach § 51b Absatz 1 Satz 2 festgelegten Daten zu erheben und gemäß den Regelungen nach § 51b Absatz 4 an die Bundesagentur zu übermitteln, um bundeseinheitliche Datenerfassung, Ergebnisberichterstattung, Wirkungsforschung und Leistungsvergleiche zu ermöglichen.

Für die Antragsberechtigung gilt § 6 Absatz 3 entsprechend. Der Antrag bedarf in den dafür zuständigen Vertretungskörperschaften der kommunalen Träger einer Mehrheit von zwei Dritteln der Mitglieder sowie der Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde. Die Anzahl der nach den Absätzen 1 und 2 zugelassenen kommunalen Träger beträgt höchstens 25 Prozent der zum 31. Dezember 2010 geltenden Fassung, zugelassenen kommunalen Trägern sowie der Kreise und kreisfreien Städte, in denen keine Arbeitsgemeinschaft nach § 44b in der bis zum 31. Dezember 2010 geltenden Fassung errichtet wurde (Aufgabenträger).

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, Voraussetzungen der Eignung nach Absatz 2 Nummer 1 und deren Feststellung sowie die Verteilung der Zulassungen nach den Absätzen 2 und 4 auf die Länder durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.

(4) Der Antrag nach Absatz 2 kann bis zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2012 gestellt werden. Darüber hinaus kann vom 30. Juni 2015 bis zum 31. Dezember 2015 mit Wirkung zum 1. Januar 2017 ein Antrag auf Zulassung gestellt werden, soweit die Anzahl der nach den Absätzen 1 und 2 zugelassenen kommunalen Träger 25 Prozent der zum 1. Januar 2015 bestehenden Aufgabenträger nach Absatz 2 Satz 4 unterschreitet. Die Zulassungen werden unbefristet erteilt.

(5) Zur Wahrnehmung der Aufgaben anstelle der Bundesagentur errichten und unterhalten die zugelassenen kommunalen Träger besondere Einrichtungen für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch.

(6) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann mit Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Zulassung widerrufen. Auf Antrag des zugelassenen kommunalen Trägers, der der Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, widerruft das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Zulassung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Die Trägerschaft endet mit Ablauf des auf die Antragstellung folgenden Kalenderjahres.

(7) Auf Antrag des kommunalen Trägers, der der Zustimmung der obersten Landesbehörde bedarf, widerruft, beschränkt oder erweitert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Zulassung nach Absatz 1 oder 2 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates, wenn und soweit die Zulassung auf Grund einer kommunalen Neugliederung nicht mehr dem Gebiet des kommunalen Trägers entspricht. Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 5 gilt bei Erweiterung der Zulassung entsprechend. Der Antrag nach Satz 1 kann bis zum 1. Juli eines Kalenderjahres mit Wirkung zum 1. Januar des folgenden Kalenderjahres gestellt werden.

§ 6b SGB II

Rechtsstellung der zugelassenen kommunalen Träger

(1) Die zugelassenen kommunalen Träger sind an Stelle der Bundesagentur im Rahmen ihrer örtlichen Zuständigkeit Träger der Aufgaben nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 mit Ausnahme der sich aus den §§ 44b, 48b, 50, 51a, 51b, 53, 55, 56 Absatz 2, §§ 64 und 65d ergebenden Aufgaben. Sie haben insoweit die Rechte und Pflichten der Agentur für Arbeit.

(2) Der Bund trägt die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende einschließlich der Verwaltungskosten mit Ausnahme der Aufwendungen für Aufgaben nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. § 46 Absatz 1 Satz 4, Absatz 2 und 3 Satz 1 gelten entsprechend. § 46 Absatz 5 bis 8 bleibt unberührt.

(3) bis (5) ...

§ 6d SGB II

Jobcenter

Die gemeinsamen Einrichtungen nach § 44b und die zugelassenen kommunalen Träger nach § 6a führen die Bezeichnung Jobcenter.

§ 44b SGB II

Gemeinsame Einrichtung

(1) Zur einheitlichen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende bilden die Träger im Gebiet jedes kommunalen Trägers nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 eine gemeinsame Einrichtung. Die gemeinsame Einrichtung nimmt die Aufgaben der Träger nach diesem Buch wahr; die Trägerschaft nach § 6 sowie nach den §§ 6a und 6b bleibt unberührt. Die gemeinsame Einrichtung ist befugt, Verwaltungsakte und Widerspruchsbescheide zu erlassen. Die Aufgaben werden von Beamtinnen und Beamten sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern wahrgenommen, denen entsprechende Tätigkeiten zugewiesen worden sind.

(2) Die Träger bestimmen den Standort sowie die nähere Ausgestaltung und Organisation der gemeinsamen Einrichtung durch Vereinbarung. Die Ausgestaltung und Organisation der gemeinsamen Einrichtung sollen die Besonderheiten der beteiligten Träger, des regionalen Arbeitsmarktes und der regionalen Wirtschaftsstruktur berücksichtigen. Die Träger können die Zusammenlegung mehrerer gemeinsamer Einrichtungen zu einer gemeinsamen Einrichtung vereinbaren.

(3) Den Trägern obliegt die Verantwortung für die rechtmäßige und zweckmäßige Erbringung ihrer Leistungen. Sie haben in ihrem Aufgabenbereich nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 gegenüber der gemeinsamen Einrichtung ein Weisungsrecht; dies gilt nicht im Zuständigkeitsbereich der Trägerversammlung nach § 44c. Die Träger sind berechtigt, von der gemeinsamen Einrichtung die Erteilung von Auskunft und Rechenschaftslegung über die Leistungserbringung zu fordern, die Wahrnehmung der Aufgaben in der gemeinsamen Einrichtung zu prüfen und die gemeinsame Einrichtung an ihre Auffassung zu binden. Vor Ausübung ihres Weisungsrechts in Angelegenheiten grundsätzlicher Bedeutung befassen die

Träger den Kooperationsausschuss nach § 18b. Der Kooperationsausschuss kann innerhalb von zwei Wochen nach Anrufung eine Empfehlung abgeben.

(4) Die gemeinsame Einrichtung kann einzelne Aufgaben auch durch die Träger wahrnehmen lassen.

(5) Die Bundesagentur stellt der gemeinsamen Einrichtung Angebote an Dienstleistungen zur Verfügung.

(6) Die Träger teilen der gemeinsamen Einrichtung alle Tatsachen und Feststellungen mit, von denen sie Kenntnis erhalten und die für die Leistungen erforderlich sind.

§ 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. ...

(9) ...

§ 173 SGB V

Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglieder 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 versichert ist.

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt dies für die Gebiete der Län-
der, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Be-
triebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; soweit eine Sat-
zungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat,
bleibt dies unberührt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen be-
schränken 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 Betriebskran-
kenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. Septem-
ber 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

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

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

üben. 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 Beitragerhöhung 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) 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 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. 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) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

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.

II 1 Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

II 1.1 Allgemeines

Für die Krankenkassenwahlrechte der versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten die Ausführungen in der gemeinsamen Verlautbarung der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 30. Juni 2008 sowie die nachfolgenden und weiteren ergänzenden Regelungen des GKV-Spitzenverbandes entsprechend.

Eine Änderung der Leistungsart (z. B. Bezug von Arbeitslosengeld II im unmittelbaren Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld) allein begründet kein neues Krankenkassenwahlrecht. Die Mitgliedschaft kann in diesen Fällen unter Beachtung der Mindestbindungsfrist (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 53 Abs. 8 Satz 2 SGB V) sowie der Kündigungsfrist (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V) gekündigt werden.

II 1.2 Zuständigkeit einer landwirtschaftlichen Krankenkasse

Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gelten die Wahlrechte nach § 173 SGB V nicht. Für nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 versicherungspflichtige Arbeitslosengeld II-Bezieher, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V erfüllen, besteht dann Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung, wenn sie zum Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung einer landwirtschaftlichen Krankenkasse angehörten oder angehört haben (§ 3 Abs. 2 Nr. 6 KVLG 1989)

II 1.3 Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

II 1.3.1 Allgemeines

Besonderheiten bei der Ausübung der Krankenkassenwahl, dem Eintritt einer Bindungswirkung und dem Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels sind bei versicherungspflichtigen Beziehern von Arbeitslosengeld II dem Grunde nach nicht zu berücksichtigen.

Die in § 175 SGB V beschriebenen Grundsätze zur Ausübung der Krankenkassenwahl gelten für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II uneingeschränkt.

In Ergänzung der gemeinsamen Verlautbarung der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 30. Juni 2008 hat sich in Folge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 13. Juni 2007 – B 12 KR 19/06 R (USK 2007-51) die Rechtsauffassung herausgebildet, dass bei einer Unterbrechung der Mitgliedschaft (z. B. durch eine Familienversicherung) bei Eintritt von Versicherungspflicht (z. B. aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II) auch dann ein neues Wahlrecht besteht, wenn die Bindungsfrist des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V noch nicht abgelaufen ist. In diesem Fall verliert die bisherige Bindungsfrist mit der Ausübung des Wahlrechts ihre Wirkung und es entsteht eine neue 18-monatige Bindungsfrist. Dies gilt im Übrigen unabhängig davon, ob das Wahlrecht vom Versicherten nach § 175 Abs. 1 SGB V selbst wahrgenommen oder von der zur Meldung verpflichteten Stelle nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V ersatzweise vorgenommen wird.

II 1.3.2 Sonderkündigungsrecht

Für den Fall, dass eine Krankenkasse ab 1. Januar 2009 einen Zusatzbeitrag erhebt, den Zusatzbeitrag erhöht oder die Prämienzahlung verringert, räumt § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V ein Sonderkündigungsrecht ein, ohne dass die 18-monatige Bindungsfrist des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen ist.

Soll von dem Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht werden, ist die Mitgliedschaft bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung zu kündigen. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann mit Ablauf des über-

nächsten Kalendermonats, der auf den Monat folgt, in dem die Kündigung bei der Krankenkasse eingegangen ist, sofern das Mitglied innerhalb dieser Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 2 und 4 SGB V).

Das Sonderkündigungsrecht kann nicht nur dann ausgeübt werden, wenn die 18-monatige Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, denn es besteht lediglich ohne Beachtung der 18-monatigen Bindungsfrist. Damit verfügen Mitglieder auch nach Ablauf dieser Bindungsfrist über das Sonderkündigungsrecht sowie der sich daraus ergebenden Schutzmechanismen.

Mitglieder, die einen Wahltarif nach § 53 SGB V gewählt haben, sind – je nach Art des Wahltarifs - mindestens ein oder drei Jahre an die Teilnahme am Wahltarif und damit auch an die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse gebunden. Im Fall eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V bei der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen gilt keine Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V). Mitglieder, deren Beiträge - wie dies bei Beziehern von Arbeitslosengeld II der Fall ist – vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 5 SGB V). Das Sonderkündigungsrecht besteht daher ungeachtet einer Teilnahme an einem Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V.

Die Krankenkasse ist verpflichtet, ihre Mitglieder über die Möglichkeit der Kündigung spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhebung, der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung hinzuweisen. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht 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.

Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgerecht ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben.

Beispiel:

Erhebung eines Zusatzbeitrags ab	01.08.2011
Erstmalige Fälligkeit des Zusatzbeitrags	15.09.2011
Hinweis der Krankenkasse gegenüber ihren Mitgliedern spätestens am	15.08.2011

Die Sonderkündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen am 15.09.2011

Ende der Mitgliedschaft:

Beim Eingang der Kündigung bis 15.09.2010 endet die Mitgliedschaft am 30.11.2011, ungeachtet einer eventuell noch laufenden Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 4 SGB V

Nachweis der neuen Mitgliedschaft bis zum Ende der Kündigungsfrist am 30.11.2011

Bei wirksamer Ausübung des Sonderkündigungsrechts ist von Beginn an, also ab 01.08.2011, kein Zusatzbeitrag zu entrichten.

Das Sonderkündigungsrecht bleibt für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach Einführung des für sie aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu entrichtenden Zusatzbeitrags ab 1. Januar 2011 auch dann erhalten, wenn von Ihnen selbst kein Differenz-Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 4 Satz 2 SGB V zu zahlen ist, da das Sonderkündigungsrecht den Mitgliedern der Krankenkasse unabhängig davon zusteht, ob sie im Einzelfall durch die Änderung tatsächlich finanziell benachteiligt sind.

II 2 Pflegekassenzuständigkeit

Die Pflegeversicherung der nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB XI von der Pflegekasse durchgeführt, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der die Mitgliedschaft besteht (vgl. II 1). Wechselt das Mitglied die Krankenkasse, ist damit automatisch ein Wechsel der Pflegekasse verbunden.

II 3 Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II

II 3.1 Allgemeines

Als Leistungsträger im Sinne dieses Rundschreibens gelten nach § 6 Abs. 1 Satz 1 SGB II 1. die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur), soweit Nummer 2 nichts Anderes bestimmt,

2. die kreisfreien Städte und Kreise für die Leistungen nach § 16a SGB II (Kommunale Eingliederungsleistungen), § 22 SGB II (Bedarfe für Unterkunft und Heizung) und § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB II (Einmalige Leistungen), § 27 Absatz 3 SGB II (Leistungen für den ungedeckten Bedarf der Kosten für Unterkunft bei Ausbildung) sowie für die Leistungen nach § 28 SGB II (Bedarfe für Bildung und Teilhabe), soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind (kommunale Träger).

Soweit Dritte nach § 6 Abs. 1 Satz 2 SGB II mit der Leistungserbringung beauftragt werden, erstreckt sich dieses Auftragsverhältnis nicht auf das Arbeitslosengeld II.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisation der Grundsicherung für Arbeitsuchende wird gemäß Artikel 91e des Grundgesetzes sichergestellt, dass einerseits die bisherige gemeinsame Aufgabenwahrnehmung von Agenturen für Arbeit und Kommunen über den 31. Dezember 2010 als Regelfall fortgesetzt werden kann und andererseits die bisher zugelassenen kommunalen Träger, deren Aufgabenwahrnehmung im Rahmen einer Experimentierklausel bis 31. Dezember 2010 befristet war, ihre Aufgaben unbefristet wahrnehmen können. Darüber hinaus wird auf Antrag eine begrenzte Anzahl weiterer kommunaler Träger zugelassen.

Sowohl für die gemeinsamen Einrichtungen als auch für die zugelassenen kommunalen Träger legt § 6d SGB II einheitlich die Bezeichnung Jobcenter fest.

Hinsichtlich der Zuständigkeit der Leistungsträger nach dem SGB II für die Zeit bis 31. Dezember 2010 gelten die Ausführungen in dem gemeinsamen Rundschreiben vom 26. Januar 2007 (Abschnitt II 3).

II 3.2 Jobcenter als gemeinsame Einrichtungen

Nach § 44b SGB II errichten die BA als Leistungsträger im Sinne des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II und die kommunalen Träger als Leistungsträger nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II zur einheitlichen Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dem SGB II gemeinsame Einrichtungen. Befinden sich im Bereich eines kommunalen Trägers mehrere Agenturen für Arbeit, ist eine Agentur als federführend zu benennen. Die gemeinsame Einrichtung ist nicht selbst Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende; vielmehr lassen beide Träger ihre Aufgaben durch die gemeinsame Einrichtung wahrnehmen. Einzelne Aufgaben, wie z. B. Begutachtungen durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit, kann sie von den Trägern wahrneh-

men lassen, wenn dies zweckmäßig ist.

Die gemeinsame Einrichtung ist gesetzlich befugt, im eigenen Namen Verwaltungsakte und Widerspruchsbescheide zu erlassen.

II 3.3 Jobcenter als zugelassene kommunale Träger („Optionskommunen“)

Abweichend von § 6 SGB II sind nach § 6a Abs. 2 SGB II a. F. anstelle der BA vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales 69 kommunale Träger als Träger der Leistungen im Sinne von § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II durch die Kommunalträger-Zulassungsverordnung in der Fassung vom 24. September 2004 zugelassen worden. Die Zulassungen waren aufgrund der als Experimentierklausel ausgelegten Regelung bis 31. Dezember 2010 befristet. Nach § 6a Abs. 1 SGB II n. F. werden die Zulassungen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung über den 31. Dezember 2010 hinaus unbefristet verlängert, wenn die zugelassenen kommunalen Träger bestimmte Verpflichtungen bis zum 30. September 2010 anerkennen.

Darüber hinaus wird nach § 6a Abs. 2 SGB II n. F. als Ausnahme von der Aufgabenwahrnehmung in gemeinsamen Einrichtungen eine Anzahl von höchstens 25 Prozent der bundesweit zum 31. Dezember 2010 bestehenden Aufgabenträger als weitere Optionskommunen zugelassen. Das Nähere zu diesem Verfahren ist in der Kommunalträger-Eignungsfeststellungsverordnung – KtEfV – vom 12. August 2010 festgelegt. § 6a Abs. 4 SGB II n. F. regelt die Fristen für die Anträge und die Zulassungen der neuen kommunalen Träger. Die erste Antragsfrist endete am 31. Dezember 2010; die Zulassung erfolgt zum 1. Januar 2012. Sollte zum 1. Januar 2012 die 25-Prozent-Grenze nicht erreicht sein, können bis zum Erreichen dieser Grenze weitere kommunale Träger zugelassen werden. Die Antragsfrist beginnt dann am 30. Juni 2015 und endet am 31. Dezember 2015; die Zulassung erfolgt zum 1. Januar 2017.

Durch die Zulassung nimmt der kommunale Träger die Aufgaben der BA wahr und ist sowohl alleiniger Leistungsträger als auch gegenüber der Kranken- und Pflegekasse verpflichtet, die Aufgaben, die sich aus der Feststellung der Versicherungspflicht, der Beitragsberechnung und -abführung sowie im Rahmen des Meldeverfahrens ergeben, zu erfüllen (vgl. § 6b Abs. 1 SGB II). Die zugelassenen kommunalen Träger haben insoweit die Rechte und Pflichten der Agenturen für Arbeit.

Aufgrund von Kreisgebietsreformen sind bereits ab seit dem 1. Januar 2011 bisher von Arbeitsgemeinschaften betreute Arbeitslosengeld II-Bezieher in die Zuständigkeit bestehender Optionskommunen übergegangen.

II 3.4 Leistungserbringung durch Kommunen ohne Bildung von Arbeitsgemeinschaften oder ohne Wahrnehmung des Optionsrechts

Eine getrennte Wahrnehmung der Aufgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die BA bzw. Agentur für Arbeit einerseits und kommunalen Träger andererseits ist seit 1. Januar 2011 nicht mehr zulässig. Die Übergangsvorschrift des § 76 Abs. 1 SGB II ermöglicht diesen Trägern, die getrennte Aufgabenwahrnehmung noch für einen begrenzten Zeitraum bis zum 31. Dezember 2011 fortzusetzen. Spätestens ab 1. Januar 2012 muss die Trägerschaft bzw. Organisationsform auf eine gemeinsame Einrichtung oder einen zugelassenen kommunalen Träger umgestellt sein.

Solange eine getrennte Trägerschaft praktiziert wird, sind die Kommunen im Bereich der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ausschließlich zuständig für kommunale Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II, Bedarfe für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II und einmalige Leistungen nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB II, Leistungen für den ungedeckten Bedarf der Kosten für Unterkunft bei Ausbildung nach § 27 Absatz 3 SGB II sowie für die Leistungen nach § 28 SGB II (Bedarfe für Bildung und Teilhabe). Sofern in diesen Fällen Versicherungspflicht besteht, übernimmt die BA das Beitrags- und Meldeverfahren.

III Weiterversicherung im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II

§ 9 SGB V

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. bis 6. ...

7. innerhalb von sechs Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von drei Monaten nach Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld II Spätaussiedler sowie deren gemäß § 7 Absatz 2 Satz 1 Bundesvertriebenengesetz leistungsberechtigte Ehegatten und Abkömmlinge, die bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem dortigen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren,

8. ...

(2) Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten anzuzeigen,

1. im Fall des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,

2. bis 5. ...

(3) Kann zum Zeitpunkt des Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung nach Absatz 1 Nr. 7 eine Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes nicht vorgelegt werden, reicht als vorläufiger Nachweis der vom Bundesverwaltungsamt im Verteilungsverfahren nach § 8 Abs. 1 des Bundesvertriebenengesetzes ausgestellte Registrier-schein und die Bestätigung der für die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 15 Abs. 1 oder 2 des Bundesvertriebenengesetzes zuständigen Behörde, dass die Ausstellung dieser Bescheinigung beantragt wurde.

§ 188 SGB V

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

- (1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.
- (2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 (Satz 1) Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 (Satz 1) Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.
- (3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

- (1) bis (2a)...
- (3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.
- (4) ...

§ 6 KVLG 1989

Freiwillige Versicherung

- (1) Der Versicherung können beitreten
1. Personen, die aus der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 23 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein

deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 (Satz 1) Nr. 4 oder Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.

Für die Berechnung der Vorversicherungszeiten nach Satz 1 Nr. 1 gelten 360 Tage eines Bezugs von Leistungen, die nach § 339 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch berechnet werden, als zwölf Monate.

(2) ...

III 1 Allgemeines

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Versicherungspflicht endet, können der Krankenkasse im Anschluss an das Ende der Pflichtmitgliedschaft als freiwilliges Mitglied nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V beitreten. Ein vergleichbares Beitrittsrecht besteht nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für Personen, deren Familienversicherung erlischt. Dieses Recht zum freiwilligen Beitritt steht auch Versicherten im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II zu. Der Beitritt zur freiwilligen Versicherung setzt jedoch voraus, dass das Mitglied bzw. der Familienversicherte zuvor eine gewisse Zeit (Vorversicherungszeit) der gesetzlichen Krankenversicherung angehört hat. Als Vorversicherungszeit werden grundsätzlich alle Zeiten der Pflichtversicherung, freiwilligen Versicherung oder Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt.

Mit der im Rahmen des Fünften Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3676) zum 31. Dezember 2005 durchgeführten Ergänzung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz SGB V und § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz KVLG 1989 werden Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, als Vorversicherungszeit für den Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung ausgeschlossen. Der

Gesetzgeber hat damit die Absicht verfolgt, dass mit den durch den unrechtmäßigen Leistungsbezug (z.B. Bewilligung von Arbeitslosengeld II trotz offensichtlicher Erwerbsunfähigkeit, unterbliebene Mitteilung über Einkommenserzielung) erworbenen Versicherungszeiten ein Weiterversicherungsrecht nicht in Anspruch genommen werden kann. Die sowohl im Recht der allgemeinen Krankenversicherung als auch im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung vorgenommenen Änderungen entsprechen rechtssystematisch der bislang in diesen Vorschriften enthaltenen Ausnahmeregelung, nach der Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V bzw. § 23 KVLG 1989 (formale Mitgliedschaft als Rentenantragsteller) als Versicherungszeiten nicht angerechnet werden, um zu verhindern, dass durch einen unbegründeten Rentenantrag der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht wird.

Neben Zeiten der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V und unrechtmäßigem Bezug von Arbeitslosengeld II bleiben auch Zeiten der Familienversicherung mit unrechtmäßigem Bezug von Arbeitslosengeld II unberücksichtigt, die allein wegen ihrer versicherungsrechtlichen Vorrangigkeit für den Leistungsbezieher in der entsprechenden Zeit nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V geführt haben. Hätte eine Familienversicherung dagegen auch ohne den unrechtmäßigen Bezug von Arbeitslosengeld II bestanden und das dürfte der Regelfall sein, sind die Zeiten der Familienversicherung als Vorversicherungszeit zu berücksichtigen. Darüber hinaus können Zeiten der Familienversicherung nicht als Vorversicherungszeit angerechnet werden, solange sie ausschließlich aus der Mitgliedschaft eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Beziehers von Arbeitslosengeld II abgeleitet wurden, dessen Leistungsbezug unrechtmäßig war.

Seit Einführung der Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) besteht zwar in den zuvor geschilderten Fällen nach dem Ende des (unrechtmäßigen) Bezugs von Arbeitslosengeld II grundsätzlich auch ohne Erfüllung der Voraussetzungen für eine freiwillige Versicherung die gesetzliche Krankenversicherung fort. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird jedoch nach § 5 Abs. 8a Sätze 2 und 3 SGB V verdrängt, sofern laufende Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel des SGB XII (Sozialhilfe) oder laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz bezogen werden. In diesen Fällen ist für die Art der Absicherung im Krankheitsfall entscheidend, ob ein Recht zur Begründung einer freiwilligen Versicherung gegeben ist und ob es wirksam ausgeübt wird. Ist dies nicht der Fall, besteht für die Empfänger der zuvor genannten Leistungen keine Versicherung, sondern die Krankenbehandlung wird auf der

Grundlage des § 264 Abs. 2 SGB V von der Krankenkasse übernommen.

Die gesetzlichen Änderungen stehen der Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft von Personen, die vor dem unrechtmäßigen Bezug von Arbeitslosengeld II die Vorversicherungszeit für den Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines anderen Versicherungstatbestands erfüllt hatten oder bereits freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse waren, nicht entgegen. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass eine freiwillige Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des Leistungsbezugs (vgl. III 3) begründet werden kann, wenn die Vorversicherungszeit auch ohne die Versicherung aufgrund des unrechtmäßigen Leistungsbezugs erfüllt ist.

III 2 Beitrittsvoraussetzungen

III 2.1 Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Erlöschen einer Familienversicherung

Das Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V sowie § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 verlangt zunächst das Ausscheiden eines Mitglieds aus der Versicherungspflicht oder das Erlöschen einer Familienversicherung. Als Tag des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht ist entsprechend der mitgliedschaftsbeendenden Regelung in § 190 Abs. 12 SGB V der Tag anzusehen, für den die Leistung letztmalig bezogen wird.

Von einem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht im Sinne dieser Regelung ist auch auszugehen, wenn ein Leistungsträger nach dem SGB II feststellt, dass die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld II nicht vorliegen, d. h. von Anfang an nicht vorgelegen haben oder von einem bestimmten Zeitpunkt an im Laufe des Leistungsbezugs nicht mehr vorliegen und die Leistung für diese Zeit dementsprechend ohne materiell-rechtliche Grundlage gezahlt wurde. Unbedeutend ist in diesem Zusammenhang, ob die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V).

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II, deren Familienversicherung allein aus einer Zeit des unrechtmäßigen Leistungsbezugs des Stammversicherten resultiert, endet (erlischt) die Familienversicherung mit dem Tag, an dem die Versicherungspflicht des Stammversicherten

endet.

III 2.2 Erfüllung der Vorversicherungszeit

Der Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KVLG 1989 setzt voraus, dass

- in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht mindestens 24 Monate (große Vorversicherungszeit) oder
- unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ununterbrochen mindestens zwölf Monate (kleine Vorversicherungszeit)

eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat.

Bei einem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V aufgrund des von Anfang an unrechtmäßigen Leistungsbezugs verläuft die Rahmenfrist vom Ende der dieser Mitgliedschaft unmittelbar vorausgehenden Versicherung entweder fünf Jahre oder zwölf Monate rückwärts. Bestand unmittelbar vor der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eine freiwillige Mitgliedschaft, ist die Vorversicherungszeit ohne weitere Prüfung als erfüllt anzusehen, da die freiwillige Versicherung ohne den Eintritt der Pflichtversicherung fortbestanden hätte. Bestand unmittelbar vor der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V keine gesetzliche Krankenversicherung, ist ein Beitrittsrecht grundsätzlich nicht gegeben. Ist erst von einem bestimmten Zeitpunkt an im Laufe eines Leistungsbezugs von einem unrechtmäßigen Leistungsbezug auszugehen, verläuft die Rahmenfrist vom letzten Tag der auf der Grundlage des rechtmäßigen Leistungsbezugs bestehenden Mitgliedschaft entweder fünf Jahre oder zwölf Monate rückwärts.

Hinsichtlich der Erfüllung der Vorversicherungszeit für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung von Beziehern von Arbeitslosengeld II, die allein wegen der versicherungsrechtlichen Vorrangigkeit in § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V für die Zeit des unrechtmäßigen Leistungsbezugs nicht versicherungspflichtig, sondern familienversichert waren, gelten die vorstehenden Ausführungen entsprechend, da § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KVLG 1989 auf die Vorversicherungszeiten des jeweiligen Absatzes 1 Bezug nimmt. Endet die Familienversicherung, die ausschließlich aus einer Mitgliedschaft des Stammversicherten aufgrund eines unrechtmäßigen Bezugs von Arbeitslosengeld II abgelei-

tet wurde, ist nach den gleichen Grundsätzen zu verfahren.

Nach den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 24. Juni 2008, B 12 KR 19/07 R, B 12 KR 29/07 R, B 12 KR 32/07 R und B 12 KR 1/08 R, USK 2008-55, ist das Tatbestandsmerkmal „zu Unrecht bezogen“ im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V formell-rechtlich auszulegen. Das Arbeitslosengeld II gilt in diesem Sinne nur dann als zu Unrecht bezogen, wenn und soweit die ursprünglich ergangenen Bewilligungsbescheide durch die hierfür zuständige Stelle zurückgenommen, widerrufen oder aufgehoben worden sind. Das Bundessozialgericht hat in den Urteilen deutlich gemacht, dass die Krankenkassen weder nach der bis zum 31. Juli 2006 geltenden Rechtslage noch nach der ab 1. August 2006 geltenden Rechtslage (vgl. § 44a SGB II) berechtigt waren bzw. sind, eigenständig über die Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 SGB II und damit über die Frage, ob aus diesem Grund Arbeitslosengeld II materiell-rechtlich zu Unrecht bezogen wurde, zu entscheiden. Vielmehr waren und sind die Krankenkassen grundsätzlich an die Entscheidungen der Leistungsträger nach dem SGB II gebunden.

Entsprechendes gilt für den Leistungsbezug, der aus anderen Gründen (z. B. falsche Einkommens- oder Vermögensbeurteilung) formell-rechtlich zu Unrecht erfolgte.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Urteile des Bundessozialgerichts gilt die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II dann nicht als Vorversicherungszeit für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung, wenn

1. und soweit der Bescheid über die Bewilligung von Arbeitslosengeld II rückwirkend aufgehoben und die Leistung von dem Leistungsbezieher zurückgefordert wurde oder
2. der Bescheid über die Bewilligung des Arbeitslosengeldes II nach § 40 Abs. 1 SGB X als nichtig anzusehen ist (vgl. I 1.1.3).

III 3 Beitrittsfrist

Nach § 9 Abs. 2 Nr. 1 SGB V und § 6 Abs. 2 Nr. 1 KVLG 1989 ist der Beitritt der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft anzuzeigen. § 188 Abs. 3 SGB V ist zu beachten. Die Beitrittsfrist beginnt in den Fällen der Beendigung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V aufgrund des unrechtmäßigen Leistungsbezugs mit dem Tag, der dem Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 12 SGB V

(letzter Tag des Leistungsbezugs) folgt.

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die allein wegen der versicherungsrechtlichen Vorrangigkeit in § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V für die Zeit des unrechtmäßigen Leistungsbezugs nicht versicherungspflichtig, sondern familienversichert waren, verläuft die Beitrittsfrist nach § 9 Abs. 2 Nr. 2 SGB V und § 6 Abs. 2 Nr. 2 KVLG 1989 entsprechend; sie beginnt mit dem Tag, der dem Ende der Familienversicherung (letzter Tag des Leistungsbezugs) folgt. Die vorstehenden Erläuterungen gelten auch bei Ende der Familienversicherung, wenn diese ausschließlich aufgrund des unrechtmäßigen Leistungsbezugs durch den Stammversicherten durchgeführt wurde.

IV Beitragsrecht

§ 40 SGB II

Anwendung von Verfahrensvorschriften

(1) Für das Verfahren nach diesem Buch gilt das Zehnte Buch. Abweichend von Satz 1 gilt § 44 Absatz 4 Satz 1 des Zehnten Buches mit der Maßgabe, dass an Stelle des Zeitraums von vier Jahren ein Zeitraum von einem Jahr tritt.

(2) Entsprechend anwendbar sind die Vorschriften des Dritten Buches über

1. die vorläufige Entscheidung (§ 328) mit der Maßgabe, dass auch dann vorläufig entschieden werden kann, wenn die Gültigkeit einer Satzung oder einer anderen im Rang unter einem Landesgesetz stehenden Rechtsvorschrift, die nach § 22a Absatz 1 und dem dazu ergangenen Landesgesetz erlassen worden ist, Gegenstand eines Verfahrens bei einem Landessozialgericht, dem Bundessozialgericht oder einem Verfassungsgericht ist;
2. die Aufhebung von Verwaltungsakten nach § 330 Absatz 1 mit der Maßgabe, dass bei der Unwirksamkeit einer Satzung oder einer anderen im Rang unter einem Landesgesetz stehenden Rechtsvorschrift, die nach § 22a Absatz 1 und dem dazu ergangenen Landesgesetz erlassen worden ist, auf die Zeit nach der Entscheidung des Landessozial-

algerichts abgestellt wird;

3. die Aufhebung von Verwaltungsakten (§ 330 Absatz 2, 3 Satz 1 und 4);
 4. die vorläufige Zahlungseinstellung nach § 331 mit der Maßgabe, dass die Träger auch zur teilweisen Zahlungseinstellung berechtigt sind, wenn sie von Tatsachen Kenntnis erhalten, die zu einem geringeren Leistungsanspruch führen;
 5. die Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (§ 335 Absatz 1, 2 und 5).
- (3) bis (6) ...

§ 335 SGB III

Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung

(1) Wurden von der Bundesagentur für einen Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt, so hat der Bezieher dieser Leistungen der Bundesagentur die Beiträge zu ersetzen, soweit die Entscheidung über die Leistung rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist. Hat für den Zeitraum, für den die Leistung zurückgefordert worden ist, ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis bestanden, so erstattet diejenige Stelle, an die die Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch gezahlt wurden, der Bundesagentur die für diesen Zeitraum entrichteten Beiträge; der Bezieher wird insoweit von der Ersatzpflicht nach Satz 1 befreit; § 5 Abs. 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz des Fünften Buches gilt nicht. Werden die beiden Versicherungsverhältnisse bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt und wurden in dem Zeitraum, in dem die Versicherungsverhältnisse nebeneinander bestanden, Leistungen von der Krankenkasse erbracht, bei der der Bezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches versicherungspflichtig war, so besteht kein Beitragserstattungsanspruch nach Satz 2. Die Bundesagentur, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 217a des Fünften Buches) und das Bundesversicherungsamt in seiner Funktion als Verwalter des Gesundheitsfonds können das Nähere über die Erstattung der Beiträge nach den Sätzen 2 und 3 durch Vereinbarung regeln. Satz 1 gilt entsprechend, soweit die Bundes-

agentur Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezugs an ein privates Versicherungsunternehmen zu zahlen sind, übernommen hat.

(2) Beiträge für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches, denen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Übergangsgeld von einem nach § 251 Abs. 1 des Fünften Buches beitragspflichtigen Rehabilitationsträger gewährt worden ist, sind der Bundesagentur vom Träger der Rentenversicherung oder vom Rehabilitationsträger zu ersetzen, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld ein Erstattungsanspruch der Bundesagentur gegen den Träger der Rentenversicherung oder den Rehabilitationsträger besteht. Satz 1 ist entsprechend anzuwenden in den Fällen, in denen dem Arbeitslosen von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben Übergangsgeld oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zuerkannt wurde (§ 125 Abs. 3) sowie im Falle des Übergangs von Ansprüchen des Arbeitslosen auf den Bund (§ 203). Zu ersetzen sind

1. vom Rentenversicherungsträger die Beitragsanteile des versicherten Rentners und des Trägers der Rentenversicherung, die diese ohne die Regelung dieses Absatzes für dieselbe Zeit aus der Rente zu entrichten gehabt hätten,
2. vom Rehabilitationsträger der Betrag, den er als Krankenversicherungsbeitrag hätte leisten müssen, wenn der Versicherte nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches versichert gewesen wäre.

Der Träger der Rentenversicherung und der Rehabilitationsträger sind nicht verpflichtet, für dieselbe Zeit Beiträge zur Krankenversicherung zu entrichten. Der Versicherte ist abgesehen von Satz 3 Nr. 1 nicht verpflichtet, für dieselbe Zeit Beiträge aus der Rente zur Krankenversicherung zu entrichten.

(3) und (4) ...

(5) Für die Beiträge der Bundesagentur zur sozialen Pflegeversicherung für Versicherungspflichtige nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 des Elften Buches sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 23 SGB IV

Fälligkeit

(1) ...

(2) Die Beiträge für eine Sozialleistung im Sinne des § 3 Satz 1 Nr. 3 des Sechsten Buches einschließlich Sozialleistungen, auf die die Vorschriften des Fünften Buches und des Sechsten Buches über die Kranken- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II entsprechend anzuwenden sind, werden am Achten des auf die Zahlung der Sozialleistung folgenden Monats fällig. Die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit können unbeschadet des Satzes 1 vereinbaren, dass die Beiträge zur Rentenversicherung aus Sozialleistungen der Bundesagentur für Arbeit zu den vom Bundesversicherungsamt festgelegten Fälligkeitsterminen für die Rentenzahlungen im Inland gezahlt werden. Die Träger der Rentenversicherung mit Ausnahme der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und die Behörden des sozialen Entschädigungsrechts können unbeschadet des Satzes 1 vereinbaren, dass die Beiträge zur Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aus Sozialleistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens zum 30. Juni des laufenden Jahres und ein verbleibender Restbetrag zum nächsten Fälligkeitstermin gezahlt werden.

(2a) bis (4) ...

§ 232a SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. ...

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3450fachen der monatlichen Bezugsgröße; in Fällen, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemes-

sung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt der in diesem Satz genannte Teil der Bezugsgröße gilt. Die Festlegung der beitragspflichtigen Einnahmen von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, wird jeweils bis zum 30. September, erstmals bis zum 30. September 2007 für den gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vorjahres und der ersten Hälfte des laufenden Jahres im Vergleich zum Zeitraum vom 1. Juli 2005 bis 30. Juni 2006 überprüft. Unterschreiten die Beitragsmehreinnahmen des Gesundheitsfonds aus der Erhöhung des pauschalen Krankenversicherungsbeitrags für geringfügig Beschäftigte im gewerblichen Bereich (§ 249b) in dem in Satz 1 genannten Zeitraum den Betrag von 170 Millionen Euro im Vergleich zum Zeitraum 1. Juli 2005 bis 30. Juni 2006, hat der Gesundheitsfonds gegen den Bund einen entsprechenden Ausgleichsanspruch, der jeweils bis zum Ende des Jahres, in dem die Festlegung durchgeführt wird, abzuwickeln ist. Das Bundesversicherungsamt regelt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium der Finanzen das Nähere über die Höhe des Ausgleichsanspruchs. Dabei ist die Veränderung der Anzahl der geringfügig Beschäftigten zu berücksichtigen.

Bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilunterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 1 Nr. 1 zweiter Teilsatz nicht anzuwenden. Ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit oder ab Beginn des zweiten Monats eines Ruhenszeitraums wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.

(1a) Ist in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 2 bei laufenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zu erwarten, dass diese während des Zeitraums, für den Arbeitslosengeld II bewilligt wurde (Bewilligungszeitraum nach § 41 Absatz 1 Satz 4 des Zweiten Buches), in unterschiedlicher Höhe anfallen, kann zur Bestimmung der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden. Der monatliche Durchschnittswert nach Satz 1 wird gebildet, indem die zu erwartenden gesamten weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Bewilligungszeitraum durch die Anzahl der Monate im Bewilligungszeitraum geteilt werden. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert von dem nach den Sätzen 1 und 2 gebildeten monatlichen Durchschnittswert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.

(2) ...

(3) § 226 gilt entsprechend.

§ 242 SGB V

Kassenindividueller Zusatzbeitrag

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Von Mitgliedern, die das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 wegen der erstmaligen Erhebung des Zusatzbeitrags fristgemäß ausgeübt haben, wird der Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird das Sonderkündigungsrecht wegen einer Erhöhung des Zusatzbeitrags ausgeübt, wird der erhöhte Zusatzbeitrag nicht erhoben. Wird die Kündigung nicht wirksam, wird der Zusatzbeitrag in vollem Umfang erhoben.

(2) bis (3) ...

(4) Für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind, wird der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrages nach § 242a erhoben; dies gilt auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist.

(5) bis (6) ...

§ 242a SGB V

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtli-

chen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.

§ 246 SGB V

Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der ermäßigte Beitragssatz nach § 243.

§ 251 SGB V

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) bis (3) ...

(4) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3 sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(4a) bis (4c) ...

(5) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.

(6) Den Zusatzbeitrag nach § 242 hat das Mitglied zu tragen. Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben wird, der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht. Eine nach § 242 Absatz 4 Satz 2 erhobene Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem Zusatzbeitrag nach § 242a ist von den in Satz 2 genannten Mitgliedern selbst zu tragen. Satz 2 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.

§ 252 SGB V

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge mit Ausnahme des Zusatzbeitrags nach §§ 242, 242 a für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz 2 erfolgt die Zahlung der Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 Satz 1 monatlich entsprechend der Anzahl dieser Mitglieder an die zuständigen Krankenkassen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz 4 erfolgt die Zahlung für die Aufwendungen, die der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 3 des Zweiten Buches entstanden sind, jeweils spätestens am drittletzten Bankarbeitstag eines Kalenderjahres an die Bundesagentur für Arbeit. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Bundesagentur für Arbeit.

(3) bis (5) ...

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) ...

(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). [...] Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(4) ...

§ 57 SGB XI

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ist abweichend von § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Bu-

ches der 30. Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen.

(2) bis (5) ...

§ 59 SGB XI

Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) Für die nach § 20 Abs. 1 Nr. 2 bis 12 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die §§ 250 Abs. 1 und 3 und 251 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend; [...]

(2) bis (5) ...

§ 60 SGB XI

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. § 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) ...

(3) Die Beiträge sind an die Krankenkasse zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzuleiten hat. Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. Die Pflegekassen sind zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt. § 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt. § 252 Abs. 3 SGB V gilt mit der Maßgabe, dass die Bei-

träge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.

(4) bis (7) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

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.

IV 1 Grundsätze der Beitragsberechnung

IV 1.1 Allgemeines

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind den Grundsätzen des § 223 Abs. 1 SGB V und § 54 Abs. 2 Satz 2 SGB XI nach für jeden Tag der Mitgliedschaft zu zahlen. Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung werden wie die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen. Für die Berechnung der Beiträge zur Pflegeversicherung gilt der nach § 55 Abs. 1 SGB XI maßgebende Beitragssatz. Die Vorschriften über die beitragspflichtigen Einnahmen, die Beitragstragung und die Beitragszahlung in der Krankenversicherung gelten gemäß § 57 Abs. 1, § 59 Abs. 1 Satz 1 und § 60 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB XI entsprechend.

IV 1.2 Beitragspflichtige Einnahmen

In der Krankenversicherung gilt seit dem 1. Juli 2006 nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV als beitragspflichtige Einnahme. Nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI gilt in der Pflegeversicherung das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV als beitragspflichtige

Einnahme. Beide Bemessungsgrundlagen gelten bundeseinheitlich.

Zu berücksichtigen ist, dass die Beitragsbemessungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V wegen der Erzielung anderer beitragspflichtiger Einnahmen zu kürzen ist; für die Pflegeversicherung gilt dies nach § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI entsprechend. Dagegen führen Einkünfte, die nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören, jedoch im Leistungsrecht des SGB II auf das Arbeitslosengeld II angerechnet werden, nicht zu einer Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage.

IV 1.2.1 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfachtatbeständen

Neben der allgemeinen Beitragsbemessungsgrundlage sieht die Vorschrift des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V auch vor, dass in Fällen, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet wird, dass als Beitragsbemessungsgrundlage insgesamt der in diesem Satz (des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V bzw. § 57 Abs. 1 Satz 2 XI) genannte Teil der Bezugsgröße erreicht wird. Das bedeutet, dass bei Versicherungspflichtigen mit beitragspflichtigen Einnahmen unterhalb des 0,3450fachen bzw. 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße, diese entsprechend bis zu diesem Betrag aufgestockt werden, wenn der Bezug von Arbeitslosengeld II mit einem anderen zur Versicherungspflicht führenden Tatbestand zusammentrifft. Sollte aufgrund der Anrechnungsregel keine gesonderte beitragspflichtige Einnahme wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II mehr zugrunde gelegt werden können, bleibt die Mehrfachversicherung trotzdem erhalten.

Beispiel 1:

Der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II nimmt gleichzeitig an einer Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation teil (ohne Bezug von Übergangsgeld) und ist deswegen nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtig.

Beurteilung:

Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II und als Teilnehmer an einer Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation bestehen nebeneinander.

Als Beitragsbemessungsgrundlage ist aus der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ein Betrag in Höhe von 20 v. H. der monatlichen Bezugsgröße maßgebend (§ 235 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Im Jahre 2011 beträgt dieser Wert 511 EUR.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II beträgt in der KV das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße (2011 = 881,48 EUR), in der PV das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (2011 = 924,91 EUR).

- a) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V:

$$881,48 \text{ EUR} - 511 \text{ EUR} = 370,48 \text{ EUR.}$$

Der KV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird von 370,48 EUR berechnet.

- b) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI:

$$924,91 \text{ EUR} - 511 \text{ EUR} = 413,91 \text{ EUR.}$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird von 413,91 EUR berechnet.

Beispiel 2:

Der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II erhält gleichzeitig Arbeitslosengeld und ist deswegen auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtig. Das Arbeitslosengeld wurde nach einem Arbeitsentgelt von 900 EUR bemessen.

Beurteilung:

Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II und als Bezieher von Arbeitslosengeld bestehen nebeneinander.

Als Beitragsbemessungsgrundlage aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld gelten 80 v. H. von 900 EUR, also 720 EUR (§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II beträgt im Jahr 2011 in der KV 881,48 EUR und in der PV 924,91 EUR.

- a) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V:

$$881,48 \text{ EUR} - 720 \text{ EUR} = 161,48 \text{ EUR}.$$

Der KV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 161,48 EUR berechnet.

- b) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI:

$$924,91 \text{ EUR} - 720 \text{ EUR} = 204,91 \text{ EUR}.$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 204,91 EUR berechnet.

Hinweis:

Die Anrechnung als beitragspflichtige Einnahme erfolgt nur bei Arbeitslosengeld nach dem SGB III.

Beispiel 3:

Der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II steht gleichzeitig in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis und ist deswegen auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig. Das Arbeitsentgelt beträgt 600 EUR.

Beurteilung:

Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II und als Arbeitnehmer bestehen nebeneinander.

Das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung beträgt 600 EUR und liegt damit innerhalb der Gleitzone im Sinne von § 20 Abs. 2 SGB IV. Als Beitragsbemessungsgrundlage gilt im Jahr 2011 die sich aus § 226 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 163 Abs. 10 SGB VI ergebende reduzierte beitragspflichtige Einnahme (hier vereinfachte Gleitzoneformel):

$$1,2565 \times 600 \text{ EUR} - 205,20 = 548,70 \text{ EUR}$$

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II beträgt im Jahr 2011 in der KV 881,48 EUR und in der PV 924,91 EUR.

- a) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V:

$$881,48 \text{ EUR} - 548,70 \text{ EUR} = 332,78 \text{ EUR}.$$

Der KV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 332,78 EUR berechnet.

- b) Kürzung der Beitragsbemessungsgrenze aus dem Arbeitslosengeld II nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI

$$924,91 \text{ EUR} - 548,70 \text{ EUR} = 376,21 \text{ EUR}.$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 376,21 EUR berechnet.

Fortsetzung des Beispiels:

Im Monat November erhält der Versicherte in dem Beschäftigungsverhältnis ein Weihnachtsgeld von 400 EUR. Arbeitslosengeld II wird weiterhin bezogen.

Weil das gesamte beitragspflichtige Arbeitsentgelt von 1.000 EUR den Betrag von 881,48 EUR (KV) bzw. 924,91 EUR (PV) übersteigt, ist im Monat November aufgrund der Anrechnungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V kein Beitrag für das Versicherungsverhältnis aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort, sofern Arbeitslosengeld II weiter bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens auf das Ar-

beitslosengeld II (einschließlich der Kosten für Unterkunft und Heizung) dazu führen, dass kein (Aus-) Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung auch nicht fortbestehen.

Beispiel 4:

Der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II steht gleichzeitig in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis und ist deswegen auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig. Das Arbeitsentgelt beträgt monatlich 1.000 EUR.

Beurteilung:

Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II und als Arbeitnehmer bestehen nebeneinander.

Weil das monatliche Arbeitsentgelt von 1.000 EUR den Betrag von 881,48 EUR (KV) bzw. 924,91 EUR (PV) (Angaben für 2011) übersteigt, ist aufgrund der Anrechnungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V kein Beitrag für das Versicherungsverhältnis aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort, sofern Arbeitslosengeld II weiter bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens auf das Arbeitslosengeld II (einschließlich der Kosten für Unterkunft und Heizung) dazu führen, dass kein (Aus-)Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II auch nicht fortbestehen.

Beispiel 5:

Der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II steht gleichzeitig in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis und ist deswegen auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungspflichtig. Das Arbeitsentgelt beträgt monatlich 900 EUR.

Beurteilung:

Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II und als Arbeitnehmer bestehen nebeneinander.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II beträgt im Jahr 2011 in der KV 881,48 EUR und in der PV 924,91 EUR.

- a) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V:

$$881,48 \text{ EUR} - 900,00 \text{ EUR} = - 18,52 \text{ EUR}.$$

Da das monatliche Arbeitsentgelt von 900,00 EUR den Betrag von 881,48 EUR (KV) übersteigt, ist aufgrund der Anrechnungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V kein Beitrag für das Versicherungsverhältnis aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort, sofern Arbeitslosengeld II weiter bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens auf das Arbeitslosengeld II (einschließlich der Kosten für Unterkunft und Heizung) dazu führen, dass kein (Aus-)Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II auch nicht fortbestehen.

- b) Kürzung der Beitragsbemessungsgrenze aus dem Arbeitslosengeld II nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI

$$924,91 \text{ EUR} - 900,00 \text{ EUR} = 24,91 \text{ EUR}.$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 24,91 EUR berechnet.

Beim Zusammentreffen der Kürzungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (= gleichzeitiger Bezug von Arbeitslosengeld und Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung) mit der Kürzungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V (= Arbeitslosengeld II wird neben anderen beitragspflichtigen Einnahmen bezogen), ist die Beitragsbemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld II zunächst um die geminderte Bei-

tragsbemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld zu verringern, anschließend ist die so geminderte Bemessungsgrundlage um das ungeminderte Arbeitsentgelt zu kürzen.

Beispiel 6:

Das Arbeitsentgelt beträgt 850 EUR monatlich. Daneben wird aufgrund der wöchentlichen Arbeitszeit von weniger als 15 Stunden unter Beachtung des § 119 Abs. 3 SGB III Arbeitslosengeld (Bemessungsentgelt: 1.200 EUR monatlich) sowie ergänzend Arbeitslosengeld II bezogen.

1. Schritt:

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld beträgt 80 v. H. des der Leistung zu Grunde liegenden Arbeitsentgelts (1.200 EUR x 80 v. H. = 960 EUR). Diese Bemessungsgrundlage ist um 80 v. H. des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus dem Beschäftigungsverhältnis zu kürzen (850 EUR x 80 v. H. = 680 EUR).

Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus dem Arbeitslosengeld nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V:

$$960 \text{ EUR} - 680 \text{ EUR} = 280 \text{ EUR}$$

2. Schritt

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II beträgt im Jahr 2011 in der KV 881,48 EUR und in der PV 924,91 EUR.

- a) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V:

$$280,00 \text{ EUR} + 850,00 \text{ EUR} = 1.130,00 \text{ EUR} > 881,48 \text{ EUR}.$$

- b) Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II nach § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI:

$$280 \text{ EUR} + 850,00 \text{ EUR} = 1.130,00 \text{ EUR} > 924,91 \text{ EUR}.$$

Weil die zu berücksichtigenden Entgelte den Betrag in der KV von 881,48 EUR bzw. in der PV von 924,91 EUR übersteigen, ist nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V kein Beitrag für das Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort, sofern Arbeitslosengeld II weiter bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens auf das Arbeitslosengeld II (einschließlich der Kosten für Unterkunft und Heizung) dazu führen, dass kein (Aus-)Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II auch nicht fortbestehen.

IV 1.2.2 Zusammentreffen mit Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld oder Elterngeld

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II kann eine Mehrfachversicherung vorliegen, wenn diese z.B. noch ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ausüben (vgl. I 1.4). In diesem Fall ist es möglich, dass auch Anspruch auf Kranken- oder Mutterschaftsgeld aus dem weiteren Versicherungsverhältnis entsteht.

Nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V ist bei mehrfach versicherten Beziehern von Arbeitslosengeld II die Beitragsbemessungsgrundlage für diese Versicherung um die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem anderweitigen Versicherungsverhältnis zu kürzen (vgl. IV 1.2.1).

An dieser Anrechnungsmodalität wird auch beim Bezug von Kranken- oder Mutterschaftsgeld festgehalten. Damit wird während des Kranken- oder Mutterschaftsgeldbezugs aus dem weiteren Versicherungsverhältnis von dem Leistungsträger nach dem SGB II weiterhin die beitragspflichtige Einnahme angerechnet, die vor Beginn der Kranken- oder Mutterschaftsgeldzahlung als Anrechnungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V maßgebend war.

Dagegen führt der Bezug von Erziehungs- oder Elterngeld zu keiner Anrechnungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V.

IV 1.2.3 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen beim Zusammentreffen mit Renten und Versorgungsbezügen

Nach § 232a Abs. 4 SGB V gilt § 226 SGB V entsprechend. Nach § 226 Abs. 1 Satz 1 SGB V werden bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung neben dem Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zugrunde gelegt

- der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung,
- der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge - im Sinne des § 229 SGB V) und
- das Arbeitseinkommen (Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit bzw. aus Land- und Forstwirtschaft nach § 15 SGB IV), soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird.

Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen im vorstehenden Sinne sind nach ausdrücklicher Bestimmung im § 226 Abs. 2 SGB V nur zu entrichten, wenn diese monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen insgesamt 1/20 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV übersteigen.

Der Verweis auf § 226 SGB V bedeutet, dass Rente, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit unter Berücksichtigung der Mindesteinnahmegrenze des § 226 Abs. 2 SGB V auch bei den Beziehern von Arbeitslosengeld II beitragspflichtige Einnahmen darstellen. Sie führen nach der Anrechnungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V zur Reduzierung der fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Im Fall der Gewährung einer Rente ist unerheblich, ob die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V) erfüllt sind oder nicht.

Die Anrechnungsregelung findet Anwendung für

- Renten aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung,
- Versorgungsbezüge nach innerstaatlichem Recht und
- Versorgungsbezüge nach ausländischem Recht,

nicht hingegen für

- Renten aus ausländischen Rentenversicherungssystemen,

- Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung und
- Renten aus einer privaten Unfallversicherung (z. B. Unfallrente).

Soweit Beiträge aus Renten, aus Versorgungsbezügen oder aus Arbeitseinkommen zu erheben sind, ist der Leistungsträger nach dem SGB II hieran nicht beteiligt. Die Beitragspflicht dieser Bezüge wird unabhängig von der für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlage festgestellt. Für die Beitragsabführung gelten die §§ 255 und 256 SGB V.

In den Fällen, in denen Beziehern von Arbeitslosengeld II rückwirkend eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zugebilligt wird und die im Rahmen des Verfahrens nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II in Verbindung mit § 335 Abs. 2 SGB III erstattet werden (vgl. IV 5.1.2 und IV 5.2.2), schließt § 335 Abs. 2 Sätze 4 und 5 SGB III eine Entrichtung von Beiträgen aus der Rente für den Erstattungszeitraum aus. Da es sich dann bei der Rente faktisch nicht um eine beitragspflichtige Einnahme handelt, scheidet eine Anrechnung auf die fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V aus. Für den Erstattungszeitraum bleibt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V daher unverändert bestehen.

IV 1.2.4 Pauschalierung schwankender weiterer beitragspflichtiger Einnahmen

Ist bei laufenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zu erwarten, dass diese während des Zeitraumes, für den Arbeitslosengeld II bewilligt wurde, in unterschiedlicher Höhe anfallen (z. B. schwankendes Arbeitsentgelt), kann nach § 232a Abs. 1a SGB V zur Bestimmung der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden. Dabei werden die zu erwartenden gesamten weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Bewilligungszeitraum durch die Anzahl der Monate des Bewilligungszeitraums nach § 41 Abs. 1 Satz 4 SGB II (in der Regel sechs Monate) geteilt.

Nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes hat eine Prüfung stattzufinden, ob der tatsächliche von dem prognostizierten monatlichen Durchschnittswert um mehr als 20 EUR abweicht. Ist dies nicht der Fall, findet keine Änderung des Wertes der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen statt. Liegt eine signifikante Abweichung vor, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.

Mit dieser Regelung soll eine weitgehende Deckungsgleichheit mit der Anrechnung von Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit im Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach § 2 Abs. 3 der Arbeitslosengeld II/Sozialgeld-Verordnung (Alg II-V) bei vorläufigen Bewilligungen und damit eine Reduzierung des Verwaltungsaufwands erreicht werden.

Zu erwartende einmalige Einnahmen sind in entsprechender Anwendung des § 11 Abs. 3 Satz 3 SGB II auf einen angemessenen Zeitraum aufzuteilen und monatlich mit einem entsprechenden Teilbetrag anzusetzen.

Eventuelle Grundfreibeträge bei der Anrechnung von Einkommen auf das Arbeitslosengeld II finden bei der Anwendung des § 232a Abs. 1a SGB V keine Berücksichtigung.

Alternativ zu dem beschriebenen Vereinfachungsverfahren können weitere beitragspflichtige Einnahmen im Sinne des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in monatlich unterschiedlicher Höhe für jeden Monat separat berücksichtigt werden. Während eines Bewilligungszeitraumes darf jedoch durchgängig nur ein Verfahren angewandt werden.

IV 1.2.5 Zusammentreffen der beitragspflichtigen Einnahmen als landwirtschaftlicher Unternehmer und Arbeitslosengeld II-Bezieher

Bei landwirtschaftlichen Unternehmern, die gleichzeitig Arbeitslosengeld II beziehen, fallen neben den vom Unternehmer nach den §§ 39 ff. KVLG 1989 zu zahlenden Beiträge auf Grund der Gleichsetzungsvorschrift des § 20 KVLG 1989 auch Beiträge aufgrund der Versicherungspflicht als Arbeitslosengeld II-Bezieher nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V an, die der Bund trägt und die BA zu zahlen hat. Eine Anwendung der Kürzungsvorschrift nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V kommt nicht in Betracht, da die beitragspflichtigen Einnahmen nach dem KVLG 1989 keine beitragspflichtigen Einnahmen nach § 226 SGB V darstellen.

IV 1.3 Beitragssatz

IV 1.3.1 Krankenversicherung

Für versicherungspflichtige Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt nach der ab

1. Januar 2009 geltenden Fassung des § 246 SGB V als Beitragssatz der - bundeseinheitliche - ermäßigte Beitragssatz der Krankenversicherung nach § 243 SGB V.

Bis 31. Dezember 2010 wird der Beitragssatz von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen festgesetzt. Nach § 243 Abs. 3 SGB V gilt § 241 Abs. 2 bis 4 SGB V entsprechend. Danach sollen erforderliche Veränderungen des Beitragssatzes jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt werden. Dies schließt eine unterjährige wirksam werdende Änderung des Beitragssatzes nicht aus.

Nach der ab 1. Januar 2011 geltenden Fassung ist der ermäßigte Beitragssatz gesetzlich auf 14,9 Prozent festgelegt. Eine Veränderung ist nur noch per Gesetz möglich.

Maßgebend ist der für den Zahlungszeitraum (Zeitraum, für den die Leistung gezahlt wird) geltende ermäßigte Beitragssatz. Ändert sich der Beitragssatz im Laufe eines ein Kalenderjahr überschreitenden Zahlungszeitraums, ist dieser für die Beitragsberechnung entsprechend aufzuteilen.

Für nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V krankenversicherungspflichtige Leistungsbezieher, die Mitglied einer landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, findet § 246 SGB V Anwendung.

Soweit Beiträge für andere Einnahmearten zu erheben sind (§ 232a Abs. 3 i. V. m. § 226 SGB V), gilt der für die jeweilige Einnahmeart oder je nach Personenkreiszugehörigkeit anzuwendende ermäßigte oder allgemeine Beitragssatz.

IV 1.3.2 Pflegeversicherung

Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden nach dem in § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI festgelegten bundeseinheitlichen Beitragssatz bemessen. Für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II wird ein Beitragszuschlag für Kinderlose nicht erhoben (§ 55 Abs. 3 Satz 7 SGB XI).

Bei einer Mehrfachversicherung ist allerdings der Beitragszuschlag für Kinderlose im Rahmen des anderweitigen Versicherungsverhältnisses zu erheben.

Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, ist für den Zeitraum des Bezuges von Arbeitslosengeld II der halbe Beitrag zur Pflegeversicherung zu zahlen (§ 55 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 28 Abs. 2 SGB XI).

In den Fällen des § 56 Abs. 2 bis 4 SGB XI ist aufgrund bzw. während des Bezuges von Arbeitslosengeld II trotz Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung kein Beitrag zu zahlen.

IV 1.4 Tragung der Beiträge

IV 1.4.1 Krankenversicherung

Die nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V bemessenen Beiträge für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II werden nach § 251 Abs. 4 SGB V vom Bund getragen. Dies stellt eine Folgeregelung zu § 46 Abs. 1 SGB II dar, nach der der Bund die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende trägt.

IV 1.4.2 Pflegeversicherung

Aus der Verweisungsvorschrift des § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ergibt sich, dass die Pflegeversicherungsbeiträge für pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II ebenfalls vom Bund getragen werden.

IV 1.5 Berechnung der Beiträge

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden als Produkt aus der Bemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) und dem Beitragssatz unter Berücksichtigung des Zahlungszeitraums des Arbeitslosengeldes II errechnet. Volle Kalendermonate des Bezugs von Arbeitslosengeld II sind mit 30 Tagen anzusetzen. Beginnt oder endet die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II im Laufe eines Kalendermonats, ist für die Beitragsberechnung von der tatsächlichen Anzahl der verbleibenden Kalendertage des entsprechenden Monats auszugehen. Das gilt auch dann, wenn der Bezug von Arbeitslosengeld II sich an den Bezug von Arbeitslosengeld anschließt oder der Bezug von Arbeitslosengeld II im Laufe eines Monats eintritt und insoweit eine Mehrfachversicherung erzeugt wird.

Die Beträge werden für jeden versicherten Leistungsbezieher am jeweiligen Überweisungstag für den maßgeblichen Zahlungszeitraum der Leistung ermittelt und für die monatliche Beitragsabrechnung (vgl. IV 3) gespeichert.

Bei rückwirkender Änderung der Beitragsbemessungsgrundlage wird die Beitragsberechnung unter Beachtung der Verjährungsvorschriften korrigiert. Solche Korrekturen fallen an, wenn aufgrund von anrechenbaren beitragspflichtigen Einnahmen aus einem anderweitigen Versicherungsverhältnis die Beitragsbemessungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V nachträglich begrenzt wird (vgl. IV 1.2.1).

IV 1.6 Zusatzbeitrag

Seit 1. Januar 2009 hat die Krankenkasse nach näherer Bestimmung in § 242 SGB V einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben, soweit ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist.

Der Zusatzbeitrag ist grundsätzlich von allen Mitgliedern einer Krankenkasse an die jeweilige Krankenkasse zu zahlen. Dies traf nach der bis zum 31. Dezember 2010 geltenden Rechtslage auch auf Bezieher von Arbeitslosengeld II zu.

Nach der ab 1. Januar 2011 geltenden Rechtslage gelten für den Zusatzbeitrag der Bezieher von Arbeitslosengeld II Besonderheiten. Danach wird für nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, höchstens jedoch in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V erhoben, und zwar auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben oder einen anderen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen (§ 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Diese Zusatzbeiträge werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht und monatlich entsprechend der Anzahl der von der Regelung des § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V erfassten Mitglieder vom Gesundheitsfonds an die Krankenkassen gezahlt (§ 251 Abs. 6 Satz 2 und § 252 Abs. 2a SGB V).

Ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz zwischen dem kassenindividuellen und durchschnittlichen Zusatzbeitrag vom Arbeitslosengeld II-Bezieher zu zahlen ist

(§ 242 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Dieser Differenz-Zusatzbeitrag ist dann allein vom Mitglied zu tragen (§ 251 Abs. 6 Satz 3 SGB V). Eine Beteiligung des Leistungsträgers nach dem SGB II im Wege der Übernahme der Zusatzbeiträge bzw. eines Zuschusses zu den Zusatzbeiträgen ist nicht vorgesehen.

Die vorgenannten Grundsätze ab 1. Januar 2011 gelten nach ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung gleichermaßen für nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversicherten oder freiwillig versicherten Bezieher von Sozialgeld nach dem SGB II entsprechend.

Die Mitglieder der landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKKen) sind vom Zusatzbeitrag nicht betroffen, da die LKKen am Risikostrukturausgleich und damit am Beitragsverfahren über den Gesundheitsfonds nicht beteiligt sind (vgl. § 266 Abs. 9 SGB V).

IV 1.7 Sozialausgleich

Zum 1. Januar 2011 ist ein Sozialausgleich (§ 242b SGB V) eingeführt worden, der die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung vor einer unverhältnismäßigen finanziellen Belastung schützt und in seiner neuen Konzeption die bisherige Überforderungsregelung in § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V a. F. abgelöst hat.

Der Sozialausgleich greift dann, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds übersteigt. Er orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am möglicherweise tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag der Krankenkasse des Mitglieds.

Mitglieder, von denen nach § 242 Abs. 5 SGB V kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Abs. 6 SGB V vollständig von Dritten getragen oder gezahlt oder die Leistungen nach dem dritten oder vierten Kapitel des SGB XII beziehen, sind nach § 242b Abs. 6 SGB V von einem Sozialausgleich generell ausgenommen. Zur ersten der genannten Personengruppen gehören Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie Bezieher von Sozialgeld nach dem SGB II - unabhängig davon, ob sie weitere beitragspflichtige Einnahmen beziehen, und unabhängig davon, ob sie die Differenz zwischen dem kassenindividuellen und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag selbst zu zahlen haben.

Für Mitglieder, die allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig im Sinne des SGB II würden, sieht § 26 Abs. 3 SGB II ab dem 1. Januar 2011 eine finanzielle Beteiligung der BA am Zusatzbeitrag in der erforderlichen Höhe vor (vgl. V 3.). Ein Anspruch auf Sozialausgleich ist für diesen Personenkreis nicht ausgeschlossen.

IV 2 Zahlung und Abrechnung der Beiträge

IV 2.1 Allgemeines

Die Beiträge sind gemäß dem Grundsatz des § 252 Abs. 1 Satz 1 SGB V von demjenigen zu zahlen, der sie trägt. Abweichend hiervon zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a SGB II die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II, die vom Bund nach § 251 Abs. 4 SGB V getragen werden.

Für Beitragszeiten bis 31. Dezember 2008 sind die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von dem Leistungsträger an die jeweilige Kranken- bzw. Pflegekasse zu zahlen. Für Beitragszeiten ab 1. Januar 2009 erfolgt die Zahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V und § 60 Abs. 3 Satz 1 SGB XI an den Gesundheitsfonds; die Beiträge zur Pflegeversicherung sind unverzüglich an den Ausgleichsfonds (§ 65 SGB XI) weiterzuleiten.

Daraus ergibt sich eine erforderliche zeitliche Trennung der Beitragszahlungen für die Zeit vor und ab 1. Januar 2009 (zeitliche Rechnungsabgrenzung), die vorerst unter Beachtung der Vorschriften der RSAV und des SGB IV bis zum Abschluss der Rechnungsergebnisse für das Geschäftsjahr 2013 befristet ist. Das heißt, nach dem 31. Dezember 2013 sind alle Beiträge ausnahmslos an den Gesundheitsfonds zu zahlen, unabhängig von dem Zeitraum, aus dem sie stammen. Die Beiträge für die landwirtschaftliche Krankenversicherung sind hingegen an die landwirtschaftlichen Krankenkassen zu zahlen.

IV 2.2 Fälligkeit

Die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II werden nach § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV am Achten des auf die Zahlung der Leistung folgenden Monats fällig.

IV 2.3 Verfahren bis 31. Dezember 2008

Beiträge für Zeiten bis 31. Dezember 2008 werden je Leistungsträger und Krankenkasse gespeichert und je Krankenkasse abgerechnet. Überzahlungen für Beitragszeiten bis 31. Dezember 2008 können im Wege der Aufrechnung ausgeglichen werden. Ist für eine Krankenkasse zum Zeitpunkt der Abrechnung eine Beitragsrückforderung im Wege der Aufrechnung nicht möglich, so wird diese Überzahlung vom Leistungsträger bei der Krankenkasse besonders geltend gemacht. Die Krankenkasse zahlt den zu erstattenden Betrag auf dem Überweisungswege unter Angabe des gültigen Institutionskennzeichens (IK). Im Rahmen der Prüfung der Beitragszahlung nach § 251 Abs. 5 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Rechtmäßigkeit der Aufrechnung bzw. der Erstattungsforderung zu prüfen.

IV 2.4 Verfahren ab 1. Januar 2009

Die im Laufe eines Kalendermonats (Abrechnungsmonat) je Leistungsträger und Krankenkasse gespeicherten Beiträge werden mit dem Gesundheitsfonds abgerechnet. Überzahlungen für Beitragszeiten ab 1. Januar 2009 können im Wege der Aufrechnung ausgeglichen werden. Sie bewirken eine Reduzierung der Beitragszahlung. Erstattungen werden in den Beitragsnachweisen nicht gesondert ausgewiesen.

IV 3 Nachweis der Beitragsabrechnung

IV 3.1 Allgemeines

Als Folge der Rechnungsabgrenzung (vgl. IV 2.1) sind in den Beitragsnachweisen für den Gesundheitsfonds ausschließlich Beiträge auszuweisen, die rechtlich dem Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 zustehen, also Beiträge, die sich aus Ansprüchen auf Arbeitslosengeld II ab 2009 ergeben. Dementsprechend enthalten die Beitragsnachweise für die Krankenkassen ausschließlich die Beitragszahlungen, die zwar erst nach dem 31. Dezember 2008 bewirkt werden, rechtlich jedoch noch den Leistungszeiträumen vor dem 1. Januar 2009 zuzuordnen sind („Altbeiträge“).

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind aufgrund der für sie geltenden Sonderregelungen (vgl. IV 2.1) nicht berührt.

IV 3.2 Beitragszeiten bis 31. Dezember 2008

IV 3.2.1 Beitragsnachweise für die Krankenkassen

Über die Abrechnung von Beiträgen für Zeiten bis 31. Dezember 2008 erhalten die Krankenkassen Beitragsnachweise von den Leistungsträgern. Der Beitragsnachweis für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II enthält

- den Abrechnungszeitraum,
- den Beitragssatz zur Krankenversicherung
- den Beitragssatz zur Pflegeversicherung
- die beitragspflichtigen Einnahmen zur Krankenversicherung nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V
- die beitragspflichtigen Einnahmen Pflegeversicherung nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI,
- die Beiträge zur Krankenversicherung,
- die Beiträge zur Pflegeversicherung,
- die Gesamtsumme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (ggf. ein Beitragsrückforderungsbetrag).

Erstreckt sich eine Krankenkasse auf die Rechtskreise West und Ost, ist für jeden Rechtskreis ein gesonderter Beitragsnachweis (mit Angabe der entsprechenden Betriebsnummer der Krankenkasse) zu erstellen. Dementsprechend erfolgt auch bei der Beitragszahlung durch die Bundesagentur für Arbeit oder die zugelassenen kommunalen Leistungsträger eine Trennung nach den Rechtskreisen.

Erstattungen von Beiträgen dürfen für die jeweilige Leistungsart (hier: Arbeitslosengeld II) nur mit den Beitragszahlungen für die entsprechenden Leistungszeiträume (vor oder nach dem 1. Januar 2009) verrechnet werden. Sofern hierdurch ein negativer Betrag für Zeiträume vor dem 1. Januar 2009 entsteht (Erstattungsansprüche der Leistungsträger nach dem SGB II), sind diese direkt gegenüber der zuständigen Krankenkasse geltend zu machen und dürfen nicht mit den Beitragszahlungen des Gesundheitsfonds verrechnet werden.

Beitragsnachweise sind grundsätzlich elektronisch zu übermitteln. Für den Aufbau der Datensätze der zugelassenen kommunalen Träger vgl. Anlage 4. Die BA übermittelt die Beitragsnachweise bis zum Ende der zeitlichen Rechnungsabgrenzung in Papierform (vgl. Anlage 5).

IV 3.2.2 Nachweis für den Einzelfall

Für jeden versicherten Leistungsbezieher werden die aufgrund der Zahlungen bzw. besonderen Anweisungen ermittelten Bemessungsgrundlagen (beitragspflichtige Einnahmen), der Beitragszeitraum und die entsprechenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge pro Überweisungstag für jeden Leistungsfall in einer separaten Datei dokumentiert. Diese Dokumentation kann für Prüfungen der Krankenkassen nach § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V genutzt werden.

IV 3.2.3 Monatszusammenstellung

Für Zwecke der Prüfung der Beitragsberechnung und -abrechnung werden auf Anforderung der Krankenkasse für ausgewählte Abrechnungsmonate (bis einschließlich Dezember 2008) alle bei einem Leistungsträger für eine Krankenkasse angefallenen Abrechnungsvorgänge in einer maschinell verwertbaren Datei zusammengefasst und der Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Zum einzelnen Abrechnungsvorgang wird nachgewiesen:

- Abrechnungsmonat,
- Betriebsnummer der Krankenkasse,
- Betriebsnummer des örtlich zuständigen Leistungsträgers,
- Name und Vorname des Versicherten,
- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum,
- Leistungsart,
- Zahlungszeitraum,
- Bemessungsgrundlage Krankenversicherung (beitragspflichtige Einnahme nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V),
- Bemessungsgrundlage Pflegeversicherung (beitragspflichtige Einnahme nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)
- Beitragssatz und Beitrag zur Krankenversicherung und
- Beitragssatz und Beitrag zur Pflegeversicherung.

Der Datensatz zur Monatszusammenstellung ist in der Anlage 5 des Gemeinsamen Rundschreiben zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit bzw. den kommunalen

len Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK) in der Fassung vom 24. Februar 2010 definiert.

IV 3.2.4 Aufbewahrung der Nachweise

Die Beitragsabrechnungsunterlagen werden bei den Leistungsträgern aufbewahrt. Die Aufbewahrungsfrist der Nachweise beträgt grundsätzlich vier Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Abrechnungsunterlagen erstellt wurden. Soweit die Bundesagentur für Arbeit zuständig ist, gilt Folgendes:

Bei den örtlichen Leistungsträgern sind

- der Nachweis für den Einzelfall und
- im Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit
- die Monatszusammenstellungen
- verfügbar.

IV 3.3 Beitragszeiten ab 1. Januar 2009

IV 3.3.1 Beitragsnachweise für den Gesundheitsfonds

Über die Abrechnung der monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen für Zeiten ab 1. Januar 2009 erhält der Gesundheitsfonds jeweils separate Beitragsnachweise von den Leistungsträgern. Beitragsnachweise sind grundsätzlich elektronisch zu übermitteln. Für den Aufbau der Datensätze vgl. Anlage 4.

Mit Entfallen der §§ 313 und 313a SGB V erfolgt für die Meldung bzw. den Nachweis der Beiträge gegenüber dem Gesundheitsfonds keine Trennung mehr nach den Rechtskreisen West und Ost. Für den Gesundheitsfonds werden daher mit dem Beitragsnachweis ein einheitlicher Gesamtbeitrag (getrennt nach Kranken- und Pflegeversicherung) und die Beiträge pro Krankenkasse (Einzelaufstellungen als Anlage zum Beitragsnachweis jedoch getrennt nach den Rechtskreisen West und Ost) gemeldet.

Für eine Übergangszeit werden die Beitragsnachweise dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds in Papierform sowie als csv-Dateien zur Verfügung gestellt.

Langfristig ist an einen Beitragsnachweis als maschinell übermittelten Datensatz gedacht.

Die landwirtschaftlichen Krankenkassen nehmen auch weiterhin nicht am Finanzausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Daher können Beitragszahlungen für Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht durch den Gesundheitsfonds eingezogen werden. Die Leistungsträger nach dem SGB II sind somit verpflichtet, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld II für Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen direkt gegenüber den landwirtschaftlichen Krankenkassen nachzuweisen und abzuführen.

Der Beitragsnachweis enthält

- den Abrechnungszeitraum,
- das Erstellungsdatum,
- die Betriebsnummer des Empfängers,
- die Angabe der Leistungsart (Arbeitslosengeld II),
- den jeweils gültigen Beitragssatz (Kranken- oder Pflegeversicherung),
- die Gesamtsumme der Beiträge (Kranken- oder Pflegeversicherung).

Als Anlage zum Beitragsnachweis weist die BA die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge je Krankenkasse aus („Einzelaufstellung“). Zeiträume vor dem 1. Januar 2009 werden gegenüber dem BVA mit einem „Blank“ bzw. „Strich“ ausgewiesen.

Ein Muster des Beitragsnachweises der BA gegenüber dem BVA ist als Anlage 6 beigelegt

IV 3.3.2 Nachweis für den Einzelfall

Für jeden versicherten Leistungsbezieher werden die aufgrund der Zahlungen bzw. besonderen Anweisungen ermittelten Bemessungsgrundlagen (beitragspflichtige Einnahmen), der Beitragszeitraum und die entsprechenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge pro Überweisungstag für jeden Leistungsfall in einer separaten Datei dokumentiert. Diese Dokumentation kann für Prüfungen nach § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V genutzt werden.

IV 3.3.3 Monatszusammenstellung

Für Zwecke der Prüfung der Beitragsberechnung und -abrechnung werden auf Anforderung

des Gesundheitsfonds für ausgewählte Abrechnungsmonate (ab Januar 2009) alle bei einem Leistungsträger für eine Krankenkasse angefallenen Abrechnungsvorgänge in einer maschinell verwertbaren Datei zusammengefasst und dem Bundesversicherungsamt zur Verfügung gestellt.

Zum einzelnen Abrechnungsvorgang wird nachgewiesen:

- Abrechnungsmonat,
- Betriebsnummer der Krankenkasse,
- Betriebsnummer des örtlich zuständigen Leistungsträgers,
- Name und Vorname des Versicherten,
- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum,
- Leistungsart,
- Zahlungszeitraum,
- Bemessungsgrundlage Krankenversicherung (beitragspflichtige Einnahme nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V),
- Bemessungsgrundlage Pflegeversicherung (beitragspflichtige Einnahme nach § 57 Abs. 1 SGB XI),
- Beitragssatz und Beitrag zur Krankenversicherung und
- Beitragssatz und Beitrag zur Pflegeversicherung.

Der Datensatz zur Monatszusammenstellung ist in der Anlage 5 des gemeinsamen Rundschreibens zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit bzw. den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK) in der Fassung vom 24. Februar 2010 definiert.

IV 3.3.4 Aufbewahrung der Nachweise

Die Beitragsabrechnungsunterlagen werden bei den Leistungsträgern aufbewahrt. Die Aufbewahrungsfrist der Nachweise beträgt grundsätzlich vier Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Abrechnungsunterlagen erstellt wurden. Soweit die BA zuständig ist, gilt Folgendes:

Bei den örtlichen Leistungsträgern sind

- der Nachweis für den Einzelfall und
- im Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit

- die Monatszusammenstellungen
verfügbar.

IV 4 Prüfung der Beitragszahlung

Nach der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung des § 251 Abs. 5 SGB V ist das BVA zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Aufgrund der zeitlichen Rechnungsabgrenzung (vgl. IV 2.1 und IV 3.1) sind die Beitragszeiten bis 31. Dezember 2008 und ab 1. Januar 2009 auch hinsichtlich des Prüfrechts zu trennen. Während für die Beitragszeiten bis 31. Dezember 2008 das Prüfrecht noch bei den Krankenkassen liegt, ist es für die nachfolgenden Beitragszeiten an das BVA übergegangen.

Die für die Prüfung erforderlichen Monatszusammenstellungen werden dem BVA bzw. den Krankenkassen für die Beitragszahlungen, für die die Bundesagentur für Arbeit zuständig ist, vom Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit auf Anforderung in angemessener Frist und in elektronisch auswertbarer Form zur Verfügung gestellt.

IV 5 Ersatzansprüche und Beitragserstattungen

IV 5.1 Beitragszeiträume bis 31. Dezember 2008

IV 5.1.1 Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung

§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II erklärt für den Anwendungsbereich des SGB II die Vorschriften des SGB III über die Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (hier: § 335 Abs. 1, 2 und 5 SGB III) für anwendbar.

Für den Fall, dass die Entscheidung über die Leistung (hier: Arbeitslosengeld, in entsprechender Anwendung: Arbeitslosengeld II) rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist, enthält § 335 Abs. 1 SGB III im Einzelnen Regelungen über die Erstattung der insoweit entrichteten Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung durch den Leistungsbezieher oder die Krankenkasse. Weitere Ansprüche auf Erstattung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus § 335 Abs. 2 SGB III.

Nach § 335 Abs. 5 SGB III sind für die Beiträge der BA zur sozialen Pflegeversicherung u. a.

die Absätze 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

Näheres geht aus den folgenden Abschnitten hervor.

IV 5.1.1.1 Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten

Dem Leistungsträger steht nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III hinsichtlich der von ihm getragenen Krankenversicherungsbeiträge ein Ersatzanspruch gegen den Leistungsbezieher zu, soweit der Verwaltungsakt, der zu dem Bezug von Arbeitslosengeld II geführt hat, rückwirkend aufgehoben und die gezahlte Leistung zurückgefordert worden ist. Insoweit ist die für Bezieher von Arbeitslosengeld geltende Regelung entsprechend anwendbar. Dieser Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten entsteht, wenn für den Erstattungszeitraum kein anderweitiges Krankenversicherungsverhältnis bestand. Dies gilt nur bis zum Tag der Kenntnis des Leistungsträgers nach dem SGB II (Vertrauensschutzende). Für den sich anschließenden Zeitraum besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf der Grundlage und nach den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB IV.

In diesen Fällen bleibt das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bis zum Vertrauensschutzende unberührt.

Beispiel:

Arbeitslosengeld II ist bis 30.11. bewilligt und ausgezahlt. Die Bewilligung wird ab 01.11. wegen Erzielung eines bedarfsdeckenden Einkommens aus selbständiger Tätigkeit rückwirkend aufgehoben.

Variante 1:

Der Leistungsbezieher teilt die Aufnahme der Tätigkeit am 26.10. mit. Für die Zeit ab 01.11. werden die Beiträge unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB IV von der Krankenkasse erstattet. Das Versicherungsverhältnis besteht bis 31.10.

Variante 2:

Der Leistungsbezieher teilt die Aufnahme der Tätigkeit am 15.11. mit.

Für die Zeit ab 01.11. bis 15.11. werden die Beiträge durch den Leistungsbezieher, ab 16.11. unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB IV von der Krankenkasse erstattet. Das Versicherungsverhältnis besteht bis 15.11.

Variante 3:

Der Leistungsbezieher teilt die Aufnahme der Tätigkeit am 02.12. mit.

Für die Zeit ab 01.11. bis 30.11. werden die Beiträge durch den Leistungsbezieher ersetzt.

Das Versicherungsverhältnis besteht bis 30.11.

Zu beachten ist, dass eine Erstattung der Beiträge nur bei vollständiger Aufhebung der Bewilligung des Arbeitslosengeldes II in Frage kommt. Besteht Hilfebedürftigkeit und damit der Leistungsanspruch fort, ist auch das Versicherungsverhältnis fortzuführen.

IV 5.1.1.2 Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber der Krankenkasse

Hat in dem Zeitraum, für den das Arbeitslosengeld II vollständig aufgehoben wurde, ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (Pflichtversicherung; nicht hingegen eine freiwillige Versicherung, private Krankenversicherung oder Absicherung in einem besonderen Sicherungssystem – z. B. Anspruch auf freie Heilfürsorge) bestanden, so hat gemäß § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III die Krankenkasse, die die Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durchgeführt hat, dem Leistungsträger die für diesen Zeitraum nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V bemessenen Beiträge zu erstatten. Die Pflichtversicherung in Folge der Aufnahme einer Beschäftigung in einem anderen Mitgliedsstaat der EU, in einem EWR-Staat oder in der Schweiz gilt als ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis i. S. des § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III. Die Erstattung vollzieht sich durch Aufrechnung (vgl. IV 2.3). Sofern eine Aufrechnung mit den für Beitragszeiten bis 31. Dezember 2008 zu entrichtenden Beiträgen nicht möglich ist, sind die Beiträge von der Krankenkasse auf Antrag des Leistungsträgers zu erstatten. Der Leistungsbezieher wird insoweit von seiner Ersatzpflicht befreit. In diesen Fällen ist auch das Versicherungsverhältnis aufgrund des Leistungsbezugs für den Erstattungszeitraum aufzuheben. Nach ausdrücklicher Bestimmung im § 335 Abs. 1 Satz 2 letzter Satzteil SGB III gilt das in § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V festgelegte Verbot rückwirkender Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bei Rückforderung der Leistung nicht. Die Meldungen sind daher entsprechend zu korrigieren.

Zu beachten ist jedoch, dass eine Erstattung der Beiträge nur bei vollständiger Aufhebung der Bewilligung des Arbeitslosengeldes II in Frage kommt. Besteht Hilfebedürftigkeit und damit der Leistungsanspruch fort, ist auch das Versicherungsverhältnis fortzuführen.

Sind die Pflichtversicherungsverhältnisse allerdings bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt worden und wurden in dem Zeitraum, in dem die Versicherungsverhältnisse nebeneinander bestanden, Leistungen der Krankenkasse gemäß § 21 SGB I in Anspruch genommen, die die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durchgeführt hat, sind nach § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III Beiträge durch die Krankenkasse nicht zu erstatten. Insoweit wird der Bezieher von Arbeitslosengeld II gegenüber dem Leistungsträger nach dem SGB II ersatzpflichtig. Wann, wie oft und in welcher Höhe Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen wurden, ist in dieser Hinsicht nicht von Bedeutung.

Wird die Bewilligung von Arbeitslosengeld II vollständig aufgehoben und aufgerechnet, teilt der Leistungsträger der Krankenkasse unverzüglich den Überzahlungszeitraum, die aufgerechneten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie ggf. die Krankenkasse, bei der eine weitere Pflichtversicherung bestand, mit. Einer Anhörung bzw. Information im Vorfeld der Aufrechnung bedarf es nicht.

Die vorstehenden Ausführungen dieses Abschnitts gelten als Regelung des Erstattungsverfahrens zwischen der Bundesagentur für Arbeit und dem GKV-Spitzenverband nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 1 Satz 4 SGB III in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung. Die kommunalen Spitzenverbände stimmen für die nach § 6a SGB II zugelassenen Kommunen der Regelung zu.

IV 5.1.1.3 Erstattungsansprüche des Leistungsträgers nach dem SGB II für Pflegeversicherungsbeiträge

Nach § 335 Abs. 5 SGB III sind § 335 Abs. 1 SGB III und damit die unter Abschnitt IV 5.1.1.1 und 5.1.1.2 beschriebenen Regelungen für die Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden. Aus Gründen der gebotenen Gleichbehandlung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen ist hinsichtlich des Beitragserstattungsausschlusses (§ 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III) ausschließlich auf die Leistungsinanspruchnahme in der Krankenversicherung abzustellen.

IV 5.1.2 Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld

Wird einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zugebilligt, hat der Leistungsträger gegen den Rentenversicherungsträger nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 2 SGB III wegen der nach § 232a SGB V bemessenen Krankenversicherungsbeiträge einen Ersatzanspruch, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld II ein Erstattungsanspruch des Leistungsträgers gegen den Rentenversicherungsträger besteht. Der Ersatzanspruch beschränkt sich auf den Zeitraum, für den der Erstattungsanspruch geltend gemacht wird.

Dem Leistungsträger sind ferner Beiträge von einem Rehabilitationsträger zu ersetzen, wenn einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wegen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nachträglich Übergangsgeld zugebilligt wird, das Beitragspflicht zur Krankenversicherung auslöst.

Die Höhe der zu ersetzenden Beiträge richtet sich nach dem Betrag, den der Rentenversicherungs- bzw. Rehabilitationsträger zu zahlen gehabt hätte, d. h. die Höhe der tatsächlich während des Bezugs von Arbeitslosengeld II entrichteten Beiträge ist hinsichtlich des Erstattungsanspruches unerheblich. Der Krankenkasse stehen in beiden Fällen für diesen Zeitraum keine Beiträge aus der Rente bzw. dem Übergangsgeld zu.

Die Rente stellt in diesem Fall keine weitere beitragspflichtige Einnahme im Sinne des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V dar.

Nach § 335 Abs. 5 SGB III ist die Vorschrift des § 335 Abs. 2 SGB III für die Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden.

In diesen Fällen bleibt das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V unberührt. Es ergeben sich keine Auswirkungen im Meldeverfahren.

IV 5.1.3 Abgrenzung der einzelnen Erstattungsansprüche

IV 5.1.3.1 Allgemeines

§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II begründet i. V. m. § 335 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 SGB III hinsichtlich der vom Leistungsträger nach dem SGB II gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge dessen Ersatzanspruch gegenüber dem Rentenversicherungs- bzw. Rehabilitationsträger, der dem Empfänger von Arbeitslosengeld II für die Beitragszeit eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. Übergangsgeld gewährt hat. Voraussetzung ist aber, dass dem Leistungsträger nach dem SGB II ein Erstattungsanspruch nach § 103 oder § 104 SGB X zusteht.

IV 5.1.3.2 Verfahrenssicherheit

Es ist zu beachten, dass sich das Erstattungsverfahren nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 SGB III in drei Fallgruppen aufteilt:

Fallgruppe 1 = Beitragserstattungsanspruch gegenüber dem Versicherten nach § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III,

Fallgruppe 2 = Beitragserstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse nach § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III; Beitragsrückforderung bei Doppelversicherungsverhältnis,

Fallgruppe 3 = Beitragserstattungsanspruch gegenüber dem Rentenversicherungsträger oder dem Träger der Rehabilitation nach § 335 Abs. 2 SGB III bei Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld.

Verfahrenstechnisch muss sichergestellt sein, dass von den Krankenkassen in den Fallgruppen 1 und 3 keine Beiträge zurückgefordert werden (keine Aufrechnung bzw. Erstattung).

IV 5.1.3.3 Abgrenzung zur Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen

Hervorzuheben ist die Unterscheidung zwischen den im Abschnitt IV 5.1.2 genannten Erstattungsansprüchen und den in § 232a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V ge-

nannten Anrechnungen von beitragspflichtigen Einnahmen aus einem anderweitigen Versicherungsverhältnis (z. B. bei Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III). Diese lösen keinen Beitragserstattungsanspruch aus, sondern erfordern eine echte Anrechnung der verschiedenen Beitragsbemessungsgrundlagen im Erstattungszeitraum.

IV 5.1.3.4 Reihenfolge der Erstattungsansprüche nach § 335 Abs. 2 SGB III und § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 2 SGB III, wenn neben der Rente sowohl Arbeitslosengeld als auch Arbeitslosengeld II bezogen worden ist

Die Frage der Reihenfolge der Ersatzansprüche beim gleichzeitigen Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III bzw. Krankengeld nach dem SGB V sowie von Arbeitslosengeld II und dem (rückwirkenden) Zusammentreffen mit Renten ist zwischen der BA, den Optionskommunen, dem GKV-Spitzenverband und der Rentenversicherung zu regeln.

IV 5.2 Beitragszeiträume ab 1. Januar 2009

IV 5.2.1 Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung

Auf die allgemeinen Ausführungen unter Abschnitt IV 5.1.1 wird verwiesen.

IV 5.2.1.1 Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten

Dem Leistungsträger steht nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III hinsichtlich der von ihm getragenen Krankenversicherungsbeiträge ein Ersatzanspruch gegen den Leistungsbezieher zu, soweit der Verwaltungsakt, der zu dem Bezug von Arbeitslosengeld II geführt hat, rückwirkend aufgehoben und die gezahlte Leistung zurückgefordert worden ist. Insoweit ist die für Bezieher von Arbeitslosengeld geltende Regelung entsprechend anwendbar. Dieser Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten entsteht, wenn für den Erstattungszeitraum kein anderweitiges Krankenversicherungsverhältnis bestand. Dies gilt nur bis zum Tag der Kenntnis des Leistungsträgers nach dem SGB II (Vertrauensschutzende). Für den sich anschließenden Zeitraum besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber dem BVA als Verwalter des Gesundheitsfonds auf der Grundlage und nach den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB IV.

In diesen Fällen bleibt das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bis zum Vertrauensschutzende unberührt. Es ergeben sich keine Auswirkungen im Meldeverfahren.

IV 5.2.1.2 Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Gesundheitsfonds

Hat im maßgebenden Zeitraum ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (Pflichtversicherung, nicht dagegen eine freiwillige Versicherung - vgl. I 1.7) bestanden, so hat gemäß § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III in der Fassung ab 1. Januar 2009 diejenige Stelle, an die die Beiträge aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 (hier:) Nr. 2a SGB V gezahlt wurden (BVA bzw. unverändert die landwirtschaftlichen Krankenkassen), dem Leistungsträger die für diesen Zeitraum nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V bemessenen Beiträge zu erstatten. Das Erstattungsverfahren vollzieht sich durch Aufrechnung (vgl. IV 2.4). Der Leistungsbezieher wird dadurch insoweit von seiner Ersatzpflicht befreit. In diesen Fällen ist auch das Versicherungsverhältnis aufgrund des Leistungsbezugs für den Erstattungszeitraum aufzuheben. Nach ausdrücklicher Bestimmung im § 335 Abs. 1 Satz 2 letzter Satzteil SGB III gilt das in § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V festgelegte Verbot rückwirkender Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bei Rückforderung der Leistung nicht. Die Meldungen bei der Krankenkasse sind daher entsprechend zu korrigieren.

Sind die Pflichtversicherungsverhältnisse allerdings bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt worden und wurden in dem Zeitraum, in dem die Versicherungsverhältnisse nebeneinander bestanden, Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen, die die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durchgeführt hat, sind nach § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III Beiträge (durch das BVA bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse) nicht zu erstatten. Insoweit wird der Bezieher von Arbeitslosengeld II gegenüber dem Leistungsträger nach dem SGB II ersatzpflichtig. Wann, wie oft und in welcher Höhe Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen wurden, ist in dieser Hinsicht nicht von Bedeutung.

Unter Berücksichtigung der versicherungsrechtlichen Ausführungen im Abschnitt I 1.7.1 ergeben sich – ebenfalls frühestens ab 1. Januar 2010 - für die Praxis jedoch folgende beitragsrechtliche Auswirkungen:

Ist das weitere Versicherungsverhältnis, was der Regelfall sein dürfte, zu Unrecht bei der anderen Krankenkasse durchgeführt worden und wird für dieses Versicherungsverhältnis die

Krankenkasse zuständig, bei der die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Alg II bestand, handelt es sich im Ergebnis faktisch nicht um einen Anwendungsfall des Satzes 3, sondern des Satzes 2 des § 335 Abs. 1 SGB III. Neben der Aufhebung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V sind dann dem Leistungsträger nach dem SGB II die Beiträge für den entsprechenden Zeitraum zu erstatten.

Die gleichen Rechtsfolgen treten ein, wenn das weitere Versicherungsverhältnis bei der anderen Krankenkasse zu Recht durchgeführt worden ist bzw. wird und die Krankenkasse, bei der der Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig war, entweder keine Leistungen gewährt hat oder die Leistungen von der anderen Krankenkasse im Wege eines Erstattungsanspruchs ersetzt bekommt. Hat allerdings in diesem Fall die Krankenkasse, bei der der Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig war, Leistungen gewährt und kann ein Erstattungsanspruch aus gesetzlichen Gründen nicht realisiert werden, treten die Rechtsfolgen des § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III ein; das heißt ungeachtet der Aufhebung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V sind Beiträge nicht zu erstatten.

IV 5.2.1.3 Erstattungsansprüche des Leistungsträgers nach dem SGB II für Pflegeversicherungsbeiträge

Nach § 335 Abs. 5 SGB III sind § 335 Abs. 1 SGB III und damit die unter Abschnitt IV 5.2.1.1 und 5.2.1.2 beschriebenen Regelungen für die Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden. Aus Gründen der gebotenen Gleichbehandlung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen ist hinsichtlich des Beitragserstattungs Ausschlusses (§ 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III) ausschließlich auf die Leistungsanspruchnahme in der Krankenversicherung abzustellen.

IV 5.2.2 Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld

Wird einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zugebilligt, dann hat der Leistungsträger gegen den Rentenversicherungsträger nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 2 SGB III wegen der nach § 232a SGB V bemessenen Krankenversicherungsbeiträge einen Ersatzanspruch, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld II ein Erstattungsanspruch des Leistungsträgers gegen den Rentenversicherungsträger besteht. Der Ersatzanspruch beschränkt sich auf den Zeitraum, für den die Leistung zurückge-

fordert wird.

Dem Leistungsträger sind ferner Beiträge von einem Rehabilitationsträger zu ersetzen, wenn einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wegen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nachträglich Übergangsgeld zugebilligt wird, das Beitragspflicht zur Krankenversicherung auslöst. Die Höhe der zu ersetzenden Beiträge richtet sich nach dem Betrag, den der Rehabilitationsträger nach § 235 Abs. 1 oder 2 i. V. m. § 251 Abs. 1 SGB V zu zahlen gehabt hätte. Der Krankenkasse stehen für diesen Zeitraum keine Beiträge aus dem Übergangsgeld zu.

Nach § 335 Abs. 5 SGB III ist die Vorschrift des § 335 Abs. 2 SGB III für die Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden.

In diesen Fällen bleibt das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V unberührt. Es ergeben sich keine Auswirkungen im Meldeverfahren.

IV 5.2.3 Abgrenzung der einzelnen Erstattungsansprüche

IV 5.2.3.1 Allgemeines

§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II begründet i. V. m. § 335 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 SGB III hinsichtlich der vom Leistungsträger nach dem SGB II gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge dessen Ersatzanspruch gegenüber dem Rentenversicherungsträger, der dem Empfänger von Arbeitslosengeld II für die Beitragszeit eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt hat. Voraussetzung ist aber, dass dem Leistungsträger nach dem SGB II ein Erstattungsanspruch nach § 103 oder § 104 SGB X zusteht.

IV 5.2.3.2 Verfahrenssicherheit

Es ist zu beachten, dass sich das Erstattungsverfahren nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 SGB III in drei Fallgruppen aufteilt:

Fallgruppe 1 = Beitragserstattungsanspruch gegenüber dem Versicherten nach § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III,

Fallgruppe 2 = Beitragserstattungsanspruch gegenüber der dem BVA bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III; Beitragsrückforderung bei Doppelversicherungsverhältnis,

Fallgruppe 3 = Beitragserstattungsanspruch gegenüber dem Rentenversicherungsträger oder dem Träger der Rehabilitation nach § 335 Abs. 2 SGB III bei Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld.

Verfahrenstechnisch muss sichergestellt sein, dass vom BVA bzw. von den landwirtschaftlichen Krankenkassen in den Fallgruppen 1 und 3 keine Beiträge zurückgefordert werden (keine Aufrechnung).

IV 5.2.3.3 Abgrenzung zur Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen

Hervorzuheben ist die Unterscheidung zwischen den in IV 5.1.3.2 genannten Erstattungsansprüchen und den in § 232a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V genannten Anrechnungen von beitragspflichtigen Einnahmen aus einem anderweitigen Versicherungsverhältnis (vgl. IV 1.2.1). Diese lösen keinen Beitragserstattungsanspruch aus, sondern erfordern eine echte Anrechnung der verschiedenen Beitragsbemessungsgrundlagen.

IV 5.2.3.4 Reihenfolge der Erstattungsansprüche nach § 335 Abs. 2 SGB III und § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 2 SGB III, wenn neben der Rente sowohl Arbeitslosengeld als auch Arbeitslosengeld II bezogen worden ist

Die Frage der Reihenfolge der Ersatzansprüche beim gleichzeitigen Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III sowie von Arbeitslosengeld II und dem (rückwirkenden) Zusammentreffen mit Renten ist zwischen der BA, den Optionskommunen und der Rentenversicherung zu regeln ist.

IV 5.3 Beitragserstattung bei durchgeführter Pflichtversicherung trotz Vorrangs einer Familienversicherung

Wurde während des Bezuges von Arbeitslosengeld II anstelle der vorrangigen Familienversicherung eine Pflichtversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung durchgeführt, sind die im maßgeblichen Zeitraum entrichteten Beiträge – unabhängig davon, ob die Pflicht- und

Familienversicherung bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt wurde – durch das Bundesversicherungsamt im Rahmen des § 26 Abs. 2 SGB IV zu erstatten (vgl. I 1.6).

V Zuschüsse zu Versicherungsbeiträgen / Beitragsübernahmen

§ 11 SGB II

Zu berücksichtigendes Einkommen

(1) Als Einkommen zu berücksichtigen sind Einnahmen in Geld oder Geldeswert abzüglich der nach § 11b abzusetzenden Beträge mit Ausnahme der in § 11a genannten Einnahmen. Als Einkommen zu berücksichtigen sind auch Zuflüsse aus darlehensweise gewährten Sozialleistungen, soweit sie dem Lebensunterhalt dienen. Der Kinderzuschlag nach § 6a des Bundeskindergeldgesetzes ist als Einkommen dem jeweiligen Kind zuzurechnen. Dies gilt auch für das Kindergeld für zur Bedarfsgemeinschaft gehörende Kinder, soweit es bei dem jeweiligen Kind zur Sicherung des Lebensunterhalts, mit Ausnahme der Bedarfe nach § 28, benötigt wird.

(2) und (3) ...

§ 11b SGB II

Absetzbeträge

(1) Vom Einkommen abzusetzen sind

1. ...
2. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung einschließlich der Beiträge zur Arbeitsförderung,
3. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind; hierzu gehören Beiträge

a) zur Vorsorge für den Fall der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind,

b) ...

soweit die Beiträge nicht nach § 26 bezuschusst werden.

4. bis 8. ...

(2) bis (4) ...

§ 26 SGB II

Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen

(Fassung ab 1. April 2011)

(1) Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit

1. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,

2. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen; für Personen, die allein durch den Beitrag zur freiwilligen Versicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

Der Beitrag wird ferner für Personen im notwendigen Umfang übernommen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Krankenversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden.

(2) Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig und nicht familienversichert sind, werden für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen. Satz 1 gilt entsprechend, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden. Für Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Pflegeversiche-

rungsbeitrag hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

(3) Die Bundesagentur für Arbeit zahlt den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242 des Fünften Buches für Personen, die allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden, in der erforderlichen Höhe.

§ 12 VAG

Substitutive Krankenversicherung

(1a) bis (1b) ...

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils bekanntgegebenen Höhe ist hinzuzurechnen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(1d) ...

V 1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

V 1.1 Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld

V 1.1.1 Krankenversicherung

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden die Beiträge für die Dauer des Leistungsbezugs übernommen (§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 erster Halbsatz SGB II). Obwohl in diesem Zusammenhang auch die Bezieher von Arbeitslosengeld II genannt sind, dürften von dieser Vorschrift ausschließlich Bezieher von Sozialgeld erfasst sein, da nur sie freiwillig versichert sein können.

Diese Zuschussregelung gilt in analoger Anwendung des § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 erster Halbsatz SGB II auch für Sozialgeldbezieher, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig sind oder aufgrund einer Rentenantragstellung nach § 189 SGB V als Mitglieder gelten und deren daraus resultierende Pflichtbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht nach § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II von vorhandenem Einkommen abgesetzt werden können (weil sie z. B. über kein Einkommen verfügen).

V 1.1.2 Pflegeversicherung

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig (nach § 20 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI) und nicht nach § 25 SGB XI familienversichert sind, werden für die Dauer des Leistungsbezugs die Aufwendungen für eine angemessene private Pflegeversicherung im notwendigen Umfang übernommen (§ 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II).

Damit ist eine Übernahme der Beiträge zur Pflegeversicherung auf der Grundlage einer Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI nicht erfasst. Damit diese Personen nicht schlechter gestellt sind als Personen mit privater Pflegeversicherung, sind die Beiträge nach § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II vom anrechenbaren

Einkommen abzusetzen. Ist dies nicht oder nicht vollständig möglich, kommt eine Übernahme der Beiträge in analoger Anwendung des § 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II in Betracht. Auch von dieser Regelung dürften ausschließlich Bezieher von Sozialgeld erfasst sein, da nur sie nach § 20 Abs. 3 SGB XI bzw. § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI versichert sein können.

V 1.2 Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Beitragslast

V 1.2.1 Krankenversicherung

Für Personen, die allein durch die Tragung des Beitrags einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen (§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB II). Dies gilt nach der ausdrücklichen Regelung im § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB II auch im Fall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der notwendige Umfang entspricht der Differenz zwischen dem zu zahlenden Beitrag und dem den Bedarf übersteigenden Einkommen.

V 1.2.2 Pflegeversicherung

Entsprechend der Regelungen für Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt § 26 Abs. 2 Satz 3 SGB II, dass für Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (unabhängig davon, ob in der Krankenversicherung eine Versicherungspflicht oder eine freiwillige Versicherung besteht) und die allein durch den Pflegeversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden, der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen wird.

V 2 Versicherte eines privaten Krankenversicherungsunternehmens

V 2.1 Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld

V 2.1.1 Krankenversicherung

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 12 Abs. 1c Satz 6

i. V. m. Satz 4 VAG. Danach vermindert sich der Beitrag für eine Versicherung im Basistarif für die Dauer des Leistungsbezugs um die Hälfte. Seit dem Urteil des BSG vom 18. Januar 2011 (AZ: B 4 AS 108/10 R) wird dieser verminderte Beitrag – maximal jedoch der zu zahlende Beitrag des Versicherten – vom Leistungsträger übernommen. Bis zum Urteil des BSG konnte nach wörtlicher Auslegung des § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG höchstens der Beitrag übernommen werden, den der Leistungsträger im Fall der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V zu tragen hätte.

V 2.1.2 Pflegeversicherung

Die Ausführungen im Abschnitt V 1.1.2 gelten gleichermaßen.

V 2.2 Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Zahlung des Beitrags

V 2.2.1 Krankenversicherung

Für Personen, die allein durch die Tragung des Beitrags einer privaten Krankenversicherung hilfebedürftig werden, gilt § 12 Abs. 1c Satz 4 VAG. Danach besteht für die Zeit, in der bei Zahlung des vollen Beitrags Hilfebedürftigkeit entstünde, Anspruch auf Halbierung des an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beitrags in einer Versicherung im Basistarif.

Entsteht trotz Halbierung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung weiterhin Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der Leistungsträger nach dem SGB II oder XII auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang an dem Beitrag, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden werden kann.

V 2.2.2 Pflegeversicherung

Es gelten die Ausführungen zu Abschnitt V 1.2.2 entsprechend.

V 3 Übernahme des Zusatzbeitrags nach § 242 SGB V

V 3.1 Rechtslage vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2010

V 3.1.1 Allgemeines zum Zusatzbeitrag

Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird, sofern der Finanzbedarf der Krankenkasse durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist.

Bis 31. Dezember 2010 war der Zusatzbeitrag auf 1 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Abweichend von § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhob die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds, wenn der monatliche Zusatzbeitrag nicht mehr als 8,00 Euro beträgt.

Wird ein Zusatzbeitrag durch die Krankenkasse erhoben, ist dieser nach § 251 Abs. 6 Satz 1 SGB V i. V. m. § 252 Abs. 1 SGB V durch das Mitglied zu tragen und zu zahlen. Dies galt ebenso für die Bezieher von Arbeitslosengeld II (vgl. § 252 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Auf das Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V bei Erhebung und Erhöhung eines Zusatzbeitrags wird im Abschnitt II 1.3.2 eingegangen.

V 3.1.2 Einkommensbereinigung oder Beitragsübernahme

Nach § 11 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB II waren Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung bei der Bedarfsermittlung im Rahmen der Einkommensbereinigung vom eigenen Einkommen der betreffenden Person abzusetzen. Hiervon war bis 31. Dezember 2010 auch der Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V als Pflichtbeitrag zur Sozialversicherung umfasst, so dass der Zusatzbeitrag dann, wenn eigene Einnahmen vorhanden waren, durch die Einkommensbereinigung aufgefangen wurde.

Kommt eine Einkommensbereinigung nicht in Betracht, konnte die BA gemäß § 26 Abs. 4 SGB II a. F. den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld übernehmen, für die der Wechsel der Krankenkasse nach § 175 SGB V eine besondere Härte bedeutet hätte. Dies gilt entsprechend, soweit Personen allein durch den Zu-

satzbeitrag hilfebedürftig geworden wären.

Diese Vorschrift galt im Sinne der gebotenen Gleichbehandlung der Leistungsbezieher gleichermaßen für die zugelassenen Kommunen nach § 6a SGB II; insofern wird von einem redaktionellen Versehen des Gesetzgebers ausgegangen.

Der ganz oder teilweise übernommene Zusatzbeitrag wurde vom Leistungsträger nach dem SGB II grundsätzlich an den Leistungsbezieher mit den anderen ihm zustehenden Leistungen ausgezahlt.

V 3.2 Rechtslage ab 1. Januar 2011

V 3.2.1 Allgemeines zum Zusatzbeitrag

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) wurde die Konzeption des Zusatzbeitrags weiter entwickelt. Ab 1. Januar 2011 dürfen die Krankenkassen Zusatzbeiträge ausschließlich einkommensunabhängig in festen Euro-Beträgen erheben. Die bisherigen Begrenzungen des Zusatzbeitrags (8 EUR ohne Einkommensprüfung, höchstens 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen) sind gänzlich entfallen. Die Berücksichtigung einer eventuellen finanziellen Überforderung des Mitglieds erfolgt stattdessen im Rahmen des neu eingeführten Sozialausgleichs (vgl. IV 1.7).

Wird ein Zusatzbeitrag durch die Krankenkasse erhoben, ist dieser nach § 251 Abs. 6 Satz 1 SGB V i. V. m. § 252 Abs. 1 SGB V unverändert grundsätzlich durch das Mitglied zu tragen und zu zahlen. Abweichend von diesem Grundsatz wird ab 1. Januar 2011 für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitrags, höchstens in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V erhoben wird (nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtige oder freiwillig versicherte Bezieher von Sozialgeld nach dem SGB II) der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht (§ 251 Abs. 6 Satz 2 SGB V). Die Zahlung dieses Zusatzbeitrags erfolgt monatlich entsprechend der Anzahl der Mitglieder an die zuständigen Krankenkassen (§ 252 Abs. 2a Satz 1 SGB V). Dies gilt auch dann, wenn das Mitglied weitere beitragspflichtige Einnahmen hat.

Ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, kann die Krankenkasse einen Differenz-Zusatzbeitrag erheben (vgl. IV 1.6).

V 3.2.2 Einkommensbereinigung und Beitragsübernahme

Soweit der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht wird, ist das Mitglied durch die Erhebung des Zusatzbeitrags finanziell nicht belastet.

Erhebt die Krankenkasse von den Beziehern von Arbeitslosengeld II und Beziehern von Sozialgeld einen Differenz-Zusatzbeitrag (vgl. § 242 Abs. 4 Satz 2 SGB V), ist eine Beteiligung des Leistungsträgers nach dem SGB II im Wege der Übernahme dieses Zusatzbeitrags bzw. die Zahlung eines Zuschusses zu den Zusatzbeiträgen ab 1. Januar 2011 nicht mehr vorgesehen (vgl. § 26 Abs. 3 SGB II n. F.). Verfügt der Leistungsbezieher über eigene Einnahmen, ist der vom Mitglied zu tragende Differenz-Zusatzbeitrag jedoch im Wege der Einkommensbereinigung bei der Bemessung der Leistung nach dem SGB II zu berücksichtigen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 SGB II i. V. m. § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II).

Für Mitglieder, die allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig im Sinne des SGB II würden (die also noch keine Leistungen nach dem SGB II beziehen), sieht § 26 Abs. 3 SGB II ab dem 1. Januar 2011 eine finanzielle Beteiligung der BA am Zusatzbeitrag in der erforderlichen Höhe vor. Als erforderlich ist laut der Gesetzesbegründung die Höhe zu bewerten, die zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit notwendig ist. Der notwendige Umfang in diesem Sinne ist jedoch nur so lange anzuerkennen, bis der Leistungsberechtigte zu einer anderen Krankenkasse wechseln kann. Nach dem Zeitpunkt eines möglichen Wechsels ist höchstens die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und dem den Bedarf übersteigenden Einkommen auszugleichen.

Obwohl dies aus dem Wortlaut der maßgeblichen Rechtsvorschriften (§ 26 Abs. 3 SGB II, § 252 Abs. 1 Satz 1 und § 251 Abs. 6 Satz 4 SGB V) nicht eindeutig hervorgeht, haben die in § 26 Abs. 3 SGB II genannten Personen den kassenindividuellen Zusatzbeitrag in voller Höhe an die Krankenkasse zu zahlen. Die finanzielle Beteiligung des Leistungsträgers nach dem SGB II am Zusatzbeitrag erfolgt im Innenverhältnis zwischen dem Mitglied der Krankenkasse und dem Leistungsträger.

Die Aufwendungen des Leistungsträgers im Rahmen des § 26 Abs. 3 SGB II werden nach § 251 Abs. 6 Satz 4 SGB V aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeglichen. Gesetzliche Grundlage für die Erstattung der Aufwendungen zwischen Gesundheitsfonds und BA bzw. Leistungsträger nach dem SGB II ist § 252 Abs. 2b SGB V.

V 4 Zahlung durch den Leistungsträger

Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 26 Abs. 1 bis 3 SGB II hat bzw. hatte der Leistungsbezieher. Der Zuschuss wird daher grundsätzlich an ihn mit den anderen ihm zustehenden Leistungen ausgezahlt. Eine direkte Zahlung an die gesetzliche Krankenkasse bzw. Pflegekasse oder das private Krankenversicherungsunternehmen wird in der Regel nicht vorgenommen.

VI Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

§ 203a SGB V

Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld

Die Agenturen für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger erstatten die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a Versicherten entsprechend §§ 28a bis 28c des Vierten Buches.

§ 204 SGB V

Meldepflicht bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Die Einberufung zu einem Wehrdienst hat bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber und bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung oder einer Dienstleistung oder Übung nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Ende eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 des Wehrpflichtgesetzes hat das Bundesministerium der Verteidigung oder die von ihm bestimmte

Stelle zu melden. Sonstige Versicherte haben die Meldungen nach Satz 1 selbst zu erstatten.

(2) Absatz 1 gilt für den Zivildienst entsprechend. An die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung tritt das Bundesamt für den Zivildienst.

§ 50 SGB XI

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches oder §§ 27 bis 29 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben hat; die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

(2) bis (6) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

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.

VI 1 Allgemeines

Nach § 203a SGB V erstatten die Leistungsträger die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V krankenversicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II entsprechend den §§ 28a bis 28c SGB IV. Die Meldung zur Krankenversicherung schließt ge-

mäß § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung mit ein.

Das Meldeverfahren wird grundsätzlich maschinell abgewickelt. Das gilt sowohl für das Meldeverfahren mit der Bundesagentur für Arbeit als Leistungserbringer nach § 6 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 44b SGB II als auch für das Meldeverfahren mit den zugelassenen kommunalen Trägern als Leistungserbringer nach § 6a SGB II. Der Inhalt und der Ablauf des maschinellen Meldeverfahrens wird im Rahmen des Gemeinsamen Rundschreibens zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit bzw. den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen - DÜBAK) umfassend dargestellt. Es gilt die jeweils aktuelle Fassung, die bei Bedarf fortgeschrieben wird. Dieses Meldeverfahren ist für alle Leistungsträger einheitlich und verbindlich. Meldungen an den Gesundheitsfonds sind nicht zu erstatten.

Sofern Kommunen sich weder an der Arbeitsgemeinschaft nach § 44b Abs. 1 SGB II beteiligen noch vom Optionsrecht nach § 6a SGB II Gebrauch machen, ergibt sich eine geteilte Zuständigkeit für die Leistungserbringung (getrennte Trägerschaft). Die Kommunen sind dann im Bereich der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ausschließlich zuständig für Leistungen nach § 16a SGB II (Kommunale Eingliederungsleistungen), § 22 SGB II (Bedarfe für Unterkunft und Heizung) und § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB II (Einmalige Leistungen), § 27 Absatz 3 SGB II (Leistungen für den ungedeckten Bedarf der Kosten für Unterkunft bei Ausbildung) sowie für die Leistungen nach § 28 SGB II (Bedarfe für Bildung und Teilhabe). Auch in diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit das Beitrags- und Meldeverfahren. Die getrennte Trägerschaft ist längstens zulässig bis 31. Dezember 2011.

VI 2 Meldepflichtige Tatbestände

Die Leistungsträger entsprechen ihrer Meldepflicht nach § 203a SGB V für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bzw. nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI kranken- und pflegeversicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie für die nach § 10 SGB V familienversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II durch Übermittlung namentlicher Einzelmeldungen über Beginn und Ende des Leistungsbezugs im Rahmen der Leistungsgewährung. Die Meldungen gewährleisten die Durchführung der Kranken- und Pflegeversicherung sowohl bei Versicherungspflicht als auch in den Fällen, in denen wegen der Vorrangigkeit der Familienversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II Versicherungspflicht nicht eintritt.

Bei Vorliegen der maßgebenden Tatbestände werden Meldungen entsprechend den nachstehenden Ausführungen erstellt.

VI 2.1 Anmeldungen

Anmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Beginn des Leistungsbezugs mit Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V
- b) Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II ohne Versicherungspflicht bei Vorrangigkeit der Familienversicherung
- c) Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V während des Leistungsbezugs nach Wegfall einer vorrangigen Familienversicherung
- d) Beginn der Familienversicherung nach Wegfall der Versicherungspflicht bei weiterem Leistungsbezug
- e) Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezugs (Eine Anmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird.).

Als Beginn im Sinne der Buchstaben a) bis d) gilt auch die erneute Leistungsbewilligung nach der Unterbrechung oder dem Ende eines Leistungsbezugs (vgl. I 1.6 bis I 1.7.3).

VI 2.2 Änderungsmeldungen

Änderungsmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- Namensänderung,
- Anschriftenänderung,
- Änderung der Staatsangehörigkeit.

VI 2.3 Abmeldungen

Abmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Beendigung des Leistungsbezugs bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V; dies gilt auch bei einem Eintritt von Sanktionen und einem damit verbundenen vollständigen Ende des Leistungsbezugs.

- b) Beendigung der Versicherungspflicht wegen Eintritts von Familienversicherung bei weiterem Leistungsbezug
- c) Beendigung der Familienversicherung wegen Eintritts der Versicherungspflicht bei weiterem Leistungsbezug
- d) Beendigung des Leistungsbezugs bei bestehender Familienversicherung; dies gilt nicht bei einem Eintritt von Sanktionen und einem damit verbundenen vollständigen Ende des Leistungsbezugs.
- e) Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezugs (Eine Abmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird.).

Nicht als Beendigungsgrund gilt die vollständige Nichtzahlung von Beiträgen, aufgrund der Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V (vgl. IV 1.2).

Die Meldung als Familienversicherter orientiert sich ebenfalls am Zeitraum des Leistungsbezugs des Arbeitslosengeldes II. D. h. insbesondere, dass bei rückwirkender Aufhebung der Bewilligung von Arbeitslosengeld II die Abmeldung zum letzten Tag des rechtmäßigen Bezugs erfolgt, wenn nicht aus anderen Gründen die Familienversicherung bereits davor endete.

VI 2.4 Stornierung von Meldungen

Meldungen sind in folgenden Fällen zu stornieren:

- Angabe des falschen Versicherungsbeginns
- Angabe des falschen Versicherungsendes
- Angabe der falschen Leistungsart
- Bei fehlender oder falschen Angabe einer Doppelversicherung
- Bei fehlender oder falschen Angabe des Vertrauensschutzendes
- Angabe des falschen Rechtskreises
- Angabe der falschen Empfänger-Betriebsnummer
- Angabe der falschen Krankenkassen-Betriebsnummer
- Angabe des falschen Beendigungsgrundes
- Aufhebung der Versicherungspflicht in den Fällen des § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB III.

VI 2.5 Bestandsabstimmung

Zur Abstimmung der Bestände der gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V pflichtversicherten Mitglieder sowie der familienversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II erstellen die Leistungsträger für die Krankenkassen Bestandsmeldungen. Diese basieren auf der Grundlage des EDV-Datenbestandes für alle Versicherten, für die den Krankenkassen Anmeldungen vorliegen, denen bis einschließlich 31.08. des Jahres Leistungen gewährt und keine Abmeldung erstellt wurden. Die Meldungen zur Bestandsabstimmung sind den Krankenkassen innerhalb von 14 Tagen nach dem 31.08. des Jahres zu übermitteln.

VI 3 Meldefristen

§ 203a SGB V bestimmt, dass die Meldungen u. a. für die Bezieher von Arbeitslosengeld II entsprechend den §§ 28a bis 28c SGB IV erstattet werden.

Durch den damit vorgenommenen Bezug auf § 28c SGB IV greifen für die Fristen der Meldungen die in der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und übermittlungsverordnung – DEÜV) bestimmten Meldefristen entsprechend bzw. sinngemäß.

Damit ist die Anmeldung für einen Arbeitslosengeld II-Bezieher spätestens innerhalb von sechs Wochen nach dem Beginn der Versicherungspflicht (vgl. § 6 DEÜV) und eine Abmeldung ebenfalls spätestens innerhalb von 6 Wochen nach dem Ende der Versicherungspflicht (vgl. § 8 Abs. 1 DEÜV) zu erstatten.

VI 4 Besonderheiten im Meldeverfahren bei der Durchführung der Familienversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II

Die von den Leistungsträgern zu berücksichtigenden Meldetatbestände für familienversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II werden in den Abschnitten VI 2.1 und VI 2.3 beschrieben.

Bei der Prüfung der Familienversicherung obliegt der Krankenkasse letztlich die Entscheidungsbefugnis (vgl. I 1.5.5). Deshalb ist es möglich, dass

- a) die Krankenkasse bei Bezug von Arbeitslosengeld II eine Anmeldung zur Familienversicherung erhält, ohne dass nach ihren Feststellungen die Voraussetzungen dafür erfüllt sind
- b) die Krankenkasse bei Bezug von Arbeitslosengeld II eine Anmeldung zur Pflichtversicherung erhält, obgleich eine vorrangige Familienversicherung durchzuführen ist
- c) sich im Verlaufe des Versicherungsverhältnisses aufgrund von Feststellungen der Krankenkasse ergibt, dass die Familienversicherung nicht mehr durchzuführen ist
- d) sich im Verlaufe des Versicherungsverhältnisses aufgrund von Feststellungen der Krankenkasse ergibt, dass anstelle einer Pflichtversicherung eine Familienversicherung durchzuführen ist
- e) eine Anmeldung wegen Familienversicherung der unzuständigen Krankenkasse zugeleitet worden ist.

Dies sind alles Tatbestände, über die der nach dem SGB II zuständige Leistungsträger rechtzeitig informiert werden muss, damit das Versicherungsverhältnis korrigiert und ggf. die Beitragszahlung aufgrund des nun nicht mehr bestehenden Vorrangs der Familienversicherung bei weiterem Bezug von Arbeitslosengeld II aufgenommen bzw. bei nunmehr zu berücksichtigendem Vorrang einer Familienversicherung beendet werden kann. Die Krankenkassen erstatten deshalb gegenüber den Leistungsträgern entsprechende Meldungen. Für diese Meldungen ist noch kein maschineller Datensatz konzipiert. Sie werden von den Krankenkassen auf einem Vordruck gemäß Anlage 1 erstattet.

Meldungen auf Vordrucken gemäß Anlage 1 lösen Folgemeldungen des Leistungsträgers nach dem SGB II entsprechend VI 2 aus.

VI 5 Meldeverfahren bei Einberufung zum Wehr- oder Zivildienst

Bei Einberufung zu einem Wehrdienst hat bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit gemäß § 204 Satz 1 SGB V den Beginn sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Gleiche gilt für den Beginn oder das Ende einer Dienstleistung oder Übung nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes. Die Meldeverpflichtung nach § 204 SGB V ist auch von den Leistungsträgern im Sinne des SGB II zu erfüllen.

Die Meldeverpflichtung nach § 204 SGB V wurde in das DÜBAK-Verfahren integriert. Mit den Meldegründen 31 bis 33 sind sowohl die Meldungen wegen des Beginns als auch die Meldungen bei Ende der Dienstpflicht abgegolten. An Hand des Meldegrundes, der bei Beginn des Wehrdienstes abgesetzt wird, ist für die Krankenkasse erkennbar, wie lange die Dienstpflicht dauert. Hiernach kann der Vorgang entsprechend terminiert werden, so dass eine gesonderte Meldung bei Ende des Wehrdienstes seitens des Leistungsträgers nicht erforderlich ist. Hat der Versicherte nach dem Ende des Wehrdienstes einen erneuten Leistungsanspruch nach dem SGB II, kommt es zu einer Anmeldung wegen Beginn des Leistungsbezugs entsprechend § 203a SGB V im Rahmen des DÜBAK-Meldeverfahrens.

Die vorstehenden Grundsätze gelten nach § 204 Abs. 2 SGB V für den Zivildienst entsprechend.

Besteht im Ausnahmefall während des Grundwehr-/Zivildienstes Anspruch auf Arbeitslosengeld II, hat keine Abmeldung zu erfolgen.

VI 6 Meldeverfahren bei der Teilnahme an einer Eignungsübung

Das Gesetz über den Einfluß von Eignungsübungen der Streitkräfte auf Vertragsverhältnisse der Arbeitnehmer und Handelsvertreter sowie auf Beamtenverhältnisse (Eignungsübungsge-
setz – EÜG) regelt u. a. die Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Pflegeversicherung sowie die damit im Zusammenhang stehenden Meldepflichten.

Nach § 8 EÜG berührt die Teilnahme an einer Eignungsübung eine bestehende Pflicht- oder freiwillige Versicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Für die Zeit der Teilnahme ruht der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung – jedoch nicht für familienversicherte Angehörige. Die Teilnahme an einer Eignungsübung berührt nach § 8a EÜG eine bestehende Pflegeversicherung ebenfalls nicht.

Die §§ 8 Abs. 3 und 8a Abs. 2 EÜG sehen eine besondere Beitragsbemessung für die Zeit der Eignungsübung vor.

Bei Arbeitslosen hat nach § 8 Abs. 2 EÜG die Agentur für Arbeit Beginn und Ende der Eignungsübung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Von dieser Melde-

pflicht sind Bezieher von Arbeitslosengeld sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II gleichermaßen erfasst. Damit sind im Fall des Bezuges von Arbeitslosengeld II alle Leistungsträger nach dem SGB II zur Abgabe entsprechender Meldungen gegenüber der Krankenkasse verpflichtet. Entsprechende Meldungen werden von den Leistungsträgern außerhalb des DÜBAK-Meldeverfahrens erstattet.

Absendende Krankenkasse

Zuständiger Leistungsträger
nach dem SGB II

Datum

**Meldung zur Familienversicherung im Zusammenhang mit der versicherungsrechtlichen
Beurteilung von Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen**

Herr /Frau

<<Name, Vorname, Geburtsdatum>>

<<Straße, Hausnummer>>

<<Postleitzahl, Wohnort>>

<<Krankenversicherten-Nr. und AZ/Kundennummer des zuständigen Leistungsträgers>>

.. Die/ Der ist bei uns nicht mehr familienversichert. Die Familienversicherung endet zum
<<Ende-Datum>> wegen <<Ende-Grund>>.

.. Eine Familienversicherung besteht nicht.

Bitte prüfen Sie, ob nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V Versicherungspflicht zur Krankenversicherung besteht und nehmen ggf. die erforderlichen Meldungen für die betroffenen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft vor.

.. Ab <<Ab-Datum>> besteht eine Familienversicherung.

Bitte nehmen Sie ggf. eine Meldekorrektur vor.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Merkblatt

zur Familienversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Allgemeines

Die Familienversicherung vermittelt für den Ehegatten/Lebenspartner und die Kinder (Familienangehörige) eines Mitglieds der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung unter den näheren Voraussetzungen des § 10 SGB V, § 25 SGB XI einen eigenständigen Versicherungsschutz. Im Rahmen der Familienversicherung werden keine Beiträge erhoben.

Trotz ihrer Ausgestaltung als eigenständige Versicherung hängt die Familienversicherung hinsichtlich ihrer Dauer im Wesentlichen von der „Stammversicherung“ des Mitglieds ab. Die Familienversicherung beginnt, wenn ihre Voraussetzungen erfüllt sind; sie endet, wenn eine der Voraussetzungen entfällt.

Personenkreis

Die Familienversicherung erfasst den Ehegatten, den Lebenspartner und die Kinder des Mitglieds. Darüber hinaus sind auch die Kinder von familienversicherten Kindern abgesichert.

Ø Ehegatte

Ehegatte ist die mit dem Mitglied durch das familienrechtliche Merkmal der Ehe verbundene Person. Ob und wie lange eine gültige Ehe besteht, richtet sich nach dem deutschen Familien- und Personenstandsrecht. Der Verlobte oder Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft ist kein Ehegatte und diesem auch nicht gleichgestellt. Die Rechtsposition als Ehegatte geht insbesondere mit dem Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsurteils verloren. Das Getrenntleben lässt den Bestand einer Ehe unberührt.

Ø Lebenspartner

Lebenspartner ist die Person gleichen Geschlechts, die mit dem Mitglied eine Lebenspartnerschaft nach dem LPartG begründet hat.

Ø Kinder

Kinder sind zunächst die im ersten Grad mit dem Mitglied verwandten Kinder sowie Kinder, die nach einer Adoption die rechtliche Stellung eines Kindes des Annehmenden erlangen. Als Kinder gelten ferner Pflegekinder. Stiefkinder und Enkel sind dann familienversichert, wenn sie vom Mitglied überwiegend unterhalten werden (Die Prüfung des überwiegenden Unterhalts erfolgt durch die Krankenkasse). Kinder sind grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres familienversichert. Sie sind darüber hinaus versichert bis zum 23. Lebensjahr, wenn sie nicht erwerbstätig sind, bzw. bis zum 25. Lebensjahr, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden.

Voraussetzungen

Ø Inlandsaufenthalt

Die Familienversicherung setzt den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Familienangehörigen im Inland voraus. Vorschriften des über- oder zwischenstaatlichen Rechts, die den Auslandsaufenthalt dem Aufenthalt in Deutschland gleichstellen, bleiben unberührt.

Ø Vorrangversicherung

Die Familienversicherung ist grundsätzlich nachrangig gegenüber dem Versicherungsschutz, der auf der Grundlage einer Versicherungspflicht besteht. Die Familienversicherung geht der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II allerdings vor.

Ø Versicherungsfreiheit

Versicherungsfreie oder von der Versicherungspflicht befreite Familienangehörige werden von der Familienversicherung nicht erfasst. Dies gilt nicht für die Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit einer Beschäftigung.

Ø Hauptberuflich selbstständige Tätigkeit

Die Familienversicherung ist ausgeschlossen für Familienangehörige, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind. Hauptberuflich ist eine selbstständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und vom zeitlichen Aufwand her den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt.

Ø Gesamteinkommen

Die Familienversicherung ist ausgeschlossen, wenn der Familienangehörige ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat 1/7 der mtl. Bezugsgröße überschreitet. Bei Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung gilt eine Einkommensgrenze von mtl. 400 €. Unter dem Gesamteinkommen ist die Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts zu verstehen; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt. Das Arbeitslosengeld II und das Sozialgeld zählen als steuerfreie Leistungen nicht zum Gesamteinkommen.

Zuständige Krankenkasse

Die Familienversicherung wird bei der Krankenkasse geführt, bei der die Mitgliedschaft des Angehörigen, über den die Familienversicherung hergeleitet wird (Stammversicherter), besteht. Sind die Voraussetzungen der Familienversicherung mehrfach erfüllt (z. B. durch die Mitgliedschaft des Vaters und der Mutter), besteht ein Wahlrecht in Bezug auf die Durchführung der Familienversicherung.

**Übersicht über mögliche Fallkonstellationen zur Abgrenzung des Vorrangs
der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II**

Anlage 3

Sachverhalt	Status des Stammversicherten	Status des Angehörigen	Familienversicherung für den Angehörigen ist durchzuführen	Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V tritt für den Angehörigen ein
1	Arbeitslosengeld II wird bezogen	Arbeitslosengeld II wird bezogen (Ehegatte, Kind)	ja	nein
2	Arbeitslosengeld II wird bezogen	Sozialgeld wird bezogen (Ehegatte, Kind)	ja	nein
3	Arbeitslosengeld II wird bezogen	Arbeitslosengeld II wird bezogen (Enkelkind, Stiefkind)	ja ¹	nein ²
4	Arbeitslosengeld II wird bezogen	Sozialgeld wird bezogen (Enkelkind, Stiefkind)	ja ¹	nein ³
5	Arbeitslosengeld II wird bezogen	Sozialgeld wird bezogen Kind A und Enkelkind (Enkelkind = Kind von Kind A)	ja für Kind A ja für Enkelkind ⁴	nein für Kind A nein für Enkelkind
6	Arbeitslosengeld II wird bezogen	Arbeitslosengeld II wird bezogen von Kind A Sozialgeld wird bezogen von Enkelkind (Enkelkind = Kind von Kind A)	ja für Kind A ja für Enkelkind ⁴	nein für Kind A nein für Enkelkind
7	Kein Bezug von Arbeitslosengeld II	Arbeitslosengeld II wird bezogen (Ehegatte, Kind)	ja	nein
8	Kein Bezug von Arbeitslosengeld II	Sozialgeld wird bezogen (Ehegatte, Kind)	ja	nein
9	Kein Bezug von Arbeitslosengeld II	Arbeitslosengeld II wird bezogen (Enkelkind, Stiefkind)	ja ¹	nein ²
10	Kein Bezug von Arbeitslosengeld II	Sozialgeld wird bezogen (Enkelkind, Stiefkind)	ja ¹	nein ³
11	Kein Bezug von Arbeitslosengeld II	Sozialgeld wird bezogen Kind A und Enkelkind (Enkelkind = Kind von Kind A)	ja für Kind A ja für Enkelkind ⁴	nein für Kind A nein für Enkelkind
12	Kein Bezug von Arbeitslosengeld II	Arbeitslosengeld II wird bezogen von Kind A Sozialgeld wird bezogen von Enkelkind (Enkelkind = Kind von Kind A)	ja für Kind A ja für Enkelkind ⁴	nein für Kind A nein für Enkelkind

¹ wenn überwiegender Unterhalt geleistet wird

² wenn überwiegender Unterhalt nicht geleistet wird, entsteht Versicherungspflicht

³ bei Bezug von Sozialgeld entsteht keine Versicherungspflicht; wird überwiegender Unterhalt nicht geleistet, ist der Angehörige auf freiwillige Versicherung zu verweisen;
Beitragsübernahme analog § 26 Abs. 3 SGB II

⁴ Familienversicherung für Kinder von Kindern

Datensatzbeschreibung

für die Datenübermittlung/ -übertragung

des Beitragsnachweises

für die Bezieher von Arbeitslosengeld II

von den zugelassenen kommunalen Trägern

an das Bundesversicherungsamt (BVA) bzw.

die Datenannahmestellen der Krankenkassen

Erläuterungen

1. Gültigkeit

Die Datensatzbeschreibung ist gültig ab 01.01.2009 und gilt auch für den Nachweis von Zeiträumen vor dem 01.01.2009.

2. Laufende Dateifolgenummer

Die zugelassenen kommunalen Träger (im Folgenden Optionskommunen genannt) erstellen für den Nachweis der abzuführenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge jeweils getrennte Datensätze mit separaten Vor- bzw. Nachlaufsätzen. Die laufende Dateifolgenummer ist insgesamt für beide Sozialversicherungszweige mit „000001“ beginnend aufsteigend zu bilden.

3. Fehlerverfahren

Ein elektronisches Fehlerverfahren ist zurzeit nicht vorgesehen. Von der Dokumentation eines Fehlerkatalogs (siehe Nr. 5 der Datensatzbeschreibung) wurde daher abgesehen. Der Datenbaustein Fehler (siehe Nr. 3.1 der Datensatzbeschreibung) ist nicht anzuwenden. Die Stellen 411-415 des Datensatzes Kommunikation haben die Optionskommunen mit „Blank“ zu füllen (im Datensatz grau unterlegt).

4. Unterschiedliche Beitragssätze

Sofern die Optionskommunen für den Nachweis der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge der einzelnen Verfahrensmerkmale unterschiedliche Beitragssätze zu berücksichtigen haben, werden separate Datensätze erstellt.

5. Betriebsnummer

Sofern im Datensatz eine Betriebsnummer angegeben wird, ist als letzte Ziffer der Betriebsnummer sowohl die nach dem Modulo-10-Verfahren errechnete Prüfziffer als auch die letzte Stelle aus der Summe von Prüfziffer und der Konstanten 5 zulässig.

Datensätze und Fehlerkatalog zum Beitragsnachweis der Optionskommunen

Prüfungen des Vorlaufsatzes, des Datenbausteins DSBK und des Nachlaufsatzes (bei den Optionskommunen und den Sozialversicherungsträgern/BVA)

1 VOSZ - Vorlaufsatz

Zeichendarstellung:

- an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;
Grundstellung = Leerzeichen
n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
K = Pflichtangabe, soweit bekannt k = Kannangabe
M = Mussangabe m = Mussangabe unter Bedingungen

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG <i>KE</i>	Kennung des Vorlauf- satzes VOSZ	Zulässig ist nur „VOSZ“. Fehlernummer: VOSZv01 Zulässig ist nur die Datenlänge 105. Fehlernummer: VOSZv99
005-009	005	an	M	VERFAHRENS- MERKMAL <i>VFMM</i>	Merkmal, um welche Art von Datenaus- tausch es sich handelt: BWBK = <i>Beitrags- nachweis der Options- kommunen an den Gesundheitsfonds bzw. Krankenkasse für Be- zieher von Arbeitslo- sengeld II</i>	Zulässig ist „BWBK“. Fehlernummer: VOSZv10
010-024	015	an	M	BBNR- ABSENDER <i>BBNRAB</i>	Betriebsnummer des Erstellers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Bei Dateien der kommunalen Träger muss es sich um eine Betriebsnummer einer Optionskommune oder eines Dienstleisters einer Optionskommune handeln. Bei Dateien der Datenannahmestellen der Krankenkassen an die Krankenkas- sen muss es sich um eine gültige Be- triebsnummer einer Datenannahme- stelle der Krankenkassen (s. Anlage 17 DEÜV-Rundschreiben) handeln. Fehlernummer: VOSZv20
025-039	015	an	M	BBNR- EMPFÄNGER <i>BBNREP</i>	Betriebsnummer des Empfängers (BVA oder Datenannahmestelle der Krankenkasse) (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Zulässig ist die Betriebsnummer des Empfängers der Datei. Fehlernummer: VOSZv30

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
040-047	008	n	M	DATUM- ERSTELLUNG <i>ED</i>	Datum der Erstellung der Datei in der Form: jhjjmmtt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: VOSZv40 Das Erstellungsdatum muss logisch richtig und darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum und nicht kleiner als das Verarbeitungsdatum minus 6 Monate sein. Fehlernummer: VOSZv44
048-053	006	n	M	LFD-DATEI-NR <i>DTNR</i>	Dateifolgenummer 000001 – 999999	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: VOSZv50 Prüfung, ob es sich um die zulässige Dateifolgenummer handelt (lückenlos aufsteigend je Annahmestelle). Fehlernummer: VOSZv52
054-103	050	an	K	NAME ABSENDER <i>NAAB</i>	Kurzbezeichnung des Absenders	Keine Prüfung
104-105	002	n	M	VERSIONS-NR <i>VERNR</i>	Versionsnummer des Vorlaufsatzes 01 - 99	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: VOSZv70 Zulässig ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versions- nummer. Fehlernummer: VOSZv72

2 Datensatz: DSKO – Datensatz Kommunikation

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;
 Grundstellung = Leerzeichen
 n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
 K = Pflichtangabe, soweit bekannt k = Kannangabe
 M = Mussangabe m = Mussangabe unter Bedingungen

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG <i>KE</i>	Kennung des Datensatzes Kommunikation DSKO	Zulässig ist nur „DSKO“. Fehlernummer: DSKOv01 Zulässig ist nur die Datenlänge 415. Fehlernummer: DSKO910 Zulässig sind im Feld VFMM im VOSZ nur der Werte „BWBNK“. Fehlernummer: DSKO004
005-009	005	an	M	VERFAHREN <i>VF</i>	Verfahren, für das der Datensatz bestimmt ist: BWBNK = Arbeitslosengeld II	Zulässig ist „BWBNK“. Fehlernummer: DSKOv05
010-024	015	an	M	BBNR-ABSENDER <i>BBNRAB</i>	Betriebsnummer des Absenders (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Beim Absender der Datei muss es sich um eine Optionskommune oder eines Dienstleisters einer Optionskommune handeln. Fehlernummer: DSKOv15
025-039	015	an	M	BBNR-EMPFÄNGER <i>BBNREP</i>	Betriebsnummer des Empfängers der Datei (BVA oder Datenannahmestelle der Krankenkasse 8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Bei der angegebenen BBNR-EMPFÄNGER muss es sich um eine zulässige Betriebsnummer handeln. Fehlernummer: DSKOv20
040-041	002	n	M	VERSIONS-NR <i>VERNR</i>	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes Kommunikation (DSKO) 01 - 99	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSKO040 Zulässig ist nur der Wert „02“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer. Fehlernummer: DSKO042

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
042-061	020	n	M	DATUM ERSTELLUNG <i>ED</i>	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: jhjmmmtt (Datum) hhmmss (Uhrzeit) msmsms (Mikrose- kunde) (Wert > 0 in letzten 6 Stellen optional)	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSKO050 Das Erstellungsdatum muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSKO052 Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum sein. Fehlernummer: DSKO054 Die Uhrzeit muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSKO056
062-062	001	n	M	FEHLER- KENNZ <i>FEKZ</i>	Kennzeichnung für fehlerhafte Datensätze 0 = Datensatz fehlerfrei 1 = Datensatz fehlerhaft	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSKO060 Zulässig ist zurzeit nur „0“. Fehlernummer: DSKO062
063-063	001	n	M	FEHLER- ANZAHL <i>FEAN</i>	Anzahl der Fehler des Datensatzes in der Form: n	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSKO070 Zulässig ist zurzeit nur „0“. Fehlernummer: DSKO072
064-078	015	an	M	BBNR- ERSTELLER <i>BBNRER</i>	Betriebsnummer des Erstellers der Datei. Sie ist auf dem Weg zum BVA und zur Datenan- nahmestelle der Kran- kenkasse identisch mit der Betriebsnummer des Absenders der Datei; Stellen 010 bis 024 (8 Stellen linksbün- dig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Beim Absender der Datei muss es sich um eine Optionskommune oder eines Dienstleisters einer Optionskommune handeln. Fehlernummer: DSKOv80
079-085	007	an	M	PRODUKT- IDENTIFIER <i>PROD-ID</i>	Produkt-Identifizier	Zulässig ist zurzeit nur die Grundstel- lung „blank“. Fehlernummer: DSKO080
086-093	008	an	M	MODIFIKA- TIONS- IDENTIFIER <i>MOD-ID</i>	Modifikations-Identifizier	Zulässig ist zurzeit nur die Grundstel- lung „blank“. Fehlernummer: DSKO082
094-123	030	an	M	NAME1- ABSENDER <i>NAME1</i>	Name des Erstellers der Datei	Feldinhalt ist leer. Fehlernummer: DSKO500
124-153	030	an	K	NAME2- ABSENDER <i>NAME2</i>	Zweiter Namensbe- standteil des Erstellers der Datei	Keine Prüfung

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
154-183	030	an	K	NAME3- ABSENDER <i>NAME3</i>	Dritter Namensbestand- teil des Erstellers der Datei	Keine Prüfung
184-193	010	an	M	PLZ- ABSENDER <i>PLZ</i>	Postleitzahl des Sitzes des Erstellers der Datei	Feldinhalt ist leer. Fehlernummer: DSKO530
194-227	034	an	M	ORT- ABSENDER <i>ORT</i>	Ort des Sitzes des Erstellers der Datei	Feldinhalt ist leer. Fehlernummer: DSKO540
228-260	033	an	K	STRASSE- ABSENDER <i>STR</i>	Strasse des Sitzes des Erstellers der Datei	Keine Prüfung.
261-269	009	an	K	HAUS-NR- ABSENDER <i>NR</i>	Hausnummer des Sit- zes des Erstellers der Datei	Keine Prüfung.
270-270	001	an	M	ANREDE- ANSPRECH- PARTNER <i>ANR-AP</i>	Anrede des Ansprech- partners beim Ersteller der Datei M = <i>Männlich</i> W = <i>Weiblich</i>	Zulässig sind nur M oder W. Fehlernummer: DSKO570
271-300	030	an	M	NAME- ANSPRECH- PARTNER <i>NAME-AP</i>	Name des Ansprech- partners beim Ersteller der Datei	Feldinhalt ist leer. Fehlernummer: DSKO580
301-320	020	an	M	TELEFON- ANSPRECH- PARTNER <i>TEL-AP</i>	Rufnummer des An- sprechpartners beim Ersteller der Datei ge- mäß DIN 5008: Die Telefonnummer ist funktionsbezogen durch je ein Leerzeichen zu gliedern, vor der Durchwahlnummer steht ein Bindestrich. Beispiele: Einzelanschluss 04404 912145 Durchwahlanschluss 04401 922-122	Feldinhalt ist leer. Fehlernummer: DSKO590
321-340	020	an	K	FAX- ANSPRECH- PARTNER <i>FAX-AP</i>	Faxrufnummer des Ansprechpartners beim Ersteller der Datei ge- mäß DIN 5008: Die Faxnummer ist funktionsbezogen durch je ein Leerzeichen zu gliedern, vor der Durchwahlnummer steht ein Bindestrich. Beispiele: Einzelanschluss 04404 912145 Durchwahlanschluss 04401 922-122	Keine Prüfung

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
341-410	070	an	M	EMAIL- EMPFAENGER- PROTOKOLLE <i>EMAIL-AP</i>	E-Mail-Adresse des Empfängers der Protokolle beim Ersteller der Datei. In der Form <user>@<host>. <domain>. <topleveldomain> user =Benutzername host = Rechnername zur Postverarbeitung domain = Bereichsname, in dem der Rechner steht topleveldomain = Bereich der Registrierung Beispiel: <u>name@hrz.tu-xx.de</u>	Die E-Mail-Adresse des Ansprechpartners beim Ersteller der Datei muss immer vorhanden sein. Fehlernummer: DSKO605
Steuerung der Verarbeitungsbestätigungen und Fehlermeldungen						
411-411	001	an	M	VERBESTAETIGUNG <i>VERBEST</i>	Wird eine Bestätigung der fehlerfreien Verarbeitung gewünscht? J = Ja N = Nein	Zulässig sind nur J oder N. Fehlernummer: DSKO620
412-412	001	an	M	KENNZ-FEHLRUECK <i>FERUECK</i>	Übermittlung der Fehlerprotokolle mittels Datensatz im E-Mail-Verfahren (verschlüsselt) J = Ja N = Nein (Übermittlung in Papierform)	Zulässig sind nur J oder N. Fehlernummer: DSKO630
413-415	003	an	M	RESERVE	BLANK = Grundstellung	Zulässig ist die Grundstellung (Leerzeichen). Fehlernummer: DSKO900
Daten zum Fehlersachverhalt						
416-xxx					Es folgen ggf. ein oder mehrere Datenbausteine DBFE-Fehler gemäß den Angaben in dem Feld FEKZ. Die Anzahl der Fehlerdatenbausteine ergibt sich aus dem Feld FEAN.	

3 Datensatz: DSBK - Datensatz Beitragsnachweis der Optionskommunen

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;
 Grundstellung = Leerzeichen
 n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
 K = Pflichtangabe, soweit bekannt k = Kannangabe
 M = Mussangabe m = Mussangabe unter Bedingungen

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
Daten zur Steuerung						
001-004	004	an	M	KENNUNG <i>KE</i>	Kennung, um welchen Datensatzes es sich handelt DSBK	Zulässig ist nur „DSBK“. Fehlernummer: DSBK001 Zulässig ist nur die Datensatzlänge 145. Fehlernummer: DSBK910
005-009	005	an	M	VERFAHREN <i>VF</i>	Verfahren, für das der Datensatz bestimmt ist: BWBNK = Arbeitslo- sengeld II	Zulässig ist „BWBNK“. Fehlernummer: DSBKv05
010-024	015	an	M	BBNR- ABSENDER <i>BBNRAB</i>	Betriebsnummer des Absenders (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Beim Absender der Datei muss es sich um eine Optionskommune oder eines Dienstleisters einer Optionskommune handeln. Fehlernummer: DSBK020
025-039	015	an	M	BBNR- EMPFÄNGER <i>BBNREP</i>	Betriebsnummer des Empfängers des Da- tensatzes (BVA oder Krankenkasse) (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Bei der angegebenen BBNR- EMPFAENGER muss es sich um eine zulässige Betriebsnummer handeln. Fehlernummer: DSBKv20
040-041	002	n	M	VERSIONS-NR <i>VERNR</i>	Versionsnummer des übermittelten Datensat- zes 01 - 99	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK040 Zulässig ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versions- nummer. Fehlernummer: DSBK042

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
042-061	020	n	M	DATUM ERSTELLUNG <i>ED</i>	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: jhjmmmtt (Datum) hhmmss (Uhrzeit) msmsms (Mikrose- kunde) (Wert größer 0 in letz- ten 6 Stellen optional)	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK050 Das Erstellungsdatum muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSBK052 Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum sein. Fehlernummer: DSBK054 Die Uhrzeit muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSBK056
062-062	001	n	M	FEHLER- KENNZ <i>FEKZ</i>	Kennzeichnung für fehlerhafte Datensätze 0 = Datensatz fehlerfrei 1 = Datensatz fehler- haft	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK060 Zulässig ist zurzeit nur „0“. Fehlernummer: DSBK062
063-063	001	n	M	FEHLER- ANZAHL <i>FEAN</i>	Anzahl der Fehler des Datensatzes in der Form: n	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK070 Zulässig ist zurzeit nur „0“. Fehlernummer: DSBK072
064-078	015	an	M	BBNR- LEISTUNGS- TRÄGER <i>BBNRLT</i>	Betriebsnummer des zuständigen Leistungs- trägers (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Zulässig ist die Betriebsnummer des zuständigen Leistungsträgers. Fehlernummer: DSBK075
079-093	015	an	M	BBNR-KK <i>BBNRKK</i>	Betriebsnummer der zuständigen Kranken- kasse (8 Stellen links- bündig mit nachfolgen- den Leerzeichen) nnnnnnnn	Zulässig ist nur die gültige Betriebs- nummer einer Krankenkasse. Fehlernummer: DSBK080
094-095	002	an	M	KENNZEICHEN VERSICHERUNGSZWEIG <i>KENNZVZ</i>	Kennzeichen des Ver- sicherungszweiges, für den Beiträge nachge- wiesen werden (Kran- ken- oder Pflegeversi- cherung)	Zulässig sind - „KV“ für Krankenversicherung, - „PV“ für Pflegeversicherung. Fehlernummer: DSBK090
096-103	008	n	M	ZEITRAUM- BEGINN <i>ZRBEG</i>	Beginn des Nachweis- zeitraums in der Form: jhjmmmtt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK092 Das Datum muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSBK094

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
104-111	008	n	M	ZEITRAUM- ENDE ZREND	Ende des Nachweis- zeitraums in der Form: jhjjmmtt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK096 Das Datum muss logisch richtig sein. Fehlernummer: DSBK098 Das Datum muss größer als das Datum Zeitraumbeginn sein. Fehlernummer: DSBK100
112-112	001	an	M	VORZEICHEN ENTGELT VZENTG	Kennzeichen, ob posi- tives oder negatives Entgelt	Zulässig sind „+“ und „-“. Fehlernummer: DSBK110
113-124	012	n	M	ENTGELT ENTG	Beitragspflichtige Ein- nahme zur Kranken- oder Pflegeversiche- rung mit Centangabe z.B. 0002219187 nnnnnnnnnnnn	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK112
125-130	006	n	M	BEITRAGS- SATZ BEITRSTZ	Beitragssatz zur Kran- ken- oder Pflegeversi- cherung zu ENTG mit vier Nachkommastellen z.B. 017000 nnnnnn	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK114
131-131	001	an	M	VORZEICHEN BEITRAG VZBEITR	Kennzeichen, ob posi- tiver oder negativer Beitrag	Zulässig sind „+“ und „-“. Fehlernummer: DSBK120
132-143	012	n	M	BEITRAG BEITR	Beitrag zur Kranken- oder Pflegeversiche- rung mit Centangabe z.B. 000191876500 nnnnnnnnnnnn	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: DSBK122
144-144	001	an	M	KENNZEICHEN RECHTSKREIS KENNZRK	Kennzeichen des Rechtskreises W = <i>altes Bundesland einschl. Gesamt Berlin</i> O = <i>neues Bundesland (ohne Ost-Berlin)</i>	Zulässig ist „W“ oder „O“. Fehlernummer: DSBK124
145-145	001	an	M	KENNZEICHEN VERARBEI- TUNGS-MERK- MAL VAMM	Kennzeichen für lau- fenden oder anderwei- tigen Beitragsnachweis	Zulässig sind: Blank = laufender Beitragsnachweis E = Ersetzen des für diesen Zeitraum übermittelten Bei- tragsnachweises S = Stornierung des Beitragsnach- weises Fehlernummer: DSBK126

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
Daten zum Fehlersachverhalt						
146-xxx					Es folgen ggf. ein oder mehrere Datenbausteine DBFE-Fehler gemäß dem Angaben in dem Feld FEKZ. Die Anzahl der Fehlerdatenbausteine ergibt sich aus dem Feld FEAN.	

3.1 Datenbaustein: DBFE - Fehler

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;
Grundstellung = Leerzeichen
n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
K = Pflichtangabe, soweit bekannt k = Kannangabe
M = Mussangabe m = Mussangabe unter Bedingungen

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG <i>KE</i>	Kennung, um welchen Datenbaustein es sich handelt DBFE	Keine Prüfung.
005-076	072	an	M	FEHLER <i>FE</i>	Fehlernummer 7 Stellen plus 1 Leerzeichen plus Fehlertext	Keine Prüfung.

4 NCSZ - Nachlaufsatz

Zeichendarstellung:

an = alphanumerisches Feld, linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen;
 Grundstellung = Leerzeichen
 n = numerisches Feld, rechtsbündig mit führenden Nullen; Grundstellung = Null
 K = Pflichtangabe, soweit bekannt k = Kannangabe
 M = Mussangabe m = Mussangabe unter Bedingungen

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
001-004	004	an	M	KENNUNG KE	Kennung des Nachlaufsatzes NCSZ	Zulässig ist nur „NCSZ“. Fehlernummer: NCSZv01 Zulässig ist nur die Datenlänge 76. Fehlernummer: NCSZv99
005-009	005	an	M	VERFAH- RENS- MERKMAL VFMM	Merkmal, um welche Art von Datenaustausch es sich handelt: <i>siehe Beschreibung Vorlaufsatz</i>	Gleicher Inhalt wie Feld VERFAHRENSMERKMAL im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv10
010-024	015	an	M	BBNR- ABSENDER BBNRAB	Betriebsnummer des Erstellers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Gleicher Inhalt wie Feld BBNR-ABSENDER im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv20
025-039	015	an	M	BBNR- EMPFÄNGER BBNREP	Betriebsnummer des Empfängers (BVA oder Datenannahmestelle der Krankenkasse). (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn	Gleicher Inhalt wie Feld BBNR-EMPFÄNGER im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv30
040-047	008	n	M	DATUM- ERSTELLUNG ED	Datum der Erstellung der Datei in der Form: jhjjmmmt	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: NCSZv45 Gleicher Inhalt wie im Feld DATUM-Erstellung im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv40
048-053	006	n	M	LFD-DATEI-NR DTNR	Dateifolgenummer 000001 - 999999	Zulässig sind nur numerische Zeichen. Fehlernummer: NCSZv55 Gleicher Inhalt wie Feld LFD-DATEI-NR im Vorlaufsatz. Fehlernummer: NCSZv50

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung	Prüfungen
054-061	008	n	M	ANZAHL SAETZE ZLSZ	Anzahl der erstellten Datensätze (ohne Vor- und Nachlaufsatz)	<p>Zulässig sind nur numerische Zeichen.</p> <p>Fehlernummer: NCSZv65</p> <p>Zulässig ist die Zahl, die mit der Anzahl der gezählten Datensätze ohne Vor- und Nachlaufsätze übereinstimmt.</p> <p>Fehlernummer: NCSZv60</p>
062-062	001	an	M	VORZEICHEN VORZEGES	Kennzeichen, ob positiver oder negativer Beitrag	<p>Zulässig sind „+“ und „-“.</p> <p>Fehlernummer: NCSZv70</p>
063-074	012	n	M	SUMME DER KV- ODER PV- BEITRAEGE SUMMKVPV	Summe KV oder PV- Beiträge mit Centangabe z.B. 000003452249 nnnnnnnnnnnnnn	<p>Zulässig sind nur numerische Zeichen.</p> <p>Fehlernummer: NCSZv72</p> <p>Die Summe der KV- oder PV-Beiträge ergibt sich aus der Addition der Feldinhalte „Beitrag“ (Stellen 132-143) der einzelnen Datensätze.</p> <p>Fehlernummer: NCSZv74</p>
075-076	002	n	M	VERSIONS-NR VERNR	Versionsnummer des Nachlaufsatzes 01 - 99	<p>Zulässig sind nur numerische Zeichen.</p> <p>Fehlernummer: NCSZv85</p> <p>Zulässig ist nur der Wert „01“ bis zur Bekanntgabe einer neuen Versionsnummer.</p> <p>Fehlernummer: NCSZv80</p>

5 Fehlerkatalog

Nicht besetzt.

Bundesagentur für Arbeit
BA-Service-Haus -422
Verfahren A2LL

Nürnberg, TT.MM.JJJJ

BA-Service-Haus, 90327 Nürnberg

<<Krankenkasse>>

BEITRAGSNACHWEIS

Beitragsnachweis für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI.

Krankenkasse: XXXXXX
Betriebsnummer: XXXXXXXXXX
Leitzahl der BA: XXXXXX

Abrechnungszeitraum: MM/JJJJ

Krankenversicherung

Leistungszeiträume vor dem 01.01.2009			
Leistungsart Alg II	KV-Entgelt	KV-Beitrag	KV-Beitragssatz
	XX,XX Euro	XX,XX Euro	13,20 %
	XX,XX Euro	XX,XX Euro	13,80 %
Summe		XX,XX Euro	

Leistungszeiträume ab dem 01.01.2009			
Leistungsart Alg II	KV-Entgelt	KV-Beitrag	KV-Beitragssatz
	Euro	Euro	%
Summe		0,00 Euro	

FOLGESEITE ZUM BEITRAGSNACHWEIS

Krankenkasse: XXXXXXXXXXXX
Betriebsnummer: XXXXXXXXXXXX
Leitzahl der BA: XXXXXXXX

Abrechnungszeitraum: MM/JJJJ
Pflegeversicherung

Leistungszeiträume vor dem 01.01.2009			
Leistungsart Alg II	PV-Entgelt	PV-Beitrag	PV-Beitragssatz
	XX,XX Euro	XX,XX Euro	1,70 %
	XX,XX Euro	XX,XX Euro	1,95 %
Summe		<u>XX,XX Euro</u>	

Leistungszeiträume ab dem 01.01.2009			
Leistungsart Alg II	PV-Entgelt	PV-Beitrag	PV-Beitragssatz
	Euro	Euro	%
Summe		<u>0,00 Euro</u>	

Bundesagentur für Arbeit
BA-Service-Haus -422
Verfahren A2LL

Nürnberg, TT.MM.JJJJ

BA-Service-Haus, 90327 Nürnberg

BUNDESVERSICHERUNGSSAMT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

BEITRAGSNACHWEIS

Beitragsnachweis für Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI.

Krankenkasse: BUNDESVERSICHERUNGSSAMT

Abrechnungszeitraum: MM/JJJJ

Betriebsnummer: XXXXXXXXXX

Leitzahl der BA: XXXXXX

Krankenversicherung

Leistungszeiträume vor dem 01.01.2009

Leistungsart	KV-Entgelt	KV-Beitrag	KV-Beitragssatz
Alg II	Euro	Euro	%

Summe 0,00 Euro

Leistungszeiträume ab dem 01.01.2009

Leistungsart	KV-Entgelt	KV-Beitrag	KV-Beitragssatz
Alg II	XX,XX Euro	XX,XX Euro	14,30 %
Alg II	XX,XX Euro	XX,XX Euro	14,90 %

Summe XX,XX Euro

FOLGESEITE ZUM BEITRAGSNACHWEIS

Krankenkasse: BUNDESVERSICHERUNGSAMT
Betriebsnummer: XXXXXXXXXXXX
Leitzahl der BA: XXXXXXXX

Abrechnungszeitraum: MM/JJJJ
Pflegeversicherung

Leistungszeiträume vor dem 01.01.2009			
Leistungsart Alg II	PV-Entgelt	PV-Beitrag	PV-Beitragssatz
	Euro	Euro	%
Summe		<u>0.00 Euro</u>	

Leistungszeiträume ab dem 01.01.2009			
Leistungsart Alg II	PV-Entgelt	PV-Beitrag	PV-Beitragssatz
	XX,XX Euro	XX,XX Euro	1,95 %
Summe		<u>XX,XX Euro</u>	

[illegible]