

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

Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

8. Oktober 2004

Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt;

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

Durch das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003 (BGBl. I Seite 2954) wird die Grundsicherung für erwerbsfähige Hilfebedürftige eingeführt und in einem eigenen Gesetzbuch - dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) - geregelt. Mit der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden die bisherigen Sozialleistungen Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zusammengeführt. Der Lebensunterhalt der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen wird durch pauschalisierte, bedarfsdeckende Leistungen gesichert. Die Leistungen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes lehnen sich - anders als die Arbeitslosenhilfe - nicht an die Regelungen zur Höhe des Arbeitslosengeldes an, sondern sind wie die Sozialhilfe bedarfsdeckend. Die daraus resultierende Sozialleistung wird als Arbeitslosengeld II gezahlt. Die Einbeziehung der Bezieher von Arbeitslosengeld II in die Sozialversicherung wird u. a. dadurch sichergestellt, dass sie in der Kranken- und Pflegeversicherung der Versicherungspflicht unterworfen werden (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a i.V.m. Satz 1 SGB XI). Von der Versicherungspflicht erfasst sind sowohl diejenigen, die bisher aufgrund des Bezuges von Arbeitslosenhilfe versicherungspflichtig waren und künftig an Stelle der Arbeitslosenhilfe Arbeitslosengeld II erhalten, als auch diejenigen, die bisher Sozialhilfe bezogen und künftig, soweit sie erwerbsfähig sind, Arbeitslosengeld II bekommen.

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

Bei der Durchführung der Versicherungspflicht ist zu berücksichtigen, dass diese nicht eintritt, sofern für den Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Familienversicherung besteht. Versicherungspflicht ist im Übrigen ausgeschlossen, wenn Arbeitslosengeld II nur darlehensweise gezahlt wird.

Die Krankenversicherungsbeiträge werden nach dem 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße bemessen und einheitlich bei den Krankenkassen nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aller Krankenkassen, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zum 1.10. eines Kalenderjahres feststellt, erhoben. Dieser Beitragssatz gilt sodann für das darauf folgende Kalenderjahr. In der Pflegeversicherung gilt ebenfalls das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße als Beitragsbemessungsgrundlage. Es ist jeweils der nach § 55 Abs. 1 SGB XI maßgebende Beitragssatz zu berücksichtigen.

Die Regelungen zum Arbeitslosengeld II und die damit verbundenen versicherungs- und beitragsrechtlichen Vorschriften treten zum 1.1.2005 in Kraft. Bezieher von Arbeitslosengeld II bleiben bis 31.12.2004 nach den Bestimmungen des § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtig. Bezieher von Sozialhilfe bleiben bis 31.12.2004 entweder freiwillig versichert oder erhalten nach § 264 Abs. 2 SGB V als Betreute Leistungen der Krankenversicherung zu Lasten des Trägers der Sozialhilfe. Die Leistung Sozialhilfe wird es auch über den 31.12.2004 noch geben (vgl. dazu Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003, BGBl. I Seite 3022). Der Bezug von Sozialhilfe wird weiterhin keine Versicherungspflicht bewirken. Insoweit wird das Verfahren nach § 264 Abs. 2 SGB V für den Personenkreis der Sozialhilfeempfänger nach neuem Recht (vorwiegend nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige) fortgeführt werden. Weiterhin können nicht erwerbsfähige Sozialhilfeempfänger einer Krankenkasse als freiwilliges Mitglied angehören. Für freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger werden die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach den Maßgaben des § 32 SGB XII übernommen.

Zuständig für die Erbringung der Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist die nach § 44b Abs. 1 SGB II zu errichtende Arbeitsgemeinschaft, die aus den Trägern der Leistung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 (Bundesagentur für Arbeit) und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II (Kommunale Träger) gebildet wird. Durch das Gesetz zur optionalen Trägerschaft von Kommunen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (Kommunales Optionsgesetz) vom 30.7.2004 (BGBl. I Seite 2014) haben die Kreise und kreisfreien Städte die Möglichkeit erhalten, die Aufgaben der Agenturen für Arbeit nach dem SGB II auszuführen. Machen sie von ihrem Optionsrecht nach § 6a SGB II Gebrauch, haben sie dann auch das Beitrags- und Meldeverfahren für die Bezieher von Arbeitslosengeld II zu vollziehen. Sofern Kommunen sich weder an der Arbeitsgemeinschaft nach § 44b Abs. 1 SGB II beteiligen noch vom Optionsrecht nach § 6a SGB II Gebrauch machen, ergibt sich

eine geteilte Zuständigkeit für die Leistungserbringung. Die Kommune gewährt dann ausschließlich Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II. In diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit allerdings das Beitrags- und Meldeverfahren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesagentur für Arbeit nehmen die Einführung von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zum Anlass, die Vorschriften zur Kranken- und Pflegeversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II in einem gemeinsamen Rundschreiben zu erläutern. Die in mehreren Besprechungen unter den beteiligten Spitzenorganisationen der Sozialversicherung erzielten Ergebnisse sind in diesem gemeinsamen Rundschreiben zusammengefasst. Den Erläuterungen ist jeweils der Gesetzestext vorangestellt.

Dieses Rundschreiben gilt sowohl für die Leistungserbringung durch eine Arbeitsgemeinschaft nach § 6 i.V.m. § 44b SGB II als auch für die alleinige Leistungserbringung durch die nach § 6a SGB II zugelassenen kommunalen Stellen.

Inhaltsverzeichnis

Seite

I	Versicherungspflicht	8
1	Krankenversicherung	8
1.1	Versicherungspflicht	15
1.2	Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand	16
1.3	Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II	17
1.4	Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte	17
1.5	Arbeitslosengeld II als Darlehen	18
1.6	Versicherungspflicht für die Dauer des Einigungsstellenverfahrens	18
1.7	Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung	19
1.8	Vorrang der Familienversicherung	20
1.8.1	Entscheidung über das Vorliegen einer Familienversicherung	22
1.8.2	Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld	23
1.8.3	Arbeitslosengeld II und Sozialgeld als Gesamteinkommen	23
1.9	Ergänzende Bestimmungen zum Begriff Leistungsbezug	24
1.10	Rückforderung gewährter Leistungen	25
1.10.1	Leistungsrückforderung aufgrund bloßer Vorauszahlung von Arbeitslosengeld II	26
1.10.2	Leistungsüberzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldanspruch	26
1.11	Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages oder Rückkehr in die private Krankenversicherung	27
1.11.1	Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages	27
1.11.2	Rückkehr in die private Krankenversicherung	28
1.12	Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Krankenversicherungspflicht	28
1.12.1	Keine Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes	28
1.12.2	Versicherungsfreiheit auf Antrag	28
1.12.2.1	Antragstellung	29
1.12.2.2	Zuständige Krankenkasse	29
1.12.2.3	Wirkung der Befreiung	29

1.13	Mitgliedschaft	30
1.13.1	Beginn der Mitgliedschaft	30
1.13.2	Erhalt der Mitgliedschaft	30
1.13.3	Ende der Mitgliedschaft	31
2	Pflegeversicherung	31
2.1	Versicherungspflicht	32
2.2	Anderweitige Pflegeversicherungspflicht	33
2.3	Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages	34
2.4	Befreiung von der Versicherungspflicht	34
2.5	Mitgliedschaft	35
II	Zuständige Versicherungsträger/ Zuständige Leistungsträger nach dem SGB II	35
1	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	43
1.1	Allgemeines	43
1.2	Krankenkassenzuständigkeit der See-Krankenkasse, der Bundesknappschaft oder einer landwirtschaftlichen Krankenkasse	43
1.3	Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels	44
1.3.1	Allgemeines	44
1.3.2	Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen	44
1.3.3	Übergangsfälle	45
2	Pflegekassenzuständigkeit	47

3	Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II	47
3.1	Allgemeines	47
3.2	Arbeitsgemeinschaften	47
3.3	Zugelassene kommunale Träger	48
3.4	Leistungserbringung durch Kommunen ohne Bildung von Arbeitsgemeinschaften oder ohne Wahrnehmung des Optionsrechts	48
III	Beitragsrecht	49
1	Grundsätze der Beitragsberechnung	56
1.1	Allgemeines	56
1.2	Beitragspflichtige Einnahmen	57
1.2.1	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfachtatbeständen	57
1.2.2	Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen beim Zusammentreffen mit Renten und Versorgungsbezügen	62
1.3	Beitragssatz	63
1.3.1	Krankenversicherung	63
1.3.1.1	Berücksichtigung des ab 1.7.2005 geltenden Zusatzbeitrages nach § 241a SGB V	64
1.3.2	Pflegeversicherung	65
1.4	Tragung der Beiträge	65
1.4.1	Krankenversicherung	65
1.4.2	Pflegeversicherung	65
1.5	Berechnung der Beiträge	65
2	Zahlung und Abrechnung der Beiträge	66
2.1	Allgemeines	66
2.2	Verfahren	66

3	Nachweis der Beitragsabrechnung	67
3.1	Beitragsnachweise für die Krankenkassen	67
3.1.1	Nachweis für den Einzelfall	68
3.2	Monatszusammenstellungen	68
3.3	Aufbewahrung der Nachweise	69
4	Prüfung der Beitragsabrechnung	69
5	Beitragserrstattungen	70
5.1	Erstattung bei Rückforderung der Leistung	70
5.2	Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld	71
6	Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen bei privater Kranken- und/oder Pflegeversicherung	71
IV	Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung	72
1	Allgemeines	74
2	Meldepflichtige Tatbestände	74
2.1	Anmeldungen	75
2.1.1	Anmeldungen bei Einführung des Arbeitslosengeldes II	75
2.2	Änderungsmeldungen	76
2.3	Abmeldungen	76
2.4	Stornierung von Anmeldungen	77
2.5	Stornierung von Abmeldungen	77
2.6	Bestandsabstimmung	80
3	Meldungen beim Übergang vom Betreuungsverhältnis nach § 264 Abs. 2 SGB V zur Versicherung wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II oder von Sozialgeld	80
4	Meldefristen	81
5	Besonderheiten im Meldeverfahren bei der Durchführung der Familienversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II	81
6	Meldeverfahren bei Erfüllung der Meldepflicht nach § 204 SGB V	82

I Versicherungspflicht

1 Krankenversicherung

§ 5 SGB V

Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. ...

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

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. bis 12. ...

(2) bis (5) ...

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

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

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

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

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

rungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages.

§ 6 SGB V

Versicherungsfreiheit

(1) bis (3)

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

(4) bis (8) ...

§ 8 SGB V

Befreiung von der Versicherungspflicht

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

1. ...

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

2. bis 7. ...

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

§ 10 SGB V

Familienversicherung

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 186 SGB V
Mitgliedschaft

(1) und (2) ...

(2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch und Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird.

(3) bis (10) ...

§ 190 SGB V
Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

(2) bis (11) ...

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

§ 7 KVLG 1989
Familienversicherung

(1) Für die Familienversicherung gilt § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Familienversicherung besteht auch für den im landwirtschaftlichen Unterneh-

men tätigen Ehegatten oder Lebenspartner des landwirtschaftlichen Unternehmers oder eines mitarbeitenden Familienangehörigen, sofern er nur wegen der Vorschriften des § 2 Abs. 3 oder 4 nicht versicherungspflichtig wird. Bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten oder Lebenspartners bleibt das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten oder Lebenspartner aus dem von ihnen gegenwärtig oder früher gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Beschäftigung als mitarbeitende Familienangehörige erzielen. Das Einkommen eines Kindes aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer zu gelten, bleibt außer Betracht.

(2) Die Satzung kann die Familienversicherung auf sonstige Angehörige erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, sich gewöhnlich im Inland aufhalten und kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch überschreitet.*

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

1.1 Versicherungspflicht

Bezieher von Arbeitslosengeld II unterliegen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V der Krankenversicherungspflicht. Voraussetzung ist, dass das Arbeitslosengeld II nicht nur darlehensweise bezogen wird. Ferner wird die Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn der Bezieher von Arbeitslosengeld II familienversichert ist. Darüber hinaus entsteht keine Versicherungspflicht, wenn nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB II bezogen werden.

Arbeitslosengeld II wird nach dem Prinzip der Bedürftigkeit und der Bedarfsgemeinschaft gewährt (§ 7 Abs. 3, § 9 SGB II). Diese Grundsätze sind für die versicherungsrechtliche Beurteilung nicht von Bedeutung. Die Versicherungspflicht wird individuell beurteilt. Sie erfasst Personen, die Arbeitslosengeld II tatsächlich erhalten. Gleiches gilt für die Beurteilung der Frage, wer trotz Bezuges von Arbeitslosengeld II wegen des Bestehens einer Familienversicherung nicht versicherungspflichtig wird. Dabei kann es vorkommen, dass in einer Bedarfsgemeinschaft mehrere erwerbsfähige Hilfebedürftige zusammenleben. In diesem Fall richtet sich die Beurteilung, welche dieser Personen der Versicherungspflicht unterliegt, grundsätzlich nach § 38 Satz 2 SGB II. Es wird derjenige versicherungspflichtig, der die Leistung beantragt und entgegennimmt. Sind beide Ehegatten (Lebenspartner, § 33b SGB I) wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig, so können die Ehegatten (Lebenspartner) abweichend von der Regelung des § 38 Satz 2 SGB II bestimmen, für welchen Ehegatten (Lebenspartner) die Familienversicherung durchzuführen ist. Hieraus folgt, welcher Ehegatte (Lebenspartner) der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V unterliegt. Die Entscheidung ist beim Antrag auf Arbeitslosengeld II zu treffen. Sie gilt für die Dauer des gleichzeitigen ununterbrochenen Bezuges von Arbeitslosengeld II, soweit keine Änderungen eintreten, die eine erneute Beurteilung des Versicherungsverhältnisses nach sich ziehen (z.B. Aufnahme einer nicht nur geringfügigen Beschäftigung) und sich dadurch ein Wechsel im Versicherungsstatus des einzelnen Beziehers von Arbeitslosengeld II ergibt (z.B. bisher Familienversicherter wird aufgrund des Beschäftigungsverhältnisses versicherungspflichtig, dadurch Wechsel des bisher pflichtversicherten Beziehers von Arbeitslosengeld II in die Familienversicherung).

Versicherungspflicht tritt auch für diejenigen Personen ein, die Arbeitslosengeld II nach der Übergangsbestimmung des § 65 Abs. 4 Satz 1 SGB II erhalten. Danach wird Arbeitslosengeld II auch denjenigen gewährt, die das 58. Lebensjahr vollendet haben und die Regelvoraussetzungen für den Anspruch auf Arbeitslosengeld II nur deshalb nicht erfüllen, weil sie nicht arbeitsbereit sind und nicht alle Möglichkeiten nutzen oder nutzen wollen, ihre Hilfebedürftigkeit durch die Aufnahme einer Arbeit zu beenden. Die Versicherungspflicht gilt für die gesamte Dauer des Bezuges von

Arbeitslosengeld II unter den erleichterten Voraussetzungen des § 65 Abs. 4 SGB II, wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld II vor dem 1.1.2006 entstanden ist und der erwerbsfähige Hilfebedürftige vor diesem Tag das 58. Lebensjahr vollendet hat.

1.2 Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand

Nach § 19 Satz 1 SGB II erhalten erwerbsfähige Hilfebedürftige als Arbeitslosengeld II

- a) Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einschließlich der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung,
- b) unter den Voraussetzungen des § 24 SGB II einen befristeten Zuschlag.

Das die Versicherungspflicht auslösende Leistungsspektrum des Arbeitslosengeldes II umfasst

- die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 20 SGB II),
- die Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt (§ 21 SGB II),
- Leistungen für Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II),
- den befristeten Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld (§ 24 SGB II).

Die Versicherungspflicht ist demnach nicht auf den Bezug der Regelleistung in Geld nach § 20 SGB II beschränkt, sondern kann auch durch eine Leistungserbringung nach den §§ 21 und 22 sowie 24 SGB II bewirkt werden. Diese Leistungen können auch als Einzelmaßnahmen erbracht werden und lösen deshalb bei deren Bezug Versicherungspflicht aus.

Nur in den Fällen, in denen nach den Kürzungsregelungen des § 31 SGB II keine Leistungen des Arbeitslosengeldes II nach dem vorgenannten Leistungsspektrum mehr erbracht werden, entfällt die Versicherungspflicht.

Die Regelleistung nach § 20 SGB II kann auch als Sachleistung gewährt werden, solange sich der Hilfebedürftige unter den in § 23 Abs. 2 SGB II genannten Voraussetzungen als ungeeignet erweist, mit der Regelleistung seinen Bedarf zu decken. Die Regelleistung kann in voller Höhe oder anteilig als Sachleistung erbracht werden. Auch in einem solchen Fall wird Arbeitslosengeld II im

Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bezogen, so dass die Voraussetzungen für die Krankenversicherungspflicht vorliegen. Als Bezugszeitraum gilt der Zeitraum, für den die Regelleistung nach § 20 SGB II dem Grunde nach zu erbringen wäre.

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

1.3 Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II

Nach der Intention des SGB II des Fördern und Forderns des Hilfebedürftigen sehen die Vorschriften des SGB II vielfältige Maßnahmen zur Kürzung des Arbeitslosengeldes II vor, wenn der Hilfebedürftige Pflichtverletzungen begeht (§ 31 SGB II). Die Leistungskürzungen beseitigen die Versicherungspflicht nicht, solange Leistungen nach dem in I 1.2 genannten Leistungsspektrum erbracht werden. Dies gilt selbst dann, wenn die Regelleistung nach § 20 SGB II nicht mehr gezahlt wird. Deshalb besteht Versicherungspflicht auch, soweit der Leistungsträger in angemessenem Umfang ergänzende Sachleistungen oder geldwerte Leistungen nach § 31 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB II erbringt.

Versicherungspflicht besteht ferner, wenn erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (junge Hilfebedürftige), nach einer sanktionierten Pflichtverletzung nur noch Leistungen für Unterkunft und Heizung erhalten (§ 31 Abs. 5 Satz 1 erster Halbsatz SGB II). Werden jungen Hilfebedürftigen nach sanktionierter Pflichtverletzung nur Sach- oder Geldleistungen in angemessenem Umfang nach § 31 Abs. 5 Satz 2 i.V.m. Abs. 3 Satz 3 SGB II gewährt, besteht ebenfalls Versicherungspflicht.

1.4 Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte

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

1.5 Arbeitslosengeld II als Darlehen

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

- wenn Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts in besonderen Härtefällen bei Auszubildenden gewährt werden, deren Ausbildung im Rahmen der §§ 60 bis 62 SGB III grundsätzlich förderungsfähig ist (§ 7 Abs. 5 SGB II),
- wenn Hilfebedürftigkeit nur deswegen besteht, weil dem Arbeitsuchenden der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung von zu berücksichtigendem Vermögen nicht möglich ist oder der sofortige Verbrauch bzw. die sofortige Verwertung eine besondere Härte darstellen würde (§ 9 Abs. 4 SGB II),
- zur Übernahme von Mietschulden nach § 22 Abs. 5 SGB II,
- in Form der abweichenden Leistungserbringung nach § 23 Abs. 1 SGB II.

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

1.6 Versicherungspflicht für die Dauer des Einigungsstellenverfahrens

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

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

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

1.7 Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung

Das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt sieht wegen der Einführung der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V keine Änderungen in den Bestimmungen des SGB V vor, die sich mit den Rechtsverhältnissen bei Versicherungskonkurrenz befassen (§ 5 Abs. 6 bis 8 SGB V). Deshalb ist bei Bezug von Arbeitslosengeld II eine Mehrfachversicherung möglich, wenn der Leistungsbezug mit anderen Versicherungstatbeständen zusammentrifft. Ein solches Zusammentreffen kann insbesondere dann eintreten, wenn als Arbeitslosengeld II Leistungen für Unterkunft und Heizung erbracht werden.

Eine Mehrfachversicherung ist demnach denkbar beim Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II mit

- der Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- dem Bezug von Arbeitslosengeld oder von Unterhaltsgeld in Übergangsfällen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, § 19 Abs. 2 KVLG 1989, § 434j Abs. 10 SGB III),
- der Ausübung einer versicherungspflichtigen selbständigen Tätigkeit als Künstler oder Publizist (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. den Bestimmungen des KSVG),
- der Versicherungspflicht von Jugendlichen, von Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder von behinderten Menschen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 bis 8 SGB V).

Die Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II verdrängt dagegen wegen der Bestimmungen der § 5 Abs. 7 und Abs. 8 SGB V die Versicherungspflicht als Student oder Praktikant (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 oder Nr. 10 SGB V) sowie die Versicherungspflicht als Rentner/Rentenantragsteller (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 bis Nr. 12 SGB V, § 189 SGB V).

Würde wegen des Vorrangs einer Familienversicherung (vgl. I 1.8) keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintreten, verdrängt eine Versicherung als Rentner/Rentenantragsteller die gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangige Familienversicherung. In diesem Fall tritt aber nicht die Versicherungspflicht als Rentner/Rentenantragsteller ein, vielmehr ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II durchzuführen.

Beispiel:

Familienversicherung seit Jahren. Bezug von Arbeitslosengeld II seit 1.1.2005
Rentenantrag am 1.4.2005 (die Vorversicherungszeit für die KVdR ist erfüllt).

Die Familienversicherung dauert zunächst über den 31.12.2004 hinaus an, da die Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II vorrangig ist. Aufgrund des Rentenantrages ist die Familienversicherung jedoch zum 31.3.2005 zu beenden, da eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller vorrangig gegenüber der Familienversicherung ist. Allerdings ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II wiederum vorrangig gegenüber der Krankenversicherung der Rentner, so dass vom 1.4.2005 an Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintritt.

Der Tatbestand einer Mehrfachversicherung oder der Vorrangversicherung bei Bezug von Arbeitslosengeld II setzt allerdings voraus, dass Arbeitslosengeld II weiterhin tatsächlich bezogen wird.

1.8 Vorrang der Familienversicherung

Die Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ausgeschlossen, wenn eine Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) besteht. Dabei ist es unerheblich, ob die Familienversicherung auf der Ehegatten- oder Lebenspartnerzugehörigkeit im Sinne des LPartG oder wegen des Status Kind im Sinne der Rechtsvorschriften über die Familienversicherung beruht.

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

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

Kinder, die Arbeitslosengeld II beziehen, können grundsätzlich

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

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

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

Eine Familienversicherung kann auch aus der Versicherung von Eltern hergeleitet werden, die kein Arbeitslosengeld II beziehen. Ebenso kann eine Familienversicherung bestehen, wenn beide Eltern oder ein Elternteil Arbeitslosengeld II erhalten.

Als Kinder gelten auch Stiefkinder oder Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält sowie Pflegekinder. Stiefkinder im vorgenannten Sinne sind auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds. Soweit Stiefkinder und Enkel Arbeitslosengeld II beziehen und die Frage der Familienversicherung geprüft werden soll, obliegt die Entscheidung wegen der Prüfung des überwiegenden Unterhalts allein der Krankenkasse. In diesen Fällen hat der Leistungsträger die Krankenkasse entsprechend einzuschalten. Das vom Leistungsträger nach dem SGB II gewährte Arbeitslosengeld II rechnet zwar zum Nettoeinkommen der Familie, kann aber einem bestimmten Familienmitglied nicht zugeordnet werden. Aufgrund dessen kann für Stief- und Enkelkinder eine Familienversicherung nicht eingeräumt werden, wenn der Stammversicherte ausschließlich Arbeitslosengeld bezieht. In diesen Fällen ist wegen der fehlenden Zuordnungsmöglichkeit der Einkünfte davon

auszugehen, dass der Stammversicherte den überwiegenden Unterhalt nicht sicherstellen kann. Im Einzelfall ist es jedoch möglich, dass ein Versicherter der Arbeitslosengeld II erhält, dennoch den überwiegenden Unterhalt leistet. Eine entsprechende Prüfung ist ggf. durchzuführen.

Kann für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II, der noch zu den in § 10 Abs. 2 SGB V genannten Kindern gehört, eine Familienversicherung dem Grunde nach geltend gemacht werden, wird diese nicht wirksam, wenn dadurch der Versicherungsschutz eines Kindes oder Ehepartners bzw. Lebenspartners dieser Person ausgeschlossen wäre (Analogie zu § 5 Abs. 7 SGB V).

Beispiel:

Frau X, Bezieherin von Arbeitslosengeld II, Alter 17 Jahre; Mutter des zwei Jahre alten Kindes Z (das Kind Z bezieht Sozialgeld nach § 28 SGB II).

Für Frau X bestünde Anspruch auf Familienversicherung bei ihrem Vater, Herrn Y. Er bezieht ebenfalls Arbeitslosengeld II. Ein Anspruch auf Familienversicherung für das Kind Z (= Enkel) von Frau X aus der Versicherung von Herrn Y kann wegen fehlendem überwiegenden Unterhalt nicht hergeleitet werden. Das Kind Z wäre damit unversichert. Deshalb wird die Familienversicherung für Frau X aus der Mitgliedschaft von Herrn Y nicht wirksam. Sie wird nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig. Aus dieser Pflichtversicherung kann nun die Familienversicherung für das Kind Z hergeleitet werden.

Der Vorrang der Familienversicherung gilt auch für die Fälle, in denen während des Einigungsverfahrens der Leistungsträger das Arbeitslosengeld II lediglich aufgrund der Vorschrift des § 44a Satz 3 SGB II (vgl. I 1.6) erbringt.

1.8.1 Entscheidung über das Vorliegen einer Familienversicherung

Die Entscheidung, ob eine Familienversicherung besteht, obliegt grundsätzlich der zuständigen Krankenkasse. Die Leistungsträger müssen jedoch im Rahmen des Verwaltungsverfahrens zur Gewährung von Arbeitslosengeld II prüfen, ob Versicherungspflicht eintritt oder diese wegen des Vorrangs der Familienversicherung nicht zu Stande kommt. Hierzu stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen den Leistungsträgern ein entsprechendes Merkblatt zur Verfügung, das die Voraussetzungen, unter denen eine Familienversicherung in Betracht kommt, beschreibt (Anlage 1). Eine Übersicht über mögliche Fallkonstellationen und deren Beurteilung (vgl. I 1.8) ist in Anlage 2 aufgeführt.

Aufgrund der vielfältigen Einkommensanrechnungen im SGB II ist in der Regel davon auszugehen, dass bei Bezug von Arbeitslosengeld II die für die Familienversicherung maßgebenden Einkommensgrenzen nicht überschritten werden. Die Leistungsträger können deshalb, ohne dass es in jedem Fall einer Einschaltung der Krankenkasse bedarf, prüfen, ob eine Familienversicherung die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V verdrängt. Sollten sich im Rahmen dieser Prüfung allerdings Zweifelsfragen ergeben (vgl. I 1.7), ist die Krankenkasse einzuschalten.

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

Zum Meldeverfahren vgl. IV.

1.8.2 Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld

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

Die Familienversicherung bei Bezug von Sozialgeld wird ausschließlich von der Krankenkasse geprüft. Der Bezug von Sozialgeld ist im Gegensatz zum Bezug von Arbeitslosengeld II und bestehender Familienversicherung kein Tatbestand, der wegen der Familienversicherung eine Meldepflicht des Leistungsträgers auslöst.

1.8.3 Arbeitslosengeld II und Sozialgeld als Gesamteinkommen

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

1.9 Ergänzende Bestimmungen zum Begriff Leistungsbezug

Das Entstehen, der Fortbestand und das Ende der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V werden von dem Bezug der Leistung bestimmt. Die allgemeinen Grundlagen zur Frage des Leistungsbezuges werden in I 1.2 bis 1.6 erläutert. Daran anknüpfend werden nachstehend die ergänzenden Bestimmungen zur Frage, was unter Leistungsbezug zu verstehen ist, dargestellt. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Versicherungspflicht als Bezieher von (nicht darlehensweise gewährtem) Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V auch dann besteht, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

Unter Bezug ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. u.a. Urteile vom 14.4.1983 - 8 RK 14/82 -, USK 8378, vom 21.9.1983 - 8 RK 24/82 -, USK 8398, und vom 15.11.1984 - 3 RK 21/83 -, USK 84174) zu verstehen, dass Arbeitslosengeld II tatsächlich gezahlt wird, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob ein Rechtsanspruch auf die Leistungen besteht. Die nach § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB II für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit fortgezählten Leistungen haben die gleiche Rechtswirkung.

Wurde zunächst Versicherungspflicht durchgeführt und stellt sich nachträglich heraus, dass eine vorrangige Familienversicherung bestanden hat, gilt die Bestandsschutzregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V nicht. In diesem Fall wird die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, im Sinne der genannten Vorschrift nicht aufgehoben, auch wird die Leistung weder zurückgezahlt oder zurückgefordert. Somit handelt es sich um den bloßen Austausch der Rechtsgrundlagen für das Versicherungsverhältnis, bei dem sich der Austausch in aller Regel bei der gleichen Krankenkasse vollzieht.

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

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

1.10 Rückforderung gewährter Leistungen

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

Somit ändert sich an dem Versicherungsverhältnis auch nichts, wenn Arbeitslosengeld II lediglich im Rahmen der Gleichwohlgewährung für die Dauer des Einigungsstellenverfahrens nach § 44a Satz 3 SGB II gezahlt wurde und die Leistung nun zurückgefordert wird, weil der Versicherte nicht erwerbsfähig ist. Gleiches gilt, wenn die Rückforderung der Leistung in Form des Anspruchsübergangs nach § 33 SGB II oder des Ersatzanspruches nach § 34 SGB II oder der Erbenhaftung nach § 35 SGB II geltend gemacht wird.

Hat allerdings während des Rückforderungszeitraums bei der selben Krankenkasse ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis in Form einer Pflichtversicherung bestanden, ist das Versicherungsverhältnis als Leistungsbezieher für diesen Zeitraum grundsätzlich rückgängig zu machen. Wurden die Pflichtversicherungsverhältnisse dagegen von verschiedenen Krankenkassen durchgeführt und hat der Versicherte während des Überschneidungszeitraums Leistungen der das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durchführenden Krankenkasse in Anspruch genommen, bleibt das Versicherungsverhältnis nach ausdrücklicher Bestimmung des § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III bestehen (vgl. III 6). Wurden keine Leistungen erbracht, ist das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V rückwirkend aufzulösen.

Ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis, das u.U. zu einer rückwirkenden Auflösung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V führen würde, liegt allerdings nicht vor, wenn die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V mit einer Familienversicherung oder einer freiwilligen Krankenversicherung zusammengetroffen ist (vgl. Urteile des BSG vom 5.2.1998 - B 11 AL 69/97 R und vom 10.8.2000 - B 11 AL 119/99 R). Handelt es sich bei der Familienversicherung um eine Versicherung, die aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II besteht, gelten die Ausführungen in I 1.9 dritter und vierter Absatz.

1.10.1 Leistungsrückforderung aufgrund bloßer Vorauszahlung von Arbeitslosengeld II

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

Diese Eigentümlichkeit der Leistungsbewilligung ändert nichts an dem Grundsatz, dass die Leistungsrückforderung - gleich aus welchem Grunde - für das Versicherungsverhältnis unschädlich ist. § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V unterscheidet nicht danach, auf welcher Grundlage die Leistungsüberzahlung beruht. Der Grundsatz, dass über das Versicherungsverhältnis jederzeit die notwendige Klarheit herrschen muss, erstreckt sich auch auf die Besonderheiten der Leistungserbringung bei Arbeitslosengeld II. Die Bestandsschutzregelung gilt auch in den Fällen, in denen die Leistung wegen der Bestimmung des § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB II nicht in vollem Umfang zurückgefordert werden kann.

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

1.10.2 Leistungsüberzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldanspruch

Erkrankt ein pflichtversicherter Bezieher von Arbeitslosengeld II und hat er dem Grunde nach Anspruch auf Krankengeld, so wird Arbeitslosengeld II bis zur Dauer von sechs Wochen weitergezahlt (§ 25 Abs. 1 Satz 1 SGB II). Im Zusammenhang mit dem Wegfall des Leistungsanspruchs wegen Arbeitsunfähigkeit bei Ende der Leistungsfortzahlung nach § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB II kann es wegen der Regelungen über die Bewilligungsdauer und der Vorschüssigkeit der Leistung zu Überzahlungen kommen, die eine Leistungsrückforderung für einen längeren Zeitraum bewirken könnten und die Frage nach dem Fortbestand der Versicherungspflicht entsprechend § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V sowie der damit verbundenen Beitragspflicht der Leistungsträger nach dem SGB II aufwerfen. Für diesen Fall bestimmt § 25 Abs. 2 SGB II, dass die nach Ablauf der Weiterzahlungsfrist des § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB II weiter gezahlten Leistungen als Vorschuss auf die Leistungen der Krankenversicherung weiter erbracht werden; § 102 SGB X gilt entspre-

chend. Damit gelten alle nach Ablauf von sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit vom Leistungsträger erbrachten Leistungen nach dem SGB II als Vorschuss auf das Krankengeld. Diese Vorschussleistungen sind einschließlich der aus dem Arbeitslosengeld II gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge im Rahmen eines Erstattungsanspruches nach § 102 SGB X zwischen dem Leistungsträger im Sinne des SGB II und der Krankenkasse abzurechnen.

In diesen Fällen richtet sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf von sechs Wochen nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V, vielmehr bleibt die Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erhalten (vgl. I 1.13).

Die Regelungen des § 25 Abs. 2 SGB II beziehen sich nur auf das Verhältnis Arbeitslosengeld II und Krankengeld nach § 47b SGB V. Sollte eine Überzahlung des Arbeitslosengeldes II wegen des Bezuges sonstiger Entgeltersatzleistungen eintreten (z.B. Mutterschaftsgeld oder Übergangsgeld), bleibt das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V erhalten. Es gelten die Ausführungen in I 1.10.1 dritter Absatz.

1.11 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages oder Rückkehr in die private Krankenversicherung

1.11.1 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages

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

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

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

1.11.2 Rückkehr in die private Krankenversicherung

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

1.12 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

1.12.1 Keine Versicherungsfreiheit kraft Gesetzes

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

1.12.2 Versicherungsfreiheit auf Antrag

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

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

Personen, die von der Befreiungsmöglichkeit Gebrauch machen, erhalten vom Leistungsträger einen Zuschuss zu den Beiträgen zur privaten Krankenversicherung nach den Maßgaben des § 26 Abs. 2 SGB II (vgl. III 6).

1.12.2.1 Antragstellung

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

1.12.2.2 Zuständige Krankenkasse

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

1.12.2.3 Wirkung der Befreiung

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

Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld sowie von vergleichbaren Leistungen konnten sich schon in der Vergangenheit nach § 8 Abs.1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs.1 Nr. 2 SGB V befreien lassen.

Diese Befreiungen gelten nicht für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II, da es sich um einen neuen und eigenständigen Tatbestand der Versicherungspflicht handelt. Das gilt auch, wenn die Befreiung von der Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Arbeitslosenhilfe ausgesprochen wurde und der Leistungsempfänger im unmittelbaren Anschluss an das Ende des Arbeitslosenhilfebezuges Arbeitslosengeld II erhält.

1.13 Mitgliedschaft

1.13.1 Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherten Leistungsbezieher beginnt gemäß § 186 Abs. 2a SGB V mit dem Tag (um 0.00 Uhr), von dem an die Leistung bezogen wird. Wird die Leistung nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II für einen zurückliegenden Zeitraum zugebilligt, weil an dem Tage, an dem die Anspruchsvoraussetzungen eingetreten sind, der zuständige Leistungsträger nicht geöffnet hatte, beginnt die Versicherungspflicht und damit auch die Mitgliedschaft rückwirkend.

1.13.2 Erhalt der Mitgliedschaft

Sofern im Anschluss an den Leistungsbezug Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld bezogen wird, bleibt die Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erhalten. Der ebenfalls in § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vorgesehene Erhalt der Mitgliedschaft während der Elternzeit kommt für Leistungsbezieher wegen des fehlenden Arbeitsverhältnisses als Grundlage für den Anspruch auf Elternzeit nicht zum Tragen (Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.6.1999 - B 12 KR 22/98 R -, USK 9923). Für diesen Fall gewährt der Leistungsträger Arbeitslosengeld II.

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

Dagegen kommt ein Erhalt der Mitgliedschaft nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV (z. B. während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts ohne Leistungsfortzahlung) nicht in Betracht; diese Vorschrift findet ausschließlich für krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer Anwendung. Die Mitgliedschaft des versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II endet vielmehr mit der

Unterbrechung des Leistungsbezuges (Urteil des BSG vom 6.2.1991 - 1/3 RK 3/90 -, USK 9117).
Auch ein Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V während einer Schwangerschaft scheidet für Leistungsbezieher aus, da diese in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen.

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

1.13.3 Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft endet gemäß § 190 Abs. 12 SGB V mit Ablauf des letzten Tages (um 24.00 Uhr), für den die Leistung bezogen wird oder als bezogen gilt.

Bezieher von Arbeitslosengeld II können sich bei Wegfall der Versicherungspflicht bzw. der Mitgliedschaft unter den Voraussetzungen des § 9 SGB V freiwillig weiterversichern.

2 Pflegeversicherung

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

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

1. ...

2. ...

2a. Personen, in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. bis 11. ...

(2) bis (4) ...

§ 27 SGB XI

Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Personen, die nach den §§ 20 oder 21 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. § 5 Abs. 10 des Fünften Buches gilt entsprechend.

§ 49 SGB XI

Mitgliedschaft

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

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

(3) ...

2.1 Versicherungspflicht

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

Da die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung unter dem Vorbehalt einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung steht (§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI), ist der Personenkreis der versicherten Leistungsbezieher in der Kranken- und Pflegeversicherung identisch (vgl. I 1 bis 1.7).

Wenn in der Krankenversicherung die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II ausgeschlossen ist, weil eine vorrangige Familienversicherung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung besteht (vgl. I 1.8), gilt dieser Ausschlusstatbestand auch für die Pflegeversicherung. Eine gesonderte Prüfung, ob die Pflegeversicherungspflicht wegen einer Familienversicherung in der Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI ausgeschlossen wäre, ist nicht erforderlich. Letztlich wird der Vorrang der Familienversicherung in der Pflegeversicherung bereits durch den Wortlaut des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI bewirkt. Dort wird ausgeführt, dass Versicherungspflicht nicht eintritt, wenn eine Familienversicherung durchzuführen ist.

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

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

Das Versicherungsverhältnis in der Pflegeversicherung wird nicht berührt, wenn die Entscheidung, die zu dem Leistungsbezug geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (vgl. I 1.9 bis 1.10.1).

2.2 Anderweitige Pflegeversicherungspflicht

Das Versicherungsrecht der Pflegeversicherung kommt wegen der strengen Anbindung an die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Vorschriften über die Vor- oder Nachrangigkeit von Versicherungspflichttatbeständen aus, wenn bei einem Versicherten gleichzeitig mehrere Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Ausführungen zur anderweitigen Krankenversicherungspflicht (vgl. I 1.7) gelten daher entsprechend für die Pflegeversicherung.

2.3 Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages

Leistungsbezieher, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren privaten Versicherungsvertrag nach § 27 SGB XI vorzeitig kündigen, wenn sie nachweisen, dass sie der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI unterliegen.

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

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

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

2.4 Befreiung von der Versicherungspflicht

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

Personen, die am 1.1.1995 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert waren, konnten sich nach Artikel 42 PflegeVG von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn der Versicherungsvertrag vor dem 23.6.1993 abgeschlossen und der Befreiungsantrag spätestens bis zum 31.3.1995 gestellt wurde. Diese Befreiung hat Dauerwirkung und kann selbst bei einer Veränderung in der Lebenssituation des Einzelnen nicht widerrufen werden (vgl. gemeinsames Rundschreiben vom 20.10.1994 zu den versicherungs-, melde- und beitragsrechtlichen Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, F I 2.4). Sie bewirkt, dass - unabhängig von der evtl. eintretenden Kran-

kenversicherungspflicht - Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht zustande kommt.

Der Leistungsträger gewährt unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zu den an das private Versicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträgen (vgl. III 6).

2.5 Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der versicherten Leistungsbezieher beginnt nach § 49 Abs. 1 SGB XI mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI vorliegen. Sie endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen der Versicherungspflicht entfallen. Damit werden Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse an die Regelungen der Krankenversicherung angebunden. Die Ausführungen zum Fortbestand der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung (vgl. I 1.13) gelten für die Pflegeversicherung gleichermaßen, da § 49 Abs. 2 SGB XI die mitgliedschaftserhaltenden Vorschriften (§ 192 SGB V und § 25 KVLG 1989) für entsprechend anwendbar erklärt.

II Zuständige Versicherungsträger/Zuständige Leistungsträger nach dem SGB II

§ 6 SGB II

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

(1) Träger der Leistungen nach diesem Buch sind:

- 1. die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur), soweit Nummer 2 nichts Anderes bestimmt,**
- 2. die kreisfreien Städte und Kreise für die Leistungen nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 bis 4, §§ 22 und 23 Abs. 3, soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind (kommunale Träger).**

Zu ihrer Unterstützung können sie Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben beauftragen.

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

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

§ 6a SGB II

Experimentierklausel

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

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

(3) Die Zahl der zugelassenen kommunalen Träger beträgt höchstens 69. Zur Bestimmung der zuzulassenden kommunalen Träger werden zunächst bis zum Erreichen von Länderkontingenten, die sich aus der Stimmenverteilung im Bundesrat (Artikel 51 des Grundgesetzes) ergeben, die von den Ländern nach Absatz 4 benannten kommunalen Träger berücksichtigt. Nicht ausgeschöpfte Länderkontingente werden verteilt, indem die Länder nach ihrer Einwohnerzahl nach den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zum 31. Dezember 2002 in eine Reihenfolge gebracht werden. Entsprechend dieser Länderreihen-

folge wird bei der Zulassung von kommunalen Trägern jeweils der in der Nennung des Landes nach Absatz 4 am höchsten gereichte kommunale Träger berücksichtigt, der bis dahin noch nicht für die Zulassung vorgesehen war.

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

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

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

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

§ 6b SGB II

Rechtsstellung der zugelassenen kommunalen Träger

(1) Die zugelassenen kommunalen Träger sind an Stelle der Bundesagentur im Rahmen ihrer örtlichen Zuständigkeit Träger der Aufgaben nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 mit Ausnahme der sich aus den §§ 44b, 50, 51a, 51b, 52, 53, 54, 55, 65a, 65b, 65d und 65e Abs. 2 ergebenden Aufgaben. Sie haben insoweit die Rechte und Pflichten der Agentur für Arbeit.

(2) Der Bund trägt die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende einschließlich der Verwaltungskosten mit Ausnahme der Aufwendungen für Aufgaben nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Die Mittel nach § 46 Abs. 1 Satz 4 werden nach den Maßstäben zugewiesen, die für Agenturen für Arbeit bei der Ausführung von Aufgaben gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 gelten. § 46 Abs. 5 bis 9 bleibt unberührt.

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

§ 6c SGB II

Wirkungsforschung zur Experimentierklausel

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

§ 173 SGB V

Allgemeine Wahlrechte

(1) Versicherungspflichtige (§ 5) und Versicherungsberechtigte (§ 9) sind Mitglieder der von ihnen gewählten Krankenkasse, soweit in den nachfolgenden Vorschriften, im Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder im Künstlersozialversicherungsgesetz nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
2. jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,

3. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebs- oder die Innungskrankenkasse besteht,
4. die Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wenn die Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse dies vorsieht,
5. die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 bestanden hat,
6. die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

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

(3) bis (5) ...

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

§ 175 SGB V

Ausübung des Wahlrechts

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

(2) Die gewählte Krankenkasse hat nach Ausübung des Wahlrechts unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen. Hat innerhalb der letzten 18 Monate vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, kann die Mitgliedsbescheinigung nur ausgestellt werden, wenn die Kündigungsbestätigung nach Absatz 4 Satz 3 vorgelegt wird. Eine Mitgliedsbescheinigung ist zum Zweck der Vorlage bei der zur Meldung verpflichteten Stelle auch bei Eintritt einer Versicherungspflicht unverzüglich auszustellen.

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der 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-, Innungs- und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Regeln über die Zuständigkeit.

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

Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

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

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

§ 176 SGB V

Zuständigkeit der See-Krankenkasse

(1) ...

(2) Die in § 5 Absatz 1 Nr. 2 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 (9) ...

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt (§ 175), beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse abweichend von den Absätzen 1 bis 9 mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

1. ...
2. mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft
3. ...
4. mit dem Wirksamwerden der Kündigung (§ 175 Abs. 4); die Satzung kann einen früheren Zeitpunkt bestimmen, wenn das Mitglied die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt.

...

§ 48 SGB XI

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

(2) und (3) ...

§ 19 KVLG 1989

Zuständigkeit

(1) ...

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

(3) ...

1 Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

1.1 Allgemeines

Für die Krankenkassenwahlrechte der versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten die Ausführungen in der gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 22.11.2001 entsprechend.

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

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

Für die Krankenkassenzuständigkeit der See-Krankenkasse und der Bundesknappschaft gelten die Ausführungen in der gemeinsamen Verlautbarung zum Krankenkassenwahlrecht der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22.11.2001 entsprechend. Obwohl § 176 Abs. 2 SGB V und § 177 Abs. 3 SGB V durch das Vierte Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt nicht angepasst wurden, ist davon auszugehen, dass die See-Krankenkasse und die Bundesknappschaft für die Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V zuständig sein sollen, wenn die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II zuletzt bei der See-Krankenkasse oder der Bundesknappschaft versichert waren. Die Wahlrechte nach § 173 SGB V

gelten entsprechend. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass durch Artikel 42a des Vierten Gesetzes für moderne Arbeitsleistungen am Arbeitsmarkt § 19 Abs. 2 KVLG 1989 dahingehend geändert wurde, dass die landwirtschaftlichen Krankenkassen für die Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V zuständig sind. Hieraus ist zu schließen, dass für die See-Krankenkasse und die Bundesknappschaft als besonderer Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nichts anderes gelten kann.

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

1.3 Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

1.3.1 Allgemeines

Besonderheiten bei der Ausübung der Krankenkassenwahl, dem Eintritt einer Bindungswirkung und dem Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels sind bei versicherungspflichtigen Beziehern von Arbeitslosengeld II dem Grunde nach nicht zu berücksichtigen. Auch hier gelten die Aussagen der gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Krankenkassenwahlrecht vom 22.11.2001 entsprechend.

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

1.3.2 Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen

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

Beispiel:

Beitragssatzerhöhung zum	1.8.2005
Kündigungszeitraum vom 1.8. bis 30.9.2005	
Die Kündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen bis zum	30.9.2005
Ende der Mitgliedschaft:	
Die Mitgliedschaft endet bei Eingang der Kündigung in der Zeit vom 1.8. bis 31.8.2005 am	31.10.2005
Die Mitgliedschaft endet bei Eingang der Kündigung in der Zeit vom 1.9. bis 30.9.2005 am	30.11.2005
Neue Mitgliedschaft ist nachzuweisen bis zum Ende der Kündigungsfrist am	31.10.2005 bzw. 30.11.2005.

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

1.3.3 Übergangsfälle

Die Regelungen zum Krankenkassenwahlrecht werden durch die Einführung von Arbeitslosengeld II nicht berührt. Sie finden auf die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II uneingeschränkt Anwendung. Bei Einführung der Versicherungspflicht ist wie folgt zu verfahren:

- Bisher versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosenhilfe oder von Eingliederungshilfe, die in Arbeitslosengeld II überführt werden

Die Umstellung des Versicherungsverhältnisses löst kein neues Wahlrecht aus, der Versicherte bleibt Mitglied der bisherigen Krankenkasse. Eine neue Bindungsfrist entsteht nicht.

- Bisher freiwillig versicherte Bezieher von Sozialhilfe, die in Arbeitslosengeld II überführt werden

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

Die Umstellung des Versicherungsverhältnisses löst kein neues Wahlrecht aus, der Versicherte bleibt Mitglied der bisherigen Krankenkasse. Eine neue Bindungsfrist entsteht nicht.

- Bisher nicht versicherte Bezieher von Sozialhilfe, die in Arbeitslosengeld II überführt werden

Diese Versicherten können die Krankenkasse frei wählen. Soweit in den letzten 18 Monaten vor Beginn der Versicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden hat, führt diese Krankenkasse die Versicherungspflicht durch, es sei denn die Mitgliedschaft wurde ordnungsgemäß gekündigt.

Übt der bisher nicht versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II sein Wahlrecht nach § 175 Abs. 3 SGB V nicht innerhalb von 14 Tagen nach Eintritt der Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V aus, so hat der Leistungsträger den Versicherungspflichtigen nach der Krankenkasse zu fragen, bei der dieser zuletzt versichert gewesen ist. Ein Betreuungsverhältnis nach § 264 SGB V zählt nicht als Versicherung bei einer Krankenkasse. Lässt sich eine letzte Krankenkasse auf diesem Wege nicht feststellen, so ist das Wahlrecht durch den Leistungsträger auszuüben.

Der versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II ist vom Leistungsträger unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

Soweit bisher nicht versicherte Empfänger von Sozialhilfe im Rahmen der Betreuungsregelung des § 264 Abs. 2 ff. SGB V zum 1.1.2004 eine Krankenkasse gewählt hatten, wird dadurch keine Bindungswirkung ausgelöst, da es sich nicht um ein Mitgliedschaftsverhältnis gehandelt hat. Der bisher nach § 264 Abs. 2 SGB V betreute Leistungsempfänger muss für die Durchführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V die Krankenkassenwahl nach den zuvor beschriebenen Grundsätzen konkret ausüben.

Bisher nicht versicherte Sozialhilfeempfänger müssen für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine Krankenkasse wählen. In diesem Fall ist von der gewählten Krankenkasse eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen, es sei denn, dem steht die Bindungswirkung nach § 175 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Abs. 4 Satz 1 SGB V entgegen. Die Mitgliedsbescheinigung ist unabhängig davon auszustellen, ob tatsächlich eine Versicherungspflicht zum 1.1.2005 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V zustande kommt oder z.B. wegen des Vorrangs der Familienversicherung ausgeschlossen ist. Für die Bearbeitung des Antrags auf Arbeitslosengeld II ist die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung und damit die Kenntnis des Leistungsträgers über das voraussichtliche Krankenversicherungsverhältnis und die

voraussichtlich zuständige Krankenkasse des künftigen Leistungsbeziehers zwingend notwendig, um die Durchführung des Beitrags- und Meldeverfahrens zeitnah sicherstellen zu können.

Anders liegt der Fall bei Personen, die bisher Arbeitslosenhilfe oder Eingliederungshilfe bezogen haben. Da diese in der Regel über dem bisherigen Leistungsbezug pflichtversichert sind, ist grundsätzlich keine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Macht der Antragsteller dagegen von seinem Wahlrecht Gebrauch und wechselt nach erfolgter Kündigung die Krankenkasse, ist eine Mitgliedsbescheinigung auszustellen.

2 Pflegekassenzuständigkeit

Die Pflegeversicherung der nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB XI von der Pflegekasse durchgeführt, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der die Mitgliedschaft besteht (vgl. II 1 bis 3). Wechselt das Mitglied die Krankenkasse, ist damit automatisch ein Wechsel der Pflegekasse verbunden.

3 Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II

3.1 Allgemeines

Als Leistungsträger im Sinne dieses Rundschreibens gelten nach § 6 Abs. 1 Satz 1 SGB II

1. die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur), soweit Nummer 2 nichts Anderes bestimmt,
2. die kreisfreien Städte und Kreise u.a. für die Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II, soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind (kommunale Träger).

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

3.2 Arbeitsgemeinschaften

Nach § 44b SGB II errichten die Bundesagentur als Leistungsträger im Sinne von § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II und die kommunalen Träger als Leistungsträger nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II zur einheitlichen Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach dem SGB II Arbeitsgemeinschaften durch privat rechtliche oder öffentlich-rechtliche Verträge. Befinden sich im Bereich eines kommunalen

Trägers mehrere Agenturen für Arbeit, ist eine Agentur als federführend zu benennen. Die hier- nach gebildete Arbeitsgemeinschaft ist in den sog. Job-Centern (§ 9a SGB III) angesiedelt. Die Arbeitsgemeinschaft nach § 44b SGB II nimmt die Aufgaben der Agentur für Arbeit als Leistungs- träger nach dem SGB II wahr. Die kommunalen Träger sollen der Arbeitsgemeinschaft die Wahr- nehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch übertragen. Eigentlicher Leistungsträger ist demnach die Arbeitsgemeinschaft. Gegenüber den Kranken- und Pflegekassen tritt die Bundesagentur als Ansprechpartner auf. Das gilt für alle Aufgaben, die sich aus der Feststellung der Versicherungs- pflicht, der Beitragsberechnung und -abführung sowie im Rahmen des Meldeverfahrens ergeben.

3.3 Zugelassene kommunale Träger

Abweichend von § 6 SGB II werden kommunale Träger nach § 6a Abs. 2 SGB II vom Bundesmi- nisterium für Wirtschaft und Arbeit als Träger im Sinne von § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II durch Rechtsverordnung zugelassen, wenn sie sich zur Schaffung einer besonderen Einrichtung und zur Mitwirkung nach § 6c SGB II verpflichtet haben (zugelassene kommunale Träger). Der Antrag des kommunalen Trägers nach § 6a Abs. 2 SGB II ist entsprechend Absatz 4 Satz 1 dieser Vorschrift an die Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörde gebunden.

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

Eine Übersicht über die zugelassenen kommunalen Träger im Sinne von § 6a Abs. 2 SGB II ent- hält Anlage 3.

3.4 Leistungserbringung durch Kommunen ohne Bildung von Arbeitsgemeinschaf- ten oder ohne Wahrnehmung des Optionsrechts

Sofern Kommunen sich weder an der Arbeitsgemeinschaft nach § 44b Abs. 1 SGB II beteiligen noch vom Optionsrecht nach § 6a SGB II Gebrauch machen, ergibt sich eine geteilte Zuständigkeit

für die Leistungserbringung. Die Kommune gewährt dann ausschließlich Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II. In diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit allerdings das Beitrags- und Meldeverfahren.

III Beitragsrecht

§ 26 SGB II

Zuschuss zu Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht

(1)

(2) Bezieher von Arbeitslosengeld II, die

1. nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,

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

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

1. für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 des Fünften Buches); der zum 1. Januar des Vorjahres festgestellte Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres,

2. für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung der Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches.

§ 40 SGB II

Anwendung von Verfahrensvorschriften

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

1. die Aufhebung von Verwaltungsakten (§ 330 Abs. 1, 2, 3 Satz 1 und 4),

2. die vorläufige Zahlungseinstellung (§ 331) und

3. die Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (§ 335 Abs. 1, 2 und 5)

sind entsprechend anwendbar.

(2) ...

§ 335 SGB III

**Erstattung von Beiträgen zur
Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung**

(1) Wurden von der Bundesagentur für einen Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt, so hat der Bezieher dieser Leistungen der Bundesagentur die Beiträge zu ersetzen, soweit die Entscheidung über die Leistung rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist. Hat für den Zeitraum, für den die Leistung zurückgefordert worden ist, ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis bestanden, so erstattet die Krankenkasse, bei der der Bezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches versicherungspflichtig war, der Bundesagentur die für diesen Zeitraum entrichteten Beiträge; der Bezieher wird insoweit von der Ersatzpflicht nach Satz 1 befreit; § 5 Abs. 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz des Fünften Buches gilt nicht. Werden die beiden Versicherungsverhältnisse bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt und wurden in dem Zeitraum, in dem die Versicherungsverhältnisse nebeneinander bestanden, Leistungen von der Krankenkasse erbracht, bei der der Bezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches versicherungspflichtig war, so besteht kein Beitragserstattungsanspruch nach Satz 2. Die Bundesagentur und die Spitzenverbände der Krankenkassen (§ 213 des Fünften Buches) können das Nähere über die Erstattung der Beiträge nach den Sätzen 2 und 3 durch Vereinbarung regeln. Satz 1 gilt entsprechend, soweit die Bundesagentur Bei-

träge, die für die Dauer des Leistungsbezuges an ein privates Versicherungsunternehmen zu zahlen sind, übernommen hat.

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

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

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

(3) und (4) ...

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

§ 23 SGB IV

Fälligkeit

(1)...

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

(2a) bis (4) ...

§ 232a SGB V

**Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld,
Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld**

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

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

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der dreißigste Teil des 0,3620fachen der monatlichen Bezugsgröße; in Fällen, in denen diese Personen weitere beitragspflichtige Einnahmen haben, wird der Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes II für die Beitragsbemessung diesen beitragspflichtigen Einnahmen mit der Maßgabe hinzugerechnet, dass als beitragspflichtige Einnahmen insgesamt der in diesem Satz genannte Teil der Bezugsgröße gilt.

...

(2) und (3) ...

(4) § 226 gilt entsprechend.

§ 241a SGB V Die Vorschrift tritt am 1.7.2005 in Kraft

Zusätzlicher Beitragssatz

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

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

§ 246 SGB V

Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

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

§ 251 SGB V

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) bis (3) ...

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

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

(5) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt.

§ 252 SGB V

Beitragszahlung

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

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) und (2) ...

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

(4) ...

§ 57 SGB XI

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 und 228 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches.

(2) bis (5) ...

§ 59 SGB XI

Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) Für die nach § 20 Abs. 1 Nr. 2 bis 11 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die §§ 250 Abs. 1 und 251 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend. ...

(2) bis (4) ...

§ 60 SGB XI

Beitragszahlung

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

(2) ...

(3) Die Beiträge sind an die Krankenkasse, bei der die zuständige Pflegekasse errichtet ist, zugunsten der Pflegeversicherung zu zahlen. Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur

Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. Die Pflegekassen sind zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt. § 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt.

§ 19 KVLG 1989

Zuständigkeit

(1) ...

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

(3) ...

1 Grundsätze der Beitragsberechnung

1.1 Allgemeines

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

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

1.2 Beitragspflichtige Einnahmen

Die Vorschrift des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V legt das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV als beitragspflichtige Einnahme fest. Sie gilt bundeseinheitlich.

1.2.1 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen bei Mehrfachtatbeständen

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

Beispiel 1:

Der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II ist gleichzeitig in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig und ist deswegen auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V versicherungspflichtig.

Beurteilung:

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

Als Beitragsbemessungsgrundlage ist aus der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V ein Betrag in Höhe von 20 v.H. der monatlichen Bezugsgröße maßgebend (§ 235 Abs. 3 SGB V). Im Jahre 2005 beträgt dieser Wert 483 EUR.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße. Im Jahre 2005 wären dies 874,23 EUR.

Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage aus Arbeitslosengeld II gem. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V =

$$874,23 \text{ EUR} - 483 \text{ EUR} = 391,23 \text{ EUR.}$$

Der Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird von 391,23 EUR berechnet.

Beispiel 2:

Der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II erhält gleichzeitig Arbeitslosengeld und ist deswegen auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtig.

Beurteilung:

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

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

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße. Im Jahre 2005 wären dies 874,23 EUR.

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

$$874,23 \text{ EUR} - 720 \text{ EUR} = 154,23 \text{ EUR.}$$

Der Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 154,23 EUR berechnet.

Beispiel 3:

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

Beurteilung:

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

Das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung beträgt 600 EUR und liegt damit innerhalb der Gleitzone im Sinne von § 20 Abs. 2 SGB IV. Als Beitragsbemessungsgrundlage gilt das nach § 226 Abs. 4 SGB V festgestellte Gleitzoneentgelt (reduzierte beitragspflichtige Einnahme) von $(1,4048 \times 600 - 323,84 =) 519,04$ EUR.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt das 0,3620fache der monatlichen Bezugsgröße. Im Jahre 2005 wären dies 874,23 EUR.

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

$$874,23 \text{ EUR} - 519,04 \text{ EUR} = 355,19 \text{ EUR.}$$

Der Beitrag aus dem Arbeitslosengeld II wird aus 355,19 EUR berechnet.

Fortsetzung Beispiel 3:

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

Weil das Gesamtarbeitsentgelt von 900 EUR den Betrag 874,23 EUR übersteigt, ist im Monat November aufgrund der Anrechnungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V kein Beitrag für das Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort. Voraussetzung ist aber, dass tatsächlich noch Arbeitslosengeld II bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens dazu führen, dass kein (Aus-)Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung auch nicht fortbestehen.

Wenn im Monat Dezember wieder das laufende Arbeitsentgelt von 600 EUR gezahlt wird, sind Beiträge aus dem Arbeitslosengeld II erneut aus 355,19 EUR (Gleitzone) zu zahlen.

Beispiel 4:

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

Beurteilung:

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

Weil das monatliche Arbeitsentgelt von 1.000 EUR den Betrag von 874,23 EUR übersteigt, ist aufgrund der Anrechnungsregelung des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V kein Beitrag für das Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort. Voraussetzung ist aber, dass tatsächlich noch Arbeitslosengeld II bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens dazu führen, dass kein (Aus-)Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II auch nicht fortbestehen.

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

Beispiel 5:

Das Arbeitsentgelt beträgt 850 EUR monatlich, wöchentliche Arbeitszeit weniger als 15 Stunden. Daneben wird Arbeitslosengeld bezogen (§ 119 Abs. 3 SGB III), nach einem Bemessungsentgelt von 1.200 EUR monatlich.

1. Schritt:

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

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

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

2. Schritt

Die Beitragsbemessungsgrundlage wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beträgt das 0,3620-fache der monatlichen Bezugsgröße. Im Jahre 2005 wären dies 874,23 EUR.

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

$$280 \text{ EUR} + 850,00 \text{ EUR} = 1.130 \text{ EUR} > 874,23 \text{ EUR.}$$

Weil die zu berücksichtigenden Entgelte den Betrag von 874,23 EUR übersteigen, ist nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V kein Beitrag für das Arbeitslosengeld II zu zahlen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht dennoch fort. Voraussetzung ist aber, dass tatsächlich noch Arbeitslosengeld II bezogen wird. Würde die Anrechnung des Einkommens dazu führen, dass kein (Aus-)Zahlbetrag verbliebe, würde die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung als Bezieher von Arbeitslosengeld II auch nicht fortbestehen.

1.2.2 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen beim Zusammentreffen mit Renten und Versorgungsbezügen

Im Zusammenhang mit der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen ist auch auf § 232a Abs. 4 SGB V hinzuweisen. Nach dieser Vorschrift gilt § 226 SGB V entsprechend. Sollte der Versicherte Rente oder Versorgungsbezüge erhalten, sind auch diese beitragspflichtig. Die Anrechnungsregelung des § 232a Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V findet beim Zusammentreffen mit einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, mit Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 SGB V und mit Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit keine Anwendung. Soweit Beiträge aus Renten, aus Versorgungsbezügen oder aus Arbeitseinkommen zu erheben sind, ist der Leistungsträger hieran nicht beteiligt. Die Beitragspflicht dieser Bezüge wird unabhängig von der für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II maßgebenden Beitragsbemessungsgrundlage festgestellt. Für die Beitragsabführung gelten die §§ 255 und 256 SGB V.

Beispiel:

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

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

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

Beiträge sind zu zahlen aus

- 874,23 EUR (Bemessungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 erster Halbsatz SGB V, Beitragsabführung durch den Leistungsträger), Beitragsberechnung nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz (vgl. § 246 SGB V und III 1.3).
- 300 EUR Witwenrente (Beitragsabführung durch den Rentenversicherungsträger), Beitragsberechnung nach dem individuellen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkasse, bei der die Bezieherin versichert ist (vgl. § 247 Abs. 1 SGB V).
- 150 EUR Versorgungsbezug (Beitragsabführung durch die Zahlstelle des Versorgungsbezuges), Beitragsberechnung nach dem individuellen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkasse, bei der die Bezieherin versichert ist (vgl. § 248 SGB V und III 1.3).

1.3 Beitragssatz

1.3.1 Krankenversicherung

Für versicherungspflichtige Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, gilt nach § 246 SGB V als Beitragssatz der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenversicherung, den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung jeweils zum 1. Oktober feststellt. Der Beitragssatz ist auf eine Stelle nach dem Komma zu runden. Er gilt jeweils vom 1. Januar des folgenden Jahres an für ein Kalenderjahr. Dieser einheitliche Beitragssatz gilt unabhängig davon bei welcher Krankenkasse der versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II versichert ist.

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

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

Soweit Beiträge für andere Einnahmearten zu erheben sind, gelten für diese Einnahmearten die Beitragssätze der Krankenkasse, der der versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II angehört.

1.3.1.1 Berücksichtigung des ab 1.7.2005 geltenden Zusatzbeitrages nach § 241a SGB V

Mit Wirkung vom 1.7.2005 an gilt für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 0,9 v.H. (§ 241a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dieser zusätzliche Beitragssatz gilt nach § 241a Abs. 2 SGB V aber nicht für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II.

Im Zusammenhang mit der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes wird die Regelung des § 246 Satz 1 SGB V dahingehend ergänzt, dass der zum 1.10. festgestellte durchschnittliche allgemeine Beitragssatz vom 1.10.2005 an im Umfang des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V erhöht wird.

Für das Kalenderjahr 2005 ergeben sich aus der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes und der sonstigen Regelungen des § 241a SGB V keine Auswirkungen auf die Höhe des für die pflichtversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrags. Die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes durch Einführung des Zusatzbeitragssatzes wird sich in der zum 1.10.2005 für das Jahr 2006 festzustellenden Höhe des allgemeinen Beitragssatzes aller Krankenkassen als Bemessungsgrundlage für versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld II niederschlagen. Damit würde ein Beitragssatz angewendet werden, der dem von allen übrigen Mitglieder zu zahlenden Zusatzbeitrag nicht berücksichtigt. Um dies zu vermeiden, wird der maßgebliche Beitragssatz jeweils um den Umfang des Zusatzbeitrages erhöht.

1.3.2 Pflegeversicherung

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

1.4 Tragung der Beiträge

1.4.1 Krankenversicherung

Die nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bemessenen Beiträge für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II werden vom Bund getragen. Die diesbezügliche Ergänzung des § 251 Abs. 4 SGB V passt die Vorschrift an die geltende Rechtslage an, nach der der Leistungsträger das Arbeitslosengeld II im Auftrag des Bundes gewährt (§ 46 Abs. 1 SGB II) und der Bund die dadurch entstehenden Kosten einschließlich der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Leistungsbezieher trägt.

1.4.2 Pflegeversicherung

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

1.5 Berechnung der Beiträge

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

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

Bei rückwirkender Änderung der Beitragsbemessungsgrundlage wird die Beitragsberechnung im Rahmen der Verjährungsvorschriften korrigiert. Solche Korrekturen fallen an, wenn aufgrund von anrechenbarem Einkommen aus einem anderweitigen Versicherungsverhältnis die Beitragsbemessungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V nachträglich begrenzt wird (vgl. III 1.2.1).

2 Zahlung und Abrechnung der Beiträge

2.1 Allgemeines

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

2.2 Verfahren

Die im Laufe eines Kalendermonats (Abrechnungsmonat) je Leistungsträger und Krankenkasse gespeicherten Beiträge werden je Krankenkasse abgerechnet. Überzahlungen können im Wege der Verrechnung ausgeglichen werden. Ist für eine Krankenkasse zum Zeitpunkt der Abrechnung eine Beitragsrückforderung im Wege der Verrechnung nicht möglich, so wird diese Überzahlung vom Leistungsträger bei der Krankenkasse besonders geltend gemacht. Die Krankenkasse zahlt den zu erstattenden Betrag auf dem Überweisungswege unter Angabe des gültigen Institutionskennzeichens (IK).

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

Wird Arbeitslosengeld II von der Bundesagentur für Arbeit oder einer Arbeitsgemeinschaft gewährt, sieht deren internes Verfahren eine Trennung zwischen dem festgesetzten monatlichen Anspruch und der zahlungstechnischen Abwicklung vor. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

werden entsprechend dem festgesetzten monatlichen Anspruch gezahlt, und zwar auch dann, wenn Arbeitslosengeld II jeweils für einen kürzeren Zeitraum (z.B. wöchentlich) ausgezahlt wird. Soweit Arbeitslosengeld II überzahlt worden ist, wird es nur für den tatsächlich gezahlten Zeitraum zurückgefordert. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden im Rahmen des § 335 Abs. 1 SGB III für den festgesetzten Zeitraum erstattet.

Beispiel:

Aus besonderem Anlass wird festgelegt, dass an eine Person für den Monat Juli 2005 Arbeitslosengeld II wöchentlich ausgezahlt wird.

Die Leistung wird am Ende des Monats Juni 2005 für den Monat Juli 2005 festgesetzt. Aus diesem Anlass werden die KV/PV-Beiträge für den gesamten Monat Juli 2005 gezahlt. Die Leistung wird in mehreren wöchentlichen Teilbeträgen gewährt.

Am 23.7.2005 scheidet die Person aus dem Leistungsbezug aus; zu diesem Zeitpunkt ist Arbeitslosengeld II bis 25.7.2005 gezahlt. Arbeitslosengeld II wird für den 24. und 25.7.2005 zurückgefordert. Da die KV/PV-Beiträge bereits bis zum 31.7.2005 gezahlt sind, sind diese auch für die Zeit vom 26.7. bis 31.7.2005 zu erstatten.

3 Nachweis der Beitragsabrechnung

3.1 Beitragsnachweise für die Krankenkassen

Über die Beitragsabrechnung erhalten die Krankenkassen Beitragsnachweise von den Leistungsträgern (Muster siehe Anlage 4). Der Beitragsnachweis für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II enthält

- Abrechnungszeitraum,
- die Gesamtbemessungsgrundlagen (beitragspflichtige Einnahmen nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
- die Krankenversicherungsbeiträge,
- die Pflegeversicherungsbeiträge,

- die Gesamtsumme der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (ggf. ein Beitragsrückforderungsbetrag).

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

Die Beteiligten streben mittelfristig an, die Beitragsnachweise maschinell zu übermitteln.

3.1.1 Nachweis für den Einzelfall

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

3.2 Monatszusammenstellungen

Für Zwecke der Prüfung der Beitragserrechnung und -abrechnung werden auf Anforderung der Krankenkasse für ausgewählte Abrechnungsmonate alle bei einem Leistungsträger für eine Krankenkasse angefallenen Abrechnungsvorgänge in einer maschinell verwertbaren Datei zusammengefasst und der Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Zum einzelnen Abrechnungsvorgang wird nachgewiesen:

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

- Beitragssatz und Beitrag zur Krankenversicherung und
- Beitragssatz und Beitrag zur Pflegeversicherung.

Die einzelnen Beträge werden summiert.

3.3 Aufbewahrung der Nachweise

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

Bei den örtlichen Leistungsträgern sind

- der Nachweis für den Einzelfall und

im Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit

- die Monatszusammenstellungen

verfügbar. Für die Monatszusammenstellungen wird ein Datensatz entwickelt. Dieser ist voraussichtlich im Juli 2005 einsetzbar.

4 Prüfung der Beitragsabrechnung

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

Die Monatszusammenstellungen werden den Krankenkassen von der Arbeitsgemeinschaft/vom Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit in angemessener Frist zur Verfügung gestellt. Die Prüfungen werden in sinngemäßer Anwendung der Vorschriften über die Prüfung bei den Arbeitgebern durchgeführt.

5 Beitragsersstattungen

5.1 Erstattung bei Rückforderung der Leistung

Dem Leistungsträger steht nach § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III hinsichtlich der von ihm getragenen Krankenversicherungsbeiträge ein Ersatzanspruch gegen den Leistungsbezieher zu, soweit der Verwaltungsakt, der zu dem Bezug der Entgeltersatzleistung geführt hat, mit Rückwirkung aufgehoben und die gezahlte Leistung zurückgefordert worden ist. Insoweit bestimmt § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II, dass die Regelung des § 335 SGB III entsprechend anwendbar ist.

Hat im maßgebenden Zeitraum ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (Pflichtversicherung, nicht dagegen eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung - vgl. I 1.10) bestanden, so hat gemäß § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III die Krankenkasse, die die Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durchgeführt hat, dem Leistungsträger die für diesen Zeitraum nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bemessenen Beiträge zu erstatten. Der Leistungsbezieher wird dadurch insoweit von seiner Ersatzpflicht befreit. In diesen Fällen ist auch das Versicherungsverhältnis aufgrund des Leistungsbezuges für den Erstattungszeitraum aufzuheben. Nach ausdrücklicher Bestimmung in § 335 Abs. 1 Satz 2 letzter Satzteil SGB III gilt das in § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V festgelegte Verbot rückwirkender Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bei Rückforderung der Leistung nicht.

Sind die Pflichtversicherungsverhältnisse allerdings bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt worden und wurden in dem Zeitraum, in dem die Versicherungsverhältnisse nebeneinander bestanden, Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen, die die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V durchgeführt hat, sind nach § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III Beiträge durch die Krankenkasse nicht zu erstatten.

Nach § 335 Abs. 5 SGB III ist diese Regelung für die Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden. Aus Gründen der gebotenen Gleichbehandlung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen ist hinsichtlich des Beitragsersstattungs Ausschlusses (§ 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III) immer auf die Leistungsanspruchnahme in der Krankenversicherung abzustellen.

5.2 Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld

Wird einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zugebilligt, dann hat der Leistungsträger gegen den Rentenversicherungsträger nach § 40 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 2 SGB III wegen der nach § 232a SGB V bemessenen Krankenversicherungsbeiträge einen Ersatzanspruch, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld II ein Erstattungsanspruch des Leistungsträgers gegen den Rentenversicherungsträger besteht. Der Ersatzanspruch beschränkt sich auf den Zeitraum, für den die Leistung zurückgefordert wird.

Dem Leistungsträger sind ferner Beiträge von einem Rehabilitationsträger zu ersetzen, wenn einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wegen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nachträglich Übergangsgeld zugebilligt wird, das Beitragspflicht zur Krankenversicherung auslöst. Die Höhe der zu ersetzenden Beiträge richtet sich nach dem Betrag, den der Rehabilitationsträger nach § 235 Abs. 1 oder 2 i.V.m. § 251 Abs. 1 SGB V zu zahlen gehabt hätte, jedoch nicht mehr als die nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V i.V.m. § 246 SGB V tatsächlich gezahlten Beiträge. Der Krankenkasse stehen für diesen Zeitraum keine Beiträge aus dem Übergangsgeld zu.

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

6 Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen bei privater Kranken- und oder Pflegeversicherung

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

Die Übernahme der Beiträge setzt voraus, dass

- der Leistungsbezieher bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und für sich und seine Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 10 SGB V bzw. § 25

SGB XI versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung entsprechen und

- der Versicherungsvertrag während der Dauer des Leistungsbezuges aufrechterhalten wird.

Der Leistungsträger übernimmt grundsätzlich die vom Leistungsbezieher an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge. Die Höhe der zu zahlenden Beiträge ist nach § 26 Abs. 2 Satz 2 SGB II jedoch begrenzt auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht des Leistungsbeziehers von dem Leistungsträger zu zahlen wäre. Für die Ermittlung des Höchstbetrages in der Krankenversicherung sind die beitragspflichtigen Einnahmen und der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 SGB V) zugrunde zu legen; der zum 1.1. des Vorjahres festgestellte Beitragssatz gilt jeweils vom 1.1. bis zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres.

IV Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

§ 203a SGB V

**Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld,
Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld**

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

§ 204 SGB V

Meldepflicht bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Die Einberufung zu einem Wehrdienst von länger als drei Tagen hat bei versicherungspflichtig Beschäftigten der Arbeitgeber und bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung oder einer Dienstleistung oder Übung nach den §§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a des Soldatengesetzes der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Ende eines Wehrdienstes nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 und 4 des Wehrpflichtgesetzes hat der Bundesminister der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle zu melden. Sonstige Versicherte haben die Meldung nach Satz 1 selbst zu erstatten.

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

§ 50 SGB XI

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

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

(2) bis (6) ...

§ 19 KVLG 1989

Zuständigkeit

(1) ...

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

(3) ...

1 Allgemeines

Nach § 203a SGB V erstatten die Leistungsträger die Meldungen hinsichtlich der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V krankenversicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II entsprechend den §§ 28a bis 28c SGB IV. Die Meldung zur Krankenversicherung schließt gemäß § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung mit ein.

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

Sofern Kommunen sich weder an der Arbeitsgemeinschaft nach § 44b Abs. 1 SGB II beteiligen noch vom Optionsrecht nach § 6a SGB II Gebrauch machen, ergibt sich eine geteilte Zuständigkeit für die Leistungserbringung. Die Kommune gewährt dann ausschließlich Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II. In diesen Fällen übernimmt die Bundesagentur für Arbeit allerdings das Beitrags- und Meldeverfahren.

2 Meldepflichtige Tatbestände

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

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

2.1 Anmeldungen

Anmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

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

Als Beginn im Sinne der Buchstaben a) bis d) gilt auch die erneute Leistungsbewilligung nach der Unterbrechung oder dem Ende eines Leistungsbezuges (vgl. I 1.9 bis I 1.10.2).

2.1.1 Anmeldungen bei Einführung des Arbeitslosengeldes II

Bei Einführung des Arbeitslosengeldes II zum 1.1.2005 werden die erforderlichen Anmeldungen nach IV 2.1 Buchst. a) oder b) ebenfalls im Rahmen maschineller namentlicher individueller Einzelmeldungen erstattet. Die Anmeldungen sind von den Leistungsträgern unverzüglich abzugeben, sobald das Arbeitslosengeld II bewilligt wurde. Allerdings können diese Meldungen frühestens ab dem Zahltermin für die erste Zahlung von Arbeitslosengeld II (20./21.12.2004) an die Krankenkassen abgesetzt werden.

Für bisher versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosenhilfe, die künftig Arbeitslosengeld II erhalten, erstattet die Bundesagentur für Arbeit als (bisheriger) Träger der Leistung nach dem SGB III eine Abmeldung nach den Bestimmungen des DÜBAK-Verfahrens für Bezieher von SGB III-Leistungen. Ergibt sich für die maßgeblichen Versicherten die Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit nach § 6 Abs. 1 SGB II bei Bezug von Arbeitslosengeld II, meldet sie diesen Versicherten nach den Bedingungen des DÜBAK-Verfahrens, die für Bezieher von Arbeitslosengeld II gelten, bei der zuständigen Krankenkasse (wieder) an.

Ist der zugelassene kommunale Träger Leistungsträger im Sinne von § 6a SGB II zuständig, wird dieser die Anmeldung gegenüber der Krankenkasse veranlassen, sofern Arbeitslosengeld II bewilligt wird.

Für bisher versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosenhilfe, die wegen mangelnder Bedürftigkeit künftig kein Arbeitslosengeld II erhalten, erstattet die Bundesagentur für Arbeit als (bisheriger) Träger der Leistung nach dem SGB III eine Abmeldung nach den Bestimmungen des DÜBAK-Verfahrens für Bezieher von Leistungen nach dem SGB III (mit Beendigungsgrund 82 = Ablauf Bewilligungsabschnitt). Mit einer Anschlussmeldung eines Leistungsträgers nach dem SGB II kann in diesen Fällen nicht gerechnet werden. Für die Krankenkassen ist aus der Abmeldung nicht erkennbar, aus welchem Grund die Arbeitslosenhilfe letztlich endet und ob mit einer Folgemeldung der Bundesagentur für Arbeit oder eines zugelassenen kommunalen Trägers zu rechnen ist. Die Krankenkassen sollten zur Klärung der Versicherungsverhältnisse und zur Prüfung der Frage, ob für den Versicherten eine freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V oder eine Familienversicherung infrage kommt, die nicht die Ursache in dem Bezug von Arbeitslosengeld II hat, geeignete Maßnahmen treffen.

2.2 Änderungsmeldungen

Änderungsmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- Namensänderung,
- Anschriftenänderung,
- Änderung der Staatsangehörigkeit.

2.3 Abmeldungen

Abmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Beendigung des Leistungsbezuges bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V (auch bei Einstellung der Leistungsfortzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit nach § 25 Abs. 1 SGB II; die vorschussweise Leistungserbringung nach § 25 Abs. 2 SGB II bleibt unberücksichtigt)
- b) Beendigung der Versicherungspflicht wegen Eintritts von Familienversicherung bei weiterem Leistungsbezug
- c) Beendigung der Familienversicherung wegen Beendigung des Leistungsbezuges
- d) Beendigung der Familienversicherung wegen Eintritts der Versicherungspflicht bei weiterem Leistungsbezug

- e) Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezuges (eine Abmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird).

Als Beendigung im Sinne der Buchstaben a) bis d) gilt auch das Ende des Leistungsbezuges wegen der Verhängung von Sanktionsmaßnahmen und vollständigem Ende des Leistungsbezuges. Nicht als Beendigungsgrund gilt die vollständige Nichtzahlung von Beiträgen, aufgrund der Anrechnung anderweitiger beitragspflichtiger Einnahmen nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V (vgl. III 1.2).

2.4 Stornierung von Anmeldungen

Anmeldungen sind in folgenden Fällen zu stornieren:

- a) Fehlversicherung, wenn eine Mitgliedschaft nicht begründet wurde
- b) Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen spätestens mit Beginn des Leistungsbezuges (ohne Zahlung), wenn eine Anmeldung bereits erstellt worden ist. Bei Änderung des Leistungsbeginns wird die ursprüngliche Anmeldung storniert und eine neue Anmeldung abgesetzt.

2.5 Stornierung von Abmeldungen

Abmeldungen sind wegen Änderungen des Bezugszeitraums mit Auswirkungen auf den Fortbestand der Versicherungspflicht zu stornieren. Hierzu zählt die Änderung bei Rückforderung gewährter Leistungen (vgl. I 1.10 und III 6.1).

Nimmt ein Bezieher von Arbeitslosengeld II eine Beschäftigung auf, die dazu führt, dass kein Anspruch mehr auf Arbeitslosengeld II besteht, ist der Leistungsfall zunächst mit Beendigungsgrund „13“ (Datenbaustein DBBB, Stellen 029 bis 030) abzumelden, wenn zum Zeitpunkt der Einstellung der Zahlung nicht bekannt ist, ob ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis im Sinne von § 335 SGB III besteht. Anschließend ist vom Leistungsträger zu klären, ob ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis vorliegt. In diesen Fällen wird nach der Klärung des Sachverhalts die ursprüngliche Abmeldung storniert. Danach ist eine neue Abmeldung mit den abschließend maßgeblichen Daten an die Krankenkasse zu übermitteln; auf schriftliche Mitteilungen kann dann verzichtet werden. Sachverhalte dieser Art sind folgendermaßen abzuwickeln:

- Ergibt die Prüfung, dass im Überzahlungszeitraum ein Doppelversicherungsverhältnis im Sinne von § 335 SGB III vorlag, wird die ursprüngliche Meldung (mit Beendigungsgrund „13“) storniert und eine neue Abmeldung mit Beendigungsgrund „11“ erstellt (in den Stellen 017 bis 024 des Datenbausteins DBBB wird der Tag eingetragen, für den ursprünglich zuletzt Arbeitslosengeld II gezahlt worden ist, in den Stellen 031 bis 038 des Datenbausteins DBBB wird der Tag eingetragen, von dem an Arbeitslosengeld II zurückgefordert wird).

Beispiel 1:

Arbeitslosengeld II wurde bezogen bis 30.11.2005. Am 13.11.2005 teilt der Leistungsbezieher mit, dass er am 15.10.2005 eine Arbeit aufgenommen hat. Da ihm der erste Lohn am 31.10.2005 zugeflossen ist, wird Arbeitslosengeld II vom 1.11.2005 bis 30.11.2005 zurück gefordert. Am 25.11.2005 wird festgestellt, dass ein Doppelversicherungsverhältnis vorliegt.

Zunächst (13.11.2005) wird der Leistungsfall mit Beendigungsgrund „13“ und u.a. folgenden Daten beendet:

- Versicherungsende (Stellen 017 - 024) = 30.11.2005;
- Doppelversicherungsbeginn (Stellen 031 - 038) = Grundstellung;
- Vertrauensschutz-Ende (Stellen 039 - 046) = Grundstellung.

Nach der Feststellung des Doppelversicherungsverhältnisses am 25.11.2005 werden folgende Meldungen abgesetzt:

- a) Stornierung der am 13.11.2005 mit Beendigungsgrund „13“ erfolgten Meldung;
- b) Neue Abmeldung mit Beendigungsgrund „11“ und u.a. folgenden Daten:
 - Versicherungsende (Stellen 017 - 024) = 30.11.2005;
 - Doppelversicherungsbeginn (Stellen 031 - 038) = 01.11.2005;
 - Vertrauensschutz-Ende (Stellen 039 - 046) = Grundstellung.

Das KV-Entgelt wird für die Zeit vom 1.11.2005 bis 30.11.2005 bei der Krankenkasse abgesetzt. Für die Zeit vom 15.10. bis 31.10.2005 werden die beitragspflichtigen Einnahmen aus der Beschäftigung auf die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Arbeitslosengeld II angerechnet (vgl. III 1.2.1). Für die Zeit vom 1.11. - 30.11.2005 wird ggf. ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Leistungsbezieher geltend gemacht.

- Lag im Überzahlungszeitraum kein Doppelversicherungsverhältnis vor, ist das KV-Entgelt von dem Tag an abzusetzen, der dem Tag folgt, an dem der Leistungsträger von der Arbeitsaufnahme Kenntnis erhalten hat. Auch in diesen Fällen wird eine erneute Abmeldung mit dem Beendigungsgrund „11“ vorgenommen (in den Stellen 017 bis 024 des Datenbausteins DBBB wird der Tag eingetragen, für den ursprünglich zuletzt Arbeitslosengeld II gezahlt worden ist, in den Stellen 039 bis 046 des Datenbausteins DBBB wird der Tag des Vertrauensschutz-Endes eingetragen).

Beispiel 2:

Arbeitslosengeld II wurde bezogen bis 30.11.2005. Am 13.11.2005 teilt der Leistungsbezieher mit, dass er am 15.10.2005 eine Arbeit aufgenommen hat. Da ihm der erste Lohn am 31.10.2005 zugeflossen ist, wird Arbeitslosengeld II vom 1.11.2005 bis 30.11.2005 zurückgefordert. Am 25.11.2005 wird festgestellt, dass kein Doppelversicherungsverhältnis vorliegt.

Zunächst (13.11.2005) wird der Leistungsfall mit Beendigungsgrund „13“ und u.a. folgenden Daten beendet:

- Versicherungsende (Stellen 017 - 024) = 30.11.2005;
- Doppelversicherungsbeginn (Stellen 031 - 038) = Grundstellung;
- Vertrauensschutz-Ende (Stellen 039 - 046) = Grundstellung.

Nach der Feststellung am 25.11.2005, dass kein Doppelversicherungsverhältnis vorliegt, werden folgende Meldungen abgesetzt:

- a) Stornierung der ursprünglich mit Beendigungsgrund „13“ erfolgten Meldung;
- b) Neue Abmeldung mit Beendigungsgrund „11“ und u.a. folgenden Daten:
 - Versicherungsende (Stellen 017 - 024) = 30.11.2005;
 - Doppelversicherungsbeginn (Stellen 031 - 038) = Grundstellung;
 - Vertrauensschutz-Ende (Stellen 039 - 046) = 13.11.2005.

Das KV-Entgelt wird für die Zeit vom 14.11.2005 bis 30.11.2005 bei der Krankenkasse abgesetzt. Für die Zeit vom 15.10. bis 31.10.2005 werden die beitragspflichtigen Einnahmen aus der Beschäftigung auf die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Arbeitslosengeld II angerechnet (vgl. III 2 Abs. 2). Für die Zeit vom 1.11.2005 bis 13.11.2005 wird ggf. ein Erstattungsanspruch gegenüber dem Leistungsbezieher geltend gemacht.

- Wird von dem Leistungsträger festgestellt, dass kein Doppelversicherungsverhältnis vorlag und ist auch der Vertrauensschutz im Überzahlungszeitraum nicht entfallen, bleibt es bei der ursprünglichen Meldung.

Beispiel 3:

Arbeitslosengeld II wurde bezogen bis 30.11.2005. Am 3.12.2005 teilt der Leistungsbezieher mit, dass er am 15.10.2005 eine Arbeit aufgenommen hat. Da ihm der erste Lohn am 31.10.2005 zugeflossen ist, wird Arbeitslosengeld II vom 1.11.2005 bis 30.11.2005 zurück gefordert. Am 15.12.2005 wird festgestellt, dass kein Doppelversicherungsverhältnis vorliegt.

Zunächst (3.12.2005) wird der Leistungsfall mit Beendigungsgrund „13“ und u.a. folgenden Daten beendet:

- Versicherungsende (Stellen 017 - 024) = 30.11.2005;
- Doppelversicherungsbeginn (Stellen 031 - 038) = Grundstellung;
- Vertrauensschutz-Ende (Stellen 039 - 046) = Grundstellung.

Nach der Feststellung am 15.12.2005, dass kein Doppelversicherungsverhältnis vorliegt, werden keine weiteren Meldungen abgesetzt.

2.6 Bestandsabstimmung

Zur Abstimmung der Bestände der gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V pflichtversicherten Mitglieder sowie der familienversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II erstellen die Leistungsträger für die Krankenkassen Bestandsmeldungen. Diese basieren auf der Grundlage des EDV-Datenbestandes für alle Versicherten, für die den Krankenkassen Anmeldungen und bis einschließlich 31.8. des Jahres keine Abmeldungen übermittelt wurden.

3 Meldungen beim Übergang vom Betreuungsverhältnis nach § 264 Abs. 2 SGB V zur Versicherung wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II oder von Sozialgeld

Für bisher nicht versicherte Bezieher von Sozialhilfe wird derzeit die Krankenversorgung durch das Betreuungsverhältnis nach § 264 Abs. 2 SGB V sichergestellt. Diese Sozialhilfeempfänger erhalten Krankenversichertenkarten, die diesem besonderen Status entsprechen.

Bei Eintritt der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II oder bei Eintritt der Familienversicherung wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II (vgl. I 1.8) sowie bei Eintritt der Familienversicherung im Zusammenhang mit dem Bezug von Sozialgeld (vgl. I 1.8.2) entsteht in der gesetzlichen Krankenversicherung ein vollwertiges Mitgliedschafts- bzw. Versicherungsverhältnis. Diese Mitglieder und Versicherten erhalten dann auch dementsprechend neue Krankenversicherungskarten.

Um einen reibungslosen Übergang vom Betreuungsverhältnis nach § 264 Abs. 2 SGB V zur Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bzw. zur Familienversicherung nach § 10 SGB V sicherzustellen, melden die Sozialhilfeträger die in Frage kommenden Versicherten aus dem Betreuungsverhältnis nach § 264 Abs. 2 SGB V ab. Es gelten insoweit die Maßgaben der Gemeinsamen Empfehlung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V vom 13.11.2003, Abschnitte 4 und 5. Dies gilt insbesondere für die Personen, bei denen im Zusammenhang mit dem Bezug von Sozialgeld tatsächlich eine Familienversicherung bewirkt wird.

Die Anmeldung gemäß § 203a SGB V wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II beseitigt nicht die sich aus der Gemeinsamen Empfehlung ergebende Meldeverpflichtung. Bei Beziehern von Sozialgeld fehlt es ohnehin an einer Anmeldung nach § 203a SGB V. Bei diesem Personenkreis ist eine Abmeldung aber erst möglich, wenn feststeht, dass im Zusammenhang mit dem Bezug von Sozialgeld tatsächlich eine Familienversicherung bewirkt wird.

4 Meldefristen

Bestimmte Fristen für die Abgabe der Meldungen nach § 203a SGB V sind nicht ausdrücklich vorgesehen. Deshalb sind alle abzugebenden Meldungen unverzüglich zu erstatten, sobald das Ereignis, das die Meldung auslöst, eingetreten ist. Dadurch wird eine ordnungsgemäße Durchführung der Versicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II gewährleistet.

5 Besonderheiten im Meldeverfahren bei der Durchführung der Familienversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II

Die von den Leistungsträgern zu berücksichtigenden Meldetatbestände für familienversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II werden in IV 2.1 und 2.2 beschrieben.

Bei der Prüfung der Familienversicherung obliegt der Krankenkasse letztlich die Entscheidungsbefugnis (vgl. I 1.8). Deshalb ist es möglich, dass

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

Dies sind alles Tatbestände, über die der nach dem SGB II zuständige Leistungsträger rechtzeitig informiert werden muss, damit das Versicherungsverhältnis korrigiert und ggf. die Beitragszahlung aufgrund des nun nicht mehr bestehenden Vorrangs der Familienversicherung bei weiterem Bezug von Arbeitslosengeld II aufgenommen bzw. bei nunmehr zu berücksichtigendem Vorrang einer Familienversicherung beendet werden kann. Die Krankenkassen erstatten deshalb gegenüber den Leistungsträgern entsprechende Meldungen. Für diese Meldungen ist noch kein maschineller Datensatz konzipiert. Sie werden von den Krankenkassen auf Vordrucken gemäß Anlage 5 erstattet.

6 Meldeverfahren bei Erfüllung der Meldepflicht nach § 204 SGB V

Bei Einberufung zu einem Wehrdienst von länger als drei Tagen hat bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit gem. § 204 Satz 1 SGB V den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Gleiche gilt für den Beginn oder das Ende einer Dienstleistung oder Übung nach den §§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a des Soldatengesetzes. Die Meldeverpflichtung nach § 204 SGB V ist auch von den Leistungsträgern im Sinne des SGB II zu erfüllen.

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

Anlagen

Anlage 1: Merkblatt zur Familienversicherung

Anlage 2 Übersicht über mögliche Fallkonstellationen zur Abgrenzung des Vorrangs der Familienversicherung gegenüber der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II

Anlage 3: Übersicht über die zugelassenen kommunalen Träger im Sinne von § 6a SGB II

Anlage 4: Beitragsnachweis

Anlage 5: Meldung zur Familienversicherung

Merkblatt

zur Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung

Allgemeines

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

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

Personenkreis

Die Familienversicherung erfasst den Ehegatten, den Lebenspartner und die Kinder des Mitglieds. Eine konkrete Unterhaltspflicht bzw. -berechtigung nach familienrechtlichen Vorschriften wird nicht verlangt.

➤ Ehegatte

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

➤ Lebenspartner

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

➤ Kinder

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

Voraussetzungen

➤ Inlandsaufenthalt

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

➤ Vorrangversicherung

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

➤ Versicherungsfreiheit

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

➤ Hauptberuflich selbständige Tätigkeit

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

➤ Gesamteinkommen

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

Zuständige Krankenkasse

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

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

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

1 Einzelfallprüfung erforderlich.

2 Angehöriger ist auf freiwillige Versicherung zu verweisen, Beitragsübernahme analog § 32 SGB XII im System SGB II nicht vorgesehen.

3 Familienversicherung für Kind A ist nicht durchzuführen, wenn für Enkelkind (= Kind von Kind A) keine Familienversicherung entsteht, in diesem Falle wird dem Gedanken des § 5 Abs. 7 SGB V folgend für Kind A Versicherungspflicht begründet, damit der Versicherungsschutz für das Enkelkind über Familienversicherung von Kind A sichergestellt werden kann.

4 wenn überwiegender Unterhalt geleistet wird.

5 wird überwiegender Unterhalt nicht geleistet, entsteht Versicherungspflicht.

6 wird überwiegender Unterhalt nicht geleistet, entsteht bei Bezug von Sozialgeld auch keine Versicherungspflicht, Problematik entsprechend Anmerkung 2 berücksichtigen.

7 wird überwiegender Unterhalt nicht geleistet, entsteht bei Bezug von Sozialgeld auch keine Versicherungspflicht, dann Verfahren wie Anmerkung 8 bei Kind A

8 wenn für Enkelkind (= Kind von A) Anmerkung 6 gilt, ist für Kind A Familienversicherung nicht durchzuführen, in diesem Falle wird dem Gedanken des § 5 Abs. 7 SGB V folgend für Kind A Versicherungspflicht begründet, damit der Versicherungsschutz für Enkelkind über Familienversicherung von Kind A sichergestellt werden kann. Vgl. auch Anmerkung 2.

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

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

Baden-Württemberg

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

Bayern

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

Brandenburg

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

Hessen

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

Mecklenburg-Vorpommern:

Landkreis Ostvorpommern

Niedersachsen:

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

Nordrhein-Westfalen

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

Rheinland-Pfalz

1. Landkreis Daun
2. Landkreis Südwestpfalz

Saarland

Landkreis St. Wendel

Sachsen

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

Sachsen-Anhalt

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

Schleswig-Holstein

1. Landkreis Nordfriesland
2. Landkreis Schleswig-Flensburg

Thüringen

1. Stadt Jena
2. Landkreis Eichsfeld

Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II

Ort, Datum

< Anschrift der Krankenkasse >

Betriebsnummer der Krankenkasse:

< Betriebsnummer der KK >

Interne Kennung des Leistungsträgers:

< Krankenkassenkennung >

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

Abrechnungszeitraum

<Monat/Jahr>

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

Absendende Krankenkasse

Zuständiger Leistungsträger
nach dem SGB II

Datum

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

Herr /Frau

<<Name, Vorname, Geburtsdatum>>

<<Straße, Hausnummer>>

<<Postleitzahl, Wohnort>>

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)