

AOK-BUNDESVERBAND, BONN

BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN

IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH

SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG

**BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN,
KASSEL**

BUNDESKNAPPSCHAFT, BOCHUM

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

VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V., SIEGBURG

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER, FRANKFURT

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE, BERLIN

BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT, NÜRNBERG

**HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN E.V.,
ST. AUGUSTIN**

**BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN BERUFSGENOSSEN-
SCHAFTEN E.V., KASSEL**

BUNDESVERBAND DER UNFALLKASSEN E.V., MÜNCHEN

3. Dezember 2002

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen

Die Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, die ein Rehabilitationsträger bei der Gewährung bestimmter Entgeltersatzleistungen zu zahlen hat, stellen - ebenso wie die Entgeltersatzleistungen selbst - ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben dar. Die Beitragszahlung bei Bezug von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld und Übergangsgeld entspricht einem Grundanliegen der Rehabilitation, den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen möglichst auf Dauer in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Der Betroffene soll durch die Beitragszahlung so gestellt werden, wie er ohne die Behinderung stehen würde, das heißt, als wenn er fähig wäre, die Versicherungsbeiträge aus eigener Arbeitsleistung sicherzustellen. Die Übernahme der Beiträge durch den Rehabilitationsträger bzw. die Beteiligung des Rehabilitationsträgers an den Beiträgen stellt damit im Rahmen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ein Äquivalent für den durch die Behinderung bedingten Verlust der Fähigkeit dar, sich aus den Erträgen einer Erwerbstätigkeit selbst ausreichend gegen die von den gesetzlichen Sozialversiche-

rungen abgedeckten Risiken zu versichern. An dieser mit dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation im Jahre 1974 geschaffenen Grundkonzeption hat der Gesetzgeber mit der Zusammenfassung und Weiterentwicklung des Rechts der Rehabilitation im Neunten Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX - festgehalten.

Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung haben unter dem Datum vom 01.12.1994 ein gemeinsames Rundschreiben zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für Bezieher von Entgeltersatzleistungen herausgegeben und aus Anlass der Einordnung des Rechts der Arbeitsförderung ins Dritte Buch Sozialgesetzbuch die Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht in der Arbeitslosenversicherung in einem weiteren Rundschreiben vom 08.12.1997 kommentiert. Die in beiden Rundschreiben enthaltenen Ausführungen bedürfen aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen vielschichtigen Rechtsänderungen materiell-rechtlicher Art sowie der seither ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einer Überarbeitung.

Das vorliegende gemeinsame Rundschreiben ersetzt die beiden vorgenannten gemeinsamen Rundschreiben. Es enthält auch Aussagen zur Versicherungs- und Beitragspflicht in der Arbeitslosenversicherung bei Bezug von Mutterschaftsgeld im Hinblick auf die mit dem Job-AQTIV-Gesetz geschaffene Arbeitslosenversicherungspflicht für Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld zum 01.01.2003.

Dagegen sind die noch in dem Rundschreiben vom 01.12.1994 enthaltenen Ausführungen zur Rentenversicherungspflicht für Bezieher von Entgeltersatzleistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch entfallen; diesbezüglich gilt das gemeinsame Rundschreiben zum Arbeitsförderungs-Reformgesetz (hier: Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Leistungsbezieher) vom 20.11.1997 weiter.

Die Überarbeitung der gemeinsamen Rundschreiben war vor allem von dem Willen bestimmt, in den Fragen der Rechtsanwendung weitgehend einheitliche Positionen der einzelnen Versicherungsträger festzulegen. Dies ist - insbesondere wegen der im Bereich der Versicherungs- und Beitragspflicht bei Bezug von Entgeltersatzleistungen immer komplexer werdenden, nicht einheitlichen und in Teilbereichen komplett fehlenden Gesetzgebung - nicht vollständig gelungen. Hinzu kommt, dass selbst innerhalb der für die einzelnen Versicherungszweige unterschiedlich zuständigen Bundesministerien oftmals keine einheitliche Meinung besteht. So wird die Frage der Ermittlung der Bemessungsgrundlage bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe gezahlt werden, aller Voraussicht nach nur auf dem Rechtswege zu klären sein.

Inhaltsverzeichnis

A	Versicherter Personenkreis	10
I	Krankenversicherung	10
1	Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung	16
1.1	Versicherungspflicht.....	16
1.1.1	Voraussetzungen	16
1.1.2	Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbständiger Erwerbstätigkeit	18
1.1.3	Versicherungskonkurrenz	18
1.1.3.1	Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V	18
1.1.3.2	Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V	19
1.1.3.3	Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V	19
1.1.3.4	Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V	21
1.1.3.5	Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V	21
1.1.3.6	Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 KVLG 1989.....	21
1.1.4	Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages.....	22
1.1.5	Rückkehr in die private Krankenversicherung	22
1.2	Versicherungsfreiheit	22
1.3	Befreiung von der Versicherungspflicht.....	23
1.3.1	Allgemeines	23
1.3.2	Antragstellung	24
1.3.3	Wirkung der Befreiung	24
1.4	Krankenkassenwahl	24
1.5	Mitgliedschaft.....	25
2	Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	26
2.1	Bezug von Entgeltersatzleistungen	26
2.1.1	Krankengeld.....	26
2.1.2	Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld.....	26
2.1.3	Freiwillig Krankenversicherte	27
2.2	Austausch der Entgeltersatzleistungen	27
II	Pflegeversicherung	28
1	Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung	29
1.1	Versicherungspflicht.....	29
1.1.1	Voraussetzungen	29
1.1.2	Versicherungskonkurrenz	29
1.1.3	Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages.....	30
1.1.4	Rückkehr in die private Pflegeversicherung	30
1.2	Befreiung von der Versicherungspflicht.....	30
1.3	Pflegekassenzuständigkeit.....	31
1.4	Beginn und Ende der Mitgliedschaft.....	31
2	Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	32

III	Rentenversicherung	33
1	Versicherungspflicht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen.....	35
1.1	Voraussetzungen der Versicherungspflicht	35
1.1.1	Allgemeines	35
1.1.2	Bezug von Krankengeld	36
1.1.3	Bezug von Verletztengeld	37
1.1.4	Bezug von Versorgungskrankengeld.....	37
1.1.5	Bezug von Übergangsgeld	37
1.1.6	Tatsächlicher Leistungsbezug	37
1.1.7	Nachträgliche Änderung der Rechtslage	38
1.1.8	Vorpflichtversicherung.....	38
1.1.9	Fragebogen zur Prüfung der Vorpflichtversicherung bei Selbständigen	40
1.2	Auslandsaufenthalt	40
1.3	Mehrfachversicherung/Versicherungskonkurrenz.....	40
1.3.1	Entgeltfortzahlung neben Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes	41
1.3.2	Mehrfachbeschäftigte	42
1.3.3	Dialysetage	42
1.3.4	Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	42
1.4	Beginn und Ende der Versicherungspflicht.....	42
2	Antragspflichtversicherung	43
2.1	Allgemeines	43
2.2	Ausschluss von der Antragspflichtversicherung	43
2.3	Beginn der Antragspflichtversicherung	44
2.4	Ende der Antragspflichtversicherung.....	45
2.5	Merkblatt zur Antragspflichtversicherung.....	45
3	Rentenversicherungszuständigkeit.....	45
4	Besonderheit bei Durchführung der Versicherung durch die Bundesknappschaft	46
IV	Arbeitslosenversicherung.....	48
1	Versicherungspflicht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen.....	49
1.1	Voraussetzungen der Versicherungspflicht	49
1.1.1	Allgemeines	49
1.1.2	Bezug von Krankengeld	50
1.1.3	Bezug von Versorgungskrankengeld.....	50
1.1.4	Bezug von Verletztengeld	51
1.1.5	Bezug von Übergangsgeld	51
1.1.6	Bezug von Mutterschaftsgeld	51
1.1.7	Tatsächlicher Leistungsbezug	52
1.1.8	Nachträgliche Änderung der Rechtslage	52
1.1.9	Vorpflichtversicherung oder vorausgehender SGB III-Leistungsbezug	53
1.2	Auslandsaufenthalt	54
1.3	Mehrfachversicherung/Versicherungskonkurrenz.....	55
1.3.1	Allgemeines	55
1.3.2	Mutterschaftsgeld neben Zeiten der Kindererziehung	55
1.3.3	Entgeltfortzahlung neben Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes	56
1.3.4	Mehrfachbeschäftigte	56
1.3.5	Dialysetage	56
1.3.6	Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	56
1.4	Beginn und Ende der Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit.....	57

B	Beiträge	59
I	Allgemeine Grundsätze zur Beitragsbemessung in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung	59
1	Beitragspflicht, Beitragsberechnung	59
2	Beitragspflichtige Einnahmen	60
2.1	Allgemeines zur Beitragsbemessungsgrundlage	60
2.2	Arbeitsentgelt	61
2.3	Arbeitseinkommen	62
2.4	Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage	62
2.5	Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenzen	63
2.6	Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage um beitragspflichtiges Arbeitsentgelt	63
2.7	Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage	65
3	Beitragssatz	66
4	Beitragstragung	66
5	Zahlung der Beiträge	67
6	Fälligkeit der Beiträge	67
II	Krankenversicherung	68
1	Beitragspflichtige Einnahmen	70
1.1	Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung bei Bezug von Übergangsgeld	70
1.2	Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung ohne Bezug von Übergangsgeld	71
1.3	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation	71
1.4	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder Unterhaltsgeldes gezahlt werden	72
1.5	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe gezahlt werden	72
1.6	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt werden	72
1.7	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Übergangsgeld nach § 21 Abs. 2 SGB VI	73
1.8	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Übergangsgeld nach § 48 SGB IX	73
1.9	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Verletztengeld nach § 47 Abs. 5 SGB VII	73
1.10	Beitragsbemessungsgrundlage bei gleichzeitigem Bezug von Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen	73
2	Beitragssätze	74
2.1	Allgemeiner Beitragssatz	74
2.2	Erhöhter Beitragssatz	74
2.3	Ermäßigter Beitragssatz	75
3	Beitragstragung	75

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen

4	Beitragszahlung und Beitragsabrechnung	75
4.1	Unfallversicherungsträger als Beitragszahler	75
4.2	Träger der Kriegsopferversorgung als Beitragszahler	75
4.3	Rentenversicherungsträger als Beitragszahler	76
4.4	Bundesanstalt für Arbeit als Beitragszahler	76
5	Beitragszuschuss	76
6	Beitragsersetzung in Fällen, in denen sich nachträglich herausstellt, dass ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Anspruch auf soziale Entschädigung nicht vorgelegen hat	77
7	Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung für Zeiten des Verletztengeldbezugs	78
8	Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung	78
III	Pflegeversicherung	79
1	Beitragspflichtige Einnahmen	82
1.1	Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung bei Bezug von Übergangsgeld	82
1.2	Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung ohne Bezug von Übergangsgeld	83
1.3	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation	83
1.4	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nicht nach dem Regelentgelt bemessen werden	84
1.5	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Krankengeld	84
1.5.1	Bezug von Krankengeld, das nach dem Regelentgelt bemessen wird	84
1.5.2	Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird	85
1.5.3	Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe gezahlt wird	85
1.5.4	Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags der Eingliederungshilfe gezahlt wird	86
1.5.5	Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt wird	86
1.5.6	Bezug von Krankengeld durch einen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers	86
1.5.7	Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung	87
1.5.8	Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Vollrente wegen Alters oder von Rente wegen voller Erwerbsminderung auf die Beitragspflicht	87
2	Beitragssatz	88
3	Beitragstragung	88
3.1	Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung	88
3.2	Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation	88
3.3	Bezieher von Krankengeld	89
4	Beitragszahlung und Beitragsabrechnung	90
4.1	Unfallversicherungsträger als Beitragszahler	90

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen

4.2	Träger der Kriegsopferversorgung als Beitragszahler	90
4.3	Rentenversicherungsträger als Beitragszahler	90
4.4	Bundesanstalt für Arbeit als Beitragszahler	90
4.5	Krankenkasse als Beitragszahler	91
5	Beitragszuschuss	91
6	Beitragsersatzung in Fällen, in denen sich nachträglich herausstellt, dass ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Anspruch auf soziale Entschädigung nicht vorgelegen hat.....	92
7	Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung für Zeiten des Verletztengeldbezugs	93
8	Beiträge für landwirtschaftliche Unternehmer und mitarbeitende Familienangehörige	93
IV	Rentenversicherung	94
1	Beitragspflichtige Einnahmen	99
1.1	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nach dem Regelentgelt bemessen werden	99
1.2	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nicht nach dem Regelentgelt bemessen werden	99
1.2.1	Bezug von Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld, das in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird.....	99
1.2.2	Bezug von Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe gezahlt wird	99
1.2.3	Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld, das in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt wird	100
1.2.4	Bezug von Verletztengeld nach § 47 Abs. 5 SGB VII	100
1.3	Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung	101
1.4	Auswirkungen des Bezugs einer Teilrente wegen Alters, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer vergleichbaren Leistung.....	101
1.5	Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Vollrente wegen Alters oder Rente wegen voller Erwerbsminderung auf die Beitragspflicht	102
2	Beitragssatz	102
3	Beitragstragung.....	102
3.1	Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld.....	102
3.2	Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind	103
3.3	Bezieher von Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld.....	103
4	Beitragszahlung und Beitragsabrechnung	104
4.1	Krankenkasse als Beitragszahler	104
4.2	Unfallversicherungsträger als Beitragszahler	104
4.3	Träger der Kriegsopferversorgung als Beitragszahler	105
4.4	Träger der Kriegsopferfürsorge als Beitragszahler	105
4.5	Bundesanstalt für Arbeit als Beitragszahler	105
4.6	Rentenversicherungsträger als Beitragszahler	106

V	Arbeitslosenversicherung.....	107
1	Beitragspflichtige Einnahmen.....	109
1.1	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nach dem Regelentgelt bemessen werden	109
1.2	Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nicht nach dem Regelentgelt bemessen werden	109
1.2.1	Bezug von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, das in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird	109
1.2.2	Bezug von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe gezahlt wird.....	110
1.2.3	Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld, das in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt wird	110
1.2.4	Bezug von Verletztengeld nach § 47 Abs. 5 SGB VII	110
1.2.5	Bezug von Mutterschaftsgeld	111
1.3	Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung	111
1.4	Auswirkungen des Bezugs einer Teilrente wegen Alters, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer vergleichbaren Leistung.....	111
1.5	Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Vollrente wegen Alters oder Rente wegen voller Erwerbsminderung auf die Beitragspflicht	112
2	Beitragssatz	112
3	Beitragstragung.....	112
3.1	Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld.....	112
3.2	Bezieher von Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld.....	113
3.3	Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld	113
4	Beitragszahlung und Beitragsabrechnung.....	113
4.1	Krankenkasse als Beitragszahler	114
4.2	Unfallversicherungsträger als Beitragszahler	114
4.3	Träger der Kriegsoferversorgung als Beitragszahler	114
4.4	Rentenversicherungsträger als Beitragszahler	114
C	Meldungen	115
I	Krankenversicherung und Pflegeversicherung	115
1	Meldeverfahren für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung...	116
1.1	Grundzüge des Meldeverfahrens	116
1.2	Meldepflichtige Tatbestände	116
1.3	Zulässige Schlüsselzahlen für die Abgabegründe, Beitragsgruppen und Personengruppe in den Meldungen	117
1.4	Betriebsnummerverwendung und -vergabe.....	118
1.5	Form der Meldungen.....	118
1.6	Verfahrensablauf bei Meldungen im Wege der Datenübermittlung.....	119
2	Meldung für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation	120

II	Rentenversicherung	121
1	Meldeverfahren für Bezieher von Entgeltersatzleistungen	121
2	Meldepflichtige Tatbestände und Meldefristen	122
3	Form der Meldungen	122
4	Bescheinigungen	123
III	Arbeitslosenversicherung	124
1	Bescheinigung nach § 312 Abs. 3 SGB III	124

Anlagen

Anlage 1 - Fragebogen zur Prüfung der Vorflichtversicherung bei Selbständigen

Anlage 2 - Merkblatt zur Antragspflichtversicherung

Anlage 3 - Übersicht zur Anwendung der maßgebenden Beitragssätze in der Krankenversicherung bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes

A Versicherter Personenkreis

I Krankenversicherung

§ 5 SGB V

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. bis 5. ...

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. bis 12. ...

(2) bis (4a) ...

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

(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) und (8) ...

(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 zustande 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.

(4) bis (8) ...

§ 8 SGB V

Befreiung von der Versicherungspflicht

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

1. bis 3. ...

4. durch den Antrag auf Rente oder den Bezug von Rente oder die Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 5 Abs. 1 Nr. 6, 11 oder 12),

5. 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.

§ 173 SGB V

Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglied der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im

Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

- (2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen
1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
 2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
 3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
 4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
 5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
 6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

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

(3) ...

(4) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 versicherungspflichtige Jugendliche, Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 oder nach § 9 versicherte Rentner sowie nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 versicherte behinderte Menschen können zusätzlich die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist.

(5) und (6) ...

§ 175 SGB V

Ausübung des Wahlrechts

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

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt

wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, vereinbaren die Spitzenverbände der Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen 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 Kündigungsbesätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist. Satz 1 gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. 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) und (6) ...

§ 176 SGB V

Zuständigkeit der See-Krankenkasse

(1) ...

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

§ 177 SGB V

Zuständigkeit der Bundesknappschaft

(1) und (2) ...

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

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (4) ...

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

(6) 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.

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

(2) bis (6) ...

(7) Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben endet mit dem Ende der Maßnahme, bei Weiterzahlung des Übergangsgeldes mit Ablauf des Tages, bis zu dem Übergangsgeld gezahlt wird.

(8) bis (12) ...

§ 192 SGB V

Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

- (1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange
1. ...
 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. ...
- (2) ...

§ 3 KVLG 1989

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

- (1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer
1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,
 2. nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist.
- (2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für
1. bis 2. ...
 3. die in § 5 Abs. 1 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen, die wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz berechnetes Übergangsgeld beziehen, wenn sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 versicherungspflichtig sind,
 4. und 5. ...
- (3) ...

§ 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) und (3) ...

1 Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung

1.1 Versicherungspflicht

1.1.1 Voraussetzungen

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V sind Personen versicherungspflichtig, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung teilnehmen. Der Begriff der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entstammt dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX). Dort werden die im Rahmen des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vorgesehenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben näher beschrieben (vgl. §§ 33 bis 43 SGB IX). Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die Leistungen erbracht, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Die Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V unterstellt die „Teilnehmer“ an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem in der Krankenversicherung versicherten Personenkreis. Teilnehmer im vorstehenden Sinne sind solche, die an Maßnahmen teilnehmen, die auf Veranlassung und auf Kosten des Rehabilitationsträgers gewährt und in einer dafür vorgesehenen Einrichtung (des Rehabilitationsträgers oder eines von ihm beauftragten Dritten) mit gewisser Dauer und in der Regel mit ganztägiger Beanspruchung des Teilnehmers durchgeführt wer-

den. Eine institutionelle Beschränkung auf bestimmte Einrichtungen (so wie bei der Versicherungspflicht von Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) sieht § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V nicht vor.

Die Abklärung der beruflichen Eignung und die Arbeitserprobung sind den eigentlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorgeschaltet. Diese Maßnahmen dienen dazu, das Leistungsvermögen, die Eignung und Neigung des behinderten Menschen sowie behinderungsbedingte Auswirkungen im Hinblick auf die spätere berufliche Tätigkeit zu beurteilen und zu klären bzw. bei Eignung für einen anderen Beruf Zweifelsfragen bestimmter Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzanforderungen auszuräumen. Demgemäß bedarf es der besonderen Erwähnung in § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V im Hinblick auf den gewollten Versicherungsschutz dieser Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung führen für die Teilnehmer allerdings nur dann zur Versicherungspflicht, wenn sie von einem Rehabilitationsträger im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX erbracht werden (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 26.03.1998 - B 12 KR 14/97 R - USK 9826). Als Träger derartiger Leistungen kommen die Bundesanstalt für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe in Betracht.

Für den Eintritt der Versicherungspflicht ist es unerheblich, ob ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht oder diese Leistung bezogen wird. Der Bezug von Übergangsgeld nach Abschluss einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben lässt die Mitgliedschaft allerdings über das Ende der eigentlichen Maßnahme hinaus fortbestehen (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.5.2). Im Übrigen kommt dem Bezug von Übergangsgeld in den Fällen, in denen gleichzeitig mehrere Versicherungstatbestände vorliegen, eine entscheidungserhebliche Bedeutung in Bezug auf die Versicherungskonkurrenz zu (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1.3.2).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes oder solchen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für entsprechend anwendbar erklären (vornehmlich Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Infektionsschutzgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Erstes SED-Unrechtsbereinigungsgesetz,

setz), erbracht werden, führen nach ausdrücklicher Erwähnung in § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V für die an solchen Maßnahmen Teilnehmenden nicht zur Versicherungspflicht.

1.1.2 Ausschluss der Versicherungspflicht bei hauptberuflich selbständiger Erwerbstätigkeit

Nach § 5 Abs. 5 SGB V werden Personen, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V auch dann nicht erfasst, wenn sie deren Voraussetzungen erfüllen. Hauptberuflich ist eine selbständige Erwerbstätigkeit dann, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Für diese Beurteilung ist auf die tatsächlichen Verhältnisse im jeweiligen Einzelfall abzustellen.

Merkmale für eine hauptberuflich ausgeübte selbständige Tätigkeit können die Anzeige bzw. Genehmigung eines Gewerbes (§§ 14 ff. GewO), die Beschäftigung von Arbeitnehmern im Betrieb oder der zeitliche Umfang der selbständigen Tätigkeit sein. Vom zeitlichen Umfang her ist eine selbständige Tätigkeit dann als hauptberuflich anzusehen, wenn sie mindestens 18 Stunden in der Woche umfasst. Dabei ist neben dem reinen Zeitaufwand für die eigentliche Ausübung der selbständigen Tätigkeit auch der zeitliche Umfang für eventuell erforderliche Vor- und Nacharbeiten zu berücksichtigen. Werden mehrere selbständige Tätigkeiten ausgeübt, sind diese zusammenzurechnen. Bei geringerem Zeitaufwand als wöchentlich 18 Stunden ist die Annahme einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit dann nicht ausgeschlossen, wenn die daraus erzielten Einnahmen die Hauptquelle zur Bestreitung des Lebensunterhalts bilden. In diese Beurteilung sind selbständige Tätigkeiten als land- oder forstwirtschaftlicher Unternehmer oder als Künstler oder Publizist mit einzubeziehen.

1.1.3 Versicherungskonkurrenz

1.1.3.1 Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

Eine neben oder im Rahmen der Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgeübte versicherungspflichtige Beschäftigung verdrängt gemäß § 5 Abs. 6 Satz 1 SGB V die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V. Zu den Besonderheiten bei der Beitragsberechnung für diese Personen wird auf die Ausführungen unter Abschnitt B I 2.6 verwiesen.

1.1.3.2 Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

Am Charakter einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ändert sich auch dann nichts, wenn die Maßnahme in einer Einrichtung der Jugendhilfe (Einrichtungen, in denen Aufgaben nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch wahrgenommen werden) durchgeführt wird und dem Grunde nach Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V als auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V besteht. Die Versicherungspflicht richtet sich in diesen Fällen nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, sofern der Teilnehmer Übergangsgeld erhält; wird kein Übergangsgeld gezahlt, bestimmt sich die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für Teilnehmer an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung entsprechend, und zwar auch in den Fällen, in denen kein Übergangsgeld, sondern Ausbildungsgeld (§ 104 SGB III) gewährt wird.

Beispiel

Eine Maßnahme zur Abklärung der beruflichen Eignung wird in einer Einrichtung der Jugendhilfe durchgeführt. Für die Dauer der Maßnahme erhält der Teilnehmer Ausbildungsgeld (§ 104 SGB III) von der Bundesanstalt für Arbeit.

Die Versicherungspflicht des Teilnehmers richtet sich nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

1.1.3.3 Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 oder 8 SGB V

Wird eine zur Versicherungspflicht führende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder eine Maßnahme zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen durchgeführt, ist das Krankenversicherungsverhältnis aufgrund des § 5 Abs. 6 Satz 2 SGB V nach den Vorschriften durchzuführen, nach denen die höheren Beiträge anfallen (Günstigkeitsvergleich). Diese Vorschrift ist der rentenversicherungsrechtlichen Regelung in § 3 Satz 5 SGB VI nachgebildet; gleichwohl kann sich für diesen Personenkreis im Hinblick auf die unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen ein voneinander abweichender versicherungsrechtlicher Status in der Kranken- und Rentenversicherung ergeben.

Für den Günstigkeitsvergleich ist auf die Verhältnisse bei Beginn der Versicherungskonkurrenz abzustellen. Spätere Veränderungen der Beitragsbemessungsgrundlagen aufgrund der Erhöhung der Bezugsgröße oder der Dynamisierung des Regelentgelts führen nicht zu einer anderen Beurteilung der Versicherungspflicht.

Beispiel

Ein Versicherter nimmt ab September 2003 im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Kosten der Bundesanstalt für Arbeit an einer Maßnahme zur beruflichen Weiterbildung teil. Die Maßnahme wird in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen durchgeführt. Für die Zeit der Teilnahme an der Leistung zur Teilhabe erhält der Versicherte Übergangsgeld. Dem Übergangsgeld liegt ein Regelentgelt von 1.800 € monatlich zugrunde. Arbeitsentgelt wird nicht gezahlt.

Günstigkeitsvergleich:

Die Beitragsbemessungsgrundlage bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V beträgt nach § 235 Abs. 1 Satz 1 SGB V: ➤ 1.440 € (80 % von 1.800 €)	Die Beitragsbemessungsgrundlage bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V beträgt nach § 235 Abs. 3 SGB V: ➤ 476 € (20 % von 2.380 €)
--	---

Versicherungspflicht besteht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, weil in diesem Fall die höheren Beiträge zu zahlen sind.

Wird die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen durchgeführt, ohne dass Übergangsgeld oder Arbeitsentgelt gezahlt wird, lässt sich über den vorgesehenen Günstigkeitsvergleich wegen der identischen Beitragsbemessungsgrundlagen (§ 235 Abs. 1 Satz 5 SGB V und § 235 Abs. 3 SGB V sehen jeweils einen Betrag in Höhe von 20 v. H. der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahmen vor) kein Vorrangversicherungstatbestand bestimmen. In diesem Fall richtet sich die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V. Mit dieser Lösung wird eine einheitliche, versicherungszweigübergreifende Zuordnung getroffen, die berücksichtigt, dass diese Personen in der Rentenversicherung nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI versicherungspflichtig sind. Damit obliegen die Melde- und Beitragspflichten sowohl in der Kranken- als auch in der Rentenversicherung der Einrichtung.

1.1.3.4 Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 oder 10 SGB V

Nehmen versicherungspflichtige Studenten (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V) oder versicherungspflichtige Praktikanten ohne Arbeitsentgelt bzw. zur Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V) an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung teil, so wird dadurch nach § 5 Abs. 7 SGB V die Versicherungspflicht als Student oder als Praktikant bzw. Auszubildender ohne Arbeitsentgelt verdrängt. Dies gilt auch dann, wenn die vorgeannten Personen familienversichert sind.

1.1.3.5 Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V

Nehmen versicherungspflichtige Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12 SGB V) an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung teil, so wird dadurch nach § 5 Abs. 7 SGB V die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) verdrängt.

Personen, die während der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen, bleiben versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V. Die KVdR kann damit erst nach Beendigung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung eintreten.

1.1.3.6 Verhältnis zur Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 KVLG 1989

Die Versicherungspflicht von Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung ist nach § 3 Abs. 2 Nr. 3 KVLG 1989 für solche Personen ausgeschlossen, die als landwirtschaftliche Unternehmer oder mitarbeitende Familienangehörige nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, 2 oder 3 KVLG 1989 versichert sind. Diese Personen bleiben während der Maßnahme weiterhin in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert, und zwar nicht nur dann, wenn sie - so

wie es der Gesetzeswortlaut fordert - Übergangsgeld beziehen, sondern in sachgerechter Auslegung der Vorschrift auch dann, wenn sie kein Übergangsgeld erhalten.

1.1.4 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag nach § 5 Abs. 9 SGB V vorzeitig kündigen, wenn sie nachweisen, dass sie der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V unterliegen.

Die Kündigung des privaten Versicherungsvertrages ist mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an möglich. Sie kann auch rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vorgenommen werden. Das Recht auf vorzeitige Kündigung des privaten Versicherungsvertrages haben auch Angehörige von nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtigen Personen, für die wegen der Versicherungspflicht des Teilnehmers eine Familienversicherung nach § 10 SGB V eintritt.

1.1.5 Rückkehr in die private Krankenversicherung

Die Regelung des § 5 Abs. 10 SGB V über die Verpflichtung privater Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages gilt auch für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung. Diese Personen haben die Möglichkeit, in die private Krankenversicherung zurückzukehren, wenn Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V nicht zustande kommt. Gleiches gilt, wenn deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, ohne dass die Voraussetzungen für die Weiterversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 SGB V erfüllt sind. Voraussetzung hierfür ist ein mindestens fünf Jahre ununterbrochen bestehender Krankenversicherungsvertrag.

1.2 Versicherungsfreiheit

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung sind von der dem Grunde nach beste-

henden Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ausgenommen, wenn sie versicherungsfrei sind. Von den Tatbeständen, die zur Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung führen, hat bei dem in Rede stehenden Personenkreis in erster Linie die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V Bedeutung. Nach dieser Regelung sind Personen versicherungsfrei, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) waren. Zeiten der „Nichtversicherung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb des Fünf-Jahres-Zeitraums führen aber nicht generell zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V bei Begründung eines Versicherungspflichttatbestandes. Weitere Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit nach Satz 2 dieser Vorschrift ist, dass diese Personen in dem Fünf-Jahres-Zeitraum mindestens die Hälfte der Zeit versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder wegen § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig waren. Dabei steht der Versicherungsfreiheit, der Befreiung von der Versicherungspflicht oder der Nichtversicherung wegen einer hauptberuflich selbständigen Erwerbstätigkeit die Ehe oder die Lebenspartnerschaft mit einer Person, die diese Voraussetzungen erfüllt, gleich.

1.3 Befreiung von der Versicherungspflicht

1.3.1 Allgemeines

Personen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, können sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V von der Versicherungspflicht auf Antrag befreien lassen. Ein adäquater privater Versicherungsschutz, so wie er bei der Befreiung von der Versicherungspflicht von Personen, die Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch beziehen, verlangt wird, ist für die Befreiung nicht erforderlich. Ein Befreiungsrecht steht in analoger Anwendung der vorgenannten Regelung auch den nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtigen Teilnehmern an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung zu.

Teilnehmer, deren Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V durch eine Vorrangversicherung verdrängt war, können sich nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn die Vorrangversicherung entfällt.

1.3.2 Antragstellung

Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht ist innerhalb von drei Monaten nach 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 in Verb. mit § 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 dem 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 nächstfolgenden Werktags.

Der Befreiungsantrag ist an die Krankenkasse zu richten, bei der im Zeitpunkt der Antragstellung eine Versicherung besteht oder bei der zuletzt vor der Antragstellung eine Versicherung bestanden hat. Ergibt sich hiernach keine Krankenkasse, kann der Befreiungsantrag bei jeder nach § 173 Abs. 2 SGB V wählbaren Krankenkasse gestellt werden.

1.3.3 Wirkung der Befreiung

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht 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 der Maßnahme, solange diese - ohne die Befreiung - Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V nach sich ziehen würde. Bei einer erneuten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist für die Befreiung von der Versicherungspflicht ein neuer Antrag erforderlich.

1.4 Krankenkassenwahl

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung können wie alle Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten für die Durchführung der Versicherung eine Kranken-

kasse wählen. Hinsichtlich der wählbaren Krankenkassen gilt die allgemeine Regelung des § 173 Abs. 2 SGB V. Zusätzlich zu den allgemeinen Wahlrechten besteht nach § 173 Abs. 4 SGB V ein Wahlrecht zu der Krankenkasse, bei der ein Elternteil versichert ist. War der versicherungspflichtige Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung zuletzt vor der Maßnahme bei der See-Krankenkasse oder bei der Bundesknappschaft versichert, so ist die See-Krankenkasse oder die Bundesknappschaft kraft Gesetzes für die Durchführung der Versicherung zuständig (§§ 176 Abs. 2, 177 Abs. 3 SGB V), es sei denn, der Versicherte wählt eine der in § 173 Abs. 2 oder 4 SGB V genannten Krankenkassen.

Für das Verfahren zur Ausübung des Wahlrechts, die dabei einzuhaltenden Fristen, die zu erstellenden Mitgliedsbescheinigungen sowie Kündigungsbestätigungen und das erforderliche Meldeverfahren gilt § 175 SGB V. Insoweit wird auf die Ausführungen in der gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 22.11.2001 verwiesen.

1.5 Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung beginnt mit dem Tag, an dem die Maßnahme beginnt (§ 186 Abs. 5 SGB V). Sie endet mit Ablauf des Tages, an dem die Maßnahme endet. Wird über das Ende der eigentlichen Maßnahme hinaus Übergangsgeld oder im Falle von Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung eine andere Entgeltersatzleistung weitergewährt, besteht die Mitgliedschaft bis zum Ende der tatsächlichen Zahlung der Entgeltersatzleistung fort (§ 190 Abs. 7 SGB V).

Die Bundesanstalt für Arbeit zahlt behinderten Menschen im Rahmen besonderer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter den Voraussetzungen des § 104 SGB III Ausbildungsgeld, wenn ein Anspruch auf Übergangsgeld nicht besteht. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit wird das Ausbildungsgeld längstens für sechs Wochen weitergezahlt. Da die Versicherungspflicht/Mitgliedschaft nicht an die Zahlung des Ausbildungsgeldes gekoppelt ist, endet diese auch bei Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen erst mit Ablauf des Tages, an dem die Maßnahme endgültig beendet wird.

Im Übrigen endet die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Personen nach § 190 Abs. 1 SGB V mit dem Tod des Mitglieds.

2 Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

2.1 Bezug von Entgeltersatzleistungen

2.1.1 Krankengeld

Der Bezug von Krankengeld begründet keine eigenständige Versicherungspflicht. Allerdings bleibt eine vor Beginn der Leistung bestehende Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder Krankengeld bezogen wird (§ 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, § 25 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989).

2.1.2 Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld

Auch der Bezug von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld begründet keine eigenständige Versicherungspflicht. Eine vor Beginn der Leistung bestehende Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird (§ 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, § 25 Abs. 1 Nr. 2 KVLG 1989).

Nach § 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V führt jedoch nur die Zahlung einer der dort genannten Entgeltersatzleistungen zum Fortbestand der Mitgliedschaft. Für die Zeit des mitgliedschaftserhaltenden Bezugs von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld hat der Rehabilitationsträger Beiträge zu zahlen (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt B II 1.3).

Die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bleibt auch bestehen, wenn nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind und das Verletztengeld, das Versorgungskrankengeld oder das Übergangsgeld nach § 51 Abs. 1 SGB IX weitergezahlt wird.

Das pauschalierte Verletztengeld nach § 55 Abs. 2 Satz 1 SGB VII begründet lediglich ein Fortbestehen der Mitgliedschaft in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 25

Abs. 1 Nr. 2 KVLG 1989 im Anschluss an die Versicherungspflicht als landwirtschaftlicher Unternehmer oder mitarbeitender Familienangehöriger.

2.1.3 Freiwillig Krankenversicherte

Eine freiwillige Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bleibt - vorbehaltlich der Beendigungsregelungen des § 191 SGB V - für die Zeit des Bezugs einer Entgeltersatzleistung im Sinne des § 192 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V während der Teilnahme an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation unberührt.

2.2 Austausch der Entgeltersatzleistungen

Sofern sich nachträglich herausstellt, dass eine Krankheit Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist und damit - auch rückwirkend betrachtet - die Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers eintritt, begründet das im Rahmen der Erstattung (§ 105 SGB X) an die Stelle des Krankengeldes tretende Verletztengeld einen Leistungsbezug im Sinne der Vorschriften über die Mitgliedschaft und der daraus folgenden Beitragspflicht zur Krankenversicherung (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.12.1996 – 12 RK 45/95 – USK 9654). Gleiches gilt in Fällen, in denen zunächst Krankengeld (an Stelle Versorgungskrankengeld) gezahlt, der Versorgungsanspruch aber erst nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit durch die Verwaltungsbehörde anerkannt wird.

Stellt sich nachträglich heraus, dass die Krankheit nicht Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist, wird die aufgrund des Bezugs von Verletztengeld fortbestehende Mitgliedschaft durch die Mitgliedschaft aufgrund des Krankengeldbezugs ersetzt. Gleiches gilt im Verhältnis zu den Versorgungsämtern, wenn sich nachträglich herausstellt, dass die Gesundheitsstörung nicht Folge einer anerkannten Schädigung ist. Ausführungen zur Erstattung der Beiträge enthält Abschnitt B II 6.

II 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. bis 5. ...

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. 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.

§ 48 SGB XI

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

(2) und (3) ...

§ 49 SGB XI
Mitgliedschaft

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

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

(3) ...

1 Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung

1.1 Versicherungspflicht

1.1.1 Voraussetzungen

Nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verb. mit Satz 1 SGB XI werden die Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung in die Versicherungspflicht zur sozialen Pflegeversicherung einbezogen, vorausgesetzt sie sind Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Der nach dieser Vorschrift in der sozialen Pflegeversicherung zu versichernde Personenkreis entspricht damit im Wesentlichen dem versicherten Personenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Abweichungen von diesem Grundsatz kann es allerdings dann geben, wenn der Teilnehmer sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung hat befreien lassen (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.2).

1.1.2 Versicherungskonkurrenz

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch sieht keine Vorschriften vor, die die Vor- bzw. Nachrangigkeit einzelner Versicherungspflichttatbestände regeln, wenn bei einem Versicherten gleichzeitig mehrere Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind. Das Fehlen solcher Konkurrenzregelungen führt wegen des in § 1 Abs. 2 SGB XI festgeschriebenen Grundsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ nicht zu einer Abweichung von der in der Krankenversicherung vorzunehmenden Personenkreiszuordnung. Der in der Pflegeversicherung maß-

gebende Versicherungspflichttatbestand knüpft aufgrund dieser strengen Anbindung an den jeweiligen Versicherungspflichttatbestand in der Krankenversicherung an. Damit werden die unter Abschnitt I 1.1.3 beschriebenen Konkurrenzregelungen im Ergebnis auf die soziale Pflegeversicherung übertragen.

1.1.3 Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, 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. 6 SGB XI unterliegen.

Die Kündigung des privaten Versicherungsvertrages ist mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an möglich. Sie kann auch rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vorgenommen werden. Das Recht auf vorzeitige Kündigung des privaten Versicherungsvertrages haben auch Angehörige von nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI versicherungspflichtigen Personen, für die wegen der Versicherungspflicht des Teilnehmers eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI eintritt.

1.1.4 Rückkehr in die private Pflegeversicherung

Nach § 27 Satz 3 SGB XI gilt die in § 5 Abs. 10 SGB V festgelegte Verpflichtung privater Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages auch für den Bereich der Pflegeversicherung. Insoweit kann auf die Ausführungen unter Abschnitt I 1.1.5 Bezug genommen werden.

1.2 Befreiung von der Versicherungspflicht

Nach Artikel 42 PflegeVG konnten sich bestimmte Personen, die am 01.01.1995 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert waren (sog. „Alt-“Pflegeversicherungsverträge), von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Da die Befreiung nicht nur für die Dauer des am 01.01.1995 bestehenden Versicherungspflichtverhältnisses wirkt, sondern auch bei einer

Veränderung der Lebenssituation des Einzelnen, an die wiederum die Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung geknüpft ist, fortbesteht (vgl. Ausführungen unter Abschnitt F I 2.4 des gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung vom 20.10.1994 zum Versicherungs-, Melde- und Beitragsrecht des Pflege-Versicherungsgesetzes), führt die Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung bei diesen Personen nicht zur Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

1.3 Pflegekassenzuständigkeit

Für die Durchführung der Pflegeversicherung der nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Mitgliedschaft besteht (§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Damit ist eine einheitliche Zuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegekasse gegeben. Wechselt das Mitglied die Krankenkasse, ist damit automatisch ein Wechsel der Pflegekasse verbunden.

1.4 Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Der Beginn der Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung in der sozialen Pflegeversicherung beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verb. mit Satz 1 SGB XI vorliegen (§ 49 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Damit ist der Beginn der Mitgliedschaft an die entsprechenden Krankenversicherungsregelungen (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt I 1.5) angebunden.

Nach § 49 Abs. 1 Satz 2 SGB XI endet die Mitgliedschaft mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verb. mit Satz 1 SGB XI entfallen. Die Ausführungen zum Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt I 1.5) gelten damit entsprechend.

2 Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Durch die Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird - ebenso wie in der Krankenversicherung - in der sozialen Pflegeversicherung keine eigenständige Versicherungspflicht begründet. Eine vor der Maßnahme bestehende Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung bleibt nach § 49 Abs. 2 SGB XI in Verb. mit § 192 SGB V oder § 25 Abs. 1 Nr. 2 KVLG 1989 erhalten. Die Ausführungen zur Krankenversicherung für Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter Abschnitt I 2 gelten entsprechend. Die aufgrund des Krankengeldbezugs fortbestehende Mitgliedschaft löst in der Pflegeversicherung allerdings eine Beitragspflicht der Krankenkasse aus (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt B III 1.5).

III Rentenversicherung

§ 3 SGB VI

Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. bis 2. ...

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,

4. ...

... Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 4 SGB VI

Versicherungspflicht auf Antrag

(1) und (2) ...

(3) Auf Antrag versicherungspflichtig sind Personen, die

1. eine der in § 3 Satz 1 Nr. 3 genannten Sozialleistungen beziehen und nicht nach dieser Vorschrift versicherungspflichtig sind,
2. nur deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zuletzt versicherungspflichtig waren, längstens jedoch für 18 Monate.

Dies gilt auch für Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

(3a) Die Vorschriften über die Versicherungsfreiheit und die Befreiung von der Versicherungspflicht gelten auch für die Versicherungspflicht auf Antrag nach Absatz 3. Bezieht sich die Versicherungsfreiheit oder die Befreiung von der Versicherungs-

pflicht auf jede Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, kann ein Antrag nach Absatz 3 nicht gestellt werden. Bezieht sich die Versicherungsfreiheit oder die Befreiung von der Versicherungspflicht auf eine bestimmte Beschäftigung oder bestimmte selbständige Tätigkeit, kann ein Antrag nach Absatz 3 nicht gestellt werden, wenn die Versicherungsfreiheit oder die Befreiung von der Versicherungspflicht auf der Zugehörigkeit zu einem anderweitigen Alterssicherungssystem, insbesondere einem abgeschlossenen Lebensversicherungsvertrag oder der Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1), beruht und die Zeit des Bezugs der jeweiligen Sozialleistung in dem anderweitigen Alterssicherungssystem abgesichert ist oder abgesichert werden kann.

(4) Die Versicherungspflicht beginnt

1. ...

2. in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 1 mit Beginn der Leistung und in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 2 mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation, wenn der Antrag innerhalb von drei Monaten danach gestellt wird, andernfalls mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt, frühestens jedoch mit dem Ende der Versicherungspflicht aufgrund einer vorausgehenden versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit.

Sie endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen weggefallen sind.

§ 126 SGB VI

Zuständigkeit für Versicherte und Hinterbliebene

(1) Für Personen, die aufgrund einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit versichert sind, ist der Träger der Rentenversicherung zuständig, der jeweils für die Versicherung dieser Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit zuständig ist. Die Zuständigkeit eines Trägers bleibt erhalten, solange nicht ein anderer Träger aufgrund einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit ausschließlich zuständig wird. Ist ein Träger zu Beginn eines Leistungsverfahrens zuständig, bleibt seine Zuständigkeit für dieses Verfahren auch erhalten, wenn ein anderer Träger ausschließlich zuständig wird.

(2) ...

(3) Für alle übrigen Personen ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte oder auf Antrag der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter zuständig.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind nicht anzuwenden, soweit in diesem Kapitel oder in den Vorschriften über die Kontoführung etwas anderes bestimmt ist.

§ 140 SGB VI

Sonderzuständigkeit für Leistungen

Die Bundesknappschaft ist für Leistungen zuständig, wenn ein Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist.

§ 141 SGB VI

Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

(1) Die Bundesknappschaft führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. bis 3. ...

4. eines Bezugs von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld,

5. einer Versicherungspflicht auf Antrag

6. bis 9. ...

bei ihr versichert sind, so durch, als ob sie insoweit in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten versichert wären. Dies gilt auch für Leistungen aufgrund dieser Versicherung.

(2) Absatz 1 ist für Personen nicht anzuwenden, die im letzten Jahr vor Beginn der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 genannten Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

1 Versicherungspflicht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen

1.1 Voraussetzungen der Versicherungspflicht

1.1.1 Allgemeines

Nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI besteht Versicherungspflicht für Personen, die von einem innerstaatlichen Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren. Als Leistungsträger im vorgenannten Sinne kommen die Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger, die Träger der Kriegsopferversorgung, die Träger der Kriegsopferfürsorge, die Rentenversicherungsträger oder die Bundesanstalt für Arbeit in Betracht.

Die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI tritt unabhängig von der Höhe der Entgeltersatzleistung ein. Die Vorschrift über die Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit nach § 5 Abs. 2 SGB VI findet auf Bezieher von Entgeltersatzleistungen keine Anwendung.

1.1.2 Bezug von Krankengeld

Versicherungspflicht wird ausgelöst durch den Bezug von

- Krankengeld (§ 44 SGB V, § 12 KVLG 1989),
- Krankengeld im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 Abs. 2 SGB V),
- Krankengeld im Zusammenhang mit einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft (§ 24b Abs. 2 Satz 2 SGB V),
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V),
- Krankengeld bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld (§ 47b SGB V),
- Krankengeld nach § 11 Abs. 3 BVFG für Spätaussiedler, das die Krankenkassen im Auftrag des Bundes zahlen.

Die einem Versicherten im Falle einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie für Dialysetage gezahlten Geldleistungen führen nur dann zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, wenn es sich bei diesen Leistungen um Krankengeld im Sinne der §§ 44 ff. SGB V handelt. Sofern in den genannten Fällen ein Entgeltersatz im Sinne einer ergänzenden Leistung nach § 43 SGB V gezahlt wird, kommt Versicherungspflicht nicht in Betracht.

Mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft, die nicht Arbeitnehmer und infolgedessen auch nicht rentenversicherungspflichtig beschäftigt sind, erhalten pauschaliertes Krankengeld nach § 13 Abs. 1 KVLG 1989. Dieses Krankengeld begründet keine Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

1.1.3 Bezug von Verletztengeld

Der Bezug von Verletztengeld nach den §§ 45 ff. SGB VII löst Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI aus. Dies gilt nicht für das pauschalierte Verletztengeld, das nach § 55 Abs. 2 SGB VII in Verb. mit § 13 Abs. 1 KVLG 1989 bemessen ist.

1.1.4 Bezug von Versorgungskrankengeld

Der Bezug von Versorgungskrankengeld nach den §§ 16, 16e BVG aus der Kriegsopferversorgung begründet unter den sonstigen Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für den Leistungsbezieher ebenfalls Versicherungspflicht in der Rentenversicherung.

1.1.5 Bezug von Übergangsgeld

Der Bezug von Übergangsgeld von einem Rehabilitationsträger führt nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI zur Versicherungspflicht in der Rentenversicherung. Hierzu gehört das Übergangsgeld nach § 45 SGB IX in Verb. mit § 20 SGB VI, § 49 SGB VII und § 160 SGB III. Darüber hinaus führt auch die Weiterzahlung von Übergangsgeld nach § 51 Abs. 1, 3 und 4 SGB IX nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, wenn weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind. Versicherungspflicht wird ferner ausgelöst durch den Bezug von Übergangsgeld nach § 26a BVG.

1.1.6 Tatsächlicher Leistungsbezug

Die Vorschrift des § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI verlangt den Bezug einer der dort genannten Entgeltersatzleistungen. Unter Bezug ist dabei die tatsächliche Zahlung der Entgeltersatzleistung zu verstehen. Sofern der Anspruch auf die Entgeltersatzleistung in voller Höhe ruht oder versagt wird, besteht keine Versicherungspflicht.

1.1.7 Nachträgliche Änderung der Rechtslage

Die Versicherungspflicht wird grundsätzlich nicht rückwirkend beseitigt, wenn die Rechtsgrundlage entfällt oder der Rechtsgrund für die Leistung rückwirkend nur ausgetauscht wird. Dies gilt auch für den Fall, dass die Sozialleistung rückwirkend entzogen, zurückgefordert oder zurückgezahlt wird. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass der Versicherungsschutz im jeweiligen Zeitpunkt klar erkennbar sein muss und rückwirkende Veränderungen grundsätzlich unbeachtlich sind (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 15.05.1984 - 12 RK 7/83 - USK 8496). Demgemäß können Beitragserstattungen nicht verlangt werden, wenn sie auf einer nachträglichen Änderung der Rechtslage - wenn auch mit Rückwirkung - beruhen (vgl. hierzu Auswirkungen unter Abschnitt B IV 1.4 und 1.5); sie kommen allenfalls dann in Betracht, wenn einer von Anfang an bestehenden, aber erst nachträglich erkannten Beitragsfreiheit Geltung verschafft wird.

Rückwirkenden Einfluss auf den Versicherungsschutz hat die Aufhebung der Bewilligung oder die Rückzahlung der Leistung (oder ihre Erstattung auf andere Weise) allerdings dann, wenn die Leistung anstelle von Arbeitsentgelt erbracht wurde, weil durch die spätere Zahlung des Arbeitsentgelts der Versicherungsschutz im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses gewährleistet ist.

1.1.8 Vorpflichtversicherung

Der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI setzt ferner voraus, dass der Bezieher der Entgeltersatzleistung im letzten Jahr vor Beginn einer Entgeltersatzleistung zuletzt versicherungspflichtig war, wozu auch eine Antragspflichtversicherung gehört (Vorpflichtversicherung nach den §§ 1 bis 4, 229, 229a SGB VI). Dies bedeutet, dass in dem dem Bezug der Entgeltersatzleistung vorangegangenen Jahr (nicht Kalenderjahr) mindestens ein Pflichtbeitrag zur Rentenversicherung gezahlt worden sein muss und dieser Pflichtbeitrag den versicherungsrechtlichen Status des Leistungsbeziehers bis zum Beginn der Entgeltersatzleistung bestimmt. Das Merkmal „zuletzt versicherungspflichtig“ ist deshalb erfüllt, wenn die Versicherungspflicht schon vor dem Leistungsbeginn - aber innerhalb des letzten Jahres - geendet hat.

Beim Krankengeldbezug nach § 11 Abs. 3 BVFG gilt die Vorpflichtversicherung stets als erfüllt (§ 15 Abs. 1 Satz 1 FRG).

Für die Feststellung der Vorpflichtversicherung bilden mehrere unmittelbar aufeinanderfolgende unterschiedliche Entgeltersatzleistungen keine Einheit. Vielmehr muss die Vorpflichtversicherung für jede Entgeltersatzleistung gesondert festgestellt werden. Daraus folgt, dass bei einer Aufeinanderfolge mehrerer unterschiedlicher Entgeltersatzleistungen durch eine während des Leistungsbezugs eintretende Antragspflichtversicherung nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 2) die Vorpflichtversicherung für den Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI bei nachfolgendem Bezug einer anderen Entgeltersatzleistung begründet werden kann.

Liegt dagegen zwischen dem Ende der Versicherungspflicht und dem Beginn der Entgeltersatzleistung Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht vor (z. B. nach den §§ 5 oder 6 SGB VI) oder wurden freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt (§ 7 SGB VI), tritt Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI nicht ein. Maßgebend sind insoweit die tatsächlichen Verhältnisse bei Beginn des Anspruchs auf die Entgeltersatzleistung.

Beispiel

Ein selbständig tätiger Handwerker ist von der Versicherungspflicht wegen Zahlung von Pflichtbeiträgen für 18 Jahre vom 01.03.2003 an befreit (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI). Er bezieht seit dem 01.09.2003 Krankengeld.

Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI tritt nicht ein, weil der Leistungsbezieher im letzten Jahr vor Beginn des Bezugs von Krankengeld zuletzt nicht versicherungspflichtig, sondern von der Versicherungspflicht befreit war. Die Möglichkeit einer Antragspflichtversicherung (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 2) ist zu prüfen.

Versicherungspflicht tritt ferner nicht ein, wenn der Bezieher einer Entgeltersatzleistung im letzten Jahr vor Beginn der Leistung nach den Rechtsvorschriften eines anderen EU-Mitgliedstaates oder eines Vertragsstaates in einem Beschäftigten- oder Selbständigensystem rentenversicherungspflichtig war, es sei denn, dass noch im Jahreszeitraum mindestens ein berücksichtigungsfähiger Pflichtbeitrag zur deutschen Rentenversicherung gezahlt worden ist.

Die nach Artikel 17 Nr. 1 Satz 1 des Melderecht- und Beitragseinzug-Einordnungsgesetzes von der Zahlung der Pflichtbeiträge befreiten Beschäftigten eines exterritorialen Arbeitgebers oder einer über- oder zwischenstaatlichen Organisation unterliegen im Falle des Bezugs

einer Entgeltersatzleistung nicht kraft Gesetzes der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, sondern können nur über einen Antrag nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI in der Rentenversicherung versichert werden (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 2).

1.1.9 Fragebogen zur Prüfung der Vorpflichtversicherung bei Selbständigen

Die Leistungsträger haben für die Durchführung der Rentenversicherung ihrer Leistungsbezieher die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, insbesondere die Erfüllung der erforderlichen Vorpflichtversicherung, zu prüfen. Für die Prüfung der Vorpflichtversicherung von Selbständigen, die Krankengeld beziehen, hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte einen Fragebogen nebst Anschreiben entworfen (Muster siehe Anlage 1), der den Krankenkassen zur Verwendung empfohlen wird.

1.2 Auslandsaufenthalt

Die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI erstreckt sich nach § 3 Satz 6 SGB VI auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben. Vorausgesetzt wird aber stets der tatsächliche Bezug einer Entgeltersatzleistung von einem innerstaatlichen Leistungsträger.

1.3 Mehrfachversicherung/Versicherungskonkurrenz

Die Vorschrift des § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI schließt das Entstehen oder den Fortbestand von Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften nicht aus, so dass eine Mehrfachversicherung möglich ist (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.3.1 bis 1.3.4).

Soweit aufgrund desselben Sachverhalts sowohl Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI als auch Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften in Betracht kommt, soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Vorschrift vorgehen, die dem Versicherten im Einzelfall den besten sozialen Schutz bietet (vgl. Bundestags-Drucksache 11/4124 S. 148). Danach hat die Versicherungspflicht, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind, Vorrang. Für den Fall des Zusammentreffens einer Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht

nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI ist dies sogar ausdrücklich in § 3 Satz 5 SGB VI geregelt. Eine entsprechende Regelung enthält § 5 Abs. 6 Satz 2 SGB V für den Bereich der Krankenversicherung (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt I 1.1.3.3)

Für den Günstigkeitsvergleich ist auf die Verhältnisse bei Beginn der Versicherungskonkurrenz abzustellen. Spätere Veränderungen der Beitragsbemessungsgrundlagen aufgrund der Erhöhung der Bezugsgröße oder der Dynamisierung des Regelentgelts führen nicht zu einer anderen Beurteilung der Versicherungspflicht.

Beispiel (West)

Ein Versicherter nimmt ab September 2003 im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Kosten der Bundesanstalt für Arbeit an einer Maßnahme zur beruflichen Weiterbildung teil. Die Maßnahme wird in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen durchgeführt. Für die Zeit der Teilnahme an der Leistung zur Teilhabe erhält der Versicherte Übergangsgeld. Dem Übergangsgeld liegt ein Regelentgelt von 1.800 € monatlich zugrunde. Arbeitsentgelt wird nicht gezahlt.

Günstigkeitsvergleich:

Die Beitragsbemessungsgrundlage bei Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI beträgt nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI: ➤ 1.440 € (80 % von 1.800 €)	Die Beitragsbemessungsgrundlage bei Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI beträgt nach § 162 Nr. 2 SGB VI: ➤ 1.904 € (80 % von 2.380 €)
---	--

Versicherungspflicht besteht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI, weil in diesem Fall die höheren Beiträge zu zahlen sind.

1.3.1 Entgeltfortzahlung neben Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes

Für die Zeit, für die ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht und Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes zu zahlen ist (§ 47b Abs. 4 SGB V, § 47 Abs. 2 SGB VII), besteht Versicherungspflicht gemäß § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI neben der Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI.

1.3.2 Mehrfachbeschäftigte

Wird bei Mehrfachbeschäftigten aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Entgeltfortzahlung und aufgrund einer anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung eine Entgeltersatzleistung gewährt, besteht Versicherungspflicht während der Entgeltfortzahlung nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI und aufgrund der Entgeltersatzleistung nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

1.3.3 Dialysetage

Bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern, die turnusmäßig dialysiert werden und für die betreffenden Tage eine Entgeltersatzleistung erhalten, besteht Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, und zwar unabhängig davon, ob für diese Tage auch Arbeitsentgelt gezahlt wird oder nicht. Versicherungspflicht besteht nicht, wenn lediglich ein Entgeltersatz im Sinne von § 43 SGB V gezahlt wird (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1.2).

1.3.4 Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Bei Arbeitnehmern, die bei weiterbestehender Arbeitsunfähigkeit stufenweise in das Erwerbsleben wiedereingegliedert werden und eine Entgeltersatzleistung erhalten, besteht die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI fort, auch wenn der Arbeitnehmer neben der Entgeltersatzleistung Arbeitsentgelt erhält und deshalb nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI versicherungspflichtig ist. Versicherungspflicht besteht nicht, wenn lediglich ein Entgeltersatz im Sinne von § 43 SGB V gezahlt wird (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1.2).

1.4 Beginn und Ende der Versicherungspflicht

Da die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI an den tatsächlichen Bezug der Entgeltersatzleistung anknüpft, beginnt die Versicherungspflicht mit dem Tag, für den die Entgeltersatzleistung erstmalig gezahlt wird. Sie endet mit dem Tag, für den die Entgeltersatzleistung letztmalig gezahlt wird, spätestens jedoch mit dem Tag vor Eintritt der Versicherungsfreiheit (z. B. nach § 5 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI bei Bezug einer Vollrente wegen Alters).

2 Antragspflichtversicherung

2.1 Allgemeines

Personen, die eine der in § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI genannten Entgeltersatzleistungen beziehen, aber die Vorpflichtversicherung nicht erfüllen und demgemäß nicht bereits kraft Gesetzes versicherungspflichtig sind, können in der gesetzlichen Rentenversicherung auf Antrag nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI versicherungspflichtig werden.

Ein entsprechendes Antragsrecht haben nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI auch diejenigen Personen, die nur deshalb keinen Anspruch auf Krankengeld haben, weil sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Versicherungspflicht besteht für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (längstens jedoch für 18 Monate), wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuletzt versicherungspflichtig waren. Für die Erfüllung der erforderlichen Vorpflichtversicherung gelten die Ausführungen unter Abschnitt 1.1.8 entsprechend.

2.2 Ausschluss von der Antragspflichtversicherung

Die Vorschriften über die Versicherungsfreiheit und die Befreiung von der Versicherungspflicht gelten nach § 4 Abs. 3a SGB VI auch für Antragspflichtversicherte. Eine Antragspflichtversicherung nach § 4 Abs. 3 SGB VI ist dementsprechend nicht möglich für Personen, die

- a) in jeder Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind. Damit wird insbesondere den Personen, die am 31.12.1991 als
 - Angestellte im Zusammenhang mit der Erhöhung oder dem Wegfall der Jahresarbeitsverdienstgrenze in der Rentenversicherung nach dem bis zum 31.12.1967 geltenden Recht,
 - Handwerker,
 - Empfänger von Versorgungsbezügen oder
 - selbständig Tätige im Beitrittsgebiet aufgrund eines Versicherungsvertrages

von der Versicherungspflicht befreit (vgl. § 231 Abs. 1 Satz 2 und § 231a SGB VI) oder versicherungsfrei (§ 230 Abs. 1 Satz 2 SGB VI) waren, die Möglichkeit der Versicherungspflicht auf Antrag in der gesetzlichen Rentenversicherung verwehrt;

b) aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem anderweitigen Alterssicherungssystem nur in Bezug auf eine bestimmte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, wenn die Zeit des Bezugs einer Entgeltersatzleistung im Sinne des § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI in dem anderweitigen Alterssicherungssystem abgesichert ist oder abgesichert werden kann. Hiervon betroffen sind insbesondere

- Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung,
- Beamte, Richter und Berufssoldaten,

die von der Versicherungspflicht befreit (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI) oder versicherungsfrei (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI) sind.

Von der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI befreite selbständig tätige Handwerker oder nach den §§ 6 Abs. 1a, 231 Abs. 5 und 6 SGB VI befreite Selbständige sind dagegen von der Ausschlussregelung nicht betroffen, weil sich die Befreiung nur auf die selbständige Tätigkeit beschränkt.

2.3 Beginn der Antragspflichtversicherung

Nach § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB VI beginnt die Antragspflichtversicherung bei Beziehern von Entgeltersatzleistungen mit dem Beginn der Leistung und bei den nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld versicherten Personen mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antrag innerhalb von drei Monaten danach gestellt wird. Bei einer späteren Antragstellung beginnt die Antragspflichtversicherung mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt, frühestens jedoch mit dem Ende der Versicherungspflicht aufgrund einer vorausgehenden versicherungspflichtigen Beschäftigung (also nach Ablauf der Entgeltfortzahlung) oder Tätigkeit. Über den Antrag auf Versicherungspflicht entscheidet grundsätzlich der zuständige Rentenversicherungsträger.

Der Eingang des Antrags beim Leistungsträger steht dem Eingang beim Rentenversicherungsträger gleich.

2.4 Ende der Antragspflichtversicherung

Die Antragspflichtversicherung endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen weggefallen sind (§ 4 Abs. 4 Satz 2 SGB VI), das heißt, entweder mit

- Wegfall des Leistungsbezugs oder
- Beendigung der Arbeitsunfähigkeit oder Leistung zur medizinischen Rehabilitation, spätestens aber nach 18 Monaten.

2.5 Merkblatt zur Antragspflichtversicherung

Die Rentenversicherungsträger haben ein Merkblatt zur Antragspflichtversicherung erarbeitet, das sie den Krankenkassen und den Unfallversicherungsträgern im jeweiligen Zuständigkeitsbereich zur Verfügung stellen. Es liegt als Anlage 2 bei.

In den Fällen des Bezugs von Krankengeld durch Selbständige, in denen die Vorpflichtversicherung nicht erfüllt wird, haben sich die Krankenkassen bereit erklärt, ihre Versicherten auf die Möglichkeit der Antragspflichtversicherung hinzuweisen. Dies kann im Zusammenhang mit der Prüfung der Vorpflichtversicherung und dem für diese Zwecke verwendeten Fragebogen (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1.9) erfolgen.

3 Rentenversicherungszuständigkeit

Aus § 126 Abs. 1 Satz 1 in Verb. mit Satz 2 SGB VI ergibt sich, dass ein Rentenversicherungsträger, der für die Durchführung der Versicherung aufgrund einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit zuständig geworden ist, auch weiterhin zuständig bleibt, solange nicht ein anderer Rentenversicherungsträger aufgrund einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit ausschließlich zuständig wird. Dies bedeutet, dass für einen nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI versicherten Bezieher von Entgeltersatzleistungen stets der Rentenversicherungsträger zuständig ist, bei dem er vor dem Bezug der Entgeltersatzleistung zuletzt versichert war. Dementsprechend kann während eines einheitlichen Leistungsbezugs kein Wechsel in der Rentenversicherungszuständigkeit eintreten.

Beispiel

Es ergeben sich nacheinander folgende Versicherungstatbestände mit der daraus folgenden Zuständigkeit:



Sind in den Fällen des § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI (Antragspflichtversicherung) vor Beginn des Bezugs der Entgeltersatzleistung keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt worden, ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zuständig. Auf Antrag ist der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter zuständig (§ 126 Abs. 3 SGB VI). Das Wahlrecht kann nur einmal ausgeübt werden.

4 Besonderheit bei Durchführung der Versicherung durch die Bundesknappschaft

Nach der allgemeinen Zuständigkeitsregelung des § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB VI (vgl. Ausführungen unter Abschnitt 3) bleibt die Bundesknappschaft für die Durchführung der Versicherung zuständig, wenn der Versicherte zuletzt bei ihr aufgrund einer knappschaftlichen Beschäftigung (§§ 137, 273 SGB VI) versichert war. Die Bundesknappschaft ist darüber hinaus aufgrund der Sonderregelung des § 140 SGB VI i. d. F. ab 01.01.2002, die auch für die Durchführung der Versicherung Bedeutung hat (§ 126 Abs. 4 SGB VI in Verb. mit § 4 Abs. 1 VKVV), zuständig, wenn ein Beitrag aufgrund einer Beschäftigung zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt worden ist.

Die Bundesknappschaft führt nach § 141 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 SGB VI die Versicherung für Personen, die wegen eines Bezugs von Entgeltersatzleistungen entweder kraft Gesetzes oder auf Antrag bei ihr versichert sind, so durch, als ob sie insoweit in der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten versichert wären. Dies bedeutet, dass die Bundesknappschaft zwar für die Bearbeitung der Geschäftsvorfälle zuständig ist, die Versicherung aber in der Rentenversicherung der Arbeiter bzw. in der Rentenversicherung der Angestellten erfolgt und dass es sich bei den Beiträgen um solche zur Ren-

tenversicherung der Arbeiter oder zur Rentenversicherung der Angestellten und nicht um Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung handelt (vgl. hierzu Begründung zu § 142 [jetzt § 141] SGB VI, Bundestags-Drucksache 11/4124 S. 182).

Sofern die Versicherung aufgrund des Bezugs einer Entgeltersatzleistung erfolgt und die zu versichernde Person im letzten Jahr vor der genannten Zeit zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert war, wird nach § 141 Abs. 2 SGB VI diese Zeit auch in der knappschaftlichen Rentenversicherung berücksichtigt. Der Wortlaut des § 141 Abs. 2 SGB VI ist ferner dahingehend zu interpretieren, dass die letzte Versicherung nicht unbedingt wegen einer Beschäftigung bestanden haben muss. Es reicht vielmehr aus, wenn im letzten Jahr vor Beginn eines Bezugs von Entgeltersatzleistungen der letzte Beitrag zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt wurde.

IV Arbeitslosenversicherung

§ 26 SGB III

Sonstige Versicherungspflichtige

(1) ...

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie

1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren oder eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen haben,

2. und 3. ...

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie

1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren oder eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen haben und
2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners. Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt.

(4) ...

§ 28 SGB III

Sonstige versicherungsfreie Personen

(1) Versicherungsfrei sind Personen,

- 1. die das 65. Lebensjahr vollendet haben, mit Ablauf des Monats, in dem sie dieses Lebensjahr vollenden,**
- 2. die wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd nicht mehr verfügbar sind, von dem Zeitpunkt an, an dem das Arbeitsamt diese Minderung der Leistungsfähigkeit und der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung volle Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt haben,**
- 3. während der Zeit, für die ihnen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung vergleichbare Leistung eines ausländischen Leistungsträgers zuerkannt ist.**

(2) Versicherungsfrei sind Personen in einer Beschäftigung oder auf Grund des Bezuges einer Sozialleistung (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 und 2), soweit ihnen während dieser Zeit ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung zuerkannt ist.

1 Versicherungspflicht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen

1.1 Voraussetzungen der Versicherungspflicht

1.1.1 Allgemeines

Nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III besteht Versicherungspflicht für Personen, die von einem innerstaatlichen Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren oder eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen haben. Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kriegsopferversorgung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung zahlen für diese Zeiten Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III tritt unabhängig von der Höhe der Entgeltersatzleistung ein. Die Vorschrift über die Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit nach § 27 Abs. 2 SGB III findet auf Bezieher von Entgeltersatzleistungen keine Anwendung.

1.1.2 Bezug von Krankengeld

Versicherungspflicht wird ausgelöst durch den Bezug von

- Krankengeld (§ 44 SGB V, § 12 KVLG 1989),
- Krankengeld im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 Abs. 2 SGB V),
- Krankengeld im Zusammenhang mit einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft (§ 24b Abs. 2 Satz 2 SGB V),
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V),
- Krankengeld bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld (§ 47b SGB V),
- Krankengeld nach § 11 Abs. 3 BSVG für Spätaussiedler, das die Krankenkassen im Auftrag des Bundes zahlen.

Die einem Versicherten im Falle einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie für Dialysetage gezahlten Geldleistungen führen nur dann zur Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III, wenn es sich bei diesen Leistungen um Krankengeld im Sinne der §§ 44 ff. SGB V handelt. Sofern in den genannten Fällen ein Entgeltersatz im Sinne einer ergänzenden Leistung nach § 43 SGB V gezahlt wird, kommt Versicherungspflicht nicht in Betracht.

Mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft, die nicht Arbeitnehmer und infolgedessen auch nicht rentenversicherungspflichtig beschäftigt sind, erhalten pauschalisiertes Krankengeld nach § 13 Abs. 1 KVLG 1989. Dieses Krankengeld begründet keine Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III.

1.1.3 Bezug von Versorgungskrankengeld

Der Bezug von Versorgungskrankengeld nach den §§ 16, 16e BVG aus der Kriegsoferversorgung begründet unter den sonstigen Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III für den Leistungsbezieher ebenfalls Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung.

1.1.4 Bezug von Verletztengeld

Der Bezug von Verletztengeld nach den §§ 45 ff. SGB VII löst Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III aus. Dies gilt nicht für das pauschalierte Verletztengeld, das nach § 55 Abs. 2 SGB VII in Verb. mit § 13 Abs. 1 KVLG 1989 bemessen ist.

1.1.5 Bezug von Übergangsgeld

Der Bezug von Übergangsgeld von einem Träger der medizinischen Rehabilitation führt nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III zur Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Von der Regelung werden zunächst Personen erfasst, die während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Anspruch auf Übergangsgeld nach § 20 SGB VI haben. Darüber hinaus führt auch die Weiterzahlung von Übergangsgeld nach § 51 Abs. 1 SGB IX, also nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Versicherungspflicht, wenn weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Nicht zur Versicherungspflicht führt dagegen der Bezug von Übergangsgeld von einem Rehabilitationsträger, das im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt wird. Zur Vermeidung von sozialen Härten sehen leistungsrechtliche Regelungen in diesen Fällen eine Verlängerung der für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld maßgeblichen Rahmenfrist vor (§ 124 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 SGB III), so dass für die Betroffenen bereits erworbene Ansprüche aus der Arbeitslosenversicherung (Anwartschaftszeiten) erhalten bleiben.

1.1.6 Bezug von Mutterschaftsgeld

Das im Rahmen der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von den gesetzlichen Krankenkassen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) zu zahlende Mutterschaftsgeld führt vom 01.01.2003 an für Frauen, die diese Leistung beziehen, unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III zur Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Die Versicherungspflicht tritt im Übrigen vom 01.01.2003 an auch in bereits laufenden Mutterschaftsgeldfällen ein.

Die Versicherungspflicht besteht grundsätzlich für den Zeitraum, für den Mutterschaftsgeld nach § 200 Abs. 3 Satz 1 RVO oder § 29 Abs. 4 Satz 1 KVLG tatsächlich gezahlt wird. Auf-

grund der Versicherungskonkurrenzregelung des § 26 Abs. 3 Satz 3 SGB III (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.3.2) kommt die Versicherungspflicht in der Regel nur für die Zeit vor der Entbindung zustande. Eine Versicherungspflicht wegen des Bezugs von Mutterschaftsgeld für Zeiten nach der Entbindung sowie für den Tag der Entbindung ist in den Fällen denkbar, in denen die Eltern das Kind gemeinsam erziehen und erklären, dass die Erziehungszeit nach § 26 Abs. 2a SGB III nicht der Mutter, sondern dem anderen Elternteil zugeordnet werden soll. Für den anderen erziehenden Elternteil kommt Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2a SGB III nur in Betracht, wenn er unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig war oder eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen und die übrigen Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt hat. Allerdings ist die Versicherungspflicht ausgeschlossen, soweit während der Erziehungszeit bereits Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften des SGB III besteht oder der Erziehende Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III hat.

1.1.7 Tatsächlicher Leistungsbezug

Die Vorschrift des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III verlangt den Bezug einer der dort genannten Entgeltersatzleistungen. Unter Bezug ist dabei die tatsächliche Zahlung der Entgeltersatzleistung zu verstehen. Sofern der Anspruch auf die Entgeltersatzleistung in voller Höhe ruht oder versagt wird, besteht keine Versicherungspflicht.

1.1.8 Nachträgliche Änderung der Rechtslage

Die Versicherungspflicht wird grundsätzlich nicht rückwirkend beseitigt, wenn die Rechtsgrundlage entfällt oder der Rechtsgrund für die Leistung rückwirkend nur ausgetauscht wird. Dies gilt auch für den Fall, dass die Sozialleistung rückwirkend entzogen, zurückgefordert oder zurückgezahlt wird. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass der Versicherungsschutz im jeweiligen Zeitpunkt klar erkennbar sein muss und rückwirkende Veränderungen grundsätzlich unbeachtlich sind (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 15.05.1984 - 12 RK 7/83 - USK 8496). Demgemäß können Beitragserstattungen nicht verlangt werden, wenn sie auf einer nachträglichen Änderung der Rechtslage - wenn auch mit Rückwirkung - beruhen (vgl. hierzu Auswirkungen unter Abschnitt B V 1.4 und 1.5); sie kommen allenfalls dann in Betracht, wenn einer von Anfang an bestehenden, aber erst nachträglich erkannten Beitragsfreiheit Geltung verschafft wird.

Rückwirkenden Einfluss auf den Versicherungsschutz hat die Aufhebung der Bewilligung oder die Rückzahlung der Leistung (oder ihre Erstattung auf andere Weise) allerdings dann, wenn die Leistung anstelle von Arbeitsentgelt erbracht wurde, weil durch die spätere Zahlung des Arbeitsentgelts der Versicherungsschutz im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses gewährleistet ist.

Wird jedoch ein die Entgeltersatzleistung bewilligender Verwaltungsakt nach § 45 SGB X mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen, kommt eine Erstattung der zu Unrecht gezahlten Beiträge unter Beachtung von § 27 Abs. 2 SGB IV nach § 26 Abs. 2 SGB IV in Verb. mit § 351 SGB III in Betracht.

1.1.9 Vorpflichtversicherung oder vorausgehender SGB III-Leistungsbezug

Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs einer Entgeltersatzleistung tritt nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III nur ein, wenn der Bezieher der Entgeltersatzleistung unmittelbar vor deren Beginn versicherungspflichtig war (Vorpflichtversicherung) oder eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen hat. Der Begriff "unmittelbar" ist entsprechend dem Schutzgedanken dieser Bestimmung in Anlehnung an § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV weit auszulegen. Der Bezug der Entgeltersatzleistung löst auch dann Versicherungspflicht aus, wenn der Zeitraum zwischen dem Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung bzw. dem Ende des Bezugs einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem SGB III und dem Beginn der Entgeltersatzleistung einen Monat (z. B. 01.05. bis 31.05. oder 11.05. bis 10.06.) nicht überschreitet.

Das Erfordernis der Vorpflichtversicherung wird erfüllt, wenn der Bezieher der Entgeltersatzleistung unmittelbar vor Beginn der Leistung eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung ausgeübt hat (§ 25 SGB III) oder aus anderen Gründen versicherungspflichtig gewesen ist (sonstige Versicherungspflichtige nach § 26 Abs. 1 und Abs. 2 SGB III).

Wird die Vorpflichtversicherung nicht erfüllt, kann der Bezug von Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld von einem Träger der medizinischen Rehabilitation für den Leistungsbezieher gleichwohl zur Versicherungspflicht führen, wenn unmittelbar vor Beginn der Leistung eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen wurde. Laufende Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III im Sinne dieser Regelung sind das Arbeitslosengeld, die Arbeitslosenhilfe, das Unterhaltsgeld,

das Übergangsgeld nach § 160 SGB III und die Eingliederungshilfe. Unter Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem SGB III ist grundsätzlich die tatsächliche Zahlung zu verstehen. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz gilt für den zweiten Monat bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 SGB III), weil für diesen Zeitraum die Leistung als bezogen gilt (§ 232a Abs. 1 Satz 3 SGB V). Ferner gilt die Leistung auch dann als bezogen, wenn das Arbeitslosengeld oder die Arbeitslosenhilfe wegen eines Anspruchs auf Arbeitsentgelt (§ 143 Abs. 1 SGB III) oder aufgrund einer Urlaubsabgeltung wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses (§ 143 Abs. 2 SGB III) ruht.

Soweit Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe wegen anderer Ruhestatbestände nicht gezahlt wird, liegt kein Bezug dieser Leistungen vor. Das gilt auch, wenn die Bewilligung der Leistung rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt wird. Ruhestatbestände in diesem Sinne sind in den folgenden Vorschriften geregelt: § 125 Abs. 2 Satz 3 SGB III (Ruhe des Anspruchs wegen unterbliebenem Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auf Rente wegen Erwerbsminderung), § 142 SGB III (Ruhe des Anspruchs bei anderen Sozialleistungen), § 145 SGB III (Ruhe des Anspruchs infolge eines Meldeversäumnisses), § 146 SGB III (Ruhe des Anspruchs bei inländischen Arbeitskämpfen). Durch das Ruhen des Anspruchs auf Leistungen während des ersten Monats einer Sperrzeit (§ 144 SGB III) liegt zwar kein Bezug dieser Leistung vor. Dies ist jedoch insoweit unschädlich, weil die Regelung des § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV (Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses für einen Monat) die "Unmittelbarkeit" herstellt.

Von einem Leistungsbezug ist jedoch dann auszugehen, wenn die Entscheidung über das Ruhen des Anspruchs beseitigt wird und Leistungen rückwirkend gezahlt werden.

1.2 Auslandsaufenthalt

Da das Erfordernis der Vorpflichtversicherung in der Regel durch eine im Inland ausgeübte Beschäftigung (vgl. zum Territorialitätsprinzip § 3 Nr. 1 SGB IV) erfüllt wird, besteht die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs einer Entgeltersatzleistung - ungeachtet einer im Arbeitsförderungsrecht „fehlenden“, dem Rentenversicherungsrecht nach § 3 Satz 6 SGB VI vergleichbaren Regelung - auch dann, wenn der Leistungsbezieher seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat. Gleiches gilt, wenn die Vorpflichtversicherung

durch einen anderen Versicherungspflichttatbestand als die Beschäftigung oder durch den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem SGB III erfüllt wird.

1.3 Mehrfachversicherung/Versicherungskonkurrenz

1.3.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III ist vorrangig gegenüber der Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB III aufgrund des Bezugs von Krankentagegeld sowie der Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 1 Nr. 4 SGB III als Gefangener (§ 26 Abs. 3 SGB III). Im Übrigen besteht Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III neben der Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften. Eine Mehrfachversicherung ist somit möglich.

1.3.2 Mutterschaftsgeld neben Zeiten der Kindererziehung

Nach der Versicherungskonkurrenzregelung des § 26 Abs. 3 Satz 3 SGB III geht die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2a SGB III während der Erziehung des Kindes der Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III aufgrund des Mutterschaftsgeldbezugs vor. In diesen Fällen wird die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Mutterschaftsgeld für Zeiten nach der Entbindung sowie für den Entbindungstag also regelmäßig verdrängt. Für die Dauer des Mutterschaftsgeldbezugs für Zeiten nach der Entbindung sowie für den Entbindungstag wird widerlegbar vermutet, dass für die Mutter Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2a SGB III besteht. Die Vermutung kann durch entsprechende Nachweise widerlegt werden.

Für Zeiten vor der Entbindung ist die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Mutterschaftsgeld nach § 26 Abs. 3 Satz 3 SGB III ausgeschlossen, sofern für die Versicherte während Zeiten der Versicherungspflicht aufgrund von Kindererziehung ein erneuter Anspruch auf Mutterschaftsgeld entsteht.

1.3.3 Entgeltfortzahlung neben Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes

Für die Zeit, für die ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht und Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes zu zahlen ist (§ 47b Abs. 4 SGB V, § 47 Abs. 2 SGB VII), besteht Versicherungspflicht gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III neben der Versicherungspflicht nach § 25 Abs. 1 SGB III.

1.3.4 Mehrfachbeschäftigte

Wird bei Mehrfachbeschäftigten aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Entgeltfortzahlung und aufgrund einer anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung eine Entgeltersatzleistung gewährt, besteht während der Entgeltfortzahlung sowohl Versicherungspflicht nach § 25 Abs. 1 SGB III als auch nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III.

1.3.5 Dialysetage

Bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern, die turnusmäßig dialysiert werden und für die betreffenden Tage eine Entgeltersatzleistung erhalten, besteht Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III, und zwar unabhängig davon, ob für diese Tage auch Arbeitsentgelt gezahlt wird oder nicht. Versicherungspflicht besteht nicht, wenn lediglich ein Entgeltersatz im Sinne von § 43 SGB V gezahlt wird (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1.2).

1.3.6 Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Bei Arbeitnehmern, die bei weiterbestehender Arbeitsunfähigkeit stufenweise in das Erwerbsleben wiederingegliedert werden und eine Entgeltersatzleistung erhalten, besteht die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III fort, auch wenn der Arbeitnehmer neben der Entgeltersatzleistung Arbeitsentgelt erhält und deshalb nach § 25 Abs. 1 SGB III versicherungspflichtig ist. Versicherungspflicht besteht nicht, wenn lediglich ein Entgeltersatz im Sinne von § 43 SGB V gezahlt wird (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1.2).

1.4 Beginn und Ende der Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit

Die Versicherungspflicht beginnt mit dem Bezug einer der in § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III genannten Entgeltersatzleistungen. Sie endet mit dem Tag, für den die Entgeltersatzleistung letztmalig gezahlt wird.

Fällt der Anspruch auf Krankengeld oder Verletztengeld infolge Zubilligung einer Vollrente wegen Alters rückwirkend weg (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, § 46 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB VII), dann wird auch die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III nachträglich beseitigt (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1.8).

Bei Zubilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der inländischen gesetzlichen Rentenversicherung besteht nach § 28 Abs. 2 SGB III vom Rentenbeginn an Versicherungsfreiheit für die Zeit des Entgeltersatzleistungsbezugs im Sinne des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III. Dies gilt auch, wenn dem Leistungsbezieher bei rückwirkender Zubilligung ein Spitzbetrag der Entgeltersatzleistung verbleibt. Für die Zeit zwischen dem Eintritt der vollen Erwerbsminderung und dem (späteren) Rentenbeginn besteht dagegen Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III. Das bedeutet, dass die für diese Zeit gezahlten Beiträge aufgrund des Bezugs von Entgeltersatzleistungen nicht erstattet werden können, wenn die volle Erwerbsminderung nach dem Rentenbeginn rückwirkend festgestellt worden ist (vgl. Urteile des Bundessozialgerichts vom 19.03.1992 - 12 RK 5/90 und 12 RK 10/91 - USK 9220 sowie vom 18.08.1992 - 12 RK 54/91 - USK 9235).

Versicherungsfreiheit besteht ferner während der Zeit, für die Personen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung vergleichbare Leistung eines ausländischen Leistungsträgers erhalten (§ 28 Abs. 1 Nr. 3 SGB III).

Für Personen, die wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd nicht mehr verfügbar sind, tritt Versicherungsfreiheit von dem Zeitpunkt an ein, von dem an das Arbeitsamt diese Minderung der Leistungsfähigkeit und der zuständige Rentenversicherungsträger volle Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt haben (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 SGB III); maßgebend ist das Datum des letzten Feststellungsbescheides.

Versicherungsfreiheit besteht auch für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Versicherungsfreiheit beginnt mit Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 SGB III). Für die nach § 28 Abs. 1

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen

Nr. 1 SGB III versicherungsfreien Bezieher von Entgeltersatzleistungen hat der Leistungsträger keinen Beitragsanteil zu zahlen, weil eine dem § 346 Abs. 3 SGB III (Beitragsanteil des Arbeitgebers) analoge Vorschrift für die betroffenen Leistungsträger nicht besteht.

B Beiträge

I Allgemeine Grundsätze zur Beitragsbemessung in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung

1 Beitragspflicht, Beitragsberechnung

Die Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sind grundsätzlich für jeden Tag, für den eine Mitgliedschaft (Kranken- und Pflegeversicherung), eine Versicherung (Rentenversicherung) oder ein Versicherungspflichtverhältnis (Arbeitslosenversicherung) besteht, zu zahlen. Sie werden nach einem Beitragssatz von der Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben. Für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt abweichendes Recht (vgl. § 48 Abs. 2 und § 49 KVLG 1989).

Die bei Bezug von Entgeltersatzleistungen bzw. aus Anlass der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung zu zahlenden Beiträge werden grundsätzlich für den Kalendertag berechnet. Dabei ist stets unmittelbar der volle kalendertägliche Beitrag zu ermitteln. Ist der Versicherte an der Aufbringung der Beiträge beteiligt, ist der Beitragsanteil des Versicherten ausgehend vom Zahlbetrag der Leistung gesondert zu berechnen. Unter Zahlbetrag ist der unter Anwendung aller Ruhens-, Versagens- und Kürzungsvorschriften zur Auszahlung gelangende Betrag zu verstehen. Beiträge, die an Dritte abgezweigt werden, mindern den Zahlbetrag der Entgeltersatzleistung nicht. Mithin sind Abzweigungsbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bei der Berechnung des Beitragsanteils zu berücksichtigen. Die Differenz zwischen dem vollen Beitrag und dem Beitragsanteil des Versicherten stellt den Beitragsanteil des Leistungsträgers dar.

Der für den Abrechnungszeitraum (Zahlungszeitraum der Entgeltersatzleistung) maßgebende Gesamtbeitrag für den jeweiligen Versicherungszweig wird durch Multiplikation des kalendertäglichen Beitrags mit der Anzahl der Kalendertage, für die auf Grund des Entgeltersatzleistungsbezugs bzw. aus Anlass der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung Versicherungspflicht oder eine Mitgliedschaft besteht, ermittelt.

Volle Kalendermonate mit Entgeltersatzleistungen sind mit 30 Tagen anzusetzen (§ 223 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 54 Abs. 2 Satz 3 SGB XI, § 123 Abs. 3 Satz 2 SGB VI, § 341 Abs. 3 Satz 2 SGB III). Beginnt oder endet die Beitragspflicht einer Entgeltersatzleistung im Laufe eines Kalendermonats, ist für die Beitragsberechnung von der tatsächlichen Anzahl der verbleibenden Kalendertage des entsprechenden Monats auszugehen. Wechselt im Laufe eines Kalendermonats die Entgeltersatzleistung, ist der betreffende Monat mit 30 Tagen anzusetzen, sofern durchgehend Beitragspflicht besteht.

2 Beitragspflichtige Einnahmen

2.1 Allgemeines zur Beitragsbemessungsgrundlage

Beitragsbemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Als beitragspflichtige Einnahmen gelten nach § 235 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGB V, § 57 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 SGB XI, § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI, § 345 Nr. 5 SGB III grundsätzlich 80 v. H. des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens. Die Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung werden also regelmäßig nicht vom Zahlungsbetrag der Entgeltersatzleistung, sondern von einer fiktiven Bemessungsgrundlage erhoben. Näheres über die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen in den einzelnen Versicherungszweigen und bei besonderen Personengruppen enthalten die Abschnitte II bis V.

Sofern im Bemessungsentgelt für das Verletztengeld bzw. Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung lohnsteuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit enthalten sind (vgl. § 3 ArEV), sind diese bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Bemessung der Beiträge bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe bzw. Eingliederungshilfe zu zahlen sind, werden von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung unterschiedliche Auffassungen vertreten. Während die Bundesanstalt für Arbeit und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger der Meinung sind, dass in diesen Fällen beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von 80 v. H. des der Entgeltersatzleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts maßgebend sind, vertreten die Spitzenverbände der Krankenkassen die Ansicht, dass sich die beitragspflichtigen Einnahmen nach der Höhe der gezahlten Leistung richten.

Die zunächst von allen Beteiligten ergriffene Initiative, eine gesetzliche Änderung/Ergänzung herbeizuführen, ist vom Gesetzgeber bislang nicht umgesetzt worden. Da eine einvernehmliche Lösung nicht zu erreichen ist, wird eine Klärung der Problematik im sozialgerichtlichen Verfahren angestrebt.

2.2 Arbeitsentgelt

Für die Ermittlung des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts ist vom Begriff des Arbeitsentgelts im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV auszugehen. Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage ist neben dem laufenden Arbeitsentgelt auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zu berücksichtigen. Dabei ist - analog der Verfahrensweise im Leistungsrecht der einzelnen Versicherungszweige - dem aus dem laufenden Arbeitsentgelt ermittelten Betrag, der der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt (Regelentgelt), ein Betrag in Höhe von 1/360 des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, das in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach § 23a SGB IV der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat, hinzuzurechnen. Für die Beitragsberechnung in der Renten- und Arbeitslosenversicherung ist ein besonderer Hinzurechnungsbetrag zu bilden, wenn der beitragspflichtige Teil der Einmalzahlungen in diesen Versicherungszweigen höher war als der in der Krankenversicherung. Der besondere Hinzurechnungsbetrag beträgt 1/360 der beitragspflichtigen Einmalzahlungen in der Rentenversicherung. Beim Versorgungskrankengeld handelt es sich nicht um eine beitragsfinanzierte Entgeltersatzleistung. Einmalzahlungen bleiben deshalb bei der Berechnung des Versorgungskrankengeldes für Arbeitnehmer unberücksichtigt (§ 16 Abs. 2 Satz 1, 3 und 4 BVG).

Bei freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern, deren laufendes monatliches Arbeitsentgelt unterhalb der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung liegt, die aber wegen der zu berücksichtigenden Einmalzahlungen nach einer vereinfachenden Verfahrensregelung im Leistungsrecht regelmäßig Höchstkrankengeld bzw. das letzte Nettoarbeitsentgelt als Krankengeld erhalten, ist als Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung aus dem Krankengeld das tatsächliche Regelentgelt einschließlich des aus der Einmalzahlung ermittelten Hinzurechnungsbetrags heranzuziehen. Die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung ist außer Acht zu lassen. Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind grundsätzlich ausgehend von der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung zu ermitteln. Sofern der Arbeitgeber jedoch die Höhe des beitragspflichtigen Teils der Einmalzahlung bescheinigt, sind die Beiträge zur Pflegeversicherung nach dem tatsächlichen Bruttoarbeitsentgelt, das der Krankengeldberechnung zugrunde liegt - einschließlich des aus der Einmalzahlung ermittelten Hinzurechnungsbetrags -, zu berechnen.

Beispiel

Monatliches Arbeitsentgelt (brutto)	3.300,00 €
Monatliches Arbeitsentgelt (netto)	2.190,00 €
Einmalzahlung	3.300,00 €

Krankengeld wird in Höhe des Nettoarbeitsentgelts von 73,00 € (ktgl.) gezahlt.

<p>Beiträge zur Pflegeversicherung:</p> <p>"fiktives" Bruttoarbeitsentgelt $(3.450,00 \text{ €} : 30) = 115,00 \text{ €}$ + 1/360 der Einmalzahlung $(3.300,00 \text{ €} : 360) = \underline{9,17 \text{ €}}$ $= 124,17 \text{ €}$</p> <p>Beitragsbemessungsgrundlage $(115,00 \times 80 \%) = 92,00 \text{ €}$</p>	<p>Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung:</p> <p>"tatsächliches" Bruttoarbeitsentgelt $(3.300,00 \text{ €} : 30) = 110,00 \text{ €}$ + 1/360 der Einmalzahlung $(3.300,00 \text{ €} : 360) = \underline{9,17 \text{ €}}$ $= 119,17 \text{ €}$</p> <p>Beitragsbemessungsgrundlage $(119,17 \times 80 \%) = 95,34 \text{ €}$</p>
--	---

2.3 Arbeitseinkommen

Für die Ermittlung des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens ist vom Begriff des Arbeitseinkommens im Sinne des § 15 SGB IV auszugehen. Arbeitseinkommen findet keine Berücksichtigung für die Bemessung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

2.4 Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage

Die in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen verwendete Formulierung „80 v. H. des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens“ bezieht sich jeweils auf die ungekürzte Bemessungsgrundlage der entsprechenden Entgeltersatzleistung (Regelentgelt), gegebenenfalls limitiert auf die Beitragsbemessungsgrenze des Versicherungszweiges, zu dem die Beiträge zu zahlen sind. Ausgehend von diesem Wert ist die Kürzung auf 80 v. H. vorzunehmen.

Beispiel

Ein Versicherter bezieht im Jahr 2003 Krankengeld. Das kalendertägliche Regelentgelt (einschließlich eines möglichen Hinzurechnungsbetrags wegen Einmalzahlungen) beträgt 183 €. Die dem Leistungsbezug vorausgehende Beschäftigung wurde in den alten Bundesländern ausgeübt.

<u>1. Schritt:</u> Ermittlung des Regelentgelts		183,00 €
<u>2. Schritt:</u> Begrenzung des Regelentgelts auf die Beitragsbemessungsgrenze	Pflegeversicherung	115,00 €
	Rentenversicherung	170,00 €
	Arbeitslosenvers.	170,00 €
<u>3. Schritt:</u> Kürzung auf 80 %	Pflegeversicherung	92,00 €
	Rentenversicherung	136,00 €
	Arbeitslosenvers.	136,00 €

2.5 Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenzen

Das für die Bemessung der Beiträge anzusetzende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen wird maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Maßgebend ist dabei die Beitragsbemessungsgrenze des Versicherungszweiges, für den die Beiträge bestimmt sind (BSG, Urteile vom 29.09.1997 - 8 RKn 4/97, 5/97 und 6/97 - USK 9750).

Ist das dem Leistungsbezug zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen im Rechtskreis Ost (neue Bundesländer einschließlich Berlin [Ost]) erzielt worden, ist für die Bemessung der Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) maßgebend.

Änderungen der Beitragsbemessungsgrenzen zum 01.01. eines Kalenderjahres sind bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen. Sofern also das ungekürzte Regelentgelt des Versicherten die Beitragsbemessungsgrenze eines Versicherungszweiges übersteigt, ist vom 01.01. des neuen Kalenderjahres an die (in der Regel) höhere Beitragsbemessungsgrenze zu beachten (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.02.1982 - 12 RK 81/80 - USK 8218).

2.6 Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage um beitragspflichtiges Arbeitsentgelt

Die beitragspflichtigen Einnahmen sind nach § 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 57 Abs. 1 SGB XI, § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI oder § 345 Nr. 5 SGB III zu kürzen, solange der Versicherte neben der Entgeltersatzleistung beitragspflichtiges Arbeitsentgelt aus einer die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung erzielt. Bei der Ermittlung des Kürzungsbeitrags wird in der Kranken- und Pflegeversicherung das volle beitragspflichtige Arbeitsentgelt angesetzt, in der Renten- und Arbeitslosenversicherung dagegen nur ein Betrag in Höhe von 80 v. H.

In der Pflegeversicherung sieht das Gesetz in § 57 Abs. 2 SGB XI keine Regelung für den Fall vor, dass neben dem Krankengeld beitragspflichtiges Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung bezogen wird. Eine Anwendung dieser Vorschrift ohne eine beitragsrechtliche Anrechnung des Arbeitsentgelts auf die Bemessungsgrundlage für die aus dem Krankengeld zu zahlenden Beiträge würde somit dazu führen, dass die in dieser Zeit insgesamt zu zahlenden Beiträge höher wären als in der Zeit, in der ausschließlich aufgrund des Krankengeldbezugs Beiträge zu zahlen sind. Um diese nicht gewollte Folge zu vermeiden, ist die Beitragsbemessungsgrundlage im Sinne des § 57 Abs. 2 Satz 1 SGB XI um das beitragspflichtige Arbeitsentgelt zu kürzen.

Die Kürzung erfolgt - für alle Versicherungszweige einheitlich - auf der für die Bemessung der Beiträge (aus Entgeltersatzleistungen) maßgebenden Grundlage, d. h. auf 80 v. H. des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens. Zwar unterliegen Personen, die Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung erhalten, nicht der Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, weil nach der Konkurrenzregelung des § 5 Abs. 6 Satz 1 SGB V die Versicherung als Arbeitnehmer vorrangig ist; gleichwohl sind nach dem in § 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V erklärten Willen des Gesetzgebers in Fällen dieser Art Beiträge nicht nur aus dem Arbeitsentgelt zu zahlen.

Schaubild

Reihenfolge zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen
(ktgl. Werte für das Jahr 2003 - neue Bundesländer)

	KV/PV	RV/AIV
<u>1. Schritt:</u> Ermittlung des Regelentgelts	150,00 €	150,00 €
<u>2. Schritt:</u> Begrenzung des Regelentgelts auf die Beitragsbemessungsgrenze	115,00 €	141,67 €
<u>3. Schritt:</u> Kürzung auf 80 %	92,00 €	113,34 €
<u>4. Schritt:</u> Minderung um anrechenbares Arbeitsentgelt	50,00 €	40,00 €
<u>Ergebnis</u> Beitragsbemessungsgrundlage	42,00 €	73,34 €

2.7 Anpassung der Beitragsbemessungsgrundlage¹

Die (leistungsrechtliche) Anpassung des Krankengeldes, Versorgungskrankengeldes, Verletzengeldes und Übergangsgeldes im Rahmen des § 50 SGB IX zieht gleichzeitig eine Anpassung der Bemessungsgrundlage für die aufgrund des Entgeltersatzleistungsbezugs zu zahlenden Beiträge nach sich. Die Anpassung ist von dem Zeitpunkt an vorzunehmen, von dem an die Entgeltersatzleistung angepasst wird. Für die Beitragsberechnung ist das der Berechnung der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen (Regelentgelt ohne Begrenzung auf die Beitragsbemessungsgrenze) mit dem maßgebenden Anpassungsfaktor zu multiplizieren. Rechtsgrundlage für eine solche Anpassung ist § 50 Abs. 1 SGB IX; die Vorschrift (seit dem 01.07.2001 in Kraft) stellt für die Anpassung der Entgeltersatzleistungen auf die Berechnungsgrundlage ab. Die spezialgesetzlichen Anpassungsregelungen in § 235 SGB V sind damit dem Grunde nach entbehrlich.

¹ Die Verfahren zur Anpassung der Entgeltersatzleistungen im Leistungsrecht bleiben hiervon unberührt.

Beispiel

Regelentgelt:	79,33 €
Beitragsbemessungsgrundlage (80 % des Regelentgelts):	63,46 €
Anpassungsfaktor: 1,0209	
Regelentgelt nach Anpassung:	80,99 €
Neue Beitragsbemessungsgrundlage (80 % des angepassten Regelentgelts):	64,79 €

Nach der vorgenannten Anpassungsregel wird einheitlich ab dem 01.01.2003 verfahren. Soweit für die Zeit vor dem 01.01.2003 anders verfahren wurde, behält es damit sein Bewenden.

3 Beitragssatz

Die Beiträge werden nach dem Beitragssatz berechnet, der für den Zahlungszeitraum der Entgeltersatzleistung gilt. Ändert sich der Beitragssatz im Laufe eines Zahlungszeitraums, ist für die Beitragsberechnung eine entsprechende Aufteilung erforderlich.

4 Beitragstragung

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden - mit Ausnahme der für Bezieher von Krankengeld zu zahlenden Pflegeversicherungsbeiträge - von den Leistungsträgern alleine getragen. An der Aufbringung der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung wird der Versicherte bei Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld dagegen beteiligt. Sofern Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Leistung nach dem SGB III gezahlt wird oder der Leistungsbezieher zur Berufsausbildung beschäftigt ist und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 325 EUR nicht übersteigt, werden die Beiträge vom Leistungsträger alleine getragen. Nähere Ausführungen zur Beitragstragung sind in den Abschnitten zu den jeweiligen Versicherungszweigen enthalten.

5 Zahlung der Beiträge

Die Beiträge sind von den Leistungsträgern zu zahlen. Der Leistungsträger hat bei Auszahlung der Entgeltersatzleistung den Beitragsanteil des Leistungsbeziehers - soweit er an der Beitragsaufbringung beteiligt ist - einzubehalten. Das gilt auch, wenn Leistungen auftragsweise (z. B. für den Unfallversicherungsträger) erbracht werden. Ein unterbliebener Einbehalt kann auch noch bei späteren Zahlungen nachgeholt werden.

6 Fälligkeit der Beiträge

Die Beiträge bei Bezug einer Entgeltersatzleistung im Sinne des § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI werden nach § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV am Achten des auf die Zahlung der Entgeltersatzleistung folgenden Monats fällig. Dies gilt in analoger Anwendung dieser Regelung auch für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung ohne Bezug von Übergangsgeld sowie für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung bei Bezug von Mutterschaftsgeld. Aus Vereinfachungsgründen kann für die Beiträge bei Bezug von Mutterschaftsgeld auf die abschließende Zahlung der Leistung nach der Entbindung abgestellt werden.

Der Versicherungsträger, dem die Beiträge zustehen, soll am Fälligkeitstag über die Beiträge verfügen können.

Eine verspätete Zahlung der Beiträge löst die Erhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 SGB IV aus. Für die Erhebung und den Erlass der Säumniszuschläge auf verspätet gezahlte Beiträge aus Entgeltersatzleistungen gelten die Ausführungen unter Abschnitt 5 und 7 der „Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit zur Erhebung von Säumniszuschlägen nach § 24 SGB IV im Rahmen des Gesamtsozialversicherungsbeitrags ab 1. Januar 1995“ vom 09.11.1994 entsprechend. Hiervon abweichende Vereinbarungen unter Sozialleistungsträgern bleiben unberührt.

II Krankenversicherung

§ 223 SGB V

Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

- (1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.
- (2) Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.
- (3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 235 SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und behinderten Menschen 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 Übergangsgeldes 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) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 3 erhalten bleibt, sind die vom zuständigen Rehabilitationsträger nach § 251 Abs. 1 zu tragenden Beiträge nach 80 vom Hundert des Regelentgelts zu bemessen, das der Berechnung des Übergangsgeldes, des Verletztengeldes oder des Versorgungskrankengeldes zugrunde liegt. Absatz 1 Satz 3 gilt.
- (3) ...
- (4) § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 2 sowie die §§ 228 bis 231 gelten entsprechend; bei Anwendung des § 230 Abs. 1 ist das Arbeitsentgelt vorrangig zu berücksichtigen.

§ 241 SGB V

Allgemeiner Beitragssatz

Die Beiträge sind nach einem Beitragssatz zu erheben, der in Hundertstel der beitragspflichtigen Einnahmen in der Satzung festgesetzt wird. Soweit nichts Abweichendes bestimmt ist, zahlen Mitglieder Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz. Dieser Beitragssatz gilt für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben.

§ 242 SGB V

Erhöhter Beitragssatz

Für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ist der allgemeine Beitragssatz entsprechend zu erhöhen.

§ 243 SGB V

Ermäßigter Beitragssatz

(1) Besteht kein Anspruch auf Krankengeld oder beschränkt die Krankenkasse auf Grund von Vorschriften dieses Buches für einzelne Mitgliedergruppen den Umfang der Leistungen, ist der Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen.

(2) ...

§ 251 SGB V

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) Der zuständige Rehabilitationsträger trägt die auf Grund der Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung (§ 5 Abs. 1 Nr. 6) oder des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld (§ 192 Abs. 1 Nr. 3) zu zahlenden Beiträge.

(2) 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 zahlt die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch.

§ 258 SGB V
Beitragszuschüsse für andere Personen

In § 5 Abs. 1 Nr. 6, 7 oder 8 genannte Personen, die nach § 6 Abs. 3a versicherungsfrei sind, sowie Bezieher von Übergangsgeld, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 von der Versicherungspflicht befreit sind, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. Als Zuschuss ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist. § 257 Abs. 2a bis 2c gilt entsprechend.

1 Beitragspflichtige Einnahmen

1.1 Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung bei Bezug von Übergangsgeld

Als Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) für nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtige Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die Übergangsgeld beziehen, gilt nach § 235 Abs. 1 Satz 1 SGB V 80 v. H. des Regelentgelts, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt.

Bei Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die neben dem Übergangsgeld eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, sind die beitragspflichtigen Einnahmen um den Zahlbetrag der Rente zu kürzen (§ 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Damit wird erreicht, dass nicht für beide Leistungen (Übergangsgeld und Rente) beitragsrechtlich die jeweilige Beitragsbemessungsgrundlage in unverminderter Höhe anzusetzen ist, zumal es

aufgrund von Anrechnungsvorschriften auch im Leistungsrecht in diesen Fällen nicht zu einem ungeschmälernten Doppelbezug beider Leistungen kommt.

1.2 Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung ohne Bezug von Übergangsgeld

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die kein Übergangsgeld erhalten, gilt nach § 235 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein Betrag in Höhe von 20 v. H. der monatlichen Bezugsgröße als Beitragsbemessungsgrundlage. Die Anpassung der Bezugsgröße zu Beginn eines Kalenderjahres durch den Verordnungsgeber führt von diesem Zeitpunkt an zu einer entsprechenden Anpassung der aus der Bezugsgröße abgeleiteten Beitragsbemessungsgrundlage.

1.3 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Für Personen, deren Mitgliedschaft aufgrund des Bezugs von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld erhalten bleibt, bemessen sich die vom Rehabilitationsträger zu zahlenden Beiträge gemäß § 235 Abs. 2 SGB V nach 80 v. H. des Regelentgelts, das der Berechnung des Verletztengeldes, Versorgungskrankengeldes oder Übergangsgeldes zugrunde liegt. Dabei bleibt der Teil des Regelentgelts, der aus einer selbständigen Tätigkeit resultiert, außer Betracht.

Für freiwillig krankenversicherte Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation bemessen sich die vom Rehabilitationsträger zu zahlenden Beiträge in entsprechender Anwendung des § 235 Abs. 2 SGB V nach 80 v. H. des Regelentgelts, das der Berechnung des Verletztengeldes, Versorgungskrankengeldes oder Übergangsgeldes zugrunde liegt.

1.4 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder Unterhaltsgeldes gezahlt werden

Die Beiträge für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, deren Leistung in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gewährt wird, werden aus 80 v. H. des durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts, das der Bemessung der Leistung zugrunde liegt, berechnet. Ausgangsbasis ist hierbei das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder Unterhaltsgeldes tatsächlich zugrunde liegende Arbeitsentgelt; eine Rundung nach den Tabellen der SGB III-Leistungsverordnung erfolgt nicht.

1.5 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe gezahlt werden

Hinsichtlich der Bemessung der Beiträge bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe zu zahlen sind, werden von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung unterschiedliche Auffassungen vertreten (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt I 2.1).

1.6 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt werden

Wird Verletztengeld in entsprechender Anwendung des § 47b Abs. 4 SGB V in Höhe des Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeldes gezahlt, ist das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt aus dem Unterschiedsbetrag zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt im Sinne des § 179 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB III zu ermitteln. Dabei sind sowohl das Sollentgelt als auch das Istentgelt - anders als in § 179 Abs. 1 Satz 5 SGB III für das Leistungsrecht der Arbeitslosenversicherung vorgeschrieben - nicht auf den nächsten durch zwanzig teilbaren Euro-Betrag, sondern in der zweiten Dezimalstelle kaufmännisch zu runden. Der so ermittelte Betrag ist anschließend auf 80 v. H. zu kürzen. Sind in dem Anspruchszeitraum sowohl Zeiten von Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeldgeld als auch von Verletztengeld angefallen, ist nur der Anteil der Ausfalltage bzw. -stunden zu berücksichtigen, für den die Entgeltersatzleistung zu zahlen ist (vgl. hierzu auch die Berechnungsformel unter Abschnitt IV 1.2.3).

1.7 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Übergangsgeld nach § 21 Abs. 2 SGB VI

Bei Beziehern von Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung, die in diesem Versicherungszweig freiwillig oder als versicherungspflichtige Selbständige versichert sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen unter Beachtung von § 21 Abs. 2 SGB VI 80 v. H. des Einkommens, das den für das letzte Kalenderjahr vor Leistungsbeginn gezahlten Rentenversicherungsbeiträgen zugrunde liegt.

1.8 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Übergangsgeld nach § 48 SGB IX

Für Bezieher von Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung, die die Leistung nach der in § 48 SGB IX normierten Berechnungsgrundlage erhalten, gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 v. H. des auf ein Jahr bezogenen tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts.

1.9 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Verletztengeld nach § 47 Abs. 5 SGB VII

Für einen Unfallverletzten, der von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ein nach § 47 Abs. 5 SGB VII berechnetes Verletztengeld bezieht, gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes. Dies gilt auch beim Bezug von Verletztengeld wegen einer anerkannten Berufskrankheit.

1.10 Beitragsbemessungsgrundlage bei gleichzeitigem Bezug von Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

§ 235 Abs. 4 SGB V erklärt die Vorschrift des § 226 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 SGB V für entsprechend anwendbar. Der gleichzeitige Bezug von Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen neben dem Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld hat keine Auswirkungen auf die Beitragsbemessung aus Entgeltersatzleistungen. Hinsichtlich der Berechnung der Beiträge aus Rente, Versorgungs-

bezügen und Arbeitseinkommen sowie zu möglichen Beitragserstattungen wird auf die Aussagen in dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der Rentner verwiesen. Bei gleichzeitigem Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit neben Übergangsgeld aufgrund von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist nach § 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V eine Kürzung der Bemessungsgrundlage um den Zahlbetrag der (Brutto-)Rente vorzunehmen (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 1.1).

2 Beitragssätze

2.1 Allgemeiner Beitragssatz

Die vom Rehabilitationsträger für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge werden nach dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkasse (§ 241 SGB V) bemessen, wenn die Teilnehmer bei Arbeitsunfähigkeit mindestens für sechs Wochen Anspruch auf (Weiter-)Zahlung des Übergangsgeldes haben. Der allgemeine Beitragssatz gilt darüber hinaus in den Fällen des § 192 Abs. 1 Nr. 3 in Verb. mit § 251 Abs. 1 SGB V, das heißt für die Bemessung der Beiträge für Bezieher von Verletzten-geld, Versorgungskrankengeld und Übergangsgeld während einer Leistung der medizinischen Rehabilitation.

2.2 Erhöhter Beitragssatz

Für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die im Falle der Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung der Leistung für mindestens sechs Wochen haben, ist nach § 242 SGB V der erhöhte Beitragssatz der Krankenkasse anzusetzen. Er kommt insbesondere bei einer Weiterzahlung der Leistungen im Sinne der §§ 51 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 4 SGB IX zur Anwendung (vgl. hierzu Übersicht in Anlage 3).

2.3 Ermäßigter Beitragssatz

Die Beiträge der nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V Versicherungspflichtigen, die kein Übergangsgeld erhalten, werden nach dem ermäßigten Beitragssatz der Krankenkasse (§ 243 Abs. 1 SGB V) bemessen, da diese Mitglieder keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Der ermäßigte Beitragssatz kommt ebenfalls in den Fällen des § 51 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX zur Anwendung (vgl. hierzu Übersicht in Anlage 3).

3 Beitragstragung

Nach § 251 Abs. 1 SGB V trägt ausschließlich der Rehabilitationsträger die für nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung zu zahlenden Beiträge. Eine Beteiligung der Versicherten an den Beiträgen ist nicht vorgesehen.

Auch die für die Dauer des Bezugs von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld nach § 235 Abs. 2 SGB V bemessenen Beiträge trägt der Rehabilitationsträger allein. Dies gilt sowohl für versicherungspflichtige als auch für freiwillige Mitglieder.

4 Beitragszahlung und Beitragsabrechnung

4.1 Unfallversicherungsträger als Beitragszahler

Die aufgrund des Bezugs von Verletztengeld oder Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge werden nach Anforderung der Krankenkasse vom jeweils zahlungspflichtigen Unfallversicherungsträger gezahlt. Näheres über die Anforderung der Beiträge, die Beitragszahlung und die Folgen verspäteter Zahlung sind in einer Verwaltungsvereinbarung geregelt.

4.2 Träger der Kriegsopferversorgung als Beitragszahler

Die bei Bezug von Versorgungskrankengeld zu zahlenden Beiträge berechnet die Krankenkasse und fordert sie monatlich beim Versorgungsamt an.

4.3 Rentenversicherungsträger als Beitragszahler

Die von den Rentenversicherungsträgern berechneten Beiträge sind monatlich an die jeweils zuständige Krankenkasse zu zahlen. Über die Summe der zu zahlenden Beiträge erhalten die Krankenkassen einen Beitragsnachweis. Werden die Beiträge auftragsweise von der Krankenkasse berechnet, entfällt die Einreichung des Beitragsnachweises. Die Beitragszahlung erfolgt in Absprache zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern entweder auf dem Überweisungsweg oder durch Verrechnung mit dem für den laufenden Monat an den Rentenversicherungsträger weiterzuleitenden Teil der Gesamtsozialversicherungsbeiträge. Die Verrechnung ist in der Monatsabrechnung (§ 6 der Beitragszahlungsverordnung) im Teil B unter Position 5.4 (Krankenversicherungsbeiträge für Rehabilitanden) zu dokumentieren.

4.4 Bundesanstalt für Arbeit als Beitragszahler

Die von der Bundesanstalt für Arbeit berechneten Beiträge sind monatlich an die jeweils zuständige Krankenkasse zu zahlen. Über die Summe der zu zahlenden Beiträge erhalten die Krankenkassen einen Beitragsnachweis. Die Beitragszahlung erfolgt - gemeinsam mit den Beiträgen für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Versicherten - in Absprache zwischen den Krankenkassen und der Bundesanstalt für Arbeit auf dem Überweisungsweg.

5 Beitragszuschuss

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 4 SGB V von der Versicherungspflicht befreit sind, haben gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger, der die Leistung erbringt, nach § 258 Satz 1 SGB V einen Anspruch auf einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag. Zuschussberechtigt sind seit dem 01.07.2000 auch Personen im vorstehendem Sinne, die nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt A I 1.2).

Als Zuschuss ist nach § 258 Satz 2 SGB V der Betrag zu zahlen, der vom Rehabilitationsträger als Beitrag bei Krankenversicherungspflicht (unter Anwendung des durchschnittlichen

allgemeinen Beitragssatzes) zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen ist.

Der Zuschuss wird nach § 258 Satz 3 SGB V nur dann gewährt, wenn das Versicherungsunternehmen die in § 257 Abs. 2a und 2b SGB V genannten Verpflichtungen erfüllt. Ob diese Verpflichtungen als erfüllt anzusehen sind, bestätigt die für das Versicherungsunternehmen zuständige Aufsichtsbehörde. Zur Erlangung des Beitragszuschusses hat der Berechtigte dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Bescheinigung seines Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den gesetzlichen Vorgaben betreibt.

Seit dem In-Kraft-Treten des SGB IX können auch Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter bestimmten Voraussetzungen einen Beitragszuschuss erhalten, wenn sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Krankheit versichert sind. Begünstigt sind Personen, die vor Beginn der Rehabilitation Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld bezogen haben und in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei oder nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht befreit sind. Wurden von der Bundesanstalt für Arbeit nach § 207a SGB III die Beiträge für den Arbeitslosen an das private Versicherungsunternehmen gezahlt, hat der für die medizinische Leistung zuständige Rehabilitationsträger im gleichen Umfang die Beiträge für die private Versicherung zu übernehmen. Im Gegensatz zur Bundesanstalt für Arbeit hat der Rehabilitationsträger die Beiträge jedoch nicht unmittelbar an das Versicherungsunternehmen zu zahlen. Der Berechtigte hat vielmehr für die Zeit des Bezugs von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld die Beiträge selbst an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen und erhält dafür vom Rehabilitationsträger einen Zuschuss. Als Zuschuss ist ein Betrag in Höhe des Beitrags zur privaten Versicherung zu zahlen, höchstens jedoch ein Betrag, den der Rehabilitationsträger bei Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als Beitrag zu tragen hätte (§ 44 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB IX).

- 6 Beitragserstattung in Fällen, in denen sich nachträglich herausstellt, dass ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Anspruch auf soziale Entschädigung nicht vorgelegen hat

Die aufgrund des Bezugs von Verletztengeld eingetretene Beitragspflicht des Unfallversicherungsträgers zur Krankenversicherung nach § 235 Abs. 2 in Verb. mit § 251 Abs. 1 SGB V

wird rückwirkend beseitigt, wenn sich nachträglich herausstellt, dass die Krankheit nicht Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist. Die in der irrtümlichen Annahme, es habe ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorgelegen, gezahlten Beiträge sind dem Unfallversicherungsträger nach § 26 SGB IV zu erstatten (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.12.1990 - 12 RK 35/89 - USK 9072). Gleiches gilt im Verhältnis zu den Versorgungsämtern, wenn sich nachträglich herausstellt, dass die Gesundheitsstörung nicht Folge einer anerkannten Schädigung ist.

7 Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung für Zeiten des Verletztengeldbezugs

Die rückwirkende Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung für Zeiten, in denen der Versicherte Verletztengeld erhalten hat, hebt weder die aufgrund des Verletztengeldbezugs fortbestehende Mitgliedschaft in der Krankenversicherung noch die Beitragspflicht des Unfallversicherungsträgers auf. Dementsprechend kommt eine Erstattung der vom Unfallversicherungsträger gezahlten Krankenversicherungsbeiträge nicht in Betracht (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.10.2001 - B 12 KR 11/01 R - USK 2001-32²). Die Bewilligung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer Altersrente wirken sich auf die Beitragspflicht bei Bezug von Verletztengeld ebenfalls nicht aus.

8 Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ist das Beitragsrecht abweichend vom Beitragsrecht in der allgemeinen Krankenversicherung, so wie es in den vorstehenden Abschnitten beschrieben ist, geregelt. Nach § 48 Abs. 2 KVLG 1989 hat der zuständige Rehabilitationsträger während des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld (einschließlich solchem nach § 55 Abs. 2 SGB VII) oder Versorgungskrankengeld anstelle des landwirtschaftlichen Unternehmers die aufgrund der Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Unternehmens oder aufgrund der Beschäftigung des mitarbeitenden Familienangehörigen zu zahlenden Beiträge zu tragen; dies gilt gleichermaßen für die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 46 KVLG 1989.

² Über die weiteren Auswirkungen des Urteils in Bezug auf die Beiträge aus der Rente werden sich die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung noch verständigen.

III Pflegeversicherung

§ 54 SGB XI

Grundsatz

- (1) Die Mittel für die Pflegeversicherung werden durch Beiträge sowie sonstige Einnahmen gedeckt.
- (2) Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 55) erhoben. Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt. Für die Berechnung der Beiträge ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.
- (3) Die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches gelten entsprechend.

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

- (1) Der Beitragssatz beträgt in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1996 bundeseinheitlich 1 vom Hundert, in der Zeit ab 1. Juli 1996 bundeseinheitlich 1,7 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.
- (2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 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.
- (2) Bei Beziehern von Krankengeld gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt. Dies gilt auch für den Krankengeldbezug eines rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers. Beim Kran-

kengeldbezug eines nicht rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ist der Zahlbetrag der Leistung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen.

(3) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag erhoben. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 zu dem nach § 245 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Januar jedes Jahres fest. Er gilt für das folgende Kalenderjahr. Für die Beitragsbemessung der Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden. Für die Beitragsbemessung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenantragsteller und freiwillig versicherten Rentner finden darüber hinaus die §§ 238a und 239 des Fünften Buches entsprechende Anwendung. Abweichend von Satz 1 ist bei Mitgliedern nach § 20 Abs. 1 Nr. 10, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, § 236 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden; als beitragspflichtige Einnahmen der satzungsmäßigen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlicher Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind der Wert für gewährte Sachbezüge oder das ihnen zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen gezahlte Entgelt zugrunde zu legen. Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die von einem Rehabilitationsträger Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld erhalten, gilt für die Beitragsbemessung § 235 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend; für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten gilt § 46 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(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 §§ 249a, 250 Abs. 1 und § 251 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend. Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 versichert sind, und bei Beziehern von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Abs. 4 des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit versichert sind, werden die Beiträge aus diesen Leistungen von den Beziehern der Leistung und der Alterskasse je zur Hälfte getragen; der von der Alterskasse getragene Beitragsanteil gilt als Leistungsaufwendung.

(2) Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen ist, im übrigen von den Krankenkassen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt.

(3) ...

(4) Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sowie Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 49 Abs. 2 erhalten bleibt oder die nach den §§ 26 und 26a freiwillig versichert sind, und die nach § 21 Nr. 6 versicherten Soldaten auf Zeit tragen den Beitrag allein. Abweichend von Satz 1 werden

1. die auf Grund des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge von dem zuständigen Rehabilitationsträger,

2. ...

allein getragen.

§ 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) Für Bezieher von Krankengeld zahlen die Krankenkassen die Beiträge; für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. Die zur Tragung der Beiträge für die in § 21 Nr. 1 bis 5 genannten Mitglieder Verpflichteten können einen Dritten mit der Zahlung der Beiträge beauftragen und mit den Pflegekassen Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge vereinbaren.

(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.

§ 61 SGB XI

**Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen
Krankenversicherung und Privatversicherte**

(1) bis (4) ...

(5) Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen, für die nach § 23 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuss zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. Als Zuschuss ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

(6) Der Zuschuss nach den Absätzen 2, 4 und 5 wird für eine private Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen:

1. die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
3. die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.

(7) Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhändigen, dass ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 6 genannten Voraussetzungen betreibt. Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten jeweils nach Ablauf von drei Jahren vorzulegen.

(8) ...

1 Beitragspflichtige Einnahmen

1.1 Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung bei Bezug von Übergangsgeld

Als Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) für nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI versicherungspflichtige Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die Übergangsgeld beziehen, gilt nach § 57 Abs. 1 SGB XI in Verb. mit § 235 Abs. 1

Satz 1 SGB V 80 v. H. des Regelentgelts, das der Berechnung des Übergangsgeldes zugrunde liegt.

Bei Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die neben dem Übergangsgeld eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen, sind die beitragspflichtigen Einnahmen um den Zahlbetrag der Rente zu kürzen (§ 57 Abs. 1 SGB XI in Verb. mit § 235 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Damit wird erreicht, dass nicht für beide Leistungen (Übergangsgeld und Rente) beitragsrechtlich die jeweilige Bemessungsgrundlage in unverminderter Höhe anzusetzen ist, zumal es aufgrund von Anrechnungsvorschriften auch im Leistungsrecht in diesen Fällen nicht zu einem ungeschmälernten Doppelbezug beider Leistungen kommt.

1.2 Beitragsbemessungsgrundlage für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung ohne Bezug von Übergangsgeld

Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die kein Übergangsgeld erhalten, gilt nach § 57 Abs. 1 SGB XI in Verb. mit § 235 Abs. 1 Satz 5 SGB V ein Betrag in Höhe von 20 v. H. der monatlichen Bezugsgröße als Beitragsbemessungsgrundlage. Die Anpassung der Bezugsgröße zu Beginn eines Kalenderjahres durch den Verordnungsgeber führt von diesem Zeitpunkt an zu einer entsprechenden Anpassung der aus der Bezugsgröße abgeleiteten Bemessungsgrundlage.

1.3 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Für Personen, deren Mitgliedschaft aufgrund des Bezugs von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld erhalten bleibt, bemessen sich die vom Rehabilitationsträger zu zahlenden Beiträge gemäß § 57 Abs. 1 SGB XI in Verb. mit § 235 Abs. 2 SGB V nach 80 v. H. des Regelentgelts, das der Berechnung des Verletztengeldes, Versorgungskrankengeldes oder Übergangsgeldes zugrunde liegt. Dabei bleibt der Teil des Regelentgelts, der aus einer selbständigen Tätigkeit resultiert, außer Betracht.

Nach § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI gilt auch für die nach § 20 Abs. 3 SGB XI Versicherungspflichtigen (freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung), die von einem Rehabilitationsträger Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld erhalten, 80 v. H. des der Leistung zugrunde liegenden Regelentgelts als Bemessungsgrundlage.

1.4 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nicht nach dem Regelentgelt bemessen werden

Die Beiträge zur Pflegeversicherung für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nicht nach dem Regelentgelt bemessen werden, sind wegen der strengen Anbindung des Beitragsrechts der Pflegeversicherung an das der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere wegen des generellen Verweises hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen in § 57 Abs. 1 SGB XI, nach den für den Bereich der Krankenversicherung beschriebenen Regelungen zu bemessen. Demgemäß gelten die Ausführungen unter Abschnitt II 1.4 bis 1.10 entsprechend.

1.5 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Krankengeld

1.5.1 Bezug von Krankengeld, das nach dem Regelentgelt bemessen wird

Nach § 57 Abs. 2 Satz 1 SGB XI gilt bei Beziehern von

- Krankengeld (§ 44 SGB V),
- Krankengeld im Zusammenhang mit einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft (§ 24b Abs. 2 SGB V),
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V),
- Krankengeld bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld (§ 47b SGB V) sowie
- Krankengeld nach § 11 Abs. 3 BVFG für Spätaussiedler, das die Krankenkassen im Auftrag des Bundes zahlen,

als beitragspflichtige Einnahmen 80 v. H. des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt (Regelentgelt). Das Krankengeld, das im Rahmen eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V gezahlt wird, begründet - anders als in der Renten- und Arbeitslosenversicherung, wo allein der Leistungsbezug die Versicherungs-

und Beitragspflicht auslöst - wegen der in diesen Fällen fehlenden Mitgliedschaft in der Regel keine Beitragspflicht zur Pflegeversicherung, es sei denn, dass der Leistungsbezieher von der Möglichkeit der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 1 SGB XI Gebrauch macht.

Die einem Versicherten im Falle einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben sowie für Dialysetage gezahlten Geldleistungen führen nur dann zur Beitragspflicht nach § 57 Abs. 2 Satz 1 SGB XI, wenn es sich bei diesen Leistungen um Krankengeld im Sinne der §§ 44 ff. SGB V handelt. Sofern in den genannten Fällen ein Entgeltersatz im Sinne einer ergänzenden Leistung nach § 43 SGB V gezahlt wird, kommt Beitragspflicht nicht in Betracht.

1.5.2 Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird

Bei Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird (§ 47b Abs. 1 SGB V), werden die Beiträge aus 80 v. H. des durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts, das der Bemessung der Leistung zugrunde liegt, berechnet. Ausgangsbasis ist hierbei das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder Unterhaltsgeldes tatsächlich zugrunde liegende Arbeitsentgelt; eine Rundung nach den Tabellen der SGB III-Leistungsverordnung erfolgt nicht.

1.5.3 Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe gezahlt wird

Bei Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe gezahlt wird (§ 47b Abs. 1 SGB V), werden die Beiträge seit dem 01.01.2000 aus dem durch sieben geteilten Zahlbetrag der wöchentlichen Leistung berechnet. Dies ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Wortlaut des Gesetzes. Der Gesamtzusammenhang, in den die Frage der Beitragsbemessung bei Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe gezahlt wird, eingebettet ist, zwingt allerdings dazu, diese Regelungslücke im Wege der Rechtsauslegung analog der Regelung zur Beitragsbemessung bei Bezug von Arbeitslosenhilfe zu schließen. Ansonsten käme es - nach Ablauf der Leistungsfortzahlung - zu einer beitragsrechtlichen und erkennbar nicht beabsichtigten Ungleichbehandlung zwischen einem „arbeitsfähigen“ und einem „arbeitsunfähigen“ Arbeitslosenhilfeempfänger.

1.5.4 Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags der Eingliederungshilfe gezahlt wird

Als beitragspflichtige Einnahmen gelten für Bezieher von Eingliederungshilfe - wegen der grundsätzlichen Anwendbarkeit der Vorschriften über die Arbeitslosenhilfe bzw. für die Empfänger von Arbeitslosenhilfe (§ 421 Abs. 1 SGB III) - der Zahlbetrag der Leistung. Das gilt auch für die Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge aus dem Krankengeld, das in Höhe des Betrags der Eingliederungshilfe zu zahlen ist.

1.5.5 Bezug von Krankengeld, das in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt wird

Wird Krankengeld nach § 47b Abs. 4 SGB V in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt, ist das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt aus dem Unterschiedsbetrag zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt im Sinne des § 179 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB III zu ermitteln. Dabei sind sowohl das Sollentgelt als auch das Istentgelt - anders als in § 179 Abs. 1 Satz 5 SGB III für das Leistungsrecht der Arbeitslosenversicherung vorgeschrieben - nicht auf den nächsten durch zwanzig teilbaren Euro-Betrag, sondern in der zweiten Dezimalstelle kaufmännisch zu runden. Der so ermittelte Betrag ist anschließend auf 80 v. H. zu kürzen. Sind in dem Anspruchszeitraum sowohl Zeiten von Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld als auch von Krankengeld nach § 47b Abs. 4 SGB V angefallen, ist nur der Anteil der Ausfalltage bzw. -stunden zu berücksichtigen, für den Krankengeld nach § 47b Abs. 4 SGB V zu zahlen ist (vgl. hierzu auch die Berechnungsformel unter Abschnitt IV 1.2.3).

1.5.6 Bezug von Krankengeld durch einen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers

Nach ausdrücklicher Bestimmung in § 57 Abs. 2 Satz 2 SGB XI gilt auch für den Krankengeldbezug eines rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers (§ 12 KVLG 1989) als beitragspflichtige Einnahmen 80 v. H. des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt. Beim Krankengeldbezug eines nicht rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen (§ 13 Abs. 1 KVLG 1989) ist dagegen nach § 57 Abs. 2 Satz 3 SGB XI der Zahlbetrag der Leistung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen.

Das Krankengeld, das aus dem krankenversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis des in § 3 Abs. 2 Nr. 1 KVLG 1989 genannten und ausschließlich in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherten Unternehmers gezahlt wird, unterliegt nicht der Beitragspflicht zur Pflegeversicherung.

1.5.7 Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung

Bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung wird - in analoger Anwendung der im Recht der Rentenversicherung (§ 166 Abs. 1 Nr. 2 letzter Satzteil SGB VI) und der Arbeitslosenversicherung (§ 345 Nr. 5 Halbsatz 2 SGB III) ausdrücklich vorgesehenen Bestimmung - das dem Krankengeld zugrunde liegende Arbeitsentgelt nicht berücksichtigt. Das bedeutet, dass in solchen Fällen lediglich das der anderen Entgeltersatzleistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt als Bemessungsgrundlage dient. Im Ergebnis wird dadurch eine doppelte Beitragszahlung vermieden, indem für einen Krankengeld-Spitzbetrag keine Bemessungsgrundlage angesetzt wird. In der Regel gibt es für diese Fallgestaltungen seit dem 01.01.1997 grundsätzlich keinen Anwendungsbereich mehr, da § 49 Abs. 3 SGB V eine entsprechende leistungsrechtliche Aufstockung (Krankengeld-Spitzbetrag) verbietet. Hier sind allenfalls Fälle denkbar, in denen bei freiwillig in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Personen das auf der Basis der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 167 SGB VI) errechnete Übergangsgeld nach § 21 Abs. 2 SGB VI bei gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit durch einen Krankengeld-Spitzbetrag aufgestockt wird.

1.5.8 Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Vollrente wegen Alters oder von Rente wegen voller Erwerbsminderung auf die Beitragspflicht

Fällt der Anspruch auf Krankengeld infolge Zubilligung einer Vollrente wegen Alters oder einer Rente wegen voller Erwerbsminderung rückwirkend weg (§ 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V), wird auch die Beitragspflicht in der Pflegeversicherung nachträglich beseitigt, und zwar unabhängig vom Lebensalter des Versicherten bei Rentenbeginn. Dabei ist unerheblich, ob es sich um eine Dauerrente oder um eine befristete Rente (Zeitrente) handelt. Die über den Rentenbeginn hinaus gezahlten Beiträge sind der Krankenkasse in voller Höhe zu erstatten (Verrechnungsverfahren mit den im laufenden Monat abzuführenden Beiträgen).

Soweit der Versicherte an der Beitragsaufbringung beteiligt war, erhält er die von ihm getragenen Beitragsanteile von der Krankenkasse erstattet.

2 Beitragssatz

Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erhoben. Der Beitragssatz ergibt sich aus § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

3 Beitragstragung

3.1 Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung

Nach § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verb. mit § 251 Abs. 1 SGB V trägt ausschließlich der Rehabilitationsträger die für nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung zu zahlenden Beiträge. Eine Beteiligung der Versicherten an den Beiträgen ist nicht vorgesehen.

3.2 Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die für die Dauer des Bezugs von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld nach § 57 Abs. 1 und § 57 Abs. 4 Satz 4 SGB XI in Verb. mit § 235 Abs. 2 SGB V bemessenen Beiträge trägt der Rehabilitationsträger allein. Dies gilt sowohl für versicherungspflichtige Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 49 Abs. 2 SGB XI in Verb. mit § 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V erhalten bleibt (§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verb. mit § 251 Abs. 1 SGB V), als auch für nach § 20 Abs. 3 SGB XI versicherte Personen (§ 59 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB XI).

3.3 Bezieher von Krankengeld

Die bei Bezug von Krankengeld zu zahlenden Beiträge werden nach § 59 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB XI von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen als Leistungsträger je zur Hälfte getragen, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Krankenkassen.

Wird das Krankengeld in Höhe der Leistung der Bundesanstalt für Arbeit gewährt - also in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes, der Arbeitslosenhilfe, des Unterhaltsgeldes, der Eingliederungshilfe oder des Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeldes -, trägt der Leistungsträger die Beiträge in voller Höhe.

Die Beiträge für Leistungsbezieher, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, werden von den Krankenkassen allein getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt (Regelentgelt) 325 EUR nicht übersteigt. Zwar sieht die gesetzliche Regelung in § 59 Abs. 2 Halbsatz 2 SGB XI - im Gegensatz zu der im Recht der Rentenversicherung geltenden Regelung des § 170 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI - weder eine Beschränkung der alleinigen Beitragstragungspflicht der Krankenkasse auf den Personenkreis der zur Berufsausbildung beschäftigten Leistungsbezieher noch eine Festschreibung des Grenzwertes auf den monatlichen Betrag von 325 EUR vor. Hierbei dürfte es sich allerdings mehr um ein redaktionelles Versehen des Gesetzgebers handeln. Im Hinblick auf die gebotene Einheitlichkeit bei der Aufbringung der Beiträge für Bezieher von Krankengeld in den einzelnen Versicherungszweigen wird die für die Rentenversicherung in § 170 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI getroffene Beitragstragungsregelung auf die Pflegeversicherung (und Arbeitslosenversicherung) analog übertragen. Aus Gründen der Gleichbehandlung und unter Berücksichtigung der sozialen Schutzbedürftigkeit gilt die vorstehende Regelung auch für nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 und 8 SGB XI versicherte behinderte Menschen, die Krankengeld beziehen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Regelentgelt monatlich 325 EUR nicht übersteigt.

Übersteigt bei den zu ihrer Berufsausbildung beschäftigten Leistungsbeziehern das der Beitragsbemessung zugrunde liegende Arbeitsentgelt den Betrag von monatlich 325 EUR nur durch die Berücksichtigung von Einmalzahlungen, wird der Versicherte an der Beitragsaufbringung nicht beteiligt.

4 Beitragszahlung und Beitragsabrechnung

4.1 Unfallversicherungsträger als Beitragszahler

Die aufgrund des Bezugs von Verletztengeld oder Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge werden nach Anforderung der Krankenkasse vom jeweils zahlungspflichtigen Unfallversicherungsträger an die Krankenkasse zu Gunsten der Pflegeversicherung gezahlt. Die Krankenkasse leitet diese Beiträge unverzüglich an die bei ihr errichtete Pflegekasse weiter. Näheres über die Anforderung der Beiträge, die Beitragszahlung und die Folgen verspäteter Zahlung sind in einer Verwaltungsvereinbarung geregelt.

4.2 Träger der Kriegsopferversorgung als Beitragszahler

Die bei Bezug von Versorgungskrankengeld zu zahlenden Beiträge berechnet die Krankenkasse und fordert sie monatlich beim Versorgungsamt an. Die Krankenkasse leitet diese Beiträge unverzüglich an die bei ihr errichtete Pflegekasse weiter.

4.3 Rentenversicherungsträger als Beitragszahler

Die von den Rentenversicherungsträgern berechneten Beiträge sind monatlich an die jeweils zuständige Krankenkasse zu Gunsten der Pflegeversicherung zu zahlen. Die Krankenkasse leitet diese Beiträge unverzüglich an die bei ihr errichtete Pflegekasse weiter. Über die Summe der zu zahlenden Beiträge erhalten die Krankenkassen einen Beitragsnachweis. Werden die Beiträge auftragsweise von der Krankenkasse berechnet, entfällt die Einreichung des Beitragsnachweises. Die Beitragszahlung erfolgt in Absprache zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern entweder auf dem Überweisungsweg oder durch Verrechnung mit dem für den laufenden Monat an den Rentenversicherungsträger weiterzuleitenden Teil der Gesamtsozialversicherungsbeiträge. Die Verrechnung ist in der Monatsabrechnung (§ 6 der Beitragszahlungsverordnung) im Teil B unter Position 5.5 (Pflegeversicherungsbeiträge für Rehabilitanden) zu dokumentieren.

4.4 Bundesanstalt für Arbeit als Beitragszahler

Die von der Bundesanstalt für Arbeit berechneten Beiträge sind monatlich an die jeweils zuständige Krankenkasse zu Gunsten der Pflegeversicherung zu zahlen. Über die Summe der

zu zahlenden Beiträge erhalten die Krankenkassen einen Beitragsnachweis. Die Beitragszahlung erfolgt - gemeinsam mit den Beiträgen für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI Versicherten - in Absprache zwischen den Krankenkassen und der Bundesanstalt für Arbeit auf dem Überweisungsweg. Die Krankenkasse leitet diese Beiträge unverzüglich an die bei ihr errichtete Pflegekasse weiter.

4.5 Krankenkasse als Beitragszahler

Die von der Krankenkasse bei Bezug von Krankengeld berechneten Beiträge sind monatlich an die Pflegekasse zu zahlen.

5 Beitragszuschuss

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, für die nach § 23 Abs. 1 SGB XI Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht, haben gegenüber dem zuständigen Rehabilitationsträger, der die Leistung erbringt, nach § 61 Abs. 5 Satz 1 SGB XI einen Anspruch auf einen Zuschuss zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag.

Als Zuschuss ist nach § 61 Abs. 5 Satz 2 SGB XI der Betrag zu zahlen, der vom Rehabilitationsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

Der Zuschuss wird nur dann gewährt, wenn das Versicherungsunternehmen die private Pflegeversicherung nach den in § 61 Abs. 6 SGB XI genannten Voraussetzungen betreibt. Ob diese Verpflichtungen als erfüllt anzusehen sind, bestätigt die für das Versicherungsunternehmen zuständige Aufsichtsbehörde. Zur Erlangung des Beitragszuschusses hat der Berechtigte dem zuständigen Rehabilitationsträger eine Bescheinigung seines Versicherungsunternehmens darzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den gesetzlichen Vorgaben betreibt.

Seit dem In-Kraft-Treten des SGB IX können auch Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter bestimmten Voraussetzungen einen Beitragszuschuss erhalten,

wenn sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind. Begünstigt sind Personen, die vor Beginn der Rehabilitation Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld bezogen haben und in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei oder nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht befreit sind. Wurden von der Bundesanstalt für Arbeit nach § 207a SGB III die Beiträge für den Arbeitslosen an das private Versicherungsunternehmen gezahlt, hat der für die medizinische Leistung zuständige Rehabilitationsträger im gleichen Umfang die Beiträge für die private Versicherung zu übernehmen. Im Gegensatz zur Bundesanstalt für Arbeit hat der Rehabilitationsträger die Beiträge jedoch nicht unmittelbar an das Versicherungsunternehmen zu zahlen. Der Berechtigte hat vielmehr für die Zeit des Bezugs von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld die Beiträge selbst an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen und erhält dafür vom Rehabilitationsträger einen Zuschuss. Als Zuschuss ist ein Betrag in Höhe des Beitrags zur privaten Versicherung zu zahlen ist, höchstens jedoch ein Betrag, den der Rehabilitationsträger als Beitrag bei Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 SGB XI zu tragen hätte (§ 44 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB IX).

6 Beitragserstattung in Fällen, in denen sich nachträglich herausstellt, dass ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Anspruch auf soziale Entschädigung nicht vorgelegen hat

Die aufgrund des Bezugs von Verletztengeld eingetretene Beitragspflicht des Unfallversicherungsträgers zur Pflegeversicherung wird entsprechend der für die Krankenversicherung geltenden Regelungen (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt II 6) rückwirkend beseitigt, wenn sich nachträglich herausstellt, dass die Krankheit nicht Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist. Die in der irrtümlichen Annahme, es habe ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorgelegen, gezahlten Beiträge sind dem Unfallversicherungsträger nach § 26 SGB IV zu erstatten. Gleiches gilt im Verhältnis zu den Versorgungsämtern, wenn sich nachträglich herausstellt, dass die Gesundheitsstörung nicht Folge einer anerkannten Schädigung ist.

Die Beiträge aus dem an die Stelle des Verletztengeldes oder Versorgungskrankengeldes tretenden Krankengeld zahlt die Krankenkasse an die Pflegekasse. Der Versicherte soll in diesen Fällen nicht rückwirkend mit Beitragsanteilen belastet werden.

7 Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung für Zeiten des Verletztengeldbezugs

Die rückwirkende Bewilligung einer Rente wegen voller Erwerbsminderung für Zeiten, in denen der Versicherte Verletztengeld erhalten hat, hebt weder die aufgrund des Verletztengeldbezugs fortbestehende Mitgliedschaft noch die Beitragspflicht des Unfallversicherungsträgers auf. Dementsprechend kommt eine Erstattung der vom Unfallversicherungsträger gezahlten Beiträge nicht in Betracht (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.10.2001 - B 12 KR 11/01 R - USK 2001-32³). Die Bewilligung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer Altersrente wirken sich auf die Beitragspflicht bei Bezug von Verletztengeld ebenfalls nicht aus.

8 Beiträge für landwirtschaftliche Unternehmer und mitarbeitende Familienangehörige

Für landwirtschaftliche Unternehmer und mitarbeitende Familienangehörige treten bezüglich der Beitragsbemessung an die Stelle des in § 57 Abs. 1 SGB XI genannten § 226 SGB V die §§ 39 bis 42 KVLG 1989. Zu dem Krankenversicherungsbeitrag, der nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte zu zahlen ist, wird zur Pflegeversicherung ein Zuschlag nach § 57 Abs. 3 SGB XI erhoben. Der Rehabilitationsträger hat nach § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verb. mit § 48 Abs. 2 KVLG 1989 während des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld (einschließlich solchem nach § 55 Abs. 2 SGB VII) oder Versorgungskrankengeld anstelle des landwirtschaftlichen Unternehmers den aufgrund der Bewirtschaftung des landwirtschaftlichen Unternehmens oder aufgrund der Beschäftigung des mitarbeitenden Familienangehörigen zu zahlenden Zuschlag nach § 57 Abs. 3 SGB XI zu tragen.

³ Über die weiteren Auswirkungen des Urteils in Bezug auf die Beiträge aus der Rente werden sich die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung noch verständigen.

IV Rentenversicherung

§ 157 SGB VI

Grundsatz

Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben, die nur bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt wird.

§ 158 SGB VI

Beitragssätze

(1) Der Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ist vom 1. Januar eines Jahres an zu verändern, wenn am 31. Dezember dieses Jahres bei Beibehaltung des bisherigen Beitragssatzes die Mittel der Schwankungsreserve

1. das 0,5fache der durchschnittlichen Ausgaben zu eigenen Lasten der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten für einen Kalendermonat (Mindestschwankungsreserve) voraussichtlich unterschreiten oder
2. das 0,7fache der in Nummer 1 genannten Ausgaben für einen Kalendermonat (Höchstschwankungsreserve) voraussichtlich übersteigen.

Ausgaben zu eigenen Lasten sind alle Ausgaben nach Abzug des Bundeszuschusses nach § 213 Abs. 2, der Erstattungen und der empfangenen Ausgleichszahlungen.

(2) Der Beitragssatz ist so neu festzusetzen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer und der Zahl der Pflichtversicherten zusammen mit den Zuschüssen des Bundes und den sonstigen Einnahmen unter Berücksichtigung von Entnahmen aus der Schwankungsreserve ausreichen, um die voraussichtlichen Ausgaben in dem auf die Festsetzung folgenden Kalenderjahr zu decken und sicherzustellen, dass die Mittel der Schwankungsreserve am Ende dieses Kalenderjahres

1. im Falle von Absatz 1 Nr. 1 dem Betrag der Mindestschwankungsreserve oder
2. im Falle von Absatz 1 Nr. 2 dem Betrag der Höchstschwankungsreserve voraussichtlich entsprechen. Der Beitragssatz ist auf eine Dezimalstelle aufzurunden.

(3) Der Beitragssatz in der knappschaftlichen Rentenversicherung wird jeweils in dem Verhältnis verändert, in dem er sich in der Rentenversicherung der Arbeiter

und der Angestellten ändert; der Beitragssatz ist nur für das jeweilige Kalenderjahr auf eine Dezimalstelle aufzurunden.

(4) Wird der Beitragssatz in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten vom 1. Januar des Jahres an nicht verändert, macht das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Bundesgesetzblatt das Weitergelten der Beitragssätze bekannt.

§ 159 SGB VI

Beitragsbemessungsgrenzen

Die Beitragsbemessungsgrenzen in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten sowie in der knappschaftlichen Rentenversicherung ändern sich zum 1. Januar eines jeden Jahres in dem Verhältnis, in dem die Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im vergangenen zur entsprechenden Bruttolohn- und -gehaltssumme im vorvergangenen Kalenderjahr steht. Die veränderten Beträge werden nur für das Kalenderjahr, für das die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt wird, auf das nächsthöhere Vielfache von 600 aufgerundet.

§ 160 SGB VI

Verordnungsermächtigung

Die Bundesregierung hat durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. die Beitragssätze in der Rentenversicherung,
 2. in Ergänzung der Anlage 2 die Beitragsbemessungsgrenzen
- festzusetzen.

§ 161 SGB VI

Grundsatz

(1) Beitragsbemessungsgrundlage für Versicherungspflichtige sind die beitragspflichtigen Einnahmen.

(2) ...

§ 166 SGB VI

Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. ...

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bis 4. ...

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) ...

§ 170 SGB VI

Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. ...

2. bei Personen, die

a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zu Grunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 325 Euro nicht übersteigt,

b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,

3. und 4. ...

5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,

6. ...

(2) Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 SGB VI

Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen. Die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe zahlt die Bundesanstalt für Arbeit.

§ 176 SGB VI

Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Träger der Rentenversicherung durch Vereinbarung regeln.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt.

§ 228a SGB VI

Besonderheiten für das Beitrittsgebiet

(1) Soweit Vorschriften dieses Buches bei Arbeitsentgelten, Arbeitseinkommen oder Beitragsbemessungsgrundlagen

1. an die Bezugsgröße anknüpfen, ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]),

2. an die Beitragsbemessungsgrenze anknüpfen, ist die Beitragsbemessungsgrenze für das Beitrittsgebiet (Beitragsbemessungsgrenze [Ost], Anlage 2 a)

maßgebend, wenn die Einnahmen aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit im Beitrittsgebiet erzielt werden. Satz 1 gilt für die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlagen bei sonstigen Versicherten entsprechend.

(2) und (3) ...

§ 275a SGB VI

Beitragsbemessungsgrenzen im Beitrittsgebiet

Die Beitragsbemessungsgrenzen (Ost) in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten sowie in der knappschaftlichen Rentenversicherung verändern sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf die Werte, die sich ergeben, wenn die für dieses Kalenderjahr jeweils geltenden Werte der Anlage 2 durch den für dieses Kalenderjahr bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 geteilt werden. Dabei ist von den ungerundeten Beträgen auszugehen, aus denen die Beitragsbemessungsgrenzen errechnet wurden. Die Beitragsbemessungsgrenzen (Ost) sind für das Jahr, für das sie bestimmt werden, auf das nächsthöhere Vielfache von 600 aufzurunden.

§ 275b SGB VI

Verordnungsermächtigung

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Beitragsbemessungsgrenzen in Ergänzung der Anlage 2a festzusetzen.

§ 275c SGB VI

Beitragsbemessungsgrenzen für das Jahr 2003

(1) Die Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2003 beträgt in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten 61 200 Euro jährlich und 5 100 Euro monatlich und in der knappschaftlichen Rentenversicherung 75 000 Euro jährlich und 6 250 Euro monatlich.

(2) Die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) für das Jahr 2003 beträgt in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten 51 000 Euro jährlich und 4 250 Euro monatlich und in der knappschaftlichen Rentenversicherung 63 000 Euro jährlich und 5 250 Euro monatlich.

(3) Der Ausgangswert zur Bestimmung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2004 beträgt in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten 60 792,06 Euro und in der knappschaftlichen Rentenversicherung 74 816,79 Euro.

1 Beitragspflichtige Einnahmen

1.1 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nach dem Regelentgelt bemessen werden

Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) für Bezieher von Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld ist nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI 80 v. H. des der Entgeltersatzleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens (Regelentgelt).

1.2 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nicht nach dem Regelentgelt bemessen werden

1.2.1 Bezug von Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld, das in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird

Bei Bezug von Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld, das in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird, werden die Beiträge aus 80 v. H. des durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts, das der Bemessung der Leistung zugrunde liegt, berechnet. Ausgangsbasis ist hierbei das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder Unterhaltsgeldes tatsächlich zugrunde liegende Arbeitsentgelt; eine Rundung nach den Tabellen der SGB III-Leistungsverordnung erfolgt nicht.

1.2.2 Bezug von Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe gezahlt wird

Hinsichtlich der Bemessung der Beiträge bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe zu zahlen sind, werden von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung unterschiedliche Auffassungen vertreten (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt I 2.1).

1.2.3 Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld, das in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt wird

Wird Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt, ist das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt aus dem Unterschiedsbetrag zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt im Sinne des § 179 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB III zu ermitteln. Dabei sind sowohl das Sollentgelt als auch das Istentgelt - anders als in § 179 Abs. 1 Satz 5 SGB III für das Leistungsrecht der Arbeitslosenversicherung vorgeschrieben - nicht auf den nächsten durch zwanzig teilbaren Euro-Betrag, sondern in der zweiten Dezimalstelle kaufmännisch zu runden. Der so ermittelte Betrag ist anschließend auf 80 v. H. zu kürzen. Sind in dem Anspruchszeitraum sowohl Zeiten von Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld als auch von Krankengeld oder Verletztengeld angefallen, ist nur der Anteil der Ausfalltage bzw. -stunden zu berücksichtigen, für den die Entgeltersatzleistung zu zahlen ist.

Berechnungsformel

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{Unterschiedsbetrag} \\ \text{zwischen Sollentgelt} \\ \text{und Istentgelt} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline 80 \% \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{Ausfallstunden, für die} \\ \text{KUG-KG/VG zu zahlen ist} \\ \hline \hline \text{Ausfallstunden gesamt} \\ \hline \end{array}$$

Hinweis: Für die Ausfalltage bzw. -stunden, für die Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld zu zahlen ist, hat der Arbeitgeber die Beiträge (zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) zu zahlen.

1.2.4 Bezug von Verletztengeld nach § 47 Abs. 5 SGB VII

Für einen Unfallverletzten, der von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ein nach § 47 Abs. 5 SGB VII berechnetes Verletztengeld bezieht, gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes. Dies gilt auch beim Bezug von Verletztengeld wegen einer anerkannten Berufskrankheit.

1.3 Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung

Bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung wird nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 letzter Satzteil SGB VI das dem Krankengeld zugrunde liegende Arbeitsentgelt nicht berücksichtigt. Das bedeutet, dass in solchen Fällen lediglich das der anderen Entgeltersatzleistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt als Bemessungsgrundlage dient. Im Ergebnis wird dadurch eine doppelte Beitragszahlung vermieden, indem für einen Krankengeld-Spitzbetrag keine Bemessungsgrundlage angesetzt wird. In der Regel gibt es für diese Fallgestaltungen seit dem 01.01.1997 grundsätzlich keinen Anwendungsbereich mehr, da § 49 Abs. 3 SGB V eine entsprechende leistungsrechtliche Aufstockung (Krankengeld-Spitzbetrag) verbietet. Hier sind allenfalls Fälle denkbar, in denen bei freiwillig in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Personen das auf der Basis der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 167 SGB VI) errechnete Übergangsgeld nach § 21 Abs. 2 SGB VI bei gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit durch einen Krankengeld-Spitzbetrag aufgestockt wird.

1.4 Auswirkungen des Bezugs einer Teilrente wegen Alters, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer vergleichbaren Leistung

Die leistungsrechtliche Kürzung des Krankengeldes aus Anlass der Zubilligung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, einer Rente wegen Berufsunfähigkeit, einer Teilrente wegen Alters oder einer anderen in § 50 Abs. 2 Nrn. 3 bis 5 SGB V genannten Leistung lässt die Beitragsbemessungsgrundlage unberührt. In diesen Fällen ändert sich vom Zeitpunkt der Leistungskürzung an lediglich die Beitragsverteilung, da der Zahlbetrag der Leistung als Grundlage für die Ermittlung des Versichertenbeitragsanteils (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 3.1) entsprechend gemindert wird.

Die Versicherungs- und Beitragspflicht zur Rentenversicherung wird durch die nachträgliche Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, Teilrente wegen Alters oder anderen in § 50 Abs. 2 SGB V genannten Leistung nicht aufgehoben (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 30.06.1997 - 8 RKn 3/96 - USK 9731 zur Knappschaftsausgleichsleistung). In diesen Fällen kommt eine Erstattung der gezahlten Beiträge nicht in Betracht.

1.5 Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Vollrente wegen Alters oder Rente wegen voller Erwerbsminderung auf die Beitragspflicht

In der Rentenversicherung besteht von Beginn des Bezugs einer Vollrente wegen Alters an Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI. Die über den Rentenbeginn hinaus gezahlten Beiträge sind dem Leistungsträger in diesen Fällen in voller Höhe zu erstatten (ggf. Verrechnungsverfahren mit den im laufenden Monat abzuführenden Beiträgen). Soweit der Versicherte bei Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld an der Beitragsaufbringung beteiligt war, erhält er die von ihm getragenen Beitragsanteile von der Krankenkasse erstattet.

Die Versicherungspflicht und damit auch die Beitragspflicht werden für die Vergangenheit nicht dadurch beseitigt, dass dem Versicherten rückwirkend Rente wegen voller Erwerbsminderung zugebilligt wird und der Anspruch auf Krankengeld nachträglich wegfällt (vgl. Urteile des Bundessozialgerichts vom 25.01.1995 - 12 RK 51/93, 12 RK 58/94, 12 RK 59/94 - USK 9508). Dementsprechend haben der Versicherte und die Krankenkasse als Leistungsträger keinen Anspruch auf Erstattung der aufgrund des Krankengeldbezugs gezahlten Rentenversicherungsbeiträge.

2 Beitragssatz

Die Beiträge zur Rentenversicherung werden gemäß § 157 SGB VI nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben. Bei Zugehörigkeit zur knappschaftlichen Rentenversicherung sind die Rentenversicherungsbeiträge nach dem (höheren) Beitragssatz der knappschaftlichen Rentenversicherung zu bemessen.

3 Beitragstragung

3.1 Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld

Die bei Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld zu zahlenden Beiträge werden nach § 170 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI von den Leistungsbeziehern und den Leistungsträgern (Krankenkasse oder Unfallversicherungsträger) je zur Hälfte getragen, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern. Für die Beitragstragung unerheblich ist, ob die Versicherungspflicht auf § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI beruht oder der Leistungsbezieher von der Möglichkeit der Antragspflichtversicherung nach § 4 Abs. 3 Nr. 1 SGB VI Gebrauch gemacht hat.

Wird das Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Leistung der Bundesanstalt für Arbeit gewährt - also in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes, der Arbeitslosenhilfe, des Unterhaltsgeldes, der Eingliederungshilfe oder des Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeldes -, trägt der Leistungsträger die Beiträge in voller Höhe.

Die Beiträge für Leistungsbezieher, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, werden von den Leistungsträgern allein getragen, wenn das dem Krankengeld oder Verletztengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt (Regelentgelt) 325 EUR nicht übersteigt. Aus Gründen der Gleichbehandlung und unter Berücksichtigung der sozialen Schutzbedürftigkeit gilt die vorstehende Regelung auch für behinderte Menschen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Regelentgelt monatlich 325 EUR nicht übersteigt.

Übersteigt bei den zu ihrer Berufsausbildung beschäftigten Leistungsbeziehern das der Beitragsbemessung zugrunde liegende Arbeitsentgelt den Betrag von monatlich 325 EUR nur durch die Berücksichtigung von Einmalzahlungen, wird der Versicherte an der Beitragsaufbringung nicht beteiligt.

3.2 Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind

Die Vorschrift des § 170 Abs. 2 SGB VI trägt der abweichenden Beitragslastverteilung in der knappschaftlichen Rentenversicherung Rechnung und schreibt vor, dass, soweit die Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt A III 4), Rentenversicherungsbeiträge zu tragen haben, hierbei von dem Beitragssatz der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten auszugehen ist. Ansonsten sind die Beiträge von den Leistungsträgern aufzubringen.

3.3 Bezieher von Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld

Bei Beziehern von Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung tragen die Leistungsträger nach § 170 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b SGB VI die Beiträge allein.

4 Beitragszahlung und Beitragsabrechnung

Entsprechend dem in § 173 SGB VI enthaltenen Grundsatz, wonach die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat, obliegt bei Beziehern von Entgeltersatzleistungen den Leistungsträgern bzw. den von diesen beauftragten Stellen die Zahlung der Beiträge. Das gilt nach § 176 Abs.1 Satz 1 SGB VI auch insoweit, als die Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld an der Beitragsaufbringung beteiligt sind.

Die Vorschrift des § 176 Abs. 2 SGB VI ermächtigt die Leistungsträger und die Träger der Rentenversicherung, das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Entgeltersatzleistungen im Wege einer Vereinbarung zu regeln, wobei diese Ermächtigung nicht als Verpflichtung ausgestaltet ist.

4.1 Krankenkasse als Beitragszahler

Die von der Krankenkasse bei Bezug von Krankengeld berechneten Beiträge sind an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu zahlen. Die Beitragszahlung erfolgt in Absprache zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern auf dem Überweisungsweg. Die Zahlung ist in der Monatsabrechnung (§ 6 der Beitragszahlungsverordnung) im Teil B unter Position 6.1 (Beiträge aus Krankengeld) zu dokumentieren.

4.2 Unfallversicherungsträger als Beitragszahler

Die bei Bezug von Verletztengeld oder Übergangsgeld von den Krankenkassen auftragsweise zu berechnenden und zu zahlenden Beiträge sind an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu zahlen. Die Beitragszahlung erfolgt in Anlehnung an die Zahlungsweise der Beiträge bei Bezug von Krankengeld. Die Zahlung ist in der Monatsabrechnung (§ 6 der Beitragszahlungsverordnung) im Teil B unter Position 6.2 (Beiträge aus Verletztengeld, Übergangsgeld der Unfallversicherung) zu dokumentieren.

Wird das Verletztengeld oder Übergangsgeld nicht von der Krankenkasse, sondern direkt vom Unfallversicherungsträger ausgezahlt, sind die Beiträge direkt an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu zahlen.

4.3 Träger der Kriegsopferversorgung als Beitragszahler

Für die Zahlung und Meldung von Beiträgen aus Versorgungskrankengeld (§ 22 BVG) haben die Träger der Kriegsopferversorgung und die Rentenversicherungsträger eine Vereinbarung geschlossen. Danach werden die Beitragszahlungen über die zentrale Abrechnungsstelle beim Landesversorgungsamt Hessen abgewickelt. Für die Beitragszahlung wird jährlich zum 30.06. eine Abschlagszahlung in Höhe von 90 v. H. der für das abgelaufene Kalenderjahr zu zahlenden Beiträge geleistet. Gleichzeitig wird die endgültige Abrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr vorgenommen. Das Verfahren entspricht den Regelungen zur Fälligkeit nach § 23 Abs. 2 SGB IV.

4.4 Träger der Kriegsopferfürsorge als Beitragszahler

Die Beiträge bei Bezug von Übergangsgeld (§ 26a BVG) sind - entsprechend dem von der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen und den Rentenversicherungsträgern abgestimmten Verfahrensvorschlag - direkt an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu zahlen.

4.5 Bundesanstalt für Arbeit als Beitragszahler

Die Rentenversicherungsträger und die Bundesanstalt für Arbeit können nach § 23 Abs. 2 Satz 2 SGB IV vereinbaren, dass die Beiträge zu dem vom Bundesversicherungsamt festgelegten Fälligkeitstermin für die Rentenzahlungen im Inland gezahlt werden. Eine Vereinbarung zur Zahlung und Abrechnung der Beiträge wurde zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesanstalt für Arbeit getroffen. Danach wird auf die fälligen Beiträge monatlich eine Abschlagszahlung geleistet, deren Höhe sich an dem Beitragsaufkommen des Vormonats bemisst; gleichzeitig erfolgt die Spitzabrechnung für den Vormonat.

4.6 Rentenversicherungsträger als Beitragszahler

Ist ein Träger der Rentenversicherung Leistungsträger und damit grundsätzlich zur Beitragszahlung verpflichtet, gelten nach § 176 Abs. 3 SGB VI die Beiträge als gezahlt. Mit dieser Fiktion der Beitragszahlung wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass kein Leistungsträger Beiträge zu dem Versicherungszweig zahlen soll, dem er angehört.

V Arbeitslosenversicherung

§ 340 SGB III

Aufbringung der Mittel

Die Leistungen der Arbeitsförderung und die sonstigen Ausgaben der Bundesanstalt werden durch Beiträge der Versicherungspflichtigen, der Arbeitgeber und Dritter (Beitrag zur Arbeitsförderung), Umlagen, Mittel des Bundes und sonstige Einnahmen finanziert.

§ 341 SGB III

Beitragssatz und Beitragsbemessung

- (1) Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben.
- (2) Der Beitragssatz beträgt 6,5 Prozent.
- (3) Beitragsbemessungsgrundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen, die bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt werden. Für die Berechnung der Beiträge ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Beitragsbemessungsgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen. Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.
- (4) Beitragsbemessungsgrenze ist die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten.

§ 345 SGB III

Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. bis 4. ...
5. die als Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von

Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

6. ...

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes.

§ 347 SGB III

Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. bis 4. ...

5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:

- a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld
- b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
- c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 325 Euro nicht übersteigt,

6. und 7. ...

8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,

9. ...

§ 349 SGB III

Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) und (2) ...

(3) Die Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen sind von den Leistungsträgern an die Bundesanstalt zu zahlen. Die Bundesanstalt und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) ...

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 und 4 sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesanstalt ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.

1 Beitragspflichtige Einnahmen

1.1 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nach dem Regelentgelt bemessen werden

Als Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) für Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld gilt nach § 345 Nr. 5 SGB III 80 v. H. des der Entgeltersatzleistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts (Regelentgelt).

Anders als in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung werden in der Arbeitslosenversicherung nach ausdrücklicher Bestimmung in § 27 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB III nicht geringfügige Beschäftigungen und geringfügig entlohnte Beschäftigungen nicht zusammengerechnet mit der Folge, dass die geringfügig entlohnte Beschäftigung versicherungsfrei bleibt. Damit bleibt das aus diesem (geringfügigen) Beschäftigungsverhältnis erzielte Arbeitsentgelt auch für die Beitragsbemessung nach § 345 Nr. 5 SGB III unberücksichtigt. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind in Fällen dieser Art daher allein aus 80 v. H. des Arbeitsentgelts zu bemessen, das aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung erzielt wird.

1.2 Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die nicht nach dem Regelentgelt bemessen werden

1.2.1 Bezug von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, das in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird

Bei Bezug von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, das in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes oder des Unterhaltsgeldes gezahlt wird, werden die Beiträge aus 80 v. H. des durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts, das der Bemessung der Leistung zugrunde liegt, berechnet. Ausgangsbasis ist hierbei das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder Unterhaltsgeldes tatsächlich zugrunde liegende

Arbeitsentgelt; eine Rundung nach den Tabellen der SGB III-Leistungsverordnung erfolgt nicht.

1.2.2 Bezug von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld, das in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe gezahlt wird

Hinsichtlich der Bemessung der Beiträge bei Bezug von Entgeltersatzleistungen, die in Höhe des Betrags der Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe zu zahlen sind, werden von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung unterschiedliche Auffassungen vertreten (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt I 2.1).

1.2.3 Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld, das in Höhe des Betrags des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt wird

Wird Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes oder Winterausfallgeldes gezahlt, ist das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt aus dem Unterschiedsbetrag zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt im Sinne des § 179 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB III zu ermitteln. Dabei sind sowohl das Sollentgelt als auch das Istentgelt - anders als in § 179 Abs. 1 Satz 5 SGB III für das Leistungsrecht der Arbeitslosenversicherung vorgeschrieben - nicht auf den nächsten durch zwanzig teilbaren Euro-Betrag, sondern in der zweiten Dezimalstelle kaufmännisch zu runden. Der so ermittelte Betrag ist anschließend auf 80 v. H. zu kürzen. Sind in dem Anspruchszeitraum sowohl Zeiten von Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld als auch von Krankengeld oder Verletztengeld angefallen, ist nur der Anteil der Ausfalltage bzw. -stunden zu berücksichtigen, für den die Entgeltersatzleistung zu zahlen ist (vgl. hierzu auch die Berechnungsformel unter Abschnitt IV 1.2.3).

1.2.4 Bezug von Verletztengeld nach § 47 Abs. 5 SGB VII

Für einen Unfallverletzten, der von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ein nach § 47 Abs. 5 SGB VII berechnetes Verletztengeld bezieht, gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes. Dies gilt auch beim Bezug von Verletztengeld wegen einer anerkannten Berufskrankheit.

1.2.5 Bezug von Mutterschaftsgeld

Als Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld gilt vom 01.01.2003 an nach § 345 Nr. 7 SGB III ein Betrag in Höhe des Mutterschaftsgeldes, also höchstens ein kalendertäglicher Betrag von 13 EUR. Wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt (§ 200 Abs. 2 Satz 7 RVO, § 29 Abs. 3 KVLG), gilt dieser (Zahl-) Betrag als Bemessungsgrundlage.

1.3 Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung

Bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Entgeltersatzleistung wird nach § 345 Nr. 5 zweiter Halbsatz SGB III das dem Krankengeld zugrunde liegende Arbeitsentgelt nicht berücksichtigt. Das bedeutet, dass in solchen Fällen lediglich das der anderen Entgeltersatzleistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt als Bemessungsgrundlage dient. Im Ergebnis wird dadurch eine doppelte Beitragszahlung vermieden, indem für einen Krankengeld-Spitzbetrag keine Bemessungsgrundlage angesetzt wird. In der Regel gibt es für diese Fallgestaltungen seit dem 01.01.1997 grundsätzlich keinen Anwendungsbereich mehr, da § 49 Abs. 3 SGB V eine entsprechende leistungsrechtliche Aufstockung (Krankengeld-Spitzbetrag) verbietet.

1.4 Auswirkungen des Bezugs einer Teilrente wegen Alters, Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder einer vergleichbaren Leistung

Die leistungsrechtliche Kürzung des Krankengeldes aus Anlass der Zubilligung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, einer Rente wegen Berufsunfähigkeit, einer Teilrente wegen Alters oder einer anderen in § 50 Abs. 2 Nrn. 3 bis 5 SGB V genannten Leistung lässt die Beitragsbemessungsgrundlage unberührt. In diesen Fällen ändert sich vom Zeitpunkt der Leistungskürzung an lediglich die Beitragsverteilung, da der Zahlbetrag der Leistung als Grundlage für die Ermittlung des Versichertenbeitragsanteils (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt 3.1) entsprechend gemindert wird.

Die Versicherungs- und Beitragspflicht zur Arbeitslosenversicherung wird durch die nachträgliche Gewährung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, Teilrente wegen Alters oder anderen in § 50 Abs. 2 SGB V genannten Leistungen nicht aufgehoben. In diesen Fällen kommt eine Erstattung der gezahlten Beiträge nicht in Betracht.

1.5 Auswirkungen einer rückwirkenden Zubilligung von Vollrente wegen Alters oder Rente wegen voller Erwerbsminderung auf die Beitragspflicht

Fällt der Anspruch auf die Entgeltersatzleistung infolge Zubilligung einer Vollrente wegen Alters rückwirkend weg, wird die Versicherungs- und Beitragspflicht in der Arbeitslosenversicherung - ebenso wie die zur Pflegeversicherung - nachträglich beseitigt, und zwar unabhängig vom Lebensalter des Versicherten bei Rentenbeginn. Dabei ist unerheblich, ob es sich um eine Dauerrente oder um eine befristete Rente (Zeitrente) handelt. Die über den Rentenbeginn hinaus gezahlten Beiträge sind dem Leistungsträger in voller Höhe zu erstatten (ggf. Verrechnungsverfahren mit den im laufenden Monat abzuführenden Beiträgen). Soweit der Versicherte an der Beitragsaufbringung beteiligt war, erhält er die von ihm getragenen Beitragsanteile von der Krankenkasse erstattet.

Bei Zubilligung von Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der inländischen gesetzlichen Rentenversicherung besteht nach § 28 Abs. 2 SGB III vom Rentenbeginn an Versicherungsfreiheit für die Zeit des Entgeltersatzleistungsbezugs im Sinne des § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB III (vgl. hierzu Ausführungen unter Abschnitt A IV 1.4). Die über den Rentenbeginn hinaus gezahlten Beiträge sind dem Leistungsträger in diesen Fällen in voller Höhe zu erstatten (ggf. Verrechnungsverfahren mit den im laufenden Monat abzuführenden Beiträgen). Soweit der Versicherte an der Beitragsaufbringung beteiligt war, erhält er die von ihm getragenen Beitragsanteile von der Krankenkasse erstattet.

2 Beitragssatz

Der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung ergibt sich aus § 341 Abs. 2 SGB III.

3 Beitragstragung

3.1 Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld

Die bei Bezug von Krankengeld oder Verletztengeld zu zahlenden Beiträge werden nach § 347 Nr. 5 SGB III von den Leistungsbeziehern und den Leistungsträgern (Krankenkasse oder Unfallversicherungsträger) je zur Hälfte getragen, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern.

Wird das Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Leistung der Bundesanstalt für Arbeit gewährt - also in Höhe des Betrags des Arbeitslosengeldes, der Arbeitslosenhilfe, des Unterhaltsgeldes, der Eingliederungshilfe oder des Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeldes -, trägt der Leistungsträger die Beiträge in voller Höhe (§ 347 Nr. 5 Buchst. b SGB III).

Die Beiträge für Leistungsbezieher, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind, werden nach § 347 Nr. 5 Buchst. c SGB III von den Leistungsträgern allein getragen, wenn das dem Krankengeld oder Verletztengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt (Regelentgelt) 325 EUR nicht übersteigt.

Übersteigt bei den zu ihrer Berufsausbildung beschäftigten Leistungsbeziehern das der Beitragsbemessung zugrunde liegende Arbeitsentgelt den Betrag von monatlich 325 EUR nur durch die Berücksichtigung von Einmalzahlungen, wird der Versicherte an der Beitragsaufbringung nicht beteiligt.

3.2 Bezieher von Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld

Bei Beziehern von Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld tragen die Leistungsträger nach § 347 Nr. 5 Buchst. a SGB III die Beiträge allein.

3.3 Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld

Die Beiträge für Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld tragen nach § 347 Nr. 8 SGB III die Leistungsträger (Krankenkassen) allein.

4 Beitragszahlung und Beitragsabrechnung

Die Beiträge für Bezieher von Entgeltersatzleistungen sind nach § 349 Abs. 3 Satz 1 SGB III von den Leistungsträgern an die Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen. Das gilt auch insoweit, als die Bezieher von Krankengeld oder Verletztengeld an der Beitragsaufbringung beteiligt sind. Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge können die Bundesanstalt für Arbeit und die Leistungsträger durch Vereinbarung regeln (§ 349 Abs. 3 Satz 2 SGB III).

4.1 Krankenkasse als Beitragszahler

Die von der Krankenkasse bei Bezug von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld berechneten Beiträge sind an die Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen. Die Zahlung ist in der Monatsabrechnung (§ 6 der Beitragszahlungsverordnung) im Teil B unter Position 6.1 (Beiträge aus Krankengeld) oder Position 6.7 (Beiträge aus Mutterschaftsgeld) zu dokumentieren.

4.2 Unfallversicherungsträger als Beitragszahler

Die bei Bezug von Verletztengeld von den Krankenkassen auftragsweise zu berechnenden und zu zahlenden Beiträge sind an die Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen. Die Beitragszahlung erfolgt in Anlehnung an die Zahlungsweise der Beiträge bei Bezug von Krankengeld. Die Zahlung ist in der Monatsabrechnung (§ 6 der Beitragszahlungsverordnung) im Teil B unter Position 6.2 (Beiträge aus Verletztengeld, Übergangsgeld der Unfallversicherung) zu dokumentieren.

Wird das Verletztengeld nicht von der Krankenkasse, sondern direkt vom Unfallversicherungsträger ausgezahlt, sind die Beiträge direkt an die Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen.

4.3 Träger der Kriegsopferversorgung als Beitragszahler

§ 23 Abs. 2 Satz 3 SGB IV ermächtigt die Bundesanstalt für Arbeit mit den Behörden des sozialen Entschädigungsrechts hinsichtlich der Beiträge bei Bezug von Versorgungskrankengeld eine von der Vorschrift des § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV abweichende Regelung im Wege der Vereinbarung zu treffen. Dabei muss die Vereinbarung beinhalten, dass die Beiträge in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens am 30.06. des laufenden Jahres und ein verbleibender Restbetrag zum nächsten Fälligkeitstermin gezahlt werden.

4.4 Rentenversicherungsträger als Beitragszahler

Die bei Bezug von Übergangsgeld von den Rentenversicherungsträgern berechneten Beiträge sind an die Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen.

C Meldungen

I Krankenversicherung und Pflegeversicherung

§ 200 SGB V

**Meldepflichten bei sonstigen
versicherungspflichtigen Personen**

(1) Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches hat zu erstatten

1. ...

2. für Personen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, der zuständige Rehabilitationsträger,

3. ...

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

(2) ...

§ 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 (4) ...

(5) Die Krankenkassen übermitteln den Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten.

(6) ...

1 Meldeverfahren für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung

1.1 Grundzüge des Meldeverfahrens

Nach § 200 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V hat der zuständige Rehabilitationsträger für Personen, die an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, der Krankenkasse eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 SGB IV zu erstatten. Die Meldung zur Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein (§ 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Obgleich sich die aus dem Gesetzeswortlaut ergebende Meldepflicht nur auf Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bezieht, werden hiervon auch Bezieher von nach § 51 SGB IX weitergezahltem Übergangsgeld sowie Teilnehmer an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung erfasst, da diese Personengruppen ebenfalls zum Kreis der nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI Versicherungspflichtigen zählen.

Für das Meldeverfahren zwischen den Rehabilitationsträgern und den Krankenkassen gilt nach § 200 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verb. mit § 28c SGB IV die Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung - DEÜV). Das von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung als Rundschreiben veröffentlichte „Gemeinsame Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ vom 15.07.1998 in der jeweils geltenden aktuellen Fassung ist für die Meldung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI Versicherungspflichtigen entsprechend anzuwenden, soweit von den am Verfahren Beteiligten nichts Abweichendes vereinbart ist.

1.2 Meldepflichtige Tatbestände

Der Rehabilitationsträger hat der zuständigen Krankenkasse für jeden versicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung eine Meldung zu erstatten. Als meldepflichtige Tatbestände kommen in Betracht:

- Beginn der Mitgliedschaft (Beginn der Maßnahme),
- Ende der Mitgliedschaft (Ende der Maßnahme oder Ende der Weiterzahlung des Übergangsgeldes),
- Änderungen in der Beitragspflicht oder
- Wechsel der Krankenkasse.

Eine Jahresmeldung für jeden am 31.12. eines Jahres Versicherten ist nicht vorgesehen.

1.3 Zulässige Schlüsselzahlen für die Abgabegründe, Beitragsgruppen und Personengruppe in den Meldungen

Für die Abgabegründe in den Meldungen durch die Rehabilitationsträger kommen ausschließlich folgende Schlüsselzahlen in Betracht:

Meldesachverhalt	Art der Meldung	Abgabegrund
Beginn der Mitgliedschaft	Anmeldung	10
Wechsel der Krankenkasse	Anmeldung	11
Wechsel der Beitragsgruppe	Anmeldung	12
Ende der Mitgliedschaft	Abmeldung	30
Wechsel der Krankenkasse	Abmeldung (zur „alten“ Krankenkasse)	31
Wechsel der Beitragsgruppe	Abmeldung	32

Bei Abmeldungen ist das Zeitraumbeginn-Datum analog den DEÜV-Grundsätzen zu versorgen. Das heißt, dass bei jahresübergreifenden Maßnahmen in das Zeitraumbeginn-Feld der 01.01. und das Kalenderjahr, in dem die Maßnahme beendet wird, einzutragen ist.

Die Beitragsgruppen sind in den Meldungen mit dem vierstelligen numerischen Schlüssel in der Reihenfolge Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung anzugeben. Für die Meldungen der kranken- und pflegeversicherungspflichtigen Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen ausschließlich folgende Schlüsselzahlen in Betracht:

Krankenversicherung (KV)		Pflegeversicherung (PV)	
1	allgemeiner Beitrag	0	kein Beitrag
2	erhöhter Beitrag	1	voller Beitrag
3	ermäßigter Beitrag	2	halber Beitrag

Für die Renten- und Arbeitslosenversicherung ist immer der Schlüssel 0 (kein Beitrag) anzugeben.

Gemäß der Anlage 2 des gemeinsamen Rundschreibens „Gemeinsames Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ ist bei Meldungen für krankenversicherungspflichtige Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung der Personengruppenschlüssel 204 zu verwenden.

Die Angaben zur Tätigkeit sind stets mit den Ziffern 66666 zu verschlüsseln.

1.4 Betriebsnummerverwendung und -vergabe

Jeder Rehabilitationsträger verwendet für Meldungen, die er in dieser Eigenschaft zu erstatten hat, eine besondere Betriebsnummer. Diese besondere Betriebsnummer beginnt in den ersten drei Stellen mit 985 (=alte Bundesländer) bzw. 987 (=neue Bundesländer). Bei Rehabilitationsträgern, die rechtskreisübergreifend tätig sind, ist stets die Betriebsnummer des Rechtskreises zu verwenden, nach dessen Faktoren die Beiträge berechnet werden.

Der Antrag auf Zuteilung einer Betriebsnummer für Rehabilitationsträger ist bei dem Arbeitsamt zu stellen, in dessen Bezirk der Rehabilitationsträger seinen Sitz hat.

1.5 Form der Meldungen

Die Meldungen nach § 200 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sind grundsätzlich im automatisierten Verfahren durch Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern zu erstatten (Datenübermittlung). Für die Datenübermittlung sind die in den „Gemeinsamen

Grundsätzen für die Datenerfassung und Datenübermittlung zur Sozialversicherung nach § 28b Abs. 2 SGB IV“ zugelassenen bzw. die mit der Annahmestelle vereinbarten Datenübertragungsverfahren/Datenträger zu nutzen. Einer besonderen Zulassung zur Datenübermittlung (vgl. § 18 Abs. 1 DEÜV) bedarf es nicht.

Für die Datenübermittlung zwischen Rehabilitationsträgern und Krankenkassen ist der Datensatz DSME – Anmeldung, Abmeldung/Jahresmeldung, Änderungsmeldung mit den zugehörigen Datenbausteinen zu verwenden. Die Reihenfolge der Datenbausteine muss identisch sein mit der Reihenfolge der Merkmale im Datensatz DSME. Die Meldungen der Rehabilitationsträger im Datenaustausch sind mit dem Verfahrensmerkmal „RVTKV“ gekennzeichnet.

Soweit in Einzelfällen oder in den Fällen, in denen die Bundesanstalt für Arbeit meldepflichtiger Rehabilitationsträger ist, Meldungen durch Datenübermittlung nicht erfolgen können, sind Meldungen auf Vordrucken zulässig. Dabei ist der Vordruck „Meldung zur Sozialversicherung“ gemäß Anlage 1 der gemeinsamen Grundsätze für die Datenerfassung und Datenübermittlung zur Sozialversicherung nach § 28b Abs. 2 SGB IV zu verwenden (§ 27 Abs. 1 und 3 DEÜV).

1.6 Verfahrensablauf bei Meldungen im Wege der Datenübermittlung

Die Rehabilitationsträger im Bereich der Rentenversicherung der Arbeiter übermitteln die von ihnen erzeugten Datensätze über die Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) an die im Rahmen des DEÜV-Meldeverfahrens bestimmten Annahmestellen. Von dort werden die Meldungen an die für die Durchführung der Krankenversicherung zuständige Krankenkasse weitergeleitet. Die maßgebende Annahmestelle für die Meldedaten wird über die Betriebsnummer der Krankenkasse ermittelt. Diese wiederum kann beim Rentenversicherungsträger anhand der Beitragssatzdatei über das gespeicherte Institutionskennzeichen festgestellt werden. Für die BfA gelten hinsichtlich der Annahmestellen für die Meldungen die in der Absprache über die Beendigung der Verwaltungsvereinbarung Übergangsgeld BfA festgelegten Regelungen. Eine Weiterleitung bzw. Rückgabe der Datensätze an die Rentenversicherung erfolgt nicht. Die Rentenversicherungsträger stellen die jeweilige Zeit der Versicherungspflicht selbst in das Versicherungskonto des Rehabilitanden ein.

2 Meldung für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Für Bezieher von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, deren Mitgliedschaft in der Zeit des Leistungsbezugs fortbesteht (vgl. Ausführungen unter Abschnitt A I 2), ist eine der Regelung des § 200 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vergleichbare Meldepflicht des Leistungsträgers nicht vorgesehen. Die Leistungsträger teilen den Krankenkassen aufgrund von Absprachen oder Vereinbarungen allerdings Beginn und Ende des Entgeltersatzleistungsbezugs mit, sofern die Entgeltersatzleistung nicht ohnehin von der Krankenkasse auftragsweise gezahlt wird.

II Rentenversicherung

§ 191 SGB VI

Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten

1. ...
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger,
3. und 4. ...

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

§ 38 DEÜV

Entgeltersatzleistungen

(1) Die Leistungsträger haben Zeiträume, in denen Personen nach § 3 Satz 1 Nr. 3 oder 4 oder § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig sind und eine der in diesen Vorschriften genannten Leistungen, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Leistungen, die die Bundesanstalt für Arbeit nach dem Altersteilzeitgesetz anstelle des Arbeitgebers erbringt, oder Arbeitslosenbeihilfe beziehen, unter Angabe der der Leistung zu Grunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen zu melden. Die Zeiten sind jeweils für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet zu kennzeichnen.

(2) bis (5) ...

1 Meldeverfahren für Bezieher von Entgeltersatzleistungen

Nach § 191 Satz 1 Nr. 2 SGB VI hat der zuständige Leistungsträger für Personen, für die Beiträge aus Entgeltersatzleistungen zu zahlen sind, Meldungen nach den Grundsätzen des § 28a Abs. 1 bis 3 SGB IV zu erstatten. Zuständig für die Abgabe der Meldungen ist der Leistungsträger, gegen den der Anspruch auf die Entgeltersatzleistung besteht. Vereinbarungen über die Erstattung von Meldungen durch einen anderen Leistungsträger bleiben unberührt.

Für das Meldeverfahren zwischen den Leistungsträgern und der Rentenversicherung gilt nach § 191 Satz 2 SGB VI in Verb. mit § 28c SGB IV die Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung - DEÜV). Dementsprechend sind auch die näheren Verfahrensabsprachen in dem gemeinsamen Rundschreiben „Gemeinsames Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ geregelt.

2 Meldepflichtige Tatbestände und Meldefristen

Zu melden sind nach § 38 Abs. 1 Satz 1 DEÜV die Zeiträume, in denen Personen nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI aufgrund des Bezugs einer dort genannten Entgeltersatzleistung rentenversicherungspflichtig sind (Zeit des Leistungsbezugs), die der Beitragsberechnung zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen und die vom Versicherten zu tragenden Beitragsanteile. Die Meldepflicht besteht auch für Antragspflichtversicherte im Sinne des § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI.

Die Meldungen sind nach § 38 Abs. 2 Satz 1 DEÜV innerhalb eines Monats nach dem Ende der Versicherungspflicht aufgrund des Entgeltersatzleistungsbezugs zu erstatten. Darüber hinaus sind Meldungen über Zeiträume, die sich über das Ende des Kalenderjahres hinaus erstrecken, getrennt für jedes Kalenderjahr zu erstatten (§ 38 Abs. 3 in Verb. mit § 5 Abs. 3 DEÜV). Die Jahresmeldung ist bis zum 15.04. des Folgejahres abzugeben. Meldungen über den Beginn der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 oder § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI sind nicht vorgeschrieben.

Als meldepflichtige Tatbestände kommen demnach in Betracht:

- Ende der Versicherungspflicht aufgrund des Leistungsbezugs,
- Ablauf des Kalenderjahres, wenn sich die Versicherungspflicht über das Ende des Kalenderjahres hinaus erstreckt.

3 Form der Meldungen

Die Meldungen der Leistungsträger für Personen, die aufgrund des Entgeltersatzleistungsbezugs der Rentenversicherungspflicht unterliegen, sind im Wege der Datenübertragung zu erstatten (§ 38 Abs. 2 Satz 1 DEÜV). Für die Übermittlung der Daten ist der hierzu abgestimmte Datensatz mit den dazugehörigen Datenbausteinen zu verwenden.

4 Bescheinigungen

Nach § 38 Abs. 5 DEÜV hat der Leistungsträger als meldende Stelle dem Versicherten bis zum 30.04. eines Jahres eine Bescheinigung über den Inhalt der Meldungen des vergangenen Kalenderjahres zu erteilen.

III Arbeitslosenversicherung

§ 312 SGB III

Arbeitsbescheinigung

(1) Bei Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses hat der Arbeitgeber alle Tatsachen zu bescheinigen, die für die Entscheidung über den Anspruch auf Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld oder Übergangsgeld erheblich sein können (Arbeitsbescheinigung); dabei hat er den von der Bundesanstalt für Arbeit hierfür vorgesehenen Vordruck zu benutzen. In der Arbeitsbescheinigung sind insbesondere

- 1. die Art der Tätigkeit des Arbeitnehmers,**
- 2. Beginn, Ende, Unterbrechungen und Grund für die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses und**
- 3. das Arbeitsentgelt und die sonstigen Geldleistungen, die der Arbeitnehmer erhalten oder zu beanspruchen hat,**

anzugeben. Die Arbeitsbescheinigung ist dem Arbeitnehmer vom Arbeitgeber bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auszuhändigen.

(2) Macht der Arbeitgeber geltend, die Arbeitslosigkeit sei die Folge eines Arbeitskampfes, so hat er dies darzulegen, glaubhaft zu machen und eine Stellungnahme der Betriebsvertretung beizufügen. Der Arbeitgeber hat der Betriebsvertretung die für die Stellungnahme erforderlichen Angaben zu machen.

(3) Für Zwischenmeister und andere Auftraggeber von Heimarbeitern sowie für Leistungsträger und Unternehmen, die Beiträge nach diesem Buch für Bezieher von Sozialleistungen oder Krankentagegeld zu entrichten haben, gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

(4) ...

1 Bescheinigung nach § 312 Abs. 3 SGB III

Für Versicherte, die Leistungen nach dem SGB III beantragen, haben die Leistungsträger nach § 312 Abs. 3 SGB III den Zeitraum, für den aufgrund des Leistungsbezugs Versicherungs- und Beitragspflicht bestand, sowie das der Leistung zugrunde liegende Regelentgelt (Leistungsbemessungsentgelt) zu bescheinigen. Für die Bescheinigung ist der von der Bundesanstalt für Arbeit hierfür vorgesehene Vordruck zu verwenden.

Bei Bezug von Mutterschaftsgeld erhält die Versicherte von ihrer Krankenkasse mit der Abrechnung des Mutterschaftsgeldfalles eine Bescheinigung über den versicherungspflichtigen

Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Entgeltersatzleistungen

Mutterschaftsgeldbezug. Diese Bescheinigung genügt den Anforderungen des § 312 Abs. 3 SGB III.

An

.....
.....
.....
.....

Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht zur Rentenversicherung für selbständige Handwerker und andere Selbständige bei Bezug von Krankengeld

Ihr Antrag auf Krankengeld vom

Sehr geehrtes Mitglied,

Bezieher von Krankengeld sind in der gesetzlichen Rentenversicherung kraft Gesetzes versicherungspflichtig, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren (§ 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI).

Sofern nach dieser Vorschrift Versicherungspflicht besteht, sind bei Bezug vom Krankengeld Beiträge zur Rentenversicherung zu zahlen, die grundsätzlich von Ihnen und von uns zur Hälfte aufzubringen sind.

Die Krankenkasse ist gesetzlich verpflichtet zu prüfen - ggf. unter Einschalten des zuständigen Trägers der Rentenversicherung -, ob die Voraussetzungen der Versicherungspflicht vorliegen und ob von Ihrem beantragten Krankengeld Rentenversicherungsbeiträge zu zahlen sind.

Sollte für Sie für die Zeit des Krankengeldbezuges keine Rentenversicherungspflicht bestehen, so kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Versicherungspflicht auf Antrag geltend gemacht werden (§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI). Auf die auf der Rückseite dieses Schreibens abgedruckten Informationen zur Antragspflichtversicherung gestatten wir uns hinzuweisen.

Wir bitten Sie, den beigefügten Fragebogen ausgefüllt und mit Ihrer Unterschrift versehen möglichst umgehend an uns zurückzusenden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

Informationen über die Versicherungspflicht auf Antrag für selbständige Handwerker und andere Selbständige

Personenkreis

Antragsberechtigt sind grundsätzlich alle **Bezieher von Krankengeld**, die noch gar nicht oder letztmalig vor über einem Jahr rentenversicherungspflichtig waren, sowie alle diejenigen, die im letzten Jahr in der gesetzlichen Rentenversicherung zuletzt freiwillig versichert waren (§ 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI).

Ausgeschlossen von der Möglichkeit der Antragspflichtversicherung sind alle Leistungsbezieher, die in jeder Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit rentenversicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit sind. Für Leistungsbezieher, die lediglich in einer bestimmten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit rentenversicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit sind, besteht somit grundsätzlich ein Antragsrecht. Eine Besonderheit gilt hierbei jedoch für Leistungsbezieher, die aufgrund der Zugehörigkeit zu einem anderweitigen Alterssicherungssystem rentenversicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit sind (insbesondere Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung). Sie können nur dann von der Antragspflichtversicherung Gebrauch machen, wenn die Zeit des Bezugs der jeweiligen Entgeltersatzleistung in dem anderweitigen Alterssicherungssystem weder abgesichert ist noch abgesichert werden kann.

Beginn der Antragspflichtversicherung

Der Beginn der Versicherungspflicht hängt vom Zeitpunkt der Antragstellung ab.

Bei einer Antragstellung innerhalb von drei Monaten nach dem Leistungsbeginn beginnt die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung mit dem Beginn der Leistung, bei einer späteren Antragstellung erst mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt. Der Eingang des Antrags bei der Krankenkasse steht dabei dem Eingang beim Rentenversicherungsträger gleich.

Ende der Antragspflichtversicherung

Die Versicherungspflicht endet mit dem Tag des Wegfalls des Krankengeldes.

Beiträge

Für die **Bezieher von Krankengeld** berechnet sich der Rentenversicherungsbeitrag aus 80 v.H. des der Berechnung des Krankengeldes zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens. Der Antragsteller (Versicherte) wird - wie bei den kraft Gesetzes versicherungspflichtigen Personen - bei Bezug von Krankengeld am Beitragsaufkommen zur Hälfte beteiligt, soweit die Beiträge auf die Leistung entfallen.

Antragsaufnehmende Stellen

Der bundeseinheitliche Antrag auf Versicherungspflicht (V030) ist unmittelbar dem zuständigen Rentenversicherungsträger einzureichen, der auch für weitere Informationen zur Verfügung steht. Dieser Antrag ist bei den Rentenversicherungsträgern erhältlich.

Außerdem sind kostenlose Informationen bei den Auskunfts- und Beratungsstellen und den Versichertenältesten / Versicherungsberatern der Rentenversicherungsträger sowie den örtlichen Versicherungsämtern und den Stadt- und Gemeindeverwaltungen erhältlich. Diese Stellen nehmen auch den Antrag auf Versicherungspflicht auf.

Gründe für eine Antragspflichtversicherung

Bei Beziehern von Krankengeld, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, entstehen Lücken in der Versicherungsbiographie. Dies kann negative Auswirkungen sowohl auf die Höhe einer späteren Leistung (z.B. geringere Anzahl rentenrechtlicher Zeiten, niedrigere Bewertung beitragsfreier Zeiten) als auch auf den Leistungsanspruch selbst (z.B. keine Wartezeiterfüllung, Verlust eines Versicherungsschutzes für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) haben.

Die Nachteile können nur durch eine rechtzeitige Antragstellung auf Pflichtversicherung vermieden werden.

Merkblatt zur gesetzlichen Rentenversicherung

Versicherungspflicht auf Antrag für

- **Bezieher von Entgeltersatzleistungen**
- **Arbeitsunfähige und Rehabilitanden**

(Stand: 1. Januar 2003)

1. Allgemeines

Die Bezieher von

Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosenbeihilfe oder Eingliederungshilfe (Entgeltersatzleistungen)

sind in der gesetzlichen Rentenversicherung kraft Gesetzes versicherungspflichtig, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren.

Besteht hiernach keine Rentenversicherungspflicht, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Versicherungspflicht auf Antrag geltend gemacht werden.

2. Personenkreise

- 2.1 Antragsberechtigt sind Bezieher von Entgeltersatzleistungen, die noch gar nicht oder letztmalig vor über einem Jahr rentenversicherungspflichtig waren, sowie diejenigen, die im letzten Jahr in der gesetzlichen Rentenversicherung zuletzt freiwillig versichert waren.

Ausgeschlossen von der Möglichkeit der Antragspflichtversicherung sind alle Leistungsbezieher, die in jeder Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit rentenversicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit sind.

Für Leistungsbezieher, die lediglich in einer bestimmten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit rentenversicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit sind, besteht somit grundsätzlich ein Antragsrecht. Eine Besonderheit gilt hierbei jedoch für Leistungsbezieher, die aufgrund der Zugehörigkeit zu einem anderweitigen Alterssicherungssystem rentenversicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit sind (insbesondere Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung). Sie können nur dann von der Antragspflichtversicherung Gebrauch machen, wenn die Zeit des Bezugs der jeweiligen Entgeltersatzleistung in

dem anderweitigen Alterssicherungssystem weder abgesichert ist noch abgesichert werden kann.

2.2 Ebenfalls antragsberechtigt sind Arbeitsunfähige und Rehabilitanden, die kein Krankengeld erhalten, weil sie

- ohne Anspruch auf Krankengeld versichert oder
- nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (z.B. privat krankenversichert) sind,

wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bzw. Rehabilitation zuletzt in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig waren. Diese Versicherungspflicht besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation, jedoch längstens für 18 Monate.

3. Beginn der Antragspflichtversicherung

Der Beginn der Versicherungspflicht hängt vom Zeitpunkt der Antragstellung ab.

Bei der Antragstellung innerhalb von drei Monaten nach dem Leistungsbeginn oder dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitation beginnt die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung mit diesen jeweiligen Beginn-Daten. Bei einer späteren Antragstellung beginnt die Rentenversicherungspflicht erst mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt.

4. Beiträge

Für die Bezieher von Entgeltersatzleistungen (ausgenommen: Arbeitslosenhilfe) berechnet sich der Rentenversicherungsbeitrag aus 80 v.H. des der Entgeltersatzleistung zu Grunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens. Für Personen, die Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe beziehen, sind die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung aus der Höhe der Leistung zu berechnen. Allerdings können Bezieher von Arbeitslosenhilfe/Eingliederungshilfe, die vor dem 1. Januar 1945 geboren sowie vor dem 1. Januar 2000 arbeitslos geworden sind und sich arbeitslos gemeldet haben, diese Beiträge in bestimmtem Umfang aufstocken. Hierfür bedarf es einer besonderen Beitragszahlung des Versicherten oder eines Dritten (z.B. des früheren Arbeitgebers) unmittelbar an den zuständigen Rentenversicherungsträger bis zum 30. Juni des auf den Anspruch auf Arbeitslosenhilfe folgenden Kalenderjahres. Ansonsten wird der Antragsteller (Versicherte) - wie bei den kraft Gesetzes versicherungspflichtigen Personen - nur bei Bezug von Kranken- oder Ver-

letztengeld am Beitragsaufkommen zur Hälfte beteiligt, soweit die Beiträge auf die Leistung entfallen. Im Übrigen hat der Leistungsträger (z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt) die Rentenversicherungsbeiträge zu tragen. In den Fällen, in denen das Kranken- oder Verletztengeld in Höhe der Leistungen des Arbeitsamtes gezahlt wird oder das dem Kranken- oder Verletztengeld zugrunde liegende Arbeitsentgelt, monatlich 325 EUR nicht übersteigt und der Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt ist, trägt der Leistungsträger die Rentenversicherungsbeiträge jedoch in voller Höhe.

Bei Arbeitsunfähigen und Rehabilitanden, die keinen Anspruch auf Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung haben, wird der Rentenversicherungsbeitrag aus einem Betrag in Höhe von 80 v.H. des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens berechnet. Die Rentenversicherungsbeiträge sind in diesen Fällen vom Antragsteller (Versicherten) alleine in voller Höhe zu tragen.

5. Antragsaufnehmende Stellen

Der Antrag auf Versicherungspflicht (V030) ist unmittelbar dem zuständigen Rentenversicherungsträger einzureichen, der auch für weitere Informationen zur Verfügung steht.

Außerdem sind kostenlose Informationen bei den Auskunfts- und Beratungsstellen und den Versichertenältesten der Rentenversicherungsträger sowie den örtlichen Versicherungsämtern und den Stadt- und Gemeindeverwaltungen erhältlich. Diese Stellen nehmen auch den Antrag auf Versicherungspflicht auf.

6. Gründe für eine Antragspflichtversicherung

Bei Beziehern von Entgeltersatzleistungen sowie Arbeitsunfähigen und Rehabilitanden, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, entstehen Lücken in der Versicherungsbiographie. Dies kann negative Auswirkungen sowohl auf die Höhe einer späteren Leistung (z.B. geringere Anzahl rentenrechtlicher Zeiten, niedrigere Bewertung beitragsfreier Zeiten) als auch auf den Leistungsanspruch selbst (z.B. keine Wartezeiterfüllung, Verlust einer Anwartschaft auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) haben.

Die Nachteile können nur durch eine rechtzeitige Antragstellung auf Pflichtversicherung vermieden werden.

Weiterzahlung des Übergangsgeldes		Beitragsatz zur Krankenversicherung
Grundlage	...	
§ 51 Abs. 3 SGB IX	bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zum Ende der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn der Leistungsempfänger allein aus gesundheitlichen Gründen an der Maßnahme nicht mehr, aber voraussichtlich wieder teilnehmen kann.	Maßgebend ist der allgemeine Beitragsatz, da bei Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Fortzahlung des Übergangsgeldes für mindestens 6 Wochen besteht. Der allgemeine Beitragsatz ist wegen der Einheit der Maßnahme auch in den letzten 6 Wochen vor Beendigung der Maßnahme anzusetzen.
§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX (Zwischenübergangsgeld)	nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, während derer dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld besteht, und diese aus Gründen, die der Leistungsempfänger nicht zu vertreten hat, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden können, wenn eine zumutbare Beschäftigung nicht vermittelt werden kann.	Maßgebend ist der erhöhte Beitragsatz, da bei Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Fortzahlung des Übergangsgeldes besteht, d.h., die Krankenkasse tritt mit der Zahlung von Krankengeld ein. Bei Weiterzahlung des Verletztengeldes zwischen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation und einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist der allgemeine Beitragsatz maßgebend, da in dieser Zeit die Arbeitsunfähigkeit wegen der Unfallfolgen i.d.R. fortbesteht und bei Hinzutritt einer unfallunabhängigen Krankheit kein Krankengeld zu zahlen ist.
§ 51 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX	nach Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, während derer dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld besteht, und diese aus Gründen, die der Leistungsempfänger nicht zu vertreten hat, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden können, wenn Arbeitsunfähigkeit und kein Anspruch auf Krankengeld mehr besteht.	Maßgebend ist der ermäßigte Beitragsatz, da bei Arbeitsunfähigkeit Übergangsgeld zu zahlen ist, weil ein Anspruch auf Krankengeld wegen Ablauf der Höchstanspruchsdauer (§ 48 SGB V) nicht mehr besteht.
§ 51 Abs. 4 SGB IX (Anschlussübergangsgeld)	bis zu drei Monaten, im Anschluss an eine abgeschlossene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn der Teilnehmer arbeitslos ist, sich beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet hat und einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens drei Monaten nicht geltend machen kann.	Maßgebend ist der erhöhte Beitragsatz, da das Übergangsgeld nach nicht weiterzuzahlen ist, wenn der Teilnehmer wegen Arbeitsunfähigkeit der beruflichen Eingliederung nicht mehr zur Verfügung steht; in diesen Fällen besteht ein Anspruch auf Krankengeld (vgl. Urteil des BSG vom 15.11.1984 - 7 RAr 52/84 - USK 84161).