

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, Bochum

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Stand: 26. Januar 2007

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

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesagentur für Arbeit haben unter dem Datum vom 08.10.2004 im Hinblick auf die gesetzlichen Neuregelungen zum 01.01.2005 zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II ein gemeinsames Rundschreiben verfasst. Die inzwischen eingetretenen gesetzlichen sowie verfahrenstechnischen Änderungen und Neuregelungen machen eine Überarbeitung erforderlich.

Durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 (HBeglG 2006) vom 29.06.2006 (BGBl. I Seite 1402) ist die Beitragsbemessungsgrundlage in der Krankenversicherung vom 01.07.2006 an auf das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt worden, während sie in der Pflegeversicherung weiterhin das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße beträgt. Die Mindereinnahmen in der Krankenversicherung sollen ggf. durch einen Beitragsausgleich des Bundes bereinigt werden, wenn die Mehreinnahmen der Krankenkassen aus der Erhöhung des Beitragsatzes für die Pauschalbeiträge der geringfügig entlohnten Beschäftigten den Betrag von 170 Mio. Euro in einem bestimmten Referenzzeitraum nicht überschreiten.

Durch das Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom 20.07.2006 (BGBl. I Seite 1706) sind mit Wirkung vom 01.08.2006 an u.a. folgende Regelungen zu berücksichtigen:

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

- Die Krankenkassen werden in das Einigungsstellenverfahren nach den §§ 44a und 45 SGB II einbezogen, wenn die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hat, der Feststellung widerspricht, es läge Erwerbsfähigkeit vor.
- Der befristete Zuschlag nach § 24 SGB II zählt nicht zum Arbeitslosengeld II.
- Wenn Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 Abs. 7 SGB II erbracht werden, zählen diese nicht zum Arbeitslosengeld II.
- Soweit Personen nur durch die Zahlung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen hilfebedürftig würden, übernehmen die Leistungsträger nach dem SGB II auf Antrag im erforderlichen Umfang die Aufwendungen für die angemessene Kranken- und Pflegeversicherung.
- Personen, die sich in einer Einrichtung zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung befinden, haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld II.

Seit der Einführung des Arbeitslosengeldes II und der damit verbundenen Versicherungspflicht der Bezieher dieser Leistung zum 01.01.2005 sind eine Reihe weiterer gesetzlicher Änderungen mit Auswirkungen auf das Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II wirksam geworden. Dazu zählen:

- Der Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld für Bezieher von Arbeitslosengeld II, die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem durchschnittlichen ermäßigten Beitragssatz der Krankenkassen und die Einführung einer Familienversicherung der Kinder von familienversicherten Kindern sowie der Wegfall der Mehrfachversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II und gleichzeitiger Ausübung einer versicherungspflichtigen Tätigkeit im Sinne des KSVG aufgrund des Gesetzes über die Vereinfachung der Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 21.03.2005 (BGBl. I Seite 818).
- Die Nichtberücksichtigung der Zeiten des unrechtmäßigen Leistungsbezugs nach dem SGB II bei der Feststellung der erforderlichen Vorversicherungszeit nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V aufgrund des Fünften Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 22.12.2005 (BGBl. I Seite 3676).

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Ferner haben sich seit dem 01.01.2005 im Rahmen der praktischen Umsetzung des SGB II und der damit einhergehenden Versicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Reihe von Tatbeständen ergeben, die einer (ergänzenden) Erläuterung bedürfen. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um:

- Die Durchführung der Versicherungspflicht bei Ausübung einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit im Sinne von § 5 Abs. 5 SGB V oder Ausübung einer Tätigkeit als Beamter und gleichzeitigem Bezug von Arbeitslosengeld II.
- Die Abgrenzung der durchzuführenden Versicherungspflicht bei Beantragung einer Rente und den möglichen Auswirkungen auf den Erstattungsanspruch nach § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 2 SGB III.
- Die Abgrenzung der durchzuführenden Versicherung, wenn ein Ehegatte Arbeitslosengeld II bezieht und der andere Ehegatte studiert.

Die Änderungen aufgrund des Haushaltsbegleitgesetzes, des Gesetzes zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende sowie die übrigen dargestellten Veränderungen werden zum Anlass genommen, das Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II in diesem Gemeinsamen Rundschreiben zu kommentieren. Es löst das Gemeinsame Rundschreiben vom 08.10.2004 ab. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen davon aus, dass auch die optierenden Kommunen nach diesem Rundschreiben verfahren werden, um eine einheitliche Durchführung des Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II sicherzustellen.

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. Gleichzeitig ist es zusammen mit dem Gemeinsamen Rundschreiben zum Meldeverfahren zwischen Bundesagentur für Arbeit bzw. den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK) in der jeweils geltenden Fassung Grundlage für die Entwicklung der Softwareprogramme.

Soweit unverändert bei der Umsetzung des Beitrags- und Meldeverfahrens sowie der Softwareentwicklung Mängel auftreten, sind diese im konstruktiven Dialog zwischen den Beteiligten zu lösen. Diese Mängel stellen die Anwendbarkeit des Rundschreibens nicht infrage.

Inhaltsverzeichnis

Seite

I	Versicherungspflicht	9
1	Krankenversicherung	9
1.1	Versicherungspflicht	17
1.2	Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand	18
1.2.1	Tatbestandswirkung von Entscheidungen des Leistungsträgers	19
1.2.2	Sozialgeld und Einstiegsgeld	21
1.3	Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II	21
1.4	Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte	22
1.5	Arbeitslosengeld II als Darlehen	22
1.6	Versicherungspflicht für die Dauer des Einigungsstellenverfahrens	23
1.7	Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung	23
1.7.1	Allgemeines	23
1.7.2	Mehrfachversicherung	24
1.7.3	Vorrang der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V	24
1.7.3.1	Besonderheiten bei Rentenantrag, Rentenbezug und Familienversicherung	25
1.7.3.2	Grundsatz Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V geht der Versicherungspflicht als Rentenantragsteller/Rentner vor	25
1.7.3.3	Rentenantrag durch beide Ehegatten	26
1.7.3.4	Rentenantrag des familienversicherten Ehegatten, wenn der andere Ehegatte auch aufgrund eines weiteren Tatbestandes der Versiche- rungspflicht unterliegt	27
1.7.3.5	Rentenanträge von Kindern	28
1.7.3.6	Studenten	29
1.7.3.7	Künstler und Publizisten	29
1.7.4	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und hauptberuflich selbständiger Tätigkeit	29
1.7.5	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und Tätigkeit als Beamter	29
1.7.6	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und einer freiwilligen Versicherung	30

1.7.7	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und Befreiung von der Krankenversicherungspflicht	30
1.8	Vorrang der Familienversicherung	31
1.8.1	Allgemeines	31
1.8.2	Familienversicherung der Kinder von Kindern	32
1.8.3	Familienversicherung von Stief-, Enkel- und Pflegekindern	32
1.8.4	Ausschluss der Familienversicherung in Sonderfällen	33
1.8.5	Entscheidung über das Vorliegen einer Familienversicherung	34
1.8.6	Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld	35
1.8.7	Arbeitslosengeld II und Sozialgeld als Gesamteinkommen	35
1.9	Ergänzende Bestimmungen zum Begriff Leistungsbezug	35
1.10	Rückforderung gewährter Leistungen	36
1.10.1	Allgemeines	36
1.10.2	Leistungsrückforderung aufgrund bloßer Vorauszahlung von Arbeitslosengeld II	37
1.10.3	Auswirkungen von Erstattungsansprüchen	38
1.11	Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages oder Rückkehr in die private Krankenversicherung	38
1.11.1	Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages	38
1.11.2	Rückkehr in die private Krankenversicherung	38
1.12	Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Krankenversicherungspflicht	39
1.12.1	Keine Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes	39
1.12.2	Versicherungsfreiheit auf Antrag	39
1.12.2.1	Antragstellung	39
1.12.2.2	Zuständige Krankenkasse	40
1.12.2.3	Wirkung der Befreiung	40
1.13	Mitgliedschaft	41
1.13.1	Beginn der Mitgliedschaft	41
1.13.2	Erhalt der Mitgliedschaft	41
1.13.3	Ende der Mitgliedschaft	42
2	Pflegeversicherung	42
2.1	Versicherungspflicht	43
2.2	Anderweitige Pflegeversicherungspflicht	44
2.3	Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages	44

2.4	Befreiung von der Versicherungspflicht	45
2.5	Mitgliedschaft	46
II	Zuständige Versicherungsträger/ Zuständige Leistungsträger nach dem SGB II	46
1	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	53
1.1	Allgemeines	53
1.2	Krankenkassenzuständigkeit der See-Krankenkasse, der Knappschaft oder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse	54
1.3	Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels	54
1.3.1	Allgemeines	54
1.3.2	Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen	55
2	Pflegekassenzuständigkeit	55
3	Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II	56
3.1	Allgemeines	56
3.2	Arbeitsgemeinschaften	56
3.3	Zugelassene kommunale Träger	56
3.4	Leistungserbringung durch Kommunen ohne Bildung von Arbeitsgemeinschaften oder ohne Wahrnehmung des Optionsrechts	57
III	Weiterversicherung im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II	57
1	Allgemeines	60
2	Beitrittsvoraussetzungen	61
2.1	Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Erlöschen einer Familienversicherung	61
2.2	Erfüllung der Vorversicherungszeit innerhalb der Rahmenfrist	62
3	Beitrittsfrist	64

IV	Beitragsrecht	65
1	Grundsätze der Beitragsberechnung	73
1.1	Allgemeines	73
1.2	Beitragspflichtige Einnahmen	74
1.2.1	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfachtatbeständen	74
1.2.2	Zusammentreffen mit Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Erziehungs- geld oder Elterngeld	81
1.2.3	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen beim Zusammentreffen mit Renten und Versorgungsbezügen	81
1.3	Beitragssatz	82
1.3.1	Krankenversicherung	82
1.3.1.1	Berücksichtigung des Zusatzbeitrages nach § 241a SGB V	83
1.3.2	Pflegeversicherung	83
1.4	Tragung der Beiträge	84
1.4.1	Krankenversicherung	84
1.4.2	Pflegeversicherung	84
1.5	Berechnung der Beiträge	84
2	Zahlung und Abrechnung der Beiträge	85
2.1	Allgemeines	85
2.2	Verfahren	85
3	Nachweis der Beitragsabrechnung	85
3.1	Beitragsnachweise für die Krankenkassen	85
3.1.1	Nachweis für den Einzelfall	86
3.2	Monatszusammenstellung	86
3.3	Aufbewahrung der Nachweise	87
4	Prüfung der Beitragsabrechnung	87
5	Ersatzansprüche und Beitragserstattungen	88
5.1	Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung	88
5.1.1	Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten	88
5.1.2	Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber der Krankenkasse	88

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung
für Bezieher von Arbeitslosengeld II

	<i>Seite</i>	
5.1.3	Erstattungsansprüche des Leistungsträgers nach dem SGB II für Pflegeversicherungsbeiträge	89
5.2	Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld	89
5.3	Abgrenzung der einzelnen Erstattungsansprüche	90
5.3.1	Allgemeines	90
5.3.2	Verfahrenssicherheit	90
5.3.3	Abgrenzung zur Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen	90
5.3.4	Reihenfolge der Erstattungsansprüche nach § 335 Abs. 2 SGB III und § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 2 SGB III, wenn neben der Rente sowohl Arbeitslosengeld als auch Arbeitslosengeld II bezogen worden ist	91
6	Zuschüsse der Leistungsträger nach dem SGB II zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen	91
6.1	Von der Versicherungspflicht befreite Bezieher von Arbeitslosengeld II	91
6.2	Sozialgeldbezieher	92
6.3	Übernahme der Aufwendungen für allein durch die Tragung von Beiträgen Hilfebedürftige	92
V	Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung	93
1	Allgemeines	95
2	Meldepflichtige Tatbestände	95
2.1	Anmeldungen	96
2.2	Änderungsmeldungen	96
2.3	Abmeldungen	96
2.4	Stornierung von Meldungen	97
2.5	Bestandsabstimmung	97
3	Meldefristen	97
4	Besonderheiten im Meldeverfahren bei der Durchführung der Familienversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II	98
5	Meldeverfahren bei Erfüllung der Meldepflicht nach § 204 SGB V	99

I Versicherungspflicht

1 Krankenversicherung

§ 5 SGB V

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. ...
2. **Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,**
- 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 § 23 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. ...**

(2) bis (5) ...

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 oder 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 oder 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Absatz 1 Nr. 6 genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(9) Wer versicherungspflichtig wird und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Dies gilt auch, wenn eine Versicherung nach § 10 eintritt.

(10) 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.

§ 6 SGB V

Versicherungsfreiheit

(1) bis (3)

(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 Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(4) bis (8) ...

§ 8 SGB V

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1. ...

1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder Arbeitslosengeld II (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

2. bis 7. ...

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 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. 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 im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres 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. Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke.

**§ 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 (10) ...

**§ 189 SGB V
Mitgliedschaft von Rentenantragstellern**

(1) Als Mitglieder gelten Personen, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben und die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Satz 1 gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Abs. 1 versicherungsfrei sind.

(2) Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags. Sie endet mit dem Tod oder mit dem Tag, an dem der Antrag zurückgenommen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird.

**§ 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.

§ 192 SGB V

Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange

- 1. sie sich in einem rechtmäßigen Arbeitskampf befinden,**
- 2. Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen wird,**
- 3. von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird oder**
- 4. Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch bezogen wird.**

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

§ 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.* § 309 Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.**

§ 25 KVLG 1989

Fortbestehen der Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannten Versicherungspflichtigen bleibt erhalten, solange

1. Anspruch auf Krankengeld oder auf Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen wird oder
2. von einem Rehabilitationsträger während Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird.

(2) Während der Schwangerschaft bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften.

(3) Bei Wehr- und Zivildienst gilt § 193 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

* Versehentlich unterblieb die Änderung der Vorschrift bezüglich der Einkommensgrenze. Es wird entsprechend § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V verfahren.

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

1.1 Versicherungspflicht

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. Ferner wird die Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn der Bezieher von Arbeitslosengeld II familienversichert ist. Darüber hinaus entsteht keine Versicherungspflicht, wenn nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden oder soweit ausschließlich Zuschüsse zu den Aufwendungen für Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 Abs. 7 SGB II gezahlt werden.

Arbeitslosengeld II wird nach den Prinzipien der Hilfebedürftigkeit (§ 9 SGB II) und der Bedarfsgemeinschaft (§ 7 Abs. 3 SGB II) gewährt. Diese Grundsätze sind für die versicherungsrechtliche Beurteilung nicht von Bedeutung. Die Versicherungspflicht wird individuell beurteilt. Sie erfasst Personen, die Arbeitslosengeld II tatsächlich erhalten. Gleiches gilt für die Beurteilung der Frage, wer trotz Bezuges von Arbeitslosengeld II wegen des Bestehens einer Familienversicherung nicht versicherungspflichtig wird.

Leben in einer Bedarfsgemeinschaft mehrere erwerbsfähige Hilfebedürftige zusammen, richtet sich die Beurteilung, welche dieser Personen der Versicherungspflicht unterliegen, grundsätzlich nach § 38 Satz 2 SGB II. Es wird derjenige versicherungspflichtig, der die Leistung beantragt und entgegennimmt. Sind beide Ehegatten (Lebenspartner, § 33b SGB I) wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig, so können die Ehegatten (Lebenspartner) abweichend von der Regelung des § 38 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 Bezuges 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 Beziehers von Arbeitslosengeld II ergibt (z.B. bisher Familienversicherter wird aufgrund des Beschäftigungsverhältnisses versicherungspflichtig, dadurch Wechsel des bisher pflichtversicherten Beziehers von Arbeitslosengeld II in die Familienversicherung).

Versicherungspflicht tritt auch für diejenigen Personen ein, 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 Bezuges von Arbeitslosengeld II unter den erleichterten Voraussetzungen des § 65 Abs. 4 SGB II, wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld II vor dem 01.01.2008 entstanden ist und der erwerbsfähige Hilfebedürftige vor diesem Tag das 58. Lebensjahr vollendet hat.

1.2 Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand

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

Das die Versicherungspflicht auslösende Leistungsspektrum des Arbeitslosengeldes II umfasst

- die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 20 SGB II),
- die Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt (§ 21 SGB II),
- Leistungen für Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II).

Die Versicherungspflicht ist demnach nicht auf den Bezug der Regelleistung 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 Versicherungspflicht aus.

Soweit ausschließlich ein Zuschuss für Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 Abs. 7 SGB II gezahlt werden, gilt diese Leistung nicht als Arbeitslosengeld II, so dass in einem solchen Fall Versicherungspflicht nicht eintritt.

Die Regelleistung nach § 20 SGB II kann anteilig oder in voller Höhe auch als Sachleistung gewährt werden, solange sich der Hilfebedürftige unter den in § 23 Abs. 2 SGB II genannten Voraussetzungen als ungeeignet erweist, mit der Regelleistung seinen Bedarf zu decken oder, wenn aufgrund von Sanktionen nach § 31 SGB II die Regelleistung um mehr als 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 Krankenversicherungspflicht vorliegen. Als Bezugszeitraum gilt der Zeitraum, für den die Regelleistung nach § 20 SGB II als Sachleistung erbracht wird.

Werden aufgrund von Sanktionen nach § 31 SGB II keine Leistungen des Arbeitslosengeldes II nach dem vorgenannten Leistungsspektrum mehr erbracht, entfällt die Versicherungspflicht.

In Fällen, in denen Versicherte allein durch die Tragung von Beiträgen zu einer freiwilligen gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung hilfebedürftig werden, übernimmt der Leistungsträger nach dem SGB II gemäß § 26 Abs. 3 SGB II auf Antrag im erforderlichen Umfang die Aufwendungen für eine angemessene Kranken- und Pflegeversicherung. Dieser Zuschuss führt nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

1.2.1 Tatbestandswirkung von Entscheidungen des Leistungsträgers

Arbeitslosengeld II wird u.a. nur dann gewährt, wenn der Bezieher erwerbsfähig ist (zur Definition des Begriffs „Erwerbsfähigkeit“ wird auf Anlage 1 verwiesen) und kein Ausschlussstatbestand vorliegt. In folgenden Fällen ist deshalb ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II von vornherein ausgeschlossen:

- a) Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht oder das 65. Lebensjahr bereits vollendet haben,
- b) Bezieher einer Vollrente wegen Alters, die vor dem 65. Lebensjahr 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,
- d) Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung der Pflegestufe 3 beanspruchen,
- e) Personen, die sich in stationärer Unterbringung befinden (§ 7 Abs. 4 SGB II),
- f) Personen, die sich in einer Einrichtung zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung befinden (§ 7 Abs. 4 SGB II),
- g) Auszubildende, deren Ausbildung im Rahmen des Berufsausbildungsförderungsgesetzes oder der §§ 60 bis 62 des SGB III dem Grunde nach förderungsfähig ist.

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.

Wesentlich für den Charakter einer vollstationären Einrichtung ist, dass - neben der Vollunterbringung - der Einrichtungsträger von der Aufnahme bis zur Entlassung des Hilfebedürftigen im Rah-

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

men des angewendeten Therapiekonzeptes die Gesamtverantwortung für dessen tägliche Lebensführung übernimmt und Gemeinschaftseinrichtungen vorhanden sind. In jedem Einzelfall ist nicht nur die Einrichtung 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 Hilfebedürftigen ein gewisses Maß an Selbständigkeit 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.

Abweichend von den unter Buchstabe e bis f genannten Tatbeständen besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld II in den Fällen, in denen

- der Versicherte voraussichtlich für weniger als sechs Monate im Krankenhaus (§ 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.

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) erwerbstätig sind,
- Obdachlose, die in einer stationären Einrichtung untergebracht sind und außerhalb dieser Einrichtung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

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 gilt in diesen Fällen nicht. Eine Mitgliedschaft bzw. ein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung wird demnach 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 gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V. Das Gleiche gilt, wenn die Erwerbsfähigkeit aufgrund einer vorliegenden Erkrankung oder Behinderung lediglich zweifelhaft erscheint.

1.2.2 Sozialgeld und Einstiegsgeld

Der Bezug von Sozialgeld (§ 28 SGB II) sowie der Bezug von Einstiegsgeld (§ 29 SGB II) begründet keine Versicherungspflicht. Ferner führt der bloße Bezug von Leistungen nach § 23 Abs. 3 SGB II für Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich von Haushaltsgeräten, für Erstaussstattungen für Bekleidung und Erstaussstattungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie für mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen nicht zur Versicherungspflicht.

Sozialgeldbeziehern, die nicht familienversichert sind, zahlt die Bundesagentur für Arbeit in analoger Anwendung des § 26 Abs. 3 SGB II einen Zuschuss zu den Beiträgen zur freiwilligen gesetzlichen oder einer angemessenen privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Auch in diesen Fällen besteht keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Von dieser Regelung sind u.a. nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige betroffen, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer eheähnlichen Gemeinschaft leben oder nicht erwerbsfähige hilfebedürftige Eltern, die in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihrem hilfebedürftigen und erwerbsfähigen Kind, das das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, leben.

1.3 Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II

Nach der Intention des SGB II des Fördern und Forderns des Hilfebedürftigen sehen die Vorschriften des SGB II vielfältige Maßnahmen zur Kürzung des Arbeitslosengeldes II vor, wenn der Hilfebedürftige Pflichtverletzungen begeht (§ 31 SGB II). Die Leistungskürzungen beseitigen die Versicherungspflicht nicht, solange Leistungen nach dem in I 1.2 genannten Leistungsspektrum erbracht werden. Dies gilt selbst dann, wenn die Regelleistung nach § 20 SGB II nicht mehr gezahlt wird. Deshalb besteht Versicherungspflicht auch, soweit der Leistungsträger in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen nach § 31 Abs. 3 Satz 6 SGB II erbringt.

Versicherungspflicht besteht ferner, wenn erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (junge Hilfebedürftige), nach einer sanktionierten Pflichtverletzung nur noch Leistungen für Unterkunft und Heizung erhalten (§ 31 Abs. 5 Satz 1 erster Halbsatz SGB II). Werden jungen Hilfebedürftigen nach sanktionierter Pflichtverletzung nur Sach- oder Geldleistun-

gen in angemessenem Umfang nach § 31 Abs. 5 Satz 6 i.V.m. Abs. 3 Satz 6 SGB II gewährt, besteht ebenfalls Versicherungspflicht.

1.4 Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte

Auch die Übernahme von Kosten für Unterkunft und Heizung gehört zu dem die Versicherungspflicht auslösenden Leistungsspektrum des Arbeitslosengeldes II und bewirkt, wie in I 1.1 und 1.2 dargestellt, grundsätzlich Versicherungspflicht (Ausnahme vgl. I 1.1 zu § 19 Satz 2 i.V.m. § 22 Abs. 7 SGB II). Sie besteht auch dann fort, wenn diese Kosten nach § 22 Abs. 4 SGB II an den Vermieter oder andere Empfangsberechtigte gezahlt werden.

1.5 Arbeitslosengeld II als Darlehen

Soweit Arbeitslosengeld II ausschließlich als Darlehen erbracht wird, besteht keine Krankenversicherungspflicht. Darlehensweise wird Arbeitslosengeld II gezahlt,

- wenn Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in besonderen Härtefällen bei Auszubildenden gewährt werden, deren Ausbildung im Rahmen der §§ 60 bis 62 SGB III und des BAföG grundsätzlich förderungsfähig ist (§ 7 Abs. 5 SGB II),
- wenn Hilfebedürftigkeit nur deswegen besteht, weil dem Arbeitssuchenden 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. § 23 Abs. 5 SGB II),
- zur Übernahme von Mietschulden nach § 22 Abs. 5 SGB II,
- in Form der abweichenden Leistungserbringung nach § 23 Abs. 1 SGB II,
- soweit in dem Monat, für den die Leistungen erbracht werden, voraussichtlich Einnahmen anfallen (§ 23 Abs. 4 SGB II).

Der Vollständigkeit halber ist auch die darlehensweise Erbringung von Eingliederungsmaßnahmen nach § 16 Abs. 4 SGB II zu nennen. Insoweit ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die bloße Gewährung von Eingliederungsmaßnahmen (§§ 14 bis 18 SGB II) ohnehin keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V auslösen würde.

1.6 Versicherungspflicht für die Dauer des Einigungsstellenverfahrens

Arbeitslosengeld II wird nur erwerbsfähigen Hilfebedürftigen gewährt. Der Begriff der Erwerbsfähigkeit ist in § 8 Abs. 1 SGB II definiert. Nach § 44a Satz 1 SGB II stellt die Agentur für Arbeit die Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II fest. Teilt der kommunale Leistungsträger (z.B. Sozialamt), ein anderer Leistungsträger (Rentenversicherungsträger), der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre oder die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, die Auffassung der Agentur für Arbeit zur Erwerbsfähigkeit nicht, entscheidet die Einigungsstelle nach § 45 SGB II. Für die Dauer des Einigungsstellenverfahrens haben die Agentur für Arbeit und der kommunale Träger gemäß § 44a Abs. 1 Satz 3 SGB II die Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende zu erbringen. Für die Dauer der Leistungserbringung besteht deshalb auch Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II. Diese Beurteilung ist auch in den Übergangsfällen des § 65c SGB II maßgebend, in denen nach dieser Vorschrift die Einigungsstelle als angerufen gilt.

Die Versicherungspflicht für die Dauer des Einigungsstellenverfahrens ist auch dann gegeben, wenn der zugelassene kommunale Träger anstelle der Agentur für Arbeit die Erwerbsfähigkeit im Sinne von § 8 Abs. 1 SGB II feststellt und wegen Streites mit einem anderen Leistungsträger die Einigungsstelle nach § 45 SGB II angerufen hat.

Versicherungspflicht besteht nicht, wenn die Einigungsstelle nach § 45 SGB II lediglich in Fällen des § 21 SGB XII angerufen wird.

Zur Durchführung des Einigungsstellenverfahrens vgl. Anlage 1 (Gemeinsame Verlautbarung vom 12.12.2006).

1.7 Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung

1.7.1 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 vor-

aus, dass Arbeitslosengeld II weiterhin tatsächlich bezogen wird.

1.7.2 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 oder von Unterhaltsgeld in Übergangsfällen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, § 19 Abs. 2 KVLG 1989, § 434j Abs. 10 SGB III),
- 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.

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 Bezuges von Arbeitslosengeld II (vgl. I 1.8) wird wegen der vorrangigen Krankenversicherungspflicht aufgrund des weiteren Versicherungsverhältnisses verdrängt. In diesen Fällen der Mehrfachversicherung besteht daher immer auch Kranken- und Pflegeversicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II.

1.7.3 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 als Rentner/Rentenantragsteller (§ 5

Abs. 1 Nr. 11 bis Nr. 12 SGB V, § 189 SGB V).

1.7.3.1 Besonderheiten bei Rentenantrag, Rentenbezug und Familienversicherung

Würde wegen des Vorrangs einer Familienversicherung (vgl. I 1.8) 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 die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchzuführen.

Beispiel:

Familienversicherung seit Jahren. Bezug von Arbeitslosengeld II seit 01.04.2006.

Rentenantrag am 01.08.2006 (die Vorversicherungszeit für die KVdR ist erfüllt).

Die Familienversicherung dauert zunächst über den 31.03.2006 hinaus an, da die Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangig ist. Aufgrund des Rentenantrages ist die Familienversicherung jedoch zum 31.07.2006 zu beenden, da eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller vorrangig gegenüber der Familienversicherung ist. Allerdings ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wiederum vorrangig gegenüber der Krankenversicherung der Rentner, so dass vom 01.08.2006 an Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintritt.

1.7.3.2 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 in der Familienversicherung geführt wurde 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. Für Fälle dieser Art hat die Krankenkasse den Leistungsträger nach dem SGB II mit dem Vordruck entsprechend Anlage 2 zu unterrichten.

Beispiel:

Familie B, beide Eheleute beziehen Arbeitslosengeld II. Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für den Ehemann durchgeführt. Die Ehefrau ist familienversichert.

Die Ehefrau stellt am 10.08.2006 einen Rentenantrag. Die erforderliche Vorversicherungszeit für die KVdR ist erfüllt.

Lösung:

Da die Ehefrau wegen der erfüllten Vorversicherungszeit als Rentenantragstellerin zu versichern wäre, kann ab 10.08.2006 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.

Eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 2 für die Ehefrau ist durch die Krankenkasse abzugeben.

1.7.3.3 Rentenanspruch durch beide Ehegatten

Haben beide Ehepartner Rente beantragt, ist für beide die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchzuführen.

Beispiel:

Wie vorheriges Beispiel, aber der Ehemann stellt seinerseits am 20.09.2006 einen eigenen Rentenantrag. Die Vorversicherungszeit für die Durchführung der KVdR ist erfüllt.

Lösung:

Da der Ehemann wegen der erfüllten Vorversicherungszeit als Rentenantragsteller zu versichern wäre, kann ab 20.09.2006 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.

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

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 Rentenantrag die Familienversicherung insgesamt verdrängt.

Eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 2 für den Ehemann ist durch die Krankenkasse abzugeben.

1.7.3.4 Rentenanspruch des familienversicherten Ehegatten, wenn der andere Ehegatte auch aufgrund eines weiteren Tatbestandes der Versicherungspflicht unterliegt

Unterliegt ein Ehepartner auch aufgrund eines weiteren Tatbestandes der Versicherungspflicht, dann ist ein Austausch der Versicherungsgrundlagen nicht möglich. Der die Rente beantragende (bisher familienversicherte) Ehegatte wird als Bezieher von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig; beim Ehepartner verbleibt es bei der Versicherungspflicht wegen des anderen Versicherungsgrundes.

Beispiel:

Familie C, 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 10.08.2006 einen Rentenantrag. Die erforderliche Vorversicherungszeit ist erfüllt.

Lösung:

Da die Ehefrau wegen der erfüllten Vorversicherungszeit als Rentenantragstellerin zu versichern wäre, kann ab 10.08.2006 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 (auch) aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld nach dem SGB III

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V pflichtversichert ist. Deshalb scheidet ein Austausch der Versicherungsgrundlagen aus.

Eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 2 für die Ehefrau ist durch die Krankenkasse abzugeben.

1.7.3.5 Rentenansprüche von Kindern

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

Beispiel:

Familie E, beide Eheleute beziehen Arbeitslosengeld II. Die Versicherungspflicht wird für den Ehemann durchgeführt. Die Ehefrau ist familienversichert.

Der Bedarfsgemeinschaft gehört noch ein Sohn an, 22 Jahre alt. Er bezieht ebenfalls Arbeitslosengeld II und ist familienversichert. Der Sohn erleidet einen Unfall. Am 20.09.2006 stellt er einen Rentenanspruch. 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 Rentenanspruchsteller zu versichern wäre, kann ab 20.09.2006 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.

Aus dieser Pflichtversicherung kann eine Familienversicherung für die Eltern nicht hergeleitet werden. Deshalb scheidet ein Austausch der Versicherungsgrundlagen aus.

Eine Meldung mit Vordruck gemäß Anlage 2 für den Sohn ist durch die Krankenkasse abzugeben.

1.7.3.6 Studenten

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 kann – entgegen den sonstigen versicherungsrechtlichen Regelungen – gegenüber einer Familienversicherung nachrangig sein.

Treffen nun diese an sich nachrangigen Versicherungen aufeinander, kann die Versicherungskonkurrenz nur nach § 5 Abs. 7 SGB V beurteilt werden, nach dem Versicherungspflicht als Student gegenüber anderen Tatbeständen der Versicherungspflicht stets nachrangig ist, mit der Folge das Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II eintritt.

1.7.3.7 Künstler und Publizisten

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

1.7.4 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und hauptberuflich selbständiger Tätigkeit

Personen, die hauptberuflich selbständig 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 Selbständige Arbeitslosengeld II erhalten, tritt allerdings Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ein, weil in § 5 Abs. 5 SGB V ein Ausschluss der Versicherungspflicht für diesen Fall nicht vorgesehen ist.

1.7.5 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 sie neben ihrem den Beihilfean-

spruch vermittelnden Dienstverhältnis einen dem Grunde nach versicherungspflichtigen Tatbestand erfüllen (§ 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.

1.7.6 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 Selbständige (vgl. I 1.7.4),
- freiwillig versicherte Rentner,
- freiwillig versicherte Beamte/Pensionäre/Ruhegehaltsempfänger (vgl. I 1.7.5),
- freiwillig Versicherte während der Elternzeit.

1.7.7 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und 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 Arbeitslosengeld II beziehen. Die jeweiligen Befreiungen gelten nicht für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II, da es sich um einen eigenständigen Tatbestand der Versicherungspflicht handelt (vgl. I 1.12.2.3). Von dieser Fallgestaltung können zum Beispiel Studenten betroffen sein, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 SGB V von der Versicherungspflicht auf Antrag befreit worden sind.

Endet allerdings die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II und der Befreiungstatbestand liegt weiterhin vor, tritt die Wirkung der ursprünglichen Befreiung wieder ein.

1.8 Vorrang der Familienversicherung

1.8.1 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 Ehegatten- oder Lebenspartnerzugehörigkeit im Sinne des LPartG oder wegen des Status Kind im Sinne der Rechtsvorschriften über die Familienversicherung beruht.

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 keine häusliche Gemeinschaft unter den Angehörigen voraus (Ausnahme: Pflegekinder).

Sofern in einer Bedarfsgemeinschaft mehrere Personen, insbesondere beide Ehegatten oder beide Lebenspartner, zu den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zählen, wird grundsätzlich nur eine Person in die Versicherungspflicht einbezogen; die andere Person leitet ihren Versicherungsschutz aus der Familienversicherung ab (vgl. I 1.1).

Kinder, die Arbeitslosengeld II beziehen, können grundsätzlich

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (§ 10 Abs. 2 Nr. 1 SGB V),
- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V)

über einen gesetzlich krankenversicherten Elternteil familienversichert sein. Der Bezug von Arbeitslosengeld II ist einer Erwerbstätigkeit nicht gleichzusetzen.

Der Bezug von Arbeitslosengeld II schließt eine Familienversicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V aus. Insoweit impliziert der Bezug von Arbeitslosengeld II, dass der behinderte Mensch (Kind) im Sinne von § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V nicht dauerhaft außer Stande ist, sich selbst zu unterhalten. Dafür spricht auch die Tatsache, dass Arbeitslosengeld II ohnehin nur Personen gewährt wird, die erwerbsfähig sind.

Eine 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 ein Elternteil Arbeitslosengeld II erhält. Der Vorrang der Familienversicherung gilt auch für die Fälle, in denen während des Einigungsstellenverfahrens der Leistungsträger das Arbeitslosengeld II erbringt (vgl. I 1.6).

1.8.2 Familienversicherung der Kinder von Kindern

Aufgrund der seit dem 30.03.2005 geltenden Regelung des § 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) vermittelt, um einen Großelternanteil 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.

1.8.3 Familienversicherung von Stief-, Enkel- und Pflegekindern

Soweit Enkelkinder nicht bereits aufgrund der Regelung zur Familienversicherung der Kinder von Kindern (vgl. I 1.8.2) familienversichert werden können, ist in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob die Familienversicherung direkt aus dem Versicherungsverhältnis der Großeltern hergeleitet werden kann. In diesen Fällen kommt die Familienversicherung nur zum Zuge, wenn überwiegender Unterhalt gewährt wird. Bei Stief- und Enkelkindern kommt generell eine Familienversicherung nur unter den Gesichtspunkten des überwiegenden Unterhalts in Betracht. Der überwiegende Unterhalt kann von einem Großeltern- oder Elternteil erbracht werden, der Arbeitslosengeld II bezieht.

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 Bedarfsgemeinschaft geteilt wird. Der überwiegende Unterhalt ist daraufhin individuell von der Krankenkasse zu prüfen.

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung
für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Beispiel:				
Personen	Einkommen in €	Unterhaltsbedarf in €	Überschuss in €	Fehlbetrag in €
Mitglied	311 (Alg II) 89 (Unterkunft)	365,25	34,75	0,00
Ehefrau	311 (Alg II) 89 (Unterkunft)	365,25	34,75	0,00
leibl. Kind	276 (Sozialgeld) 89 (Unterkunft)	365,25	0,00	0,25
Stiefkind	207 (Sozialgeld) 89 (Unterkunft)	365,25	0,00	69,25
Gesamt	1.461	1.461	69,50	69,50

Unterhaltsbedarf: $1.461 \text{ €} : 4 = 365,25 \text{ €}$; Hälfte des Unterhaltsbedarf: $365,25 \text{ €} : 2 = 182,63 \text{ €}$

Beurteilung:

Das Stiefkind erbringt mindestens die Hälfte seines Unterhaltsbedarfs aus eigenen Mitteln. Es wird deshalb vom Mitglied nicht überwiegend unterhalten.

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

1.8.4 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 01.10.2006 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 Frau M. nicht die Kindesmutter ist. 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.

1.8.5 Entscheidung über das Vorliegen einer Familienversicherung

Die Entscheidung, ob eine Familienversicherung besteht, obliegt grundsätzlich der zuständigen Krankenkasse. Die Leistungsträger müssen jedoch im Rahmen des Verwaltungsverfahrens zur Gewährung von Arbeitslosengeld II prüfen, ob Versicherungspflicht eintritt oder diese wegen des Vorrangs der Familienversicherung nicht zu Stande kommt. Hierzu haben die Spitzenverbände der Krankenkassen den Leistungsträgern ein entsprechendes Merkblatt erstellt, das die Voraussetzungen, unter denen eine Familienversicherung in Betracht kommt, beschreibt (Anlage 3).

Eine Übersicht über mögliche Fallkonstellationen und deren Beurteilung (vgl. I 1.8.1 bis 1.8.3) ist in Anlage 4 aufgeführt.

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 (vgl. I 1.8), ist die Krankenkasse einzuschalten.

Der Beginn des Bezuges 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 Bezuges 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.

Zum Meldeverfahren vgl. V.

1.8.6 Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld

Nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (Beziehern von Arbeitslosengeld II) in einer Bedarfsgemeinschaft (§ 7 Abs. 3 SGB II) leben, erhalten nach den Maßgaben des § 28 SGB II Sozialgeld. Der Bezug von Sozialgeld löst keine Versicherungspflicht aus. Allerdings ist zu prüfen, ob für den Bezieher von Sozialgeld eine Familienversicherung geltend gemacht werden kann. Die Familienversicherung richtet sich in diesen Fällen nach den allgemeinen Grundsätzen.

Die Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld wird ausschließlich von der Krankenkasse geprüft. 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.

1.8.7 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld als Gesamteinkommen

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.

1.9 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 Leistungsbezuges werden in I 1.2 bis 1.6 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 diese zurückgelegten Versicherungszeiten nicht als Vorversicherungszeiten für den freiwilligen Beitritt gelten (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.

Wurde Arbeitslosengeld II im Rahmen der Gleichwohlgewährung für die Dauer des Einigungsverfahrens gezahlt, ist dieses in soweit rechtmäßig geleistet worden. Das Versicherungsverhältnis bleibt daher unberührt, wenn nach der Entscheidung der Einigungsstelle von Erwerbsunfähigkeit 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. Somit handelt es sich um den bloßen Austausch der Rechtsgrundlagen für das Versicherungsverhältnis, bei dem sich der Austausch in aller Regel bei der gleichen Krankenkasse vollzieht.

Wurde die beitragspflichtige Mitgliedschaft aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II nicht von der Krankenkasse durchgeführt, von der die Familienversicherung durchzuführen wäre, tritt allerdings die Bestandsschutzregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V ein. Voraussetzung ist jedoch, dass diese Krankenkasse Leistungen erbracht hat.

Der Bestandsschutz besteht bis zu dem Zeitpunkt, an dem der Leistungsträger nach dem SGB II von dem Sachverhalt Kenntnis erlangt hat.

1.10 Rückforderung gewährter Leistungen

1.10.1 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 bei derselben Krankenkasse ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis in Form einer Pflichtversicherung bestanden, ist das Versicherungsverhältnis als Leistungsbezieher für diesen Zeitraum grundsätzlich rückgängig zu machen. Wurden die Pflichtversicherungsverhältnisse dagegen von verschiedenen Krankenkassen durchgeführt und hat der Versicherte während des Überschneidungszeitraums Leistungen der das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durchführenden Krankenkasse in Anspruch genommen, bleibt das Versicherungsverhältnis nach ausdrücklicher Bestimmung des § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III bestehen (vgl. IV 5.1). Wurden keine Leistungen erbracht, ist das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V rückwirkend aufzulösen.

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 zusammengetroffen ist (vgl. Urteil des BSG vom 10.08.2000 - B 11 AL 119/99 R).

1.10.2 Leistungsrückforderung aufgrund bloßer Vorauszahlung von Arbeitslosengeld II

Arbeitslosengeld II soll nach § 41 Abs. 1 Satz 3 SGB II jeweils für sechs Monate bewilligt und monatlich im Voraus erbracht werden. Wegen dieses Bewilligungszeitraumes und der Vorschüssigkeit der Leistung ist es denkbar, dass Arbeitslosengeld II wesentlich häufiger überzahlt wird als Arbeitslosengeld.

Diese Besonderheit der Leistungsbewilligung ändert 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. 2 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.

1.10.3 Auswirkungen von Erstattungsansprüchen

Wird ein Erstattungsanspruch nach § 102 ff. SGB X geltend gemacht, 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.

1.11 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages oder Rückkehr in die private Krankenversicherung

1.11.1 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages

Leistungsbezieher, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind, können nach § 5 Abs. 9 SGB V ihren privaten Versicherungsvertrag vorzeitig kündigen, wenn sie nachweisen, dass sie der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V unterliegen.

Die Kündigung des privaten Versicherungsvertrages ist mit Wirkung vom Eintritt der Krankenversicherungspflicht an möglich. Sie kann auch rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vorgenommen werden, wenn der Versicherungsvertrag binnen zwei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gekündigt wird (§ 178h Abs. 2 Gesetz über den Versicherungsvertrag).

Das Recht auf vorzeitige Kündigung des privaten Versicherungsvertrages haben auch Angehörige von Leistungsbeziehern, für die eine Versicherung nach § 10 SGB V eintritt.

1.11.2 Rückkehr in die private Krankenversicherung

Die Vorschrift des § 5 Abs. 10 SGB V verpflichtet die privaten Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages mit Personen, die eine private Krankenversicherung in der Annahme einer hinreichenden Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung gekündigt haben oder deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, ohne dass die Voraussetzungen für die Fortsetzung der Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 SGB V erfüllt sind. Die Verpflichtung zur Wiederaufnahme in die private Krankenversicherung ohne Risikoprüfung und zu den Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben, setzt voraus, dass der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat.

1.12 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

1.12.1 Keine Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes

§ 6 Abs. 3a Satz 4 SGB V i.d.F. von Artikel 5 Nr. 2 des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sieht vor, dass die absolute Versicherungsfreiheit für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und längere Zeit nicht gesetzlich versichert waren, nicht gilt. Damit werden auch die älteren Bezieher von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig, die schon seit Jahren nicht mehr gesetzlich versichert waren.

1.12.2 Versicherungsfreiheit auf Antrag

Bezieher von Arbeitslosengeld II können sich auf Antrag gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintretenden Versicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung setzt allerdings voraus, dass der Leistungsbezieher in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war.

Die Befreiung ist ferner davon abhängig, dass der Leistungsbezieher einen Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung nachweist, der der Art und dem Umfang nach dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Personen, die von der Befreiungsmöglichkeit Gebrauch machen, erhalten vom Leistungsträger einen Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung nach den Maßgaben des § 26 Abs. 2 SGB II (vgl. IV 6.1).

1.12.2.1 Antragstellung

Der Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht ist nach § 8 Abs. 2 Satz 1 SGB V innerhalb von drei Monaten nach dem Beginn der Versicherungspflicht zu stellen. Für die Berechnung der Frist gelten nach § 26 Abs. 1 SGB X die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend. Da der Beginn der Frist von einem Ereignis abhängt, das in den Lauf eines Tages fällt (Beginn der Versicherungspflicht), ist für die Berechnung der Frist § 187 Abs. 1 BGB i.V.m. § 188 Abs. 2 BGB maßgebend. Das bedeutet, dass der Tag des Beginns der Versicherungspflicht nicht in die Frist einzubeziehen ist; die Frist endet demnach mit Ablauf des Tages des dritten folgenden Monats, der seiner Zahl nach dem Ereignistag entspricht. Fällt der letzte Tag der Antragsfrist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist nach § 26 Abs. 3 Satz 1 SGB X mit dem Ablauf des darauf folgenden Werktags. Der Antrag auf Befreiung

von der Krankenversicherungspflicht kann bereits vor Leistungsbeginn (Beginn der Versicherungspflicht) gestellt werden.

1.12.2.2 Zuständige Krankenkasse

Der Befreiungsantrag ist an die zuständige Krankenkasse zu richten. Dies ist die Krankenkasse, die im Falle des Bestehens von Krankenversicherungspflicht kraft Gesetzes zuständig oder nach § 173 Abs. 2 SGB V wählbar wäre. Wird der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht erst nach Beginn der Mitgliedschaft gestellt, spricht die Krankenkasse die Befreiung aus, bei der im Zeitpunkt der Antragstellung die Mitgliedschaft besteht.

1.12.2.3 Wirkung der Befreiung

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Krankenversicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen (einschließlich Leistungen für nach § 10 SGB V versicherte Angehörige) in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Sie kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung gilt für die Dauer des Leistungsbezuges, solange diese - ohne die Befreiung - Versicherungspflicht nach sich ziehen würde. Bei einem späteren erneuten Leistungsbezug ist ein neuer Antrag erforderlich.

Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld sowie von vergleichbaren Leistungen konnten sich schon in der Vergangenheit nach § 8 Abs.1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr. 2 SGB V befreien lassen. Diese Befreiungen gelten nicht für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II, da es sich um einen eigenständigen Tatbestand der Versicherungspflicht handelt.

Ist ein Bezieher von Arbeitslosengeld II von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V befreit und tritt ein versicherungspflichtiger Tatbestand hinzu (z. B. Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung), verliert die Befreiung ihre Wirkung. D. h., dass ab diesem Zeitpunkt Krankenversicherungspflicht auch aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II eintritt.

1.13 Mitgliedschaft

1.13.1 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.

1.13.2 Erhalt der Mitgliedschaft

Sofern im Anschluss an den Leistungsbezug nach gesetzlichen Vorschriften 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 17.06.1999 - B 12 KR 22/98 R -, USK 9923). Für diesen Fall gewährt der Leistungsträger Arbeitslosengeld II.

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 Leistungsbezuges (Urteil des BSG vom 06.02.1991 - 1/3 RK 3/90 -, USK 9117).

Ein Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V aufgrund des Bezuges 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 Bezuges von Arbeitslosengeld II lässt eine Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 letzter Halbsatz SGB V nicht entstehen; die Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II kann in diesen Fällen nicht zu Gunsten einer Familienversicherung aufgelöst werden (vgl. I 1.7).

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

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

1.13.3 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).

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 § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. bis 11. ...

(2) bis (4) ...

§ 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.

§ 49 SGB XI

Mitgliedschaft

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

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

(3) ...

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 unter dem Vorbehalt einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung steht (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI), ist der Personenkreis der versicherten Leistungsbezieher in der Kranken- und Pflegeversicherung identisch (vgl. I 1 bis 1.7.7).

Wenn in der Krankenversicherung die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II ausgeschlossen ist, weil eine vorrangige Familienversicherung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (vgl. I 1.8), 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 der Vorrang der Familienversicherung in der Pflegeversicherung bereits durch den Wortlaut des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI bewirkt. Dort wird ausgeführt, dass Versicherungspflicht nicht eintritt, wenn eine Familienversicherung durchzuführen ist.

Ebenso wie in der Krankenversicherung tritt auch in der Pflegeversicherung Versicherungspflicht nicht ein, wenn Arbeitslosengeld II lediglich darlehensweise gewährt wird (vgl. I 1.5), Leistungen nach § 23 Abs. 3 SGB II (vgl. I 1.2.2 letzter Absatz) oder Leistungen nach § 22 Abs. 7 SGB II (vgl. I 1.2 dritter Absatz) gewährt werden.

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aufgrund des Leistungsbezuges tritt auch dann ein, wenn während einer freiwilligen Krankenversicherung, die vor dem Beginn der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II bestanden hat und 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 Zeiten beschränkt, in denen dem Grunde nach Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI bestanden hätte. Sie entfaltet für die Versicherung des Beziehers von Arbeitslosengeld II 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 1.9 bis 1.10.3).

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 1.7) gelten daher entsprechend für die Pflegeversicherung.

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.

Die Kündigung des privaten Versicherungsvertrages ist mit Wirkung vom Eintritt der Pflegeversicherungspflicht möglich. Sie kann auch rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vorgenommen werden, wenn der Versicherungsvertrag binnen zwei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gekündigt wird (§ 178h Abs. 2 Gesetz über den Versicherungsvertrag).

Das Recht auf vorzeitige Kündigung des privaten Versicherungsvertrages haben auch Angehörige von Leistungsbeziehern, für die eine Versicherung nach § 25 SGB XI eintritt.

Für den erneuten Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages gilt § 5 Abs. 10 SGB V entsprechend (§ 27 Satz 3 SGB XI), vgl. I 1.11.2.

2.4 Befreiung von der Versicherungspflicht

Das Recht der Pflegeversicherung kennt keine dem § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V analoge Befreiungsvorschrift (vgl. I 1.12.2). Die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirkt allerdings wegen der Grundsatzklausel in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, dass keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt. Leistungsbezieher, die von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V befreit wurden, sind daher nicht versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

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. IV 6.1).

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 1.13.2) 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 Versicherungsträger/Zuständige 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 § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 bis 4, §§ 22 und 23 Abs. 3, 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. 3 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 SGB II

Experimentierklausel

(1) Zur Weiterentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende sollen an Stelle der Agenturen für Arbeit als Träger der Leistung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 im Wege der Erprobung kommunale Träger im Sinne des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zugelassen werden können. Die Erprobung ist insbesondere auf alternative Modelle der Eingliederung von Arbeitsuchenden im Wettbewerb zu den Eingliederungsmaßnahmen der Agenturen für Arbeit ausgerichtet.

(2) Auf Antrag werden kommunale Träger vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales als Träger im Sinne des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zugelassen, wenn sie sich zur Schaffung einer besonderen Einrichtung nach Absatz 6 und zur Mitwirkung an der Wirkungsforschung nach § 6c verpflichtet haben (zugelassene kommunale Träger). Für die Antragsberechtigung gilt § 6 Abs. 3 entsprechend.

(3) Die Zahl der zugelassenen kommunalen Träger beträgt höchstens 69. Zur Bestimmung der zuzulassenden kommunalen Träger werden zunächst bis zum Erreichen von Länderkontingenten, die sich aus der Stimmenverteilung im Bundesrat (Artikel 51 des Grundgesetzes) ergeben, die von den Ländern nach Absatz 4 benannten kommunalen Träger berücksichtigt. Nicht ausgeschöpfte Länderkontingente werden verteilt, indem die Länder nach ihrer Einwohnerzahl nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zum 31. Dezember 2002 in eine Reihenfolge gebracht werden. Entsprechend dieser Länderreihenfolge wird bei der Zulassung von kommunalen Trägern jeweils der in der Nennung des Landes nach Absatz 4 am höchsten gereihte kommunale Träger berücksichtigt, der bis dahin noch nicht für die Zulassung vorgesehen war.

(4) Der Antrag des kommunalen Trägers ist an die Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde gebunden. Stellen in einem Land mehr kommunale Träger einen Antrag auf Zulassung als Träger im Sinne des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, als nach Absatz 3 zugelassen werden können, schlägt die oberste Landesbehörde dem Bundesministerium für Arbeit und

Soziales vor, in welcher Reihenfolge die antragstellenden kommunalen Träger zugelassen werden sollen.

(5) Der Antrag kann bis zum 15. September 2004 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2005 gestellt werden. Die Zulassung wird für einen Zeitraum von sechs Jahren erteilt. Die zugelassenen kommunalen Träger nehmen die Trägerschaft für diesen Zeitraum wahr.

(6) Zur Wahrnehmung der Aufgaben an Stelle der Bundesagentur errichten die zugelassenen kommunalen Träger besondere Einrichtungen für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch.

(7) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann mit Zustimmung der obersten Landesbehörde durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Zulassung widerrufen. Auf Antrag des zugelassenen kommunalen Trägers, der der Zustimmung der obersten Landesbehörde bedarf, widerruft das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Zulassung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. In den Fällen des Satzes 2 endet die Trägerschaft, wenn eine Arbeitsgemeinschaft mit der Agentur für Arbeit gebildet worden ist, im Übrigen ein Jahr nach der Antragstellung.

§ 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, 50, 51a, 51b, 53, 55 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 Abs. 1 Satz 4, Abs. 2 und 3 gelten entsprechend. § 46 Abs. 5 bis 7 bleibt unberührt.

(3) Der Bundesrechnungshof ist berechtigt, die Leistungsgewährung zu prüfen.

§ 6c SGB II

Wirkungsforschung zur Experimentierklausel

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wahrnehmung der Aufgaben durch die zugelassenen kommunalen Träger im Vergleich zur Aufgabenwahrnehmung durch die Agenturen für Arbeit und berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes bis zum 31. Dezember 2008 über die Erfahrungen mit den Regelungen nach den §§ 6a und 6b. Die Länder sind bei der Entwicklung der Untersuchungsansätze und der Auswertung der Untersuchung zu beteiligen.

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

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt dies für abgegrenzte Regionen im Sinne des § 143 Absatz 1, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; die Satzung darf das Wahlrecht nicht auf bestimmte Personen beschränken oder von Bedingungen abhängig machen. Eine Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 kann nicht widerrufen werden. Ist an der Vereinigung von Betriebskrankenkassen oder von Innungskrankenkassen eine Krankenkasse mit einer Satzungsregelung nach Satz 1 Nr. 4 beteiligt, gilt diese Satzungsregelung auch für die vereinigte Krankenkasse. Satz 1 Nr. 4 und Satz 4 gelten nicht für Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Vereinigung mit solchen Betriebskrankenkassen hervorgegangen sind, wenn die Satzung dieser Krankenkassen am 26. September 2003 keine Regelung nach Satz 1 Nr. 4 enthalten hat.

(3) bis (5) ...

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

§ 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 Kranken-

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

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

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

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

§ 176 SGB V

Zuständigkeit der See-Krankenkasse

(1) ...

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

§ 177 SGB V

Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

(1) und (2) ...

(3) Die in § 5 Abs. 1 Nr. 2, 2a oder 5 bis 10 genannten Versicherungspflichtigen gehören der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See an, wenn sie zuletzt bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See versichert waren; § 173 gilt.

§ 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.

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. ...
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft,
3. ...

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

§ 48 SGB XI

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

(2) und (3) ...

§ 19 KVLG 1989

Zuständigkeit

(1) ...

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

(3) ...

1 Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

1.1 Allgemeines

Für die Krankenkassenwahlrechte der versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten die Ausführungen in der gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 15.03.2006 entsprechend.

Die gewählte oder zuständige Krankenkasse führt die Mitgliedschaft nach § 186 Abs. 2a SGB V durch. Eine Änderung der Leistungsart (z. B. Bezug von Arbeitslosengeld II im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld) begründet kein neues Krankenkassenwahlrecht.

1.2 Krankenkassenzuständigkeit der See-Krankenkasse, der Knappschaft oder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse

Für die Krankenkassenzuständigkeit der See-Krankenkasse und der Knappschaft gelten die Ausführungen in der gemeinsamen Verlautbarung zum Krankenkassenwahlrecht der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 15.03.2006 entsprechend.

Nach § 176 Abs. 2 SGB V bzw. § 177 Abs. 3 SGB V ist die See-Krankenkasse oder die Knappschaft u.a. für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II die zuständige Krankenkasse, wenn unmittelbar vor Beginn der Versicherungspflicht eine Versicherung bei der See-Krankenkasse oder der Knappschaft bestand. Als Versicherung im vorgenannten Sinne kommen dabei eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung sowie eine Familienversicherung in Betracht. Diese Personen können jedoch nach § 173 SGB V eine andere Krankenkasse wählen.

Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gelten die Wahlrechte nach § 173 SGB V nicht. Sofern Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht, ist diese – ebenso wie die Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr. 2 SGB V – vorbehaltlich I 1.7.2 gegenüber einer Versicherungspflicht nach dem KVLG 1989 vorrangig (§ 3 Abs. 1 KVLG 1989); eine Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wird nach Maßgabe des § 19 Abs. 2 KVLG 1989 durchgeführt.

1.3 Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

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. Auch hier gelten die Aussagen der gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 15.03.2006 entsprechend.

Die in § 175 SGB V beschriebenen Grundsätze zur Ausübung der Krankenkassenwahl gelten für

die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II uneingeschränkt.

1.3.2 Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen

Für den Fall, dass eine Krankenkasse ihren allgemeinen Beitragssatz erhöht, räumt § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V ein Sonderkündigungsrecht ein, ohne dass die 18-monatige Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu berücksichtigen ist. Soll von dem Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht werden, ist die Mitgliedschaft bis zum Ablauf des auf das Inkrafttreten des der Beitragserhöhung folgenden Kalendermonats zu kündigen. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, der auf den Monat folgt, in dem die Kündigung bei der Krankenkasse eingegangen ist.

Beispiel:

Beitragssatzerhöhung zum	01.08.2006
Kündigungszeitraum vom 01.08. bis 30.09.2006	

Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen bis zum	30.09.2006
--	------------

Ende der Mitgliedschaft:

Die Mitgliedschaft endet bei Eingang der Kündigung in der Zeit vom 01.08. bis 31.08.2006 am	31.10.2006
--	------------

Die Mitgliedschaft endet bei Eingang der Kündigung in der Zeit vom 01.09. bis 30.09.2006 am	30.11.2006
--	------------

Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.10.2006 bzw. 30.11.2006.
---	-----------------------------

Dieses Kündigungsrecht gilt auch für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II, obwohl sie wegen der einheitlichen Beitragsbemessung nach dem durchschnittlichen ermäßigten Beitragssatz aller Krankenkassen (vgl. IV 1.3) und der Beitragstragung durch den Leistungsträger nicht unmittelbar betroffen sind.

2 Pflegekassenzuständigkeit

Die Pflegeversicherung der nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI versicherungspflichtigen Be-

zieher 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.

3 Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB 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 u.a. für die Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II, 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.

3.2 Arbeitsgemeinschaften

Nach § 44b SGB II errichten die Bundesagentur 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 Arbeitsgemeinschaften durch privat rechtliche oder öffentlich-rechtliche Verträge. Befinden sich im Bereich eines kommunalen Trägers mehrere Agenturen für Arbeit, ist eine Agentur als federführend zu benennen. Die Arbeitsgemeinschaft nach § 44b SGB II nimmt die Aufgaben der Agentur für Arbeit als Leistungsträger nach dem SGB II wahr. Die kommunalen Träger sollen der Arbeitsgemeinschaft die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch übertragen. Gegenüber den Kranken- und Pflegekassen tritt die Bundesagentur als Ansprechpartner auf. Das gilt für alle Aufgaben, die sich aus der Feststellung der Versicherungspflicht, der Beitragsberechnung und -abführung sowie im Rahmen des Meldeverfahrens ergeben.

3.3 Zugelassene kommunale Träger

Abweichend von § 6 SGB II werden kommunale Träger nach § 6a Abs. 2 SGB II vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales als Träger im Sinne von § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II durch Rechtsverordnung zugelassen, wenn sie sich zur Schaffung einer besonderen Einrichtung und zur Mitwirkung nach § 6c SGB II verpflichtet haben (zugelassene kommunale Träger). Der Antrag des

kommunalen Trägers nach § 6a Abs. 2 SGB II ist entsprechend Absatz 4 Satz 1 dieser Vorschrift an die Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde gebunden.

Macht ein kommunaler Träger von dem Optionsrecht nach § 6a Abs. 2 SGB II Gebrauch und wird für die Durchführung der Aufgaben der Bundesagentur als zugelassener kommunaler Träger tätig, so ist diese Körperschaft maßgeblicher Leistungsträger und gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, die Aufgaben, die sich aus der Feststellung der Versicherungspflicht, der Beitragsberechnung und -abführung sowie im Rahmen des Meldeverfahrens ergeben, zu erfüllen. Dies ergibt sich auch aus § 6b Abs. 1 Satz 2 SGB II. Danach haben die zugelassenen kommunalen Träger die Rechte und Pflichten der Agenturen für Arbeit. Die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit abgestimmten Verfahren sind auch von den nach § 6a Abs. 2 SGB II zugelassenen kommunalen Trägern einzuhalten.

Eine Übersicht über die zugelassenen kommunalen Träger im Sinne von § 6a Abs. 2 SGB II enthält Anlage 5.

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

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 ausschließlich zuständig für Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II und einmalige Leistungen nach § 23 Abs. 3 SGB II. Auch in diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit 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 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem**

Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 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 6 Monaten nach ständiger Aufenthaltnahme im Inland oder innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Bezuges 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) ...

(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 Registrierchein 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 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 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 Mona-
te oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate
versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 23 und Zeiten, in denen eine Versi-
cherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wur-
de, werden nicht berücksichtigt,**
- 2. Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil
die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Nr. 4 oder Abs. 3 des Fünften Buches Sozialge-
setzbuch vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familien-
versicherung 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) ...

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 22.12.2005 (BGBl. I S. 3676) zum 31.12.2005 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 ist die Berücksichtigung von Zeiten einer Versicherung aufgrund des unrechtmäßigen Bezugs von Arbeitslosengeld II als Vorversicherungszeit für den Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung ausgeschlossen worden. Damit wird verhindert, dass mit den durch den unrechtmäßigen Leistungsbezug (z.B. Bewilligung von Arbeitslosengeld II trotz offensichtlicher Erwerbsunfähigkeit, unterbliebene Mitteilung über Einkommenserzielung) erworbenen Versicherungszeiten ein Weiterversicherungsrecht 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. Für Leistungsbezieher, die aus der Familienversicherung ausscheiden und ihr Beitritts- bzw. Weiterversicherungsrecht auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KVLG 1989 ausüben, gilt Entsprechendes, da diese Vorschriften gleichermaßen die in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KVLG 1989 genannten Vorversicherungszeiten in Bezug nehmen.

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.

Neben Zeiten der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bleiben auch Zeiten der Familienversicherung 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.

2 Beitrittsvoraussetzungen

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.

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, gilt Entsprechendes; die Familienversicherung endet

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

(erlischt) mit dem Tag, für den die Leistung letztmalig bezogen wird. Dies gilt auch für die Familienversicherung, die ausschließlich aus der Mitgliedschaft eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Beziehers von Arbeitslosengeld II abgeleitet wurde, dessen Leistungsbezug unrechtmäßig war.

2.2 Erfüllung der Vorversicherungszeit innerhalb der Rahmenfrist

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 (vgl. Beispiel 1); 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 (vgl. Beispiel 2); bestand unmittelbar vor der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V keine gesetzliche Krankenversicherung, ist ein Beitrittsrecht grundsätzlich nicht gegeben (vgl. Beispiel 3). Liegen die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld II erst von einem bestimmten Zeitpunkt an im Laufe eines Leistungsbezugs nicht mehr vor, verläuft die Rahmenfrist vom letzten Tag der auf der Grundlage des rechtmäßigen Leistungsbezugs bestehenden Mitgliedschaft entweder fünf Jahre oder zwölf Monate rückwärts (vgl. Beispiel 4).

Beispiel 1:

Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosenhilfe	bis 31.12.2004
Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II	ab 01.01.2005
Feststellung über die von Anfang an offensichtlich fehlende Erwerbsfähigkeit/ Einstellung der unrechtmäßig gewährten Leistung/Ende der Versicherungspflicht am 10.01.2006	

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Beurteilung:

Die Rahmenfrist zur Ermittlung der kleinen Vorversicherungszeit verläuft vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2004. Innerhalb dieser Zeit muss ununterbrochen eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden haben. Die Rahmenfrist zur Ermittlung der großen Vorversicherungszeit verläuft vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2004. Innerhalb dieser Zeit muss mindestens 24 Monate eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden haben.

Beispiel 2:

Bezug von Sozialhilfe, freiwillige Mitgliedschaft	bis 31.12.2004
Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II	ab 01.01.2005
Feststellung über die von Anfang an offensichtlich fehlende Erwerbsfähigkeit/ Einstellung der unrechtmäßig gewährten Leistung/Ende der Versicherungspflicht am 10.01.2006	

Beurteilung:

Die geforderte Vorversicherungszeit innerhalb der Rahmenfrist gilt als erfüllt, weil unmittelbar vor Beginn der (nicht berücksichtigungsfähigen) Versicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eine freiwillige Mitgliedschaft bestand.

Beispiel 3:

Bezug von Sozialhilfe, Betreuung nach § 264 SGB V	bis 31.12.2004
Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II	ab 01.01.2005
Feststellung über die von Anfang an offensichtlich fehlende Erwerbsfähigkeit/ Einstellung der unrechtmäßig gewährten Leistung/Ende der Versicherungspflicht am 10.01.2006	

Beurteilung:

Ein Beitrittsrecht ist nicht gegeben, weil unmittelbar vor Beginn der (nicht berücksichtigungsfähigen) Versicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V keine gesetzliche Krankenversicherung bestand.

Beispiel 4:

Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II	ab 01.01.2005
Feststellung über fehlende Erwerbsfähigkeit für die Zeit	ab 01.03.2006
Einstellung der unrechtmäßig gewährten Leistung/Ende der Versicherungspflicht am 10.03.2006	

Beurteilung:

Die Rahmenfrist zur Ermittlung der kleinen Vorversicherungszeit verläuft vom 01.03.2005 bis zum 28.02.2006. Innerhalb dieser Zeit muss ununterbrochen eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden haben. Die Rahmenfrist zur Ermittlung der großen Vorversicherungszeit verläuft vom 01.03.2001 bis 28.02.2006. Innerhalb dieser Zeit muss mindestens 24 Monate eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden haben.

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 abgeleitet wurde, ist nach den gleichen Grundsätzen zu verfahren.

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

§ 26 SGB II

Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen

(1)

(2) Bezieher von Arbeitslosengeld II, die

- 1. nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,**
- 2. nach § 22 Abs. 1 des Elften Buches oder nach Artikel 42 des Pflege-Versicherungsgesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit oder nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind,**

erhalten einen Zuschuss zu den Beiträgen, die für die Dauer des Leistungsbezugs für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlt werden. Der Zuschuss ist auf die Höhe des Betrages begrenzt, der ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre. Hierbei sind zu Grunde zu legen:

- 1. für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen (§ 246 des Fünften Buches); der zum 1. Oktober des Vorjahres festgestellte Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres,**
- 2. für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung der Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches.**

(3) Die Bundesagentur übernimmt auf Antrag im erforderlichen Umfang die Aufwendungen für die angemessene Kranken- und Pflegeversicherung, soweit Personen allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden. Die Bundesagentur soll die Aufwendungen unmittelbar an die Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen zahlen, wenn die zweckentsprechende Verwendung durch die betreffende Person nicht sichergestellt ist.

§ 40 SGB II

Anwendung von Verfahrensvorschriften

(1) Für das Verfahren nach diesem Buch gilt das Zehnte Buch. Die Vorschriften des Dritten Buches über

- 1. die Aufhebung von Verwaltungsakten (§ 330 Abs. 1, 2, 3 Satz 1 und 4),**
- 1a. die vorläufige Entscheidung (§ 328),**
- 2. die vorläufige Zahlungseinstellung (§ 331) und**
- 3. die Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (§ 335 Abs. 1, 2 und 5)**

sind entsprechend anwendbar.

(2) ...

§ 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 diese 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 die Krankenkasse, bei der der Bezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches versicherungspflichtig war, 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 und die Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 213 des Fünften Buches) können das Nähere über die Erstattung der Beiträge nach den Sätzen 2 und 3 durch Vereinbarung regeln. Satz 1 gilt entsprechend, soweit die Bundesagentur Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezuges 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,
Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld**

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. bei Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, soweit es ein Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt; 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis sind abzuziehen,

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 Beitragsbemessung 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 der Krankenkassen 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, haben die Krankenkassen gegen den Bund einen entsprechenden Ausgleichsanspruch, der jeweils bis zum Ende des Jahres, in dem die Festlegung durchgeführt wird, abzuwickeln ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und das Bundesversicherungsamt regeln 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 und dessen Verteilung an die Krankenkassen. 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 Ruhezeitraums wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.

(2) ...

(3) § 226 gilt entsprechend.

§ 235 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen

(1) Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Regelentgelts, das der Berechnung des Übergangsgelds zugrunde liegt. Das Entgelt ist um den Zahlbetrag der Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie um das Entgelt zu kürzen, das aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt wird. Bei Personen, die Teilübergangsgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist Satz 2 nicht anzuwenden. Wird das Übergangsgeld, das Verletztengeld oder das Versorgungskrankengeld angepaßt, ist das Entgelt um den gleichen Vomhundertsatz zu erhöhen. Für Teilnehmer, die kein Übergangsgeld erhalten, sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 Versicherungspflichtigen gilt als beitragspflichtige Einnahmen ein Arbeitsentgelt in Höhe von 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(2) bis (4) ...

§ 241a SGB V

Zusätzlicher Beitragssatz

(1) Für Mitglieder gilt ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert; die übrigen Beitragssätze vermindern sich in demselben Umfang. Satz 1 gilt für Beiträge, die in Beitragsklassen festgelegt werden, entsprechend.

(2) Absatz 1 Satz 1 gilt nicht für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen.

§ 246 SGB V

Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt als Beitragssatz der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 1. Oktober feststellt; vom 1. Oktober 2005 an wird er im Umfang des zusätzlichen Beitrags nach § 241a erhöht. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Januar des folgenden Jahres an für ein Kalenderjahr.

§ 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.

§ 252 SGB V

Beitragszahlung

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 für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) und (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 und 228 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 Buches 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 11 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die §§ 250 Abs. 1 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. Die § 252 Satz 2, §§ 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, bei der die zuständige Pflegekasse errichtet ist,

zugunsten der Pflegeversicherung zu zahlen. 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.

(4) bis (7) ...

§ 19 KVLG 1989

Zuständigkeit

(1) ...

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

(3) ...

1 Grundsätze der Beitragsberechnung

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.

1.2 Beitragspflichtige Einnahmen

In der Krankenversicherung gilt seit dem 01.07.2006 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 bzw. § 57 Abs. 2 Satz 2 SGB XI ggf. wegen der Erzielung anderer beitragspflichtiger Einnahmen zu kürzen ist. 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.

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 in der Weise 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 Bezuges 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.

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

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 2006 beträgt dieser Wert 490 EUR.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt in der KV das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße (ab 01.07.2006 = 845,25 EUR), in der PV das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (2006 = 886,90 EUR).

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

$$845,25 \text{ EUR} - 490 \text{ EUR} = 355,25 \text{ EUR.}$$

Der KV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird von 355,25 EUR berechnet.

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

$$886,90 \text{ EUR} - 490 \text{ EUR} = 396,90 \text{ EUR.}$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird von 396,90 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.

Beurteilung:

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

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Das Arbeitslosengeld wurde nach einem Arbeitsentgelt von 900 EUR bemessen. Als Beitragsbemessungsgrundlage gelten 80 v.H. von 900 EUR, also 720 EUR (§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt in der KV das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße (ab 01.07.2006 = 845,25 EUR), in der PV das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (2006 = 886,90 EUR).

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

$$845,25 \text{ EUR} - 720 \text{ EUR} = 125,25 \text{ EUR.}$$

Der KV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 125,25 EUR berechnet.

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

$$886,90 \text{ EUR} - 720 \text{ EUR} = 166,90 \text{ EUR.}$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 166,90 EUR berechnet.

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 das nach § 226 Abs. 4

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

SGB V festgestellte Gleitzoneentgelt (reduzierte beitragspflichtige Einnahme). Vom 01.07.2006 an ist die folgende vereinfachte Gleitzoneformel zu berücksichtigen: $1,2840 \times 600 - 227,20 = 543,20$ EUR.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt in der KV das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße (ab 01.07.2006 = 845,25 EUR), in der PV das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (2006 = 886,90 EUR).

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

$$845,25 \text{ EUR} - 543,20 \text{ EUR} = 302,05 \text{ EUR.}$$

Der KV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 302,05 EUR berechnet.

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

$$886,90 \text{ EUR} - 543,20 \text{ EUR} = 343,70 \text{ EUR.}$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 343,70 EUR berechnet.

Fortsetzung des Beispiels:

Im Monat November erhält der Versicherte in dem Beschäftigungsverhältnis ein Weihnachtsgeld von 300 EUR. Arbeitslosengeld II wird weiterhin bezogen.

Weil das Gesamtarbeitsentgelt von 900 EUR den Betrag von 845,25 EUR (KV) bzw. 886,90 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 Bezuges von Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort. Voraussetzung ist aber, dass tatsächlich noch Arbeitslosengeld II bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens dazu führen, dass kein (Aus-) Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung auch nicht fortbestehen.

Wenn im Monat Dezember wieder das laufende Arbeitsentgelt von 600 EUR gezahlt wird und hier- nach im Rahmen der Gleitzone-Regelung wieder ein Gleitzoneentgelt von 543,20 EUR anzuset-

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

zen ist, sind Beiträge aus dem Arbeitslosengeld II erneut zur KV aus 302,05 EUR und zur PV aus 343,70 EUR zu zahlen.

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 845,25 EUR (KV) bzw. 886,90 EUR (PV) 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 Bezuges von Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort. Voraussetzung ist aber, dass tatsächlich noch Arbeitslosengeld II bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens 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 850 EUR.

Beurteilung:

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

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt in der KV das 0,3450fache der monatlichen Bezugsgröße (ab 01.07.2006 = 845,25 EUR), in der PV das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (2006 = 886,90 EUR).

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

$$845,25 \text{ EUR} - 850,00 \text{ EUR} = - 4,75 \text{ EUR.}$$

Da das monatliche Arbeitsentgelt von 850,00 EUR den Betrag von 845,25 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 Bezuges von Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort. Voraussetzung ist aber, dass tatsächlich noch Arbeitslosengeld II bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens 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

$$886,90 \text{ EUR} - 850,00 \text{ EUR} = 36,90 \text{ EUR.}$$

Der PV-Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 36,90 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 Beitragsbemessungsgrundlage 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, wöchentliche Arbeitszeit weniger als 15 Stunden. Daneben wird Arbeitslosengeld bezogen (§ 119 Abs. 3 SGB III), nach einem Bemessungsentgelt von 1.200 EUR monatlich.

1. Schritt:

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges 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 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 Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt in der KV das 0,3450-fache der monatlichen Bezugsgröße (ab 01.07.2006 = 845,25 EUR), in der PV das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße (2006 = 886,90 EUR).

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

$$280,00 \text{ EUR} + 850,00 \text{ EUR} = 1.130,00 \text{ EUR} > 845,25 \text{ EUR.}$$

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

$$280 \text{ EUR} + 850,00 \text{ EUR} = 1.130,00 \text{ EUR} > 886,90 \text{ EUR.}$$

Weil die zu berücksichtigenden Entgelte den Betrag in der KV von 845,25 EUR bzw. in der PV von 886,90 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. Voraussetzung ist aber, dass tatsächlich noch Arbeitslosengeld II bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens dazu führen, dass kein (Aus-)Zahlbetrag

verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II auch nicht fortbestehen.

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 1.7). 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. D. h., dass während des Kranken- oder Mutterschaftsgeldbezuges aus dem weiteren Versicherungsverhältnis von dem Leistungsträger nach dem SGB II weiterhin die beitragspflichtige Einnahme angerechnet wird, 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.

1.2.3 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen beim Zusammentreffen mit Renten und Versorgungsbezügen

Im Zusammenhang mit der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen ist auch auf § 232a Abs. 4 SGB V hinzuweisen. Nach dieser Vorschrift gilt § 226 SGB V entsprechend. Sollte der Versicherte Rente oder Versorgungsbezüge erhalten, sind auch diese beitragspflichtig. Die Anrechnungsregelung des § 232a Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V findet beim Zusammentreffen mit einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, mit Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 SGB V und mit Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit keine Anwendung. Soweit Beiträge aus Renten, aus Versorgungsbezügen oder aus Arbeitseinkommen zu erheben sind, ist der Leistungsträger nach dem SGB II hieran nicht beteiligt.

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

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.

Beispiel:

Eine Bezieherin von Arbeitslosengeld II erhält eine Witwenrente in Höhe von 300 EUR und eine Betriebsrente (Versorgungsbezug) in Höhe von 150 EUR.

Wegen der Vorrangregelung des § 5 Abs. 8 Satz 1 SGB V besteht nur Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II.

Allerdings sind wegen der Bestimmung des § 232a Abs. 4 SGB V die Beiträge aus der Rente und den Versorgungsbezügen in vollem Umfange zu erheben. Die Kürzungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V findet keine Anwendung.

Beiträge sind zu zahlen

- zur KV für das Arbeitslosengeld II aus 845,25 EUR (Bemessungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 erster Halbsatz SGB V, Beitragsabführung durch den Leistungsträger), Beitragsberechnung nach dem durchschnittlichen ermäßigten Beitragssatz (vgl. § 246 SGB V und IV 1.3),
- zur PV für das Arbeitslosengeld II aus 886,90 EUR (Bemessungsgrundlage nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, Beitragsabführung durch den Leistungsträger),
- zur KV und PV aus 300 EUR Witwenrente (Beitragsabführung durch den Rentenversicherungsträger), Beitragsberechnung nach dem individuellen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkasse, bei der die Bezieherin versichert ist (vgl. § 247 Abs. 1 SGB V und IV 1.3).
- zur KV und PV aus 150 EUR Versorgungsbezug (Beitragsabführung durch die Zahlstelle des Versorgungsbezuges), Beitragsberechnung nach dem individuellen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkasse, bei der die Bezieherin versichert ist (vgl. § 248 SGB V und IV 1.3).

1.3 Beitragssatz

1.3.1 Krankenversicherung

Für versicherungspflichtige Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt nach § 246 SGB V als Beitragssatz der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz der Krankenversicherung, den das Bun-

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

des Ministerium für Gesundheit jeweils zum 01.10. feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 01.01. des folgenden Jahres an für ein Kalenderjahr. Dieser einheitliche Beitragssatz gilt unabhängig davon bei welcher Krankenkasse der versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II versichert ist.

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 Abs. 2 SGB V), gelten für diese Einnahmearten die Beitragssätze der Krankenkasse, der der versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II angehört.

1.3.1.1 Berücksichtigung des Zusatzbeitrages nach § 241a SGB V

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 0,9 v.H. (§ 241a Abs. 1 Satz 1 SGB V) maßgebend. Dieser zusätzliche Beitragssatz gilt nach § 241a Abs. 2 SGB V aber nicht für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Im Zusammenhang mit der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes wurde die Regelung des § 246 Satz 1 SGB V dahingehend ergänzt, dass der zum 01.10. festgestellte durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz vom 01.10.2005 an im Umfang des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V erhöht wird.

Für Beitragszeiträume der Jahre 2005 und 2006 beträgt der durchschnittliche ermäßigte Beitragssatz unter Berücksichtigung des zusätzlichen Beitragssatzes 13,2 v.H.

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 aus dem ander-

weitigen Versicherungsverhältnis zu erheben.

1.4 Tragung der Beiträge

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 vom Bund getragen. Die Regelung des § 251 Abs. 4 SGB V, nach der der Leistungsträger das Arbeitslosengeld II im Auftrag des Bundes gewährt (§ 46 Abs. 1 SGB II) und der Bund die dadurch entstehenden Kosten einschließlich der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Leistungsbezieher übernimmt, trägt dieser Tatsache Rechnung.

1.4.2 Pflegeversicherung

Auch die Pflegeversicherungsbeiträge für pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II werden vom Bund getragen. Entsprechendes ergibt sich aus der Verweisungsvorschrift des § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

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 mit Bezug von Arbeitslosengeld II sind mit 30 Tagen anzusetzen. Beginnt oder endet die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges 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 im Rahmen 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).

2 Zahlung und Abrechnung der Beiträge

2.1 Allgemeines

Die Beiträge sind gemäß dem Grundsatz des § 252 Satz 1 SGB V von demjenigen zu zahlen, der sie trägt. Abweichend hiervon zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen § 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.

2.2 Verfahren

Die im Laufe eines Kalendermonats (Abrechnungsmonat) je Leistungsträger und Krankenkasse gespeicherten Beiträge werden je Krankenkasse abgerechnet. Überzahlungen 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).

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.

3 Nachweis der Beitragsabrechnung

3.1 Beitragsnachweise für die Krankenkassen

Über die Beitragsabrechnung erhalten die Krankenkassen Beitragsnachweise von den Leistungsträgern. Der Beitragsnachweis für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II enthält

- Abrechnungszeitraum,

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

- die Gesamtbemessungsgrundlagen (beitragspflichtige Einnahmen nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V),
- die Krankenversicherungsbeiträge,
- die Pflegeversicherungsbeiträge,
- die Gesamtsumme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (ggf. ein Beitragsrückforderungsbetrag).

Für Krankenkassen, die sich auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken, ist für jeden Rechtskreis ein gesonderter Beitragsnachweis zu erstellen.

Beitragsnachweise sind grundsätzlich elektronisch zu übermitteln. Für den Aufbau der Datensätze vgl. Anlage 6. Derzeit übermittelt die BA die Beitragsnachweise in Papierform (vgl. Anlage 7).

3.1.1 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 SGB V genutzt werden.

3.2 Monatszusammenstellung

Für Zwecke der Prüfung der Beitragserrechnung und -abrechnung werden auf Anforderung der Krankenkasse für ausgewählte Abrechnungsmonate 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,
- Name der Krankenkasse,
- Betriebsnummer der Krankenkasse,
- Name und Betriebsnummer des örtlich zuständigen Leistungsträgers,
- Name und Vorname des Versicherten,

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II

- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum,
- Leistungsart,
- Zahlungszeitraum,
- Bemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahme nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V),
- Beitragssatz und Beitrag zur Krankenversicherung und
- Beitragssatz und Beitrag zur Pflegeversicherung.

Die einzelnen Beträge werden summiert.

Zum Datensatzaufbau der Monatszusammenstellung vgl. Anlage 5 des Gemeinsamen Rundschreiben zum Meldeverfahren zwischen Bundesagentur für Arbeit bzw. den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK).

3.3 Aufbewahrung der Nachweise

Die Beitragsabrechnungsunterlagen werden bei den Leistungsträgern aufbewahrt. Die Aufbewahrungsfrist der Nachweise beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Abrechnungsunterlagen erstellt wurden. Soweit die Arbeitsgemeinschaften (Leistungsträger nach § 6 SGB II) zuständig sind, gilt Folgendes:

Bei den örtlichen Leistungsträgern sind

- der Nachweis für den Einzelfall und

im Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit

- die Monatszusammenstellungen

verfügbar.

4 Prüfung der Beitragsabrechnung

Die Krankenkassen sind nach § 251 Abs. 5 SGB V berechtigt, die Beitragsabrechnung zu prüfen. Die Nachweise der Beitragsabrechnung können beim Leistungsträger geprüft werden.

Die Monatszusammenstellungen werden den Krankenkassen von der Arbeitsgemeinschaft/von

den Kommunen/vom Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit in angemessener Frist und in elektronisch auswertbarer Form zur Verfügung gestellt. Die Prüfungen werden in sinngemäßer Anwendung der Vorschriften über die Prüfung bei den Arbeitgebern durchgeführt.

5 Ersatzansprüche und Beitragserstattungen

5.1 Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung

5.1.1 Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Versicherten

Dem Leistungsträger steht nach § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 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 bestimmt § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II, dass die Regelung des § 335 SGB III entsprechend anwendbar ist. 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 (Vertrauensschutzzende). Für den sich anschließenden Zeitraum besteht ein Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse.

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

5.1.2 Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber der Krankenkasse

Hat im maßgebenden Zeitraum ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (Pflichtversicherung, nicht dagegen eine freiwillige Versicherung - vgl. I 1.10) bestanden, so hat gemäß § 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. Das Erstattungsverfahren vollzieht sich durch Aufrechnung (vgl. IV 2.2). Der Leistungsbezieher wird dadurch insoweit von seiner Ersatzpflicht befreit. In diesen Fällen ist auch das Versicherungsverhältnis aufgrund des Leistungsbezuges für den Erstattungszeitraum aufzuheben. Nach ausdrücklicher Bestimmung in § 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.

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 die Krankenkasse nicht zu erstatten. Insoweit wird der Bezieher von Arbeitslosengeld II gegenüber dem Leistungsträger nach dem SGB II ersatzpflichtig.

5.1.3 Erstattungsansprüche des Leistungsträgers nach dem SGB II für Pflegeversicherungsbeiträge

Nach § 335 Abs. 5 SGB III sind die unter Abschnitt IV 5.1.1 und 5.1.2 beschriebenen Regelungen für die Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden. Aus Gründen der gebotenen Gleichbehandlung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen ist hinsichtlich des Beitragserstattungsanschlusses (§ 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III) immer auf die Leistungsinanspruchnahme in der Krankenversicherung abzustellen.

5.2 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. 1 Satz 2 Nr. 3 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 zurückgefordert 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.

5.3 Abgrenzung der einzelnen Erstattungsansprüche

5.3.1 Allgemeines

§ 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 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.

5.3.2 Verfahrenssicherheit

Es ist zu beachten, dass sich das Erstattungsverfahren nach § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 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).

5.3.3 Abgrenzung zur Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen

Hervorzuheben ist die Unterscheidung zwischen den in IV 5.3.2 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.

5.3.4 Reihenfolge der Erstattungsansprüche nach § 335 Abs. 2 SGB III und § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 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 betrifft einen Sachverhalt, der zwischen der BA, den Optionskommunen und der Rentenversicherung zu regeln ist.

6 Zuschüsse der Leistungsträger nach dem SGB II zu den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen

6.1 Von der Versicherungspflicht befreite Bezieher von Arbeitslosengeld II

Der Leistungsträger zahlt nach § 26 Abs. 2 SGB II für Leistungsbezieher, die unmittelbar vor Beginn des Leistungsbezuges privat krankenversichert waren und sich gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen, für die Dauer des Leistungsbezuges einen Zuschuss an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträgen. Eine Zuschusszahlung kommt auch für die an ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Pflegeversicherungsbeiträge in Betracht.

Die Zuschusszahlung ist an die Voraussetzung geknüpft, dass

- der Leistungsbezieher bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und für sich und seine Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung entsprechen und
- der Versicherungsvertrag während der Dauer des Leistungsbezuges aufrechterhalten wird.

Die Höhe des zu zahlenden Zuschusses ist nach § 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II begrenzt auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht des Leistungsbeziehers in der gesetzlichen Krankenversicherung von dem Leistungsträger zu zahlen wäre. Für die Ermittlung des Höchstbetrages in der Kranken-

versicherung sind die beitragspflichtigen Einnahmen und der durchschnittliche ermäßigte Beitragsatz der Krankenkassen (§ 246 SGB V) zugrunde zu legen; der zum 01.10. des Vorjahres festgestellte Beitragssatz gilt jeweils vom 01.01. bis zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres. Dies gilt entsprechend für die soziale Pflegeversicherung.

6.2 Sozialgeldbezieher

Sozialgeldbezieher, die nicht familienversichert sind, zahlt die Bundesagentur für Arbeit in analoger Anwendung des § 26 Abs. 3 SGB II einen Zuschuss zu den Beiträgen zur freiwilligen gesetzlichen oder einer angemessenen privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Auch diese Fälle unterliegen nicht der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Von dieser Regelung sind u.a. nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige betroffen, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer eheähnlichen Gemeinschaft leben oder nicht erwerbsfähige hilfebedürftige Eltern, die in einer Bedarfsgemeinschaft mit ihrem hilfebedürftigen und erwerbsfähigen Kind, das das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, leben.

6.3 Übernahme der Aufwendungen für allein durch die Tragung von Beiträgen Hilfebedürftige

Soweit Versicherte allein durch die Tragung von Beiträgen zu einer freiwilligen gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung hilfebedürftig würden, übernimmt der Leistungsträger nach dem SGB II nach § 26 Abs. 3 SGB II auf Antrag die erforderlichen Aufwendungen für eine angemessene Kranken- und Pflegeversicherung.

Angemessen ist eine Kranken- und Pflegeversicherung, die dem Leistungsumfang der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung entspricht. Die Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI sind deshalb stets angemessen, eine weitere Prüfung ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

Die Aufwendungen werden nur in erforderlichem Umfang übernommen, d.h. in der Höhe, in der sie durch den Versicherten aus dessen Einkommen oder Vermögen nicht selbst getragen werden können.

Beispiel:

Ein Selbständiger, der einen monatlichen Bedarf von 595 EUR (345 EUR Regelleistung + 250 EUR Leistungen für Unterkunft und Heizung) hat, erzielt ein anrechenbares monatliches Einkom-

men von 700 EUR. Die Aufwendungen für seine angemessene private Kranken- und Pflegeversicherung betragen monatlich 200 EUR.

Unter Berücksichtigung der Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung würde der Selbständige hilfebedürftig sein, da das nach Abzug des Bedarfs von 595 EUR verbleibende Einkommen von 105 EUR (= 700 EUR - 595 EUR) nicht ausreicht, um die Aufwendungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung vollständig zu tragen. Dem Selbständigen wird daher nach § 26 Abs. 3 SGB II der fehlende Betrag von 95 EUR (= 200 EUR - 105 EUR) als Zuschuss gewährt.

Der Leistungsträger soll die Aufwendungen direkt an die Krankenkasse zahlen, wenn die zweckentsprechende Verwendung durch die betreffende Person nicht sichergestellt ist. Ob davon Gebrauch gemacht wird, ist im Einzelfall abzustimmen. Beiträge für diese Personen werden allerdings nicht über das Beitragsverfahren, das für pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II gilt (vgl. IV 2.2), abgewickelt.

V 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) ...

§ 19 KVLG 1989

Zuständigkeit

(1) ...

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

(3) ...

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 gemäß § 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.

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 ausschließlich zuständig für Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II und einmalige Leistungen nach § 23 Abs. 3 SGB II. Auch in diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit das Beitrags- und Meldeverfahren.

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 Leistungsbezuges 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.

2.1 Anmeldungen

Anmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Beginn des Leistungsbezuges mit Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V
- b) Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld II ohne Versicherungspflicht bei Vorrangigkeit der Familienversicherung
- c) Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V während des Leistungsbezuges nach Wegfall einer vorrangigen Familienversicherung
- d) Beginn der Familienversicherung nach Wegfall der Versicherungspflicht bei weiterem Leistungsbezug
- e) Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezuges (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 Leistungsbezuges (vgl. I 1.9 bis I 1.10.3).

2.2 Änderungsmeldungen

Änderungsmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- Namensänderung,
- Anschriftenänderung,
- Änderung der Staatsangehörigkeit.

2.3 Abmeldungen

Abmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Beendigung des Leistungsbezuges bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V
- b) Beendigung der Versicherungspflicht wegen Eintritts von Familienversicherung bei weiterem Leistungsbezug
- c) Beendigung der Familienversicherung wegen Beendigung des Leistungsbezuges
- d) Beendigung der Familienversicherung wegen Eintritts der Versicherungspflicht bei weiterem Leistungsbezug
- e) Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezuges (eine Abmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird).

Als Beendigung im Sinne der Buchstaben a) bis d) gilt auch das Ende des Leistungsbezuges wegen der Verhängung von Sanktionsmaßnahmen und dem damit verbundenen vollständigen Ende des Leistungsbezuges. 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).

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 Vertrauensschutzens
- Angabe des falschen Rechtskreises
- Angabe der falschen Empfänger-Betriebsnummer
- Angabe der falschen Krankenkassen-Betriebsnummer
- Angabe des falschen Beendigungsgrundes

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 an die 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.

3 Meldefristen

Bestimmte Fristen für die Abgabe der Meldungen nach § 203a SGB V sind nicht ausdrücklich vorgesehen. Deshalb sind alle abzugebenden Meldungen, auch Meldungen im Rahmen der Bestandsabstimmung, unverzüglich zu erstatten, sobald das Ereignis, das die Meldung auslöst, ein-

getreten ist. Dadurch wird eine ordnungsgemäße Durchführung der Versicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II gewährleistet.

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 V 2.1 und V 2.3 beschrieben.

Bei der Prüfung der Familienversicherung obliegt der Krankenkasse letztlich die Entscheidungsbefugnis (vgl. I 1.8). 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) es sich im Verlaufe des Versicherungsverhältnisses aufgrund von Feststellungen der Krankenkasse ergeben kann, dass die Familienversicherung nicht mehr durchzuführen ist
- d) es sich im Verlaufe des Versicherungsverhältnisses aufgrund von Feststellungen der Krankenkasse ergeben kann, dass anstelle einer Pflichtversicherung eine Familienversicherung durchzuführen ist
- e) eine Anmeldung wegen Familienversicherung der unzuständigen Krankenkasse zugeleitet worden sein kann.

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 Vordrucken gemäß Anlage 5 erstattet.

Meldungen auf Vordrucken der Anlage 2 lösen Folgemeldungen des Leistungsträgers nach dem SGB II entsprechend V 2 aus.

5 Meldeverfahren bei Erfüllung der Meldepflicht nach § 204 SGB V

Bei Einberufung zu einem Wehrdienst hat bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit gemäß § 204 Satz 1 SGB V den Beginn des Wehrdienstes 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 Leistungsbezuges entsprechend § 203a SGB V im Rahmen des DÜBAK-Meldeverfahrens.

Anlagen

Anlage 1: Gemeinsame Verlautbarung zum Einigungsstellenverfahren

Anlage 2: Meldung zur Familienversicherung

Anlage 3: Merkblatt zur Familienversicherung

Anlage 4 Übersicht über mögliche Fallkonstellationen zur Abgrenzung des Vorrangs der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II

Anlage 5: Übersicht über die zugelassenen kommunalen Träger im Sinne von § 6a SGB II

Anlage 6: Datensatz Beitragsnachweis

Anlage 7: Beitragsnachweis

AOK-BUNDESVERBAND, BONN

BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN

IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH

SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG

BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL

KNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V., SIEGBURG

AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V., SIEGBURG

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT, NÜRNBERG

12. Dezember 2006

**Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II;
hier: Durchführung des Einigungsstellenverfahrens nach §§ 44a und 45 SGB II
i.d.F. des Gesetzes zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsu-
chende**

Mit dem Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom 20.07.2006 (BGBl. I S. 1706) sowie der Änderung der Einigungsstellen-Verfahrensverordnung sind mit Wirkung vom 01.08.2006 die Krankenkassen in das Einigungsstellenverfahren nach §§ 44a und 45 SGB II einbezogen. Die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit des Bezieher von Arbeitslosengeld II Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, kann danach der Feststellung widersprechen, dass der Arbeitsuchende erwerbsfähig ist, und zu diesem Zweck die gemeinsame Einigungsstelle anrufen. Darüber hinaus kann sie an Sitzungen der Einigungsstelle teilnehmen.

Die vorliegende, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesagentur für Arbeit abgestimmte Verlautbarung beschreibt auf der Grundlage des seit dem 01.08.2006 geltenden Rechts den Ablauf zur Anrufung und Durchführung des Einigungsstellenverfahrens. Damit soll für alle Beteiligten eine einheitliche Vorgehensweise sichergestellt werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Bundesagentur für Arbeit haben die sich ergebenden Auswirkungen beraten und das Verfahren in der nachstehenden Verlautbarung zusammengefasst. Diese soll in der Praxis für die notwendige Rechtssicherheit sorgen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsvorschriften	3
2.	Allgemeines	9
3.	Erwerbsfähigkeit	9
3.1	Definition Erwerbsfähigkeit	9
3.2	Absehbare Zeit	10
3.3	Bedingungen des Arbeitsmarktes	10
3.4	Bezieher von Arbeitsmarktrenten	10
3.5	Menschen mit Behinderung und Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen	11
4.	Feststellung der Erwerbsfähigkeit durch die Agentur für Arbeit	11
5.	Einigungsstellenverfahren	14
5.1	Gemeinsame Einigungsstelle	14
5.1.1	Allgemeines	14
5.1.2	Widerspruch der Krankenkasse	14
5.2	Zuständigkeit	15
5.3	Anrufung der Einigungsstelle durch die Krankenkasse	15
5.4	Sitzungen der Einigungsstelle	16
5.5	Hinzuziehung von Sachverständigen	16
5.6	Entscheidung der Einigungsstelle	17
5.6.1	Allgemeines	17
5.6.2	Widerspruch der Krankenkasse	17
5.7	Kosten	17
6.	Stellung der zugelassenen kommunalen Träger	17
7.	Altfälle	17

1. Rechtsvorschriften

§ 44a SGB II¹

Feststellung von Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit

(1) Die Agentur für Arbeit stellt fest, ob der Arbeitsuchende erwerbsfähig und hilfebedürftig ist. Sofern

- 1. der kommunale Träger,**
- 2. ein anderer Leistungsträger, der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre oder**
- 3. die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte,**

der Feststellung widerspricht, entscheidet die gemeinsame Einigungsstelle; der Widerspruch ist zu begründen.

Bis zur Entscheidung der Einigungsstelle erbringen die Agentur für Arbeit und der kommunale Träger Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

(2) Entscheidet die gemeinsame Einigungsstelle, dass ein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nicht besteht, steht der Agentur für Arbeit und dem kommunalen Träger ein Erstattungsanspruch entsprechend § 103 des Zehnten Buches zu, wenn dem Hilfebedürftigen eine andere Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts zuerkannt wird. § 103 Abs. 3 des Zehnten Buches gilt mit der Maßgabe, dass Zeitpunkt der Leistungsverpflichtung des Trägers der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge und der Jugendhilfe der Tag des Widerspruchs gegen die Feststellung der Agentur für Arbeit ist.

§ 45 SGB II¹

Gemeinsame Einigungsstelle

(1) Der gemeinsamen Einigungsstelle gehören ein Vorsitzender und jeweils ein Vertreter der Agentur für Arbeit und des Trägers nach § 44a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 oder 2 an, der der Feststellung der Agentur für Arbeit widerspricht. Widerspricht die Krankenkasse, die bei Er-

¹ Nach § 6b Abs. 1 SGB II treten ggf. die zugelassenen kommunalen Träger (Optionskommunen) an die Stelle der Bundesagentur für Arbeit.

werbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, gehört der gemeinsamen Einigungsstelle auch der Leistungsträger nach § 44a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 oder 2 an. Die Krankenkasse kann die gemeinsame Einigungsstelle anrufen und an ihren Sitzungen teilnehmen. Der Vorsitzende wird von beiden Trägern gemeinsam bestimmt. Einigen sich die Träger nicht auf einen Vorsitzenden, ist Vorsitzender für jeweils sechs Monate abwechselnd ein Mitglied der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit und der Leiter des Trägers der anderen Leistung.

(2) Die gemeinsame Einigungsstelle soll eine einvernehmliche Entscheidung anstreben. Sie zieht im notwendigen Umfang Sachverständige hinzu und entscheidet mit der Mehrheit der Mitglieder. Die Sachverständigen erhalten Entschädigungen nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen. Die Aufwendungen trägt der Bund.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung Grundsätze zum Verfahren für die Arbeit der gemeinsamen Einigungsstelle zu bestimmen.

**Verordnung zur Regelung der Grundsätze des Verfahrens für die Arbeit der Einigungsstellen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch
(Einigungsstellen-Verfahrensverordnung – EinigungsStVV)**

§ 1

Sitz der Einigungsstellen

Die Einigungsstellen haben ihren Sitz bei den Agenturen für Arbeit. Haben die Träger der Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch eine Arbeitsgemeinschaft gebildet, hat die Einigungsstelle ihren Sitz bei der Arbeitsgemeinschaft. Die Geschäfte der Einigungsstelle werden am Sitz der Einigungsstelle geführt.

§ 2

Mitglieder der Einigungsstelle

(1) Die Agentur für Arbeit und der andere Träger der Leistung benennen auf Anforderung der Geschäftsstelle nach § 1 je einen Vertreter als Mitglied der Einigungsstelle sowie des-

sen Stellvertreter. Der Stellvertreter hat bei Verhinderung des Mitgliedes dessen Rechte und Pflichten.

(2) Die Mitglieder der Einigungsstelle sollen sich bis zu ihrer ersten Sitzung einvernehmlich auf einen unabhängigen Vorsitzenden einigen. Die Mitglieder bestimmen außerdem einen Vertreter entsprechend Satz 1.

(3) Weitere Träger von Sozialleistungen sind an den Sitzungen der Einigungsstelle zu beteiligen, wenn auf Grund des Sachverhaltes nicht ausgeschlossen werden kann, dass sie zur Leistung an den Antragsteller verpflichtet sind. Sie sind zu beteiligen, wenn ein Mitglied der Einigungsstelle dies verlangt. Vor der Beteiligung ist das Einverständnis des Betroffenen einzuholen. Ergibt sich im Verfahren, dass der beteiligte Leistungsträger zur Leistung verpflichtet ist, tritt er als Mitglied an die Stelle des ursprünglich zur Leistung verpflichteten Mitgliedes.

§ 3 **Zuständigkeit**

Zuständig ist die Einigungsstelle bei der Agentur für Arbeit oder der Arbeitsgemeinschaft, in der ein Antrag gemäß § 37 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch gestellt wurde oder zu stellen wäre. Wird nach der Anrufung der Einigungsstelle eine andere Agentur für Arbeit oder Arbeitsgemeinschaft zuständig, entscheidet die angerufene Einigungsstelle abschließend.

§ 4 **Anrufung der Einigungsstelle**

(1) Die Einigungsstelle wird von dem Träger angerufen, der eine von der Entscheidung des anderen Trägers abweichende Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit oder Hilfebedürftigkeit treffen will oder der Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte. Die Anrufung hat unverzüglich nach der Feststellung zu erfolgen, dass der anrufende Träger eine abweichende Entscheidung treffen will. Haben beide Träger bereits eine Entscheidung getroffen, kann die Einigungsstelle von beiden Trägern angerufen werden.

(2) Die Anrufung der Einigungsstelle ist dem Vorsitzenden oder, wenn ein Vorsitzender noch nicht bestimmt ist, der Geschäftsstelle schriftlich mitzuteilen. Die erste Sitzung der

Einigungsstelle soll innerhalb von 14 Tagen nach Anrufung der Einigungsstelle durchgeführt werden.

§ 5

Sitzungen der Einigungsstelle

(1) Die Einigungsstelle entscheidet auf Grund mündlicher Verhandlung. Die Sitzungen der Einigungsstelle sind nicht öffentlich. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Einigungsstelle haben über den Inhalt und das Ergebnis der Beratungen der Einigungsstelle Verschwiegenheit zu bewahren. Die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, kann an den Sitzungen teilnehmen.

(2) Der Vorsitzende leitet die Sitzungen der Einigungsstelle. Solange ein Vorsitzender nicht bestimmt ist, wird die Sitzung vom Mitglied des Trägers geleitet, der die Einigungsstelle angerufen hat.

(3) Über jede Sitzung der Einigungsstelle ist ein Protokoll zu fertigen. Das Protokoll hat die wesentlichen Gründe für die Entscheidung aufzuführen. Das Protokoll beinhaltet mindestens

- 1. den Ort und die Zeit der Sitzung,**
- 2. die Namen der Anwesenden,**
- 3. den wesentlichen Inhalt der Verhandlung,**
- 4. die Anträge der Mitglieder der Einigungsstelle und**
- 5. die Beschlüsse der Einigungsstelle im Wortlaut.**

Die Richtigkeit des Protokolls wird vom Vorsitzenden durch Unterschrift bestätigt. Der Vorsitzende leitet das Protokoll der Agentur für Arbeit und den anderen Mitgliedern der Einigungsstelle unverzüglich zu.

§ 6

Sachverständige

(1) Der Vorsitzende und die Mitglieder der Einigungsstelle können die Hinzuziehung von Sachverständigen verlangen. Sachverständige sollen nicht der Bundesagentur für Arbeit, dem Träger der anderen Leistung oder der Krankenkasse angehören oder mit ihnen in sonstiger Weise in geschäftlichen Beziehungen stehen.

(2) Der Sachverständige soll ein schriftliches Gutachten fertigen; er kann von der Einigungsstelle persönlich angehört werden. Den Mitgliedern ist vor der Entscheidung der Einigungsstelle ein angemessener Zeitraum zur Prüfung des Gutachtens einzuräumen.

§ 7

Anhörung des Antragstellers

**Der Antragsteller kann persönlich angehört werden. Er kann zu der Anhörung mit einem Beistand erscheinen. Das vom Beistand Vorgetragene gilt als von dem Antragsteller vorge-
tragen, soweit dieser nicht unverzüglich widerspricht.**

§ 8

Entscheidung der Einigungsstelle

(1) Der Vorsitzende hat auf eine einvernehmliche Entscheidung der Einigungsstelle gemäß § 45 Abs. 2 Satz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch hinzuwirken. Sofern eine einvernehmliche Entscheidung nicht herbeigeführt werden kann, entscheidet die Einigungsstelle mit einfacher Mehrheit durch Beschluss. Bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende. Der gemäß § 7 beteiligte Antragsteller erhält eine Ausfertigung des Beschlusses zur Kenntnis. Die Entscheidung der Einigungsstelle ist für die an der Entscheidung beteiligten Träger bindend.

(2) Stimmberechtigt sind der Vorsitzende, der Vertreter der Agentur für Arbeit und der Vertreter des Trägers der anderen Leistung (§ 2 Abs. 1 und 3). Die Einigungsstelle ist beschlussfähig, wenn die stimmberechtigten Mitglieder oder ihre Vertreter anwesend sind. Weigert sich ein Träger nach Fristsetzung durch den Vorsitzenden durch Entsendung des Vertreters die Beschlussfähigkeit herbeizuführen, stellt der Vorsitzende diesen Sachverhalt fest. Danach kann ein Beschluss gefasst werden, auch ohne dass die Voraussetzungen nach Satz 2 vorliegen.

(3) Wechselt die örtliche Zuständigkeit nach § 36 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch, bleibt die Entscheidung der zuvor zuständigen Einigungsstelle für die betroffenen Leistungsträger bindend.

§ 9
Kosten

Die Kosten für das Verfahren der Einigungsstelle trägt die Agentur für Arbeit oder die Arbeitsgemeinschaft, bei der die Einigungsstelle ihren Sitz hat; den beteiligten Trägern werden Kosten nicht erstattet. Der Vorsitzende erhält außer in den Fällen des § 45 Abs. 1 Satz 4 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend die einem ehrenamtlichen Richter zustehende Entschädigung nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz in der jeweils gültigen Fassung und zusätzlich eine besondere Aufwandsentschädigung in Höhe von 60 Euro für jeden durch Beschluss entschiedenen Fall. Die notwendigen Auslagen des Antragstellers nach § 7 sind von der Agentur für Arbeit oder der Arbeitsgemeinschaft zu erstatten, bei der die Einigungsstelle ihren Sitz hat.

§ 10
Stellung der zugelassenen kommunalen Träger

Die gemäß § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen kommunalen Träger haben an Stelle der Agenturen für Arbeit die aus dieser Verordnung folgenden Rechte und Pflichten.

2. Allgemeines

Mit der Änderung des § 44a Abs. 1 Satz 2 SGB II durch das Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom 20.07.2006 (BGBl. I S. 1706) wird den Krankenkassen ab 01.08.2006 die Möglichkeit eingeräumt, bei Zweifeln an der Erwerbsfähigkeit des Arbeitsuchenden die gemeinsame Einigungsstelle nach § 45 SGB II anzurufen. Die Gesetzesänderung berücksichtigt, dass von den finanziellen Folgen eines rechtswidrigen Bezugs von Arbeitslosengeld II aufgrund fehlender Erwerbsfähigkeit auch die Krankenkassen betroffen sind.

Die Anrufung der gemeinsamen Einigungsstelle erfolgt durch Widerspruch der Krankenkasse gegen die Feststellung der Erwerbsfähigkeit des Arbeitsuchenden durch die Arbeitsgemeinschaft/ Agentur für Arbeit. Durch das Erfordernis, den Widerspruch zu begründen, wird erreicht, dass die Krankenkasse die Einigungsstelle nur bei berechtigten Zweifeln an der Erwerbsfähigkeit anruft. Anlass für Zweifel an der Erwerbsfähigkeit können ärztliche Gutachten, aber auch Umstände sein, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung Erwerbsfähigkeit ausschließen.

Ist die gemeinsame Einigungsstelle angerufen, haben die Agentur für Arbeit und der kommunale Träger bis zur Entscheidung der Einigungsstelle Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu erbringen (§ 44a Abs. 1 Satz 3 SGB II).

3. Erwerbsfähigkeit

Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein (§ 8 Abs. 1 SGB II).

3.1 Definition Erwerbsfähigkeit

Als nicht erwerbsfähig ist derjenige anzusehen, wer die Voraussetzungen einer vollen Erwerbsminderung erfüllt. Der Begriff der vollen Erwerbsminderung lehnt sich an die Bestimmungen des Rentenrechts an. Danach ist Erwerbsfähigkeit nur dann zu verneinen, wenn der Hilfebedürftige wegen Krankheit oder Behinderung nicht imstande ist, in absehbarer Zeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens drei Stunden pro Tag erwerbstätig zu sein (vgl. § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Bei der Entscheidung sind einerseits die individuelle gesundheitliche Leistungsfähigkeit der Person und andererseits damit eventuell in Verbindung stehende rechtliche Einschränkungen zu berücksichtigen. Alle sonstigen die Ausübung einer Erwerbstätigkeit hindernden bzw. ein-

schränkenden Tatbestände (z. B. Kindererziehung) stellen folglich keine Ausschlussstatbestände in diesem Sinne dar.

3.2 Absehbare Zeit

Als „absehbare Zeit“ in diesem Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II ist in Anlehnung an § 7 Abs. 4 SGB II und § 125 Abs. 1 SGB III ein Zeitraum von bis zu sechs Monaten anzusehen. Demnach ist auch erwerbsfähig, wer die gesundheitlichen Voraussetzungen voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten erfüllen wird.

3.3 Bedingungen des Arbeitsmarktes

Bedingungen des Arbeitsmarktes sind diejenigen, die die Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse betreffen (z. B. Arbeitsentgelt, Dauer sowie Lage und Verteilung der Arbeitszeit). Üblich sind solche Bedingungen, unter denen nicht nur in Einzel- oder Ausnahmefällen, sondern in nennenswertem Umfang Arbeitsverhältnisse eingegangen werden. Unerheblich ist dabei, ob Arbeitsplätze dieser Art besetzt oder frei sind.

3.4 Bezieher von Arbeitsmarktrenten

Bezieher so genannter „Arbeitsmarktrenten“ (§ 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI) sind erwerbsfähig im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II. Die Betroffenen erhalten diese Leistung vom Rentenversicherungsträger, wenn sie in der Lage sind, zwischen drei und sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein und nach Ansicht des Rentenversicherungsträgers der Arbeitsmarkt für sie verschlossen ist.

Ein Anspruch der Betroffenen auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII besteht nicht. Voraussetzung dafür wäre eine dauerhafte Erwerbsminderung. Der Rentenversicherungsträger zahlt die „Arbeitsmarktrente“ jedoch nur befristet.

Da die Betroffenen zwischen drei und sechs Stunden täglich arbeiten können, sind sie in der Lage, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein (vgl. § 8 Abs. 1 SGB II). Soweit sie die weiteren Anspruchsvoraussetzungen nach § 7 Abs. 1 SGB II erfüllen, besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II. Die „Arbeitsmarktrente“ wird auf das Arbeitslosengeld II angerechnet.

3.5 Menschen mit Behinderung und Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Grundsätzlich ist die Erwerbsfähigkeit in jedem Einzelfall zu prüfen. Allein das Vorliegen einer Behinderung schließt eine Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II nicht aus.

Bei behinderten Menschen, die im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit beschäftigt sind, ist grundsätzlich von einer vollen Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB VI) und damit von einer fehlenden Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II auszugehen.

Bei behinderten Menschen, die sich in der Übergangsphase von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt im Sinne des § 5 Abs. 4 Werkstättenverordnung (WVO) befinden, ist von einer Erwerbsfähigkeit auszugehen. Einen Hinweis auf eine eingetretene Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB II bietet u. a. die fachliche Stellungnahme des Fachausschusses einer Werkstatt für behinderte Menschen entsprechend § 5 Abs. 5 WVO oder ein Gutachten des ärztlichen Dienstes einer Agentur für Arbeit.

4. Feststellung der Erwerbsfähigkeit durch die Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit stellt fest, ob der Arbeitsuchende erwerbsfähig ist. Grundsätzlich wird von der Erwerbsfähigkeit des Arbeitsuchenden ausgegangen. Bestehen Zweifel, ob der Hilfebedürftige eine ausreichende gesundheitliche Leistungsfähigkeit hat, wird durch den Vermittlungs- oder Leistungsbereich in der Regel ein Gutachten eines Arztes der Agentur für Arbeit/Amtsarztes eingeholt.

Die Notwendigkeit der Einschaltung des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit/des Amtsarztes wird im Einzelfall sorgfältig geprüft. Anlass für die Durchführung einer medizinischen Begutachtung können insbesondere folgende Fälle geben:

- wenn Leistungen nach Erschöpfung eines Anspruchs auf Krankengeld beantragt werden oder eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde,

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II; Durchführung des Einigungsstellenverfahrens

- wenn der Hilfebedürftige Rente wegen Erwerbsminderung oder eine entsprechende Rente von einer berufsständigen Versorgungseinrichtung beantragt hat,
- wenn die Feststellung zu treffen ist, ob Erwerbsfähigkeit weiterhin vorliegt,
- wenn aus gesundheitlichen Gründen mehrfach Arbeit, gemeinnützige Arbeitsgelegenheiten oder Eingliederungsmaßnahmen beendet oder nicht angetreten wurden,
- wenn eine schwere Behinderung vorliegt, die die Erwerbsfähigkeit ausschließen kann,
- wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt oder bereits anerkannt wurden.

Ärztliche Unterlagen, die vom Hilfebedürftigen beigebracht werden, werden dem Arzt der Agentur für Arbeit/Amtsarzt zur Prüfung zugeleitet. Ärztliche Gutachten, insbesondere solche, die zu einer Ablehnung eines Leistungsantrages oder zur Aufhebung der Bewilligungsentscheidung führen können, werden unverzüglich ausgewertet.

Aus dem vom Arzt der Agentur für Arbeit/Amtsarzt zu erstellenden positiven oder negativen Leistungsbild sowie der Beantwortung spezieller Zielfragen kann abgeleitet werden, für welche Erwerbstätigkeit der Hilfebedürftige nicht mehr oder noch in Betracht kommt und ggf. mit welchen Einschränkungen er diese ohne Gefährdung seines Gesundheitszustandes ausüben vermag. Die gutachterliche Aussage muss so erschöpfend sein, dass die Frage der Erwerbsfähigkeit im konkreten Fall abschließend beurteilt und entschieden werden kann. Bestätigt der Arzt der Agentur für Arbeit/Amtsarzt, dass in Folge von Krankheit oder Behinderung eine länger als sechs Monate umfassende Leistungsminderung vorliegt, die keine Erwerbstätigkeit von mindestens drei Stunden täglich zulässt, so wird von Erwerbsunfähigkeit ausgegangen.

Der Arzt der Agentur für Arbeit/Amtsarzt entscheidet nicht darüber, ob der von ihm untersuchte Hilfebedürftige nach seiner Leistungsfähigkeit im Stande ist, eine Erwerbstätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auszuüben. Zu dieser Frage nimmt vielmehr der Integrationsbereich der Agentur für Arbeit unter Berücksichtigung des ärztlichen Gutachtens Stellung, wertet das Gutachten im Hinblick auf die Arbeitsvermittlung aus und leitet die Durchschrift ggf. an die innerhalb des Trägers leistungsrechtlich zuständige Stelle weiter. Diese entscheidet letztlich über den Leistungsantrag.

Verzögerungen bei der Durchführung ärztlicher Begutachtungen dürfen nicht zu Lasten des Hilfebedürftigen gehen. Wenn eine ärztliche Begutachtung zur Feststellung der Leistungsfähigkeit nicht rechtzeitig durchgeführt wurde, wird von der Leistungsfähigkeit ausgegangen, die nach den Angaben des Hilfebedürftigen, der Stellungnahme des Integrationsbereiches und den sonstigen Antragsunterlagen vermutet wird.

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II; Durchführung des Einigungsstellenverfahrens

Liegt nach den Feststellungen des Ärztlichen Dienstes Erwerbsfähigkeit nicht vor und besteht kein Anspruch auf Sozialgeld nach § 28 SGB II als erwerbsunfähiges Mitglied einer Bedarfsgemeinschaft, werden die Leistungen nach dem SGB II eingestellt. Die Hilfebedürftige wird in diesem Fall an den nach dem SGB XII örtlich zuständigen Träger der Sozialhilfe verwiesen. Wenn die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Rentenbezug vorliegen, wird zudem auf die Möglichkeit der Rentenantragstellung hingewiesen.

Besteht für den nicht erwerbsfähigen Hilfebedürftigen als Mitglied einer Bedarfsgemeinschaft ein Anspruch auf Sozialgeld nach § 28 SGB II, wird dieser durch die Arbeitsgemeinschaft/Agentur für Arbeit zur Rentenantragstellung aufgefordert, wenn die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Ggf. kann auch die Arbeitsgemeinschaft/Agentur für Arbeit den Rentenantrag für den Hilfebedürftigen stellen (§ 5 Abs. 3 Satz 1 SGB II).

Teilt der andere Leistungsträger die Auffassung der Agentur für Arbeit zum Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit nicht und ruft die Einigungsstelle an, wird ab dem Tag der Kenntnisnahme der abweichenden Auffassung des anderen Leistungsträgers die Leistungsgewährung nach dem SGB II wieder aufgenommen.

Das Ergebnis des Einigungsstellenverfahrens nach der Einigungsstellen-Verfahrensverordnung - in deren Rahmen der Ärztliche Dienst der Agentur für Arbeit im Vorfeld gutachterlich beteiligt war - wird von den in die Einigungsstelle von der Agentur berufenen Personen in geeigneter Form dem Ärztlichen Dienst mitgeteilt.

5. Einigungsstellenverfahren

Die Agentur für Arbeit stellt fest, ob der Arbeitsuchende erwerbsfähig (vgl. Abschnitt 4.) und hilfebedürftig ist. Sofern

- der kommunale Träger,
- ein anderer Leistungsträger, der bei voller Erwerbsminderung zuständig ist, oder
- die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hat,

der Feststellung widerspricht, entscheidet die gemeinsame Einigungsstelle.

Kommt der anrufende Träger zu einer abweichenden Beurteilung der Erwerbsfähigkeit als die Agentur für Arbeit, ist die Einigungsstelle unverzüglich anzurufen.

Der Widerspruch ist zu begründen (vgl. Abschnitt 5.3).

5.1 Gemeinsame Einigungsstelle

5.1.1 Allgemeines

Der gemeinsamen Einigungsstelle gehören ein Vorsitzender und ein Vertreter der Agentur für Arbeit an.

Widerspricht der kommunale Träger oder ein anderer Leistungsträger (z.B. der Rentenversicherungsträger), der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre, der Feststellung der Agentur für Arbeit, gehört zusätzlich ein Vertreter dieses Trägers der gemeinsamen Einigungsstelle an.

5.1.2 Widerspruch der Krankenkasse

Widerspricht die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit des Bezieher von Arbeitslosengeld II Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, der Feststellung der Agentur für Arbeit, gehört auch ein Vertreter des kommunalen Trägers oder des Leistungsträgers, der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre, der gemeinsamen Einigungsstelle an.

Die Krankenkasse kann an den Sitzungen der gemeinsamen Einigungsstelle teilnehmen. Ein Stimmrecht steht ihr nicht zu (kein formelles Mitglied, vgl. auch Abschnitt 5.6.2). Ist die widerspre-

chende Krankenkasse im Geschäftsbereich der zuständigen Einigungsstelle örtlich nicht präsent, kann sie sich vertreten lassen. In diesen Fällen stellen die Krankenkassen die Teilnahme an den Sitzungen der Einigungsstelle intern sicher.

5.2 Zuständigkeit

Zuständig ist die Einigungsstelle der leistungsgewährenden Institution (Agentur für Arbeit oder Arbeitsgemeinschaft). Die Geschäfte der Einigungsstelle werden am Sitz der Einigungsstelle geführt. Wird nach Anrufung der Einigungsstelle eine andere Agentur für Arbeit oder Arbeitsgemeinschaft zuständig, entscheidet die angerufene Einigungsstelle abschließend.

5.3 Anrufung der Einigungsstelle durch die Krankenkasse

Nach der in § 44a Abs. 1 Nr. 3 SGB II festgelegten Beteiligung der Krankenkassen am Einigungsstellenverfahren handelt es sich um eine einseitige Gestaltungsoption, von der die Krankenkasse Gebrauch machen kann. Ärztliche Gutachten oder Umstände der allgemeinen Lebenserfahrung können für die Krankenkasse Anlass sein, an der Erwerbsfähigkeit des Arbeitsuchenden zu zweifeln.

Teilt die Krankenkasse die Feststellung der Agentur für Arbeit über die Erwerbsfähigkeit des Arbeitsuchenden nicht, ist der Widerspruch gegenüber der Einigungsstelle schriftlich zu erklären und zu begründen. Der Widerspruch sollte folgende Punkte beinhalten:

- Name, Vorname, Geburtsdatum des Arbeitsuchenden
- Kunden-Nummer der Agentur für Arbeit oder Arbeitsgemeinschaft
- von wem und zu wann der Arbeitsuchende als Bezieher von Arbeitslosengeld II angemeldet wurde
- Begründung des Widerspruchs
- Aufforderung, die Sitzung der Gemeinsamen Einigungsstelle in den nächsten 14 Tagen einzuberufen.

Die Einigungsstelle hat sich für die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit ein Gesamtbild des Arbeitsuchenden zu machen. Deshalb sollte es Ziel der Krankenkasse sein, die Einigungsstelle von einer abweichenden Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit zu überzeugen.

Dazu sind der Einigungsstelle mindestens folgende Unterlagen vorzulegen:

- ablehnender Leistungsbescheid, der mit (mangelnder) Erwerbsfähigkeit begründet wird
- Entscheidung des Trägers, von dem die Krankenkasse abweichen will
- alle vorhandenen ärztlichen Gutachten (jedoch keine Befunde der behandelnden Ärzte)
- sonstige der Krankenkasse vorliegende medizinische Unterlagen

Die Krankenkasse soll in den Fällen, in denen keine anderweitigen ärztlichen Unterlagen vorliegen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten, um die fehlende Erwerbsfähigkeit belegen zu können.

Zusätzlich können Erkenntnisse über die Auffassung des Rentenversicherungsträgers zur Erwerbsfähigkeit vorlegt werden. Dabei kann es sich um

- Gutachten aus einem Rentenverfahren,
- einen Ablehnungsbescheid hinsichtlich einer Erwerbsminderungsrente,
- einen Nachweis über den Versicherungsverlauf,
- einen Nachweis über versicherungsrechtliche Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente

handeln.

Ein Muster des Widerspruchs gegenüber der Einigungsstelle nebst Ausfüllhilfe sind als Anlagen 1 und 2 beigefügt.

5.4 Sitzungen der Einigungsstelle

Die Einigungsstelle entscheidet aufgrund mündlicher Verhandlung. Die Sitzungen der Einigungsstelle sind nicht öffentlich. Der Vorsitzende und die Mitglieder der Einigungsstelle haben über den Inhalt und das Ergebnis der Beratungen der Einigungsstelle Verschwiegenheit zu bewahren. Dies gilt auch für die an den Sitzungen der Einigungsstelle teilnehmenden Vertreter der Krankenkasse.

5.5 Hinzuziehung von Sachverständigen

Der Vorsitzende und die Mitglieder der Einigungsstelle können die Hinzuziehung von Sachverständigen verlangen. Diese sollen neutral sein und können daher nicht der Bundesagentur für Ar-

beit, dem anderen Träger der Leistung oder der Krankenkassen angehören oder mit ihnen in sonstiger Weise in geschäftlichen Beziehungen stehen.

5.6 Entscheidung der Einigungsstelle

5.6.1 Allgemeines

Der Vorsitzende hat auf eine einvernehmliche Entscheidung der Einigungsstelle hinzuwirken. Ist keine einvernehmliche Entscheidung möglich, entscheidet die Einigungsstelle mit einfacher Mehrheit durch Beschluss. Bei Stimmgleichheit entscheidet der Vorsitzende. Die von der Einigungsstelle getroffene Entscheidung ist für die an der Entscheidung beteiligten Träger bindend.

5.6.2 Widerspruch der Krankenkasse

Abschnitt 5.6.1 gilt auch bei Anrufung der Einigungsstelle durch die Krankenkasse. Dabei besitzt die Krankenkasse kein Stimmrecht.

Ist die Krankenkasse mit der Entscheidung der Einigungsstelle nicht einverstanden, steht ihr der Rechtsweg offen.

5.7 Kosten

Die Kosten für das Verfahren der Einigungsstelle trägt die Agentur für Arbeit oder die Arbeitsgemeinschaft, bei der die Einigungsstelle ihren Sitz hat. Kosten der beteiligten Träger werden nicht erstattet.

6. Stellung der zugelassenen kommunalen Träger

Diese Verlautbarung gilt auch für die alleinige Leistungserbringung durch die nach § 6a SGB II zugelassenen kommunalen Träger. An die Stelle der Bundesagentur für Arbeit tritt jeweils der zugelassene kommunale Träger (Optionskommune).

7. Altfälle

In vor dem 01.08.2006 entschiedenen Fällen, in denen Zweifel an der Erwerbsfähigkeit bestanden, kann die Krankenkasse die Einigungsstelle nicht anrufen. Laufende Fälle werden dagegen in das

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II;
Durchführung des Einigungsstellenverfahrens

Einigungsstellenverfahren einbezogen. Dies gilt auch dann, wenn der Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld II bereits vor dem 01.08.2006 liegt.

Anlagen

Anlage 1: Muster für die Anrufung der Einigungsstelle

Anlage 2: Ausfüllhilfe

Gemeinsame Einigungsstelle

(Adresse der Agentur für Arbeit/der Arge oder der Optionskommune)

Widerspruch gegen die Feststellung der Erwerbsfähigkeit

hier: Anrufung der Gemeinsamen Einigungsstelle für

Name, Vorname geb. xx.xx.xxxx; Aktenzeichen/Kunden-Nr. (der Agentur für Arbeit/der Arge oder Optionskommune)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Name, Vorname wurde durch die (Agentur für Arbeit/Arge/Optionskommune) zum xx.xx.xxxx bei unserer Krankenkasse als erwerbsfähige(r) Bezieher(in) von Arbeitslosengeld II angemeldet.

Der Entscheidung, es liege Erwerbsfähigkeit vor, widersprechen wir und rufen gemäß § 44a SGB II die gemeinsame Einigungsstelle an.

Unseren Widerspruch und die Anrufung begründen wir wie folgt:

Nach Bedarf einfügen:

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vom xx.xx.xxxx/Stellungnahme des vom xx.xx.xxxx fügen wir bei. Weitere Möglichkeiten sind ergänzend anzugeben (z. B. Gesprächsnotiz, Aktenvermerke, etc.) *Befunde dürfen nicht beigefügt werden. Gutachten hingegen schon.*

Wir bitten die Gemeinsame Einigungsstelle innerhalb von 14 Tagen einzuberufen (vgl. § 4 Abs. 2 Einigungsstellen-Verfahrensverordnung). Da nach § 45 Abs. 1 Satz 2 SGB II die Krankenkasse an der Sitzung zu beteiligen ist, bitten wir um eine zeitgerechte Einladung.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen

Hinweis:

Die Einigungsstelle muss sich für die Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit ein Gesamtbild von der betroffenen Person machen. **Ziel der Krankenkasse sollte es sein, die Einigungsstelle von einer abweichenden Entscheidung über die Erwerbsfähigkeit/ Erwerbsunfähigkeit zu überzeugen.** Im eigenen Interesse sollte daher die Krankenkasse anhand der unten aufgeführten Unterlagen eine aussagekräftige Arbeitsgrundlage für die Einigungsstelle schaffen.

Nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X ist der Versicherte vor Anrufung der Einigungsstelle darauf hinzuweisen, dass medizinische Unterlagen der Einigungsstelle vorgelegt werden und der Vorlage widersprochen werden kann.

1. Pflicht-Unterlagen

- a. Ablehnender Leistungsbescheid, der mit (mangelnder) Erwerbsfähigkeit begründet wird
- b. Entscheidung des Trägers, von dem die Krankenkasse abweichen will
- c. Medizinische Unterlagen
 - ◆ Gutachten Ärztlicher Dienst (BA) oder Gutachten Gesundheitsamt und/oder Gutachten der Deutschen Rentenversicherung
 - ◆ Gibt es noch weitere medizinische Unterlagen

bei der BA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
beim Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bei der DRV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
 - ◆ Alle sonstigen der Krankenkasse vorliegenden medizinischen Unterlagen

2. Kann-Unterlagen

Erkenntnisse über die Auffassung des Rentenversicherungsträgers zur Erwerbsfähigkeit

- a. Gutachten aus einem Rentenverfahren
- b. Ablehnungsbescheid hinsichtlich einer Erwerbsminderungsrente
- c. Nachweise über den Versicherungsverlauf
- d. Nachweis über die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente
- e. Sonstiges

3. Sonstige Unterlagen

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>>

- ⑥ ist bei uns nicht mehr familienversichert. Die Familienversicherung endet zum <<Ende-Datum>> wegen <<Ende-Grund>>.
- ⑥ ist ab <<Ab-Datum>> familienversichert.
- ⑥ 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.

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.

➤ 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.

➤ Lebenspartner

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

➤ 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

➤ Inlandsaufenthalt

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

➤ 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.

➤ Versicherungsfreiheit

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

➤ Hauptberuflich selbständige Tätigkeit

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

➤ 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**

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

Übersicht über die zugelassenen kommunalen Träger im Sinne des § 6a SGB II nach der Verordnung zur Zulassung von kommunalen Trägern als Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Kommunalträger-Zulassungsverordnung - KomtrZV) - vom 24.9.2004 (BGBl. I S. 2349)

Nach der vorgenannten Verordnung wurden in den einzelnen Bundesländern folgende Kommunen als kommunale Träger zugelassen:

Baden-Württemberg

1. Landkreis Biberach
2. Landkreis Bodenseekreis
3. Landkreis Ortenaukreis
4. Landkreis Tuttlingen
5. Landkreis Waldshut

Bayern

1. Stadt Erlangen
2. Landkreis Miesbach
3. Stadt Schweinfurt
4. Landkreis Würzburg

Brandenburg

1. Landkreis Spree-Neiße
2. Landkreis Uckermark
3. Landkreis Oberhavel
4. Landkreis Ostprignitz-Ruppin
5. Landkreis Oder-Spree

Hessen

1. Landkreis Main-Kinzig-Kreis
2. Stadt Wiesbaden
3. Landkreis Main-Taunus-Kreis
4. Landkreis Fulda
5. Landkreis Odenwaldkreis
6. Landkreis Marburg-Biedenkopf
7. Landkreis Hochtaunuskreis
8. Landkreis Vogelsbergkreis
9. Landkreis Hersfeld-Rotenburg
10. Landkreis Offenbach
11. Landkreis Darmstadt-Dieburg
12. Landkreis Bergstraße
13. Landkreis Rheingau-Taunus-Kreis

Mecklenburg-Vorpommern:

Landkreis Ostvorpommern

Niedersachsen:

1. Landkreis Osnabrück
2. Landkreis Peine
3. Landkreis Emsland
4. Landkreis Osterode am Harz
5. Landkreis Osterholz
6. Landkreis Grafschaft Bentheim
7. Landkreis Leer
8. Landkreis Verden
9. Landkreis Oldenburg
10. Landkreis Göttingen
11. Landkreis Rotenburg
12. Landkreis Soltau-Fallingb.ostel
13. Landkreis Ammerland

Nordrhein-Westfalen

1. Stadt Hamm
2. Stadt Mülheim a.d. Ruhr
3. Landkreis Steinfurt
4. Landkreis Coesfeld
5. Landkreis Düren
6. Landkreis Ennepe-Ruhr-Kreis
7. Landkreis Minden-Lübbecke
8. Landkreis Hochsauerlandkreis
9. Landkreis Kleve
10. Landkreis Borken

Rheinland-Pfalz

1. Landkreis Daun
2. Landkreis Südwestpfalz

Saarland

Landkreis St. Wendel

Sachsen

1. Landkreis Bautzen
2. Landkreis Kamenz
3. Landkreis Döbeln
4. Landkreis Meißen
5. Landkreis Muldentalkreis
6. Landkreis Löbau-Zittau

Sachsen-Anhalt

1. Landkreis Schönebeck
2. Landkreis Wernigerode
3. Landkreis Anhalt-Zerbst
4. Landkreis Merseburg-Querfurt
5. Landkreis Bernburg

Schleswig-Holstein

1. Landkreis Nordfriesland
2. Landkreis Schleswig-Flensburg

Thüringen

1. Stadt Jena
2. Landkreis Eichsfeld

Datenübermittlung/-übertragung
zwischen
den zugelassenen kommunalen Trägern nach § 6a SGB II und Krankenkassen

"Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II"

Datensatzbeschreibung: Stand: 10.11.2005 - gültig ab 01.01.2006

	Anlage	Seite
<u>Kurzbeschreibung / Erläuterung</u>		2
<u>Datei / Satzaufbau</u>		
Vorlaufsatz	(Anlage 1)	3
Datensatz Kommunikation (DSKO)	(Anlage 2)	10
Datensatz Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II	(Anlage 1)	4-8
Nachlaufsatz	(Anlage 1)	9

Datenübermittlung/-übertragung
zwischen
den zugelassenen kommunalen Trägern nach § 6a SGB II und Krankenkassen

"Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II"

Datensatzbeschreibung: Stand: 10.11.2005 - gültig ab 01.01.2006

Kurzbeschreibung / Erläuterung

Für die Datensatzbeschreibung Datenübermittlung zwischen den zugelassenen kommunalen Trägern nach § 6a SGB II und Krankenkassen, "Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II" wird analog zum Arbeitgeberverfahren der Datensatz Kommunikation (DSKO) aufgenommen (**Anlage 2**).

Der DSKO entspricht bis auf das Verfahrensmerkmal (Stellen 005 – 009) dem bereits im DEÜV-Meldeverfahren und für Beitragsnachweise Arbeitgeber verwendeten DSKO. Da für die Aufnahme des DSKO für die Datensatzbeschreibung Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II keine gesetzliche Grundlage besteht, wird auf die verpflichtende Angabe von PROD/MOD (Stelle 079-085 PRODUKT-IDENTIFIER und Stelle 086-093 MODIFIKATIONS-IDENTIFIER) verzichtet. Der Datensatz ist jedoch analog zum Arbeitgeberverfahren vorzusehen. Die verpflichtende Abgabe des DSKO ist ab dem 01.07.2006 erforderlich, die Annahme des DSKO durch die Annahmestellen ist möglich ab dem 01.01.2006.

Die bisherigen Datensatzstrukturen einschließlich Vor- und Nachlaufsatz (Anlage 1) wurden nicht geändert. Es gelten die bisherigen Konventionen. Angepasst wurde lediglich das Datum: Datensatzbeschreibung:Stand: 10.11.2005 - gültig ab 01.01.2006.

Der DSKO ist der Datenannahmestelle als zweiter Datensatz direkt nach dem Vorlaufsatz zu übermitteln und im Nachlaufsatz bei der Anzahl der übermittelten Datensätze (Stellen 054 – 061 des Nachlaufsatzes) mitzuzählen.

**Datenübermittlung/-übertragung
zwischen
den zugelassenen kommunalen Trägern nach § 6a SGB II
und
Krankenkassen**

Datei: Vorlaufsatz "Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II"
Format: V **Satzlänge:** 550 Bytes

Stellen von	bis	Anzahl/ Stellen	CDN	Feld	Inhalt	Prüfungen
001	004	4	C	Kennung	"VOSZ"	Zulässig ist "VOSZ"
005	009	5	C	Verf.int. Merkmal	"BWBK"	Zulässig ist "BWBK"
010	024	15	C	Absender-Nr.	Betriebs-Nr. des Erstellers (Absenders)	Zulässige Betriebs-Nr. ¹
025	039	15	C	Empfänger-Nr.	Betriebs-Nr. Empfänger	Zulässig ist die Betriebs-Nr. des Empfängers ¹
040	047	8	D	Erst.Datum der Datei	Format: TTMMJJJJ	Vollständigkeit u. zulässige Zeichen
048	053	6	N	Datei-Nr.	Datei-Nr. der Übertragung	Zulässige Dateinummer
054	094	41	C	Absender	Kurzbezeichnung	Keine Prüfung
095	547	453	C	Reserve	Individuell	Keine Prüfung
548	549	2	C	Versions-Nr.	05	Zulässige Versionsnummer
550	550	1	C	Satzende	"E" oder Blank	Keine Prüfung

¹ Als letzte Ziffer der Betriebsnummer ist sowohl die nach dem Modulo-10-Verfahren errechnete Prüfziffer als auch die letzte Stelle aus der Summe von Prüfziffer und der Konstanten 5 zulässig.

Datei: "Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II"

Format: V **Satzlänge:** 582 Bytes

Bemerkungen: Numerische Felder sind rechtsbündig darzustellen (falls ohne Inhalt, sind Nullen anzugeben). Alpha-Felder ohne Inhalt sind mit Blanks aufzufüllen.

Stellen von	bis	Anzahl/ Stellen	CDN	Feld	Inhalt	Prüfungen
001	004	4	C	Kennung	"BW04"	Zulässig ist "BW04"
005	009	5	C	Verf.int.Merkmal	"BWBNK"	Zulässig ist "BWBNK"
010	024	15	C	Absender-Nr.	Betriebs-Nr. des Erstellers (Absender kann mit den Angaben in den Stellen 043 - 057 identisch sein)	Zulässige Betriebsnummer des Erstellers ¹
025	039	15	C	Empfänger-Nr.	Betriebs-Nr. KK	Zulässige Betriebs-Nr. der Einzugsstelle ¹
040	040	1	N	Kennzeichen	0 = normaler Beitragsnachweis	Zulässig ist 0
041	041	1	N	Kennzeichen	0 = laufender Beitragsnachweis	Zulässig ist 0
042	042	1	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
043	057	15	C	Betriebs-Nr.	Betriebs-Nr. des Leistungsträgers	Zulässige Betriebs-Nr. ¹ des Leistungsträgers

¹ Als letzte Ziffer der Betriebsnummer ist sowohl die nach dem Modulo-10-Verfahren errechnete Prüfziffer als auch die letzte Stelle aus der Summe von Prüfziffer und der Konstanten 5 zulässig.

Stellen von	bis	Anzahl/ Stellen	CDN	Feld	Inhalt	Prüfungen
058	065	8	D	Zeitraumbeginn	Format: TTMMJJJJ	Vollständigkeit und zulässige Zeichen MMJJJJ darf nicht größer sein als der Erstellungsmonat + 1 - Hinweis *
066	073	8	D	Zeitraumende	Format: TTMMJJJJ	Vollständigkeit und zulässig Zeichen. Die Stellen 60 - 65 und 68 - 73 müssen identisch sein. Hinweis *
074	074	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
075	085	11	N	Beitrag zur KV - allgemein -	Beitrag zur KV mit 2 Nachkommastellen (z.B. 17,30 = 00000001730)	Prüfung auf numerische Zeichen
086	086	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
087	097	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
098	098	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
099	109	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
110	110	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
111	121	11	N	Beitrag zur PV	Beitrag zur PV mit 2 Nachkommastellen (z.B. 15,90 = 00000001590)	Prüfung auf numerische Zeichen
122	122	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
123	133	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
134	134	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
135	145	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
146	146	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
147	157	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
158	158	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
159	169	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
170	170	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
171	181	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
182	182	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
183	193	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
194	194	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
195	205	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
206	206	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
207	217	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0

Hinweis *: Hier ist der Zeitraum anzugeben, für den der Beitragsnachweis gilt. Die Beiträge sind jedoch aufgrund der vorschüssigen Zahlung bereits am 8. des Monats fällig, für den die Zahlung erbracht wird.

Stellen von	bis	Anzahl/ Stellen	CDN	Feld	Inhalt	Prüfungen
218	218	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
219	229	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
230	230	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
231	241	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
242	242	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
243	253	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
254	254	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
255	265	11	N	Gesamtsumme	Gesamtsumme mit 2 Nachkommastellen (z.B. 85,90 = 00000008590)	Summenprüfung
266	266	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
267	277	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
278	278	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
279	289	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
290	290	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
291	301	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
302	302	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
303	313	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
314	314	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
315	325	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
326	326	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
327	337	11	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
338	338	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
339	349	11	N	Zahlbetrag/Guthaben	Zahlbetrag/Guthaben mit 2 Nachkommastellen (z.B. 99,90 = 00000009990)	Summenprüfung
350	379	30	C	Name Zeile 1	Leistungsträger-Bezeichnung	Keine Prüfung
380	409	30	C	Name Zeile 2	Leistungsträger-Bezeichnung	Keine Prüfung
410	439	30	C	Straße/Postfach	Straße/Postfach des Leistungsträgers	Keine Prüfung
440	442	3	C	Nationalitätszeichen	Nationalitätszeichen für Auslandsanschriften	Keine Prüfung
443	447	5	N	PLZ	PLZ des Leistungsträgers	Keine Prüfung
448	472	25	C	Ort	Ort des Leistungsträgers	Keine Prüfung
473	487	15	C	Abrechnungsstelle 1	z. B. Steuerberater-Nr.	Keine Prüfung
488	502	15	C	Abrechnungsstelle 2	z. B. Mandanten-Nr.	Keine Prüfung
503	522	20	C	Ordnungsmerkmal	Kasseninternes Ordnungsmerkmal	Keine Prüfung

Stellen von	bis	Anzahl/ Stellen	CDN	Feld	Inhalt	Prüfungen
523	523	1	C	Verarbeitungsmerkmal	Kennzeichen	Zulässig sind Blank = laufender Beitragsnachweis "S" = Stornierung "E" = Ersetzen des für diesen Zeitraum eingereichten Beitragsnachweises "X" = Differenzbeitragsnachweis Wird in Stelle 41 "1" angegeben ist nur Blank zulässig. "Wird "S" angegeben, sind die Stellen 058 - 349 mit den zu stornierenden Werten anzugeben. Der ursprüngliche Beitragsnachweis wird vollständig storniert. Wird "E" angegeben, sind in den Stellen 058 - 349 die neuen Werte anzugeben. Der ursprüngliche Beitragsnachweis wird vollständig ersetzt. Wird "X" angegeben, sind in den Stellen 058 - 349 die Differenzen anzugeben.
524	527	4	N	Beitragssatz - allgemein -	durchschnittlicher Beitragssatz der Krankenversicherung (mit 2 Nachkommastellen)	Es ist der für den Zeitraum (Stellen 058 - 073) maßgebende Beitragssatz anzugeben.
528	531	4	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
532	535	4	N	nicht belegt	0	Zulässig ist 0
536	536	1	C	Rechtskreis	W = Beitragsbemessung West O = Beitragsbemessung Ost	Zulässig ist W oder O.
537	537	1	N	Kennzeichen		Zulässig ist 0
538	545	8	D	Erstellungsdatum	Format: TTMMJJJJ	Vollständigkeit und zulässig Zeichen
546	546	1	N	laufende Nummer	laufende Nummer	Die laufende Nummer ist anzugeben, wenn innerhalb eines Entgeltabrechnungszeitraums mehr als ein Datensatz je Betriebsstätte übermittelt wird. Wird in Stelle 523 "S" oder "E" angegeben, ist die laufende Nummer des zu stornierenden bzw. ersetzenden Datensatzes anzugeben.
547	548	2	C	Versions-Nr.	"07"	Zulässige Versionsnummer

Stellen von	bis	Anzahl/ Stellen	CDN	Feld	Inhalt	Prüfungen
549	549	1	C	Währungs- kennzeichen	"E" Euro	Es ist nur "E" zulässig.
550	550	1	C	Vorzeichen	+ oder -	zulässig ist + oder -
551	561	11	N	nicht belegt	0	zulässig ist 0
562	581	20	C	nicht belegt	Blank	Keine Prüfung
582	582	1	C	Satzende	"E" oder Blank	Keine Prüfung

Stand: 10.11.2005 - gültig ab 01.01.2006

Datei: Nachlaufsatz "Beitragsnachweis für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II"
Format: V **Satzlänge:** 550 Bytes

Stellen von	bis	Anzahl/ Stellen	CDN	Feld	Inhalt	Prüfungen
001	004	4	C	Kennung	"NCSZ"	Zulässig ist "NCSZ"
005	009	5	C	Verf.int. Merkmal	"BWBNK"	Zulässig ist "BWBNK"
010	024	15	C	Absender-Nr.	Betriebs-Nr. des Erstellers (Absenders)	Zulässige Betriebs-Nr. ¹
025	039	15	C	Empfänger-Nr.	Betriebs-Nr. Empfänger	Zulässig ist die Betr.Nr. des Empfängers ¹
040	047	8	D	Erst.Datum der Datei	Format: TTMMJJJJ	Vollständige und zulässige Zeichen
048	053	6	D	Datei-Nr.		Zulässige Dateinummer
054	061	8	N	Anzahl Sätze	ohne Vor-/Nachlaufsatz	Zulässig ist die Zahl, die mit der Anzahl der gezählten Datensätze übereinstimmt
062	062	1	C	Vorzeichen	+ oder -	Zulässig ist + oder -
063	075	13	N	Summe	Summenfeld Zahlbetrag	Keine Prüfung
076	547	472	C	Reserve		
548	549	2	C	Versions-Nr.	"05"	Zulässige Versionsnummer
550	550	1	C	Satzende	"E" oder Blank	Keine Prüfung

¹ Als letzte Ziffer der Betriebsnummer ist sowohl die nach dem Modulo-10-Verfahren errechnete Prüfziffer als auch die letzte Stelle aus der Summe von Prüfziffer und der Konstanten 5 zulässig.

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
001-004	004	an	M	KENNUNG <i>KE</i>	Kennung des Datensatzes Kommunikation DSKO
005-009	005	an	M	VERFAHREN <i>VF</i>	Verfahren, für das der Datensatz bestimmt ist: BWBNK = Meldungen der zugelassenen kommunalen Träger
010-024	015	an	M	BBNR-ABSENDER <i>BBNRAB</i>	Betriebsnummer des Erstellers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn
025-039	015	an	M	BBNR-EMPFAENGER <i>BBNREP</i>	Betriebsnummer des Empfängers der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen) nnnnnnnn
040-041	002	n	M	VERSIONS-NR <i>VERNR</i>	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes 01
042-061	020	n	M	DATUM-ERSTELLUNG <i>ED</i>	Zeitpunkt der Erstellung des Datensatzes in der Form: jhjjmmtt (Datum) hhmmss (Uhrzeit) msmsms (Mikrosekunde) (Wert > 0 in den letzten 6 Stellen optional)
062-062	001	n	M	FEHLER-KENNZ <i>FEKZ</i>	Kennzeichnung für fehlerhafte Datensätze 0 = Datensatz fehlerfrei 1 = Datensatz fehlerhaft
063-063	001	n	M	FEHLER-ANZAHL <i>FEAN</i>	Anzahl der Fehler des Datensatzes
064-078	015	an	M	BBNR-VU <i>BBNRVU</i>	Betriebsnummer des Betriebes/Rechenzentrums. Sie ist auf dem Weg zur Weiterleitungsstelle identisch mit der Betriebsnummer des Absenders der Datei (8 Stellen linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen). nnnnnnnn

Stellen	Lg	Typ	Art	Name	Inhalt / Erläuterung
079-085	007	an	M	PRODUKT-IDENTIFIER <i>PROD-ID</i>	Datensatzfeld zur Zeit nicht belegt. Zulässig ist die Grundstellung "blank"
086-093	008	an	M	MODIFIKATIONS-IDENTIFIER <i>MOD-ID</i>	Datensatzfeld zur Zeit nicht belegt. Zulässig ist die Grundstellung "blank"
094-123	030	an	M	NAME1-ABSENDER <i>NAME1</i>	Name des Absenders
124-153	030	an	K	NAME2-ABSENDER <i>NAME2</i>	Zweiter Namensbestandteil des Absenders
154-183	030	an	K	NAME3-ABSENDER <i>NAME3</i>	Dritter Namensbestandteil des Absenders
184-193	010	an	M	PLZ-BETRIEB <i>PLZ</i>	Postleitzahl des Betriebes/Absenders
194-227	034	an	M	ORT-BETRIEB <i>ORT</i>	Betriebssitz des Absenders
228-260	033	an	M	STRASSE-BETRIEB <i>STR</i>	Strasse des Betriebssitzes des Absenders
261-269	009	an	K	HAUS-NR-BETRIEB <i>NR</i>	Hausnummer des Betriebssitzes des Absenders
270-270	001	an	K	ANREDE-ANSPRECHPARTNER <i>ANR-AP</i>	Anrede des Ansprechpartners beim Absender M = Männlich W = Weiblich
271-300	030	an	K	NAME-ANSPRECHPARTNER <i>NAME-AP</i>	Name des Ansprechpartners beim Absender
301-320	020	an	K	TELEFON-ANSPRECHPARTNER <i>TEL-AP</i>	Rufnummer des Ansprechpartners beim Absender
321-340	020	an	K	FAX-ANSPRECHPARTNER <i>FAX-AP</i>	Faxrufnummer des Ansprechpartners beim Absender
341-410	070	an	K	EMAIL-ANSPRECHPARTNER <i>EMAIL-AP</i>	E-Mail-Adresse des Ansprechpartners beim Absender
Daten zum Fehlersachverhalt					
411-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.

Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II

Ort, Datum

< Anschrift der Krankenkasse >

Betriebsnummer der Krankenkasse:

< Betriebsnummer der KK >

Interne Kennung des Leistungsträgers:

< Krankenkassenkennung >

BEITRAGSNACHWEIS**Beitragsnachweis für pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II
nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V; § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI**Leistungsart **Arbeitslosengeld II**

Abrechnungszeitraum

<Monat/Jahr>

	Beitragspflichtige Einnahme (Euro, Cent)	Beiträge (Euro, Cent)
Krankenversicherung	< Summe >	< Summe >
Pflegeversicherung	< Summe >	< Summe >
Gesamtsumme		<Additionsbetrag>