

4. Dezember 2015

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

Der GKV-Spitzenverband, die Bundesagentur für Arbeit, der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag haben unter dem Datum vom 30. Juni 2011 ein Gemeinsames Rundschreiben zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II herausgegeben.

Seitdem hat sich eine Reihe von rechtlichen Änderungen ergeben, die sich direkt oder indirekt auf das Versicherungs- und Beitragsrecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II auswirken. So wurde durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. Januar 2015 grundlegend reformiert:

- ÿ Der allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung wurde von 15,5 Prozent um 0,9 Prozentpunkte auf 14,6 Prozent abgesenkt. Der für die Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II relevante ermäßigte Beitragssatz wurde ebenfalls um 0,9 Prozentpunkte, und zwar von 14,9 Prozent auf 14,0 Prozent, abgesenkt.
- ÿ Der bisherige und von den Mitgliedern grundsätzlich allein zu tragende einkommensunabhängige Zusatzbeitrag, der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich sowie die Möglichkeit von Prämienauszahlungen wurden abgeschafft.
- ÿ Stattdessen wurde ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag eingeführt, den eine Krankenkasse von ihren Mitgliedern in der Regel im Rahmen des Quellenabzugsverfahrens zu erheben hat, soweit ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist.

Ÿ Entgegen der bisherigen Regelung zum Zusatzbeitrag sind keine Mitgliedergruppen mehr von der Zahlung von Zusatzbeiträgen ausgenommen. Für Mitglieder, deren Beiträge von Dritten getragen werden (z. B. Bezieher von Arbeitslosengeld II), ist der Zusatzbeitrag grundsätzlich nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu bemessen.

Ÿ Das Sonderkündigungsrecht hinsichtlich der Krankenkassenzuständigkeit bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitrags oder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes, welches gleichfalls den Beziehern von Arbeitslosengeld II zusteht, wurde reformiert.

In Folge des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 3. Juli 2013 – B 12 KR 11/11 R –, USK 2013-62, wurde mit dem GKV-FQWG in der Vorschrift des § 5 Abs. 5a SGB V, die der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II dient, das Wort „unmittelbar“ durch das Wort „zuletzt“ ersetzt. Diese Änderung trat bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes, mithin am 25. Juli 2014, in Kraft.

Die folgenden Änderungen durch das GKV-FQWG, die einer Vereinfachung der Verfahrensabläufe in den Jobcentern und den Krankenkassen sowie zwischen den Jobcentern und Krankenkassen dienen, treten am 1. Januar 2016 in Kraft:

Ÿ Der bisherige Vorrang der Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung vor der Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II fällt weg. Ab dem Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II (Eintritt der Erwerbsfähigkeit mit 15 Jahren bei Kindern) tritt Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ein, sofern eine Person nicht der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen ist.

Ÿ Unter der Prämisse einer finanzneutralen Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises wird die Beitragsberechnung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II auf ein neues Fundament gestellt. So gilt für Zeiträume ab 1. Januar 2016 in der Kranken- und Pflegeversicherung jeweils eine pauschale beitragspflichtige Einnahme, unabhängig davon, für wie viele Tage im Monat Arbeitslosengeld II bezogen wird und ob daneben noch weitere beitragspflichtige Einnahmen bezogen werden. Diese orientiert sich unverändert an der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Hierbei wird der Faktor für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahme in der Krankenversicherung vom 0,3450-

fachen auf das 0,2060-fache der monatlichen Bezugsgröße und in der Pflegeversicherung vom 0,3620-fachen auf das 0,2172-fache der monatlichen Bezugsgröße abgesenkt. Abweichend von dem Grundsatz einer kalendertäglichen Zahlung der Beiträge sind die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II damit für jeden Kalendermonat zu zahlen, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht.

Ÿ In Folge der Pauschalierung der beitragspflichtigen Einnahme sind Erstattungsansprüche des SGB II-Leistungsträgers gegenüber dem Gesundheitsfonds bei unrechtmäßigem Bezug von Arbeitslosengeld II nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II in Verbindung mit § 335 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 SGB III entbehrlich und daher für Zeiträume ab 1. Januar 2016 aufgegeben worden.

Ferner ist mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) ab 1. August 2013 in § 188 Abs. 4 SGB V mit der sog. obligatorischen Anschlussversicherung eine neue Form der freiwilligen Mitgliedschaft geschaffen worden, welche neben der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V das Entstehen von Lücken im Versicherungsverlauf unterbinden soll.

Zudem ist zum 31. Dezember 2013 die zeitliche Rechnungsabgrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Beiträge für die Zeit bis 31. Dezember 2008 einerseits, die noch unmittelbar den Krankenkassen zugestanden haben, und der Beiträge für die Zeit ab 1. Januar 2009 andererseits, die dem Gesundheitsfonds zustehen, ausgelaufen. Seit 1. Januar 2014 sind die Beiträge aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II nunmehr - unabhängig davon, für welchen Zeitraum sie gezahlt werden - an den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Gesundheitsfonds zu entrichten.

Mit dem Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) wurde der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung mit Wirkung ab 1. Januar 2015 von 2,05 auf 2,35 Prozent angehoben.

Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswe-

sen (eHealth-Gesetz)* wurde schließlich in Ergänzung des GKV-FQWG ab 1. Januar 2016 ein konsequenter Ausschluss der Familienversicherung auch für bestimmte Ausnahmesachverhalte und eine Überführung entsprechender Bestandsfälle in die Versicherungspflicht erreicht.

Der GKV-Spitzenverband, die Bundesagentur für Arbeit und die betroffenen kommunalen Spitzenverbände nehmen diese Rechtsänderungen zum Anlass, das Gemeinsame Rundschreiben zu überarbeiten. Sofern nichts Abweichendes deutlich gemacht ist, sind in den einzelnen Abschnitten die Rechtsvorschriften in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung wiedergegeben. Auf die bisherigen Anlagen wird verzichtet.

Dieses Gemeinsame Rundschreiben ist Grundlage für die einheitliche Rechtsanwendung bei der Beurteilung der Versicherungspflicht, Berechnung und Abführung der Beiträge und die Abwicklung des Meldeverfahrens durch alle beteiligten Organisationen.

Soweit in dem Gemeinsamen Rundschreiben für die Beschreibung von Personen aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet wird, sind damit sowohl Frauen als auch Männer gemeint.

* Vorbehaltlich der Veröffentlichung (Gesetz am 3. Dezember 2015 vom Bundestag verabschiedet, vgl. Drucksachen 18/5293, 18/6012 und 18/6905; am 18. Dezember 2015 vom Bundesrat kein Einspruch eingelegt worden)

Inhaltsverzeichnis

I	Versicherungspflicht	11
I 1	Krankenversicherung	11
I 1.1	Grundlagen der Versicherungspflicht	18
I 1.1.1	Allgemeines	18
I 1.1.2	Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand	18
I 1.1.3	Arbeitslosengeld II an Minderjährige in temporären Bedarfsgemeinschaften.....	20
I 1.1.4	Arbeitslosengeld II an „Durchreisende“ oder Personen ohne festen Wohnsitz	20
I 1.1.5	Doppelbezug von Arbeitslosengeld II für denselben Zeitraum durch zwei verschiedene Leistungsträger	20
I 1.1.6	Ausschluss des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II.....	21
I 1.1.7	Auswirkungen des Bezugs von Sozialgeld	24
I 1.1.8	Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II.....	25
I 1.1.9	Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte, vorläufige Zahlung, Aufrechnungen	25
I 1.1.10	Arbeitslosengeld II als Darlehen.....	26
I 1.1.11	Versicherungspflicht bei umstrittener Erwerbsfähigkeit.....	26
I 1.2	Ausschluss der Versicherungspflicht bzw. der Familienversicherung nach § 5 Abs. 5a SGB V	27
I 1.2.1	Allgemeines	27
I 1.2.2	Zuletzt vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert	28
I 1.2.3	Zuletzt vor dem Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat versicherte Personen.....	31
I 1.2.4	Zusammentreffen von § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V mit anderen Tatbeständen der Versicherungspflicht.....	32
I 1.2.5	Ausschluss der Familienversicherung	33
I 1.3	Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V	34
I 1.4	Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung.....	35

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

I 1.4.1	Allgemeines	35
I 1.4.2	Mehrfachversicherung.....	36
I 1.4.3	Vorrang der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V	37
I 1.4.4	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit	37
I 1.4.5	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und der Tätigkeit als Beamter	38
I 1.4.6	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und einer freiwilligen Versicherung	38
I 1.4.7	Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und bestehender Befreiung von der Krankenversicherungspflicht	38
I 1.5	Familienversicherung	39
I 1.5.1	Bezieher von Arbeitslosengeld II	39
I 1.5.1.1	Allgemeines	39
I 1.5.1.2	Übergang zum 1. Januar 2016	39
I 1.5.2	Bezieher von Sozialgeld.....	40
I 1.6	Ergänzende Bestimmungen zum Begriff Leistungsbezug.....	40
I 1.7	Fehlversicherung.....	41
I 1.8	Versicherungsverhältnis bei Rückforderung gewährter Leistungen	42
I 1.8.1	Allgemeines	42
I 1.8.2	Auswirkungen von Erstattungsansprüchen gegenüber einem anderen Sozialleistungsträger.....	45
I 1.9	Befreiung von der Krankenversicherungspflicht.....	45
I 1.10	Mitgliedschaft	46
I 1.10.1	Beginn der Mitgliedschaft	46
I 1.10.2	Erhalt der Mitgliedschaft.....	46
I 1.10.3	Ende der Mitgliedschaft.....	47
I 2	Pflegeversicherung.....	47
I 2.1	Versicherungspflicht.....	50
I 2.2	Anderweitige Pflegeversicherungspflicht	50

I 2.3	Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages	51
I 2.4	Befreiung von der Versicherungspflicht	51
I 2.5	Mitgliedschaft	52
II	Zuständige Krankenkasse und Pflegekasse/ Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II.....	52
II 1	Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit	63
II 1.1	Allgemeines	63
II 1.2	Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse.....	63
II 1.3	Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels	63
II 1.3.1	Allgemeines	63
II 1.3.2	Sonderkündigungsrecht	64
II 1.3.3	Wahlrecht bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse	66
II 2	Zuständigkeit der Pflegekasse.....	67
II 3	Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II.....	67
II 3.1	Allgemeines	67
II 3.2	Jobcenter als gemeinsame Einrichtungen	68
II 3.3	Jobcenter als zugelassene kommunale Träger („Kommunale Jobcenter“)	68
III	Freiwillige Versicherung im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II	69
III 1	Allgemeines	72
III 2	Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung.....	73
III 2.1	Allgemeines	73
III 2.1.1	Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung	73
III 2.1.2	Keine Ausschlussstatbestände	74
III 2.1.3	Keine Austrittserklärung	74
III 3	Voraussetzungen einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB V	75

III 3.1	Allgemeines	75
III 3.1.1	Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Erlöschen einer Familienversicherung	75
III 3.1.2	Erfüllung der Vorversicherungszeit.....	76
III 3.1.3	Beitriffsfrist	77
IV	Beitragsrecht.....	78
IV 1	Grundsätze der Beitragsberechnung	88
IV 1.1	Allgemeines	88
IV 1.2	Beitragspflichtige Einnahmen.....	89
IV 1.2.1	Allgemeines	89
IV 1.2.2	Landwirtschaftliche Unternehmer mit Bezug von Arbeitslosengeld II.....	90
IV 1.3	Beitragssatz	91
IV 1.3.1	Krankenversicherung	91
IV 1.3.1.1	Ermäßigter und allgemeiner Beitragssatz.....	91
IV 1.3.1.2	Zusatzbeitragssatz	91
IV 1.3.2	Pflegeversicherung	92
IV 1.4	Tragung der Beiträge	93
IV 1.4.1	Krankenversicherung	93
IV 1.4.2	Pflegeversicherung	93
IV 1.4.3	Bezug von Arbeitslosengeld II von mehreren Leistungsträgern in demselben Kalendermonat.....	93
IV 1.5	Berechnung der Beiträge	94
IV 2	Zahlung und Abrechnung der Beiträge	95
IV 2.1	Allgemeines	95
IV 2.2	Fälligkeit.....	96
IV 2.3	Beitragsabrechnung mit dem Gesundheitsfonds und der landwirtschaftlichen Krankenkasse	96
IV 3	Nachweis der Beitragsabrechnung.....	97

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

IV 3.1	Beitragsnachweise	97
IV 3.2	Monatzzusammenstellung	97
IV 3.3	Aufbewahrung der Nachweise	98
IV 4	Prüfung der Beitragszahlung	99
IV 5	Ersatzansprüche und Beitragserstattungen	99
IV 5.1	Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung	99
IV 5.1.1	Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Leistungsbezieher	100
IV 5.1.2	Kein Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Gesundheitsfonds oder der landwirtschaftlichen Krankenkasse	101
IV 5.2	Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld	102
IV 5.3	Abgrenzung der Erstattungsansprüche nach IV 5.1 und IV 5.2	103
IV 5.4	Erstattungsansprüche wegen sonstiger vorrangiger Sozialleistungen	104
IV 5.5	Erstattung der Beiträge bei doppelter Zahlung des pauschalen Monatsbeitrags	104
IV 5.6	Erstattung der Beiträge bei fehlerhafter Zuordnung zur GKV	105
IV 5.7	Erstattung von Beiträgen beim Tod des Leistungsberechtigten	105
V	Zuschüsse zu Versicherungsbeiträgen	106
V 1	Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung	109
V 1.1	Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld	109
V 1.1.1	Krankenversicherung	109
V 1.1.2	Pflegeversicherung	109
V 1.2	Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Beitragslast	110
V 1.2.1	Krankenversicherung	110
V 1.2.2	Pflegeversicherung	111
V 2	Versicherte von privaten Krankenversicherungsunternehmen	111
V 2.1	Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld	111
V 2.1.1	Krankenversicherung	111

V 2.1.2	Pflegeversicherung	112
V 2.2	Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Zahlung des Beitrags ...	112
V 2.2.1	Krankenversicherung	112
V 2.2.2	Pflegeversicherung	112
V 3	Zahlung durch den Leistungsträger	112
VI	Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung	113
VI 1	Allgemeines	115
VI 2	Meldepflichtige Tatbestände	115
VI 2.1	Anmeldungen	116
VI 2.2	Änderungsmeldungen	116
VI 2.3	Abmeldungen	116
VI 2.4	Stornierung von Meldungen	117
VI 2.5	Bestandsmeldungen	117
VI 3	Meldefristen	118
VI 5	Meldeverfahren bei Einberufung zum Wehrdienst.....	118
VI 6	Meldeverfahren bei der Teilnahme an einer Eignungsübung	119

I Versicherungspflicht

I 1 Krankenversicherung

§ 5 SGB V Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. bis 2. ...

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

3. bis 13. ...

(2) bis (4a) ...

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10

erfüllt haben, sind ab 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

(6) bis (8a) ...

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

(10) und (11) ...

§ 6 SGB V

Versicherungsfreiheit

(1) Versicherungsfrei sind

1. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt,

- 1a. nicht-deutsche Besatzungsmitglieder deutscher Seeschiffe, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz haben,
2. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
3. Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
4. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
5. Lehrer, die an privaten genehmigten Ersatzschulen hauptamtlich beschäftigt sind, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,
6. die in den Nummern 2, 4 und 5 genannten Personen, wenn ihnen ein Anspruch auf Ruhegehalt oder ähnliche Bezüge zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und nicht mehr als freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen ausreicht,

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

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

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

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

(4) bis (8) ...

§ 10 SGB V

Familienversicherung

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

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 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 450 Euro.

Eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 ist nicht deshalb anzunehmen, weil eine Versicherung nach § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890, 1891) besteht. Das Gleiche gilt bis zum 31.12.2018 für eine Tagespflegeperson, die bis zu fünf gleichzeitig anwesende, fremde Kinder in Tagespflege betreut. Ehegatten und Lebenspartner sind für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht versichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren.

(2) bis (6) ...

§ 186 SGB V **Mitgliedschaft**

(1) und (2) ...

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

(3) bis (11) ...

§ 190 SGB V

Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

(2) bis (11a) ...

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

(13) ...

§ 2 KVLG 1989

Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. bis 5. ...

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

7. ...

(2) bis (9) ...

§ 3 KVLG 1989

**Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz
zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen**

(1) ...

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. bis 5. ...

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

7. ...

(3) ...

§ 7 KVLG 1989

Familienversicherung

(1) Für die Familienversicherung gilt § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. ...

(2) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

(2) Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Beiträge sind für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 Versicherungspflichtigen und für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 Versicherungspflichtigen, die nicht zugleich nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 versicherungspflichtig sind, entsprechend anzuwenden. Satz 1 gilt für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld mit der Maßgabe, dass für die Bemessung der Beiträge der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt.

I 1.1 Grundlagen der Versicherungspflicht

I 1.1.1 Allgemeines

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

Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II ist für jede Person in der Bedarfsgemeinschaft individuell zu beurteilen.

Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II besteht nicht, wenn aufgrund von Artikel 11 bis 16 der VO (EG) 883/04, z. B. bei einer Beschäftigung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, in einem anderen EWR-Staat oder in der Schweiz, die Rechtsvorschriften eines anderen Staates gelten. In diesen Fällen sind für die betreffende Person ausschließlich die Sozialversicherungsvorschriften des anderen Staates anzuwenden. Die Familienangehörigen, die ebenfalls Arbeitslosengeld II beziehen, sind dem deutschen Recht unterstellt und unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht.

Die Versicherungspflicht der Bezieher von Arbeitslosengeld II in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 knüpft an die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V an.

I 1.1.2 Leistung Arbeitslosengeld II als Versicherungspflicht auslösender Tatbestand

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

Die die Versicherungspflicht auslösenden Leistungen des Arbeitslosengeldes II umfassen

- den Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 20 SGB II),
- die Mehrbedarfe (§ 21 SGB II) sowie
- die Bedarfe für Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II) einschließlich einmaliger Bedarfe (z. B. Nachzahlungen von Heiz- / Betriebskosten, Wohnungsbeschaffungskosten als Zuschuss).

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

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

Werden aufgrund von Sanktionen nach § 31a SGB II keine der vorgenannten Leistungen des Arbeitslosengeldes II (auch nicht als Sachleistung) mehr erbracht, entfällt die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II für die Dauer der Sanktionen. Die Sanktionen wirken nach § 31b Abs. 1 Satz 1 SGB II ab Beginn des Kalendermonats, der auf das Wirksamwerden des entsprechenden Verwaltungsaktes folgt. Die Versicherung wird dann z. B. als freiwillige Mitgliedschaft (§ 188 Abs. 4 SGB V) oder Familienversicherung (§ 10 SGB V) fortgesetzt.

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

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

I 1.1.3 Arbeitslosengeld II an Minderjährige in temporären Bedarfsgemeinschaften

Halten sich minderjährige Bezieher von Arbeitslosengeld II abwechselnd bei beiden getrennt lebenden umgangsberechtigten Personen auf und beziehen diese beiden Personen ebenfalls Leistungen nach dem SGB II, besteht für die minderjährige Person aufgrund des lückenlosen Leistungsbezugs grundsätzlich durchgehend Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Wird das Arbeitslosengeld II aufgrund der örtlichen Zuständigkeit für die Bedarfsgemeinschaften (vgl. § 36 SGB II) von zwei verschiedenen Leistungsträgern gewährt, entsteht für jeden einzelnen Bezugszeitraum Versicherungspflicht.

Ist die minderjährige Person nur mit einer umgangsberechtigten Person durch eine temporäre Bedarfsgemeinschaft verbunden, kommt es auch nur jeweils für die Zeiträume, in denen sich die minderjährige Person in dieser Bedarfsgemeinschaft aufhält und Arbeitslosengeld II bezieht, zur Versicherungspflicht. In den übrigen Zeiträumen, in denen sich die minderjährige Person bei der anderen umgangsberechtigten Person aufhält, wird der Versicherungsschutz auf andere Weise, z. B. als Familienversicherung, Versicherungspflicht aufgrund einer Beschäftigung bzw. Berufsausbildung, obligatorische Anschlussversicherung (freiwillige Versicherung) oder nachgehender Leistungsanspruch, sichergestellt.

I 1.1.4 Arbeitslosengeld II an „Durchreisende“ oder Personen ohne festen Wohnsitz

Bei diesen Personen kann Arbeitslosengeld II auch nur für einen Tag oder wenige zusammenhängende Tage (z. B. Wochenende) und durch verschiedene Leistungsträger gewährt werden, was jeweils Versicherungspflicht zur Folge hat. In diesen Fällen ist die Versicherungspflicht für jeden einzelnen Bezugszeitraum und von dem jeweils örtlich zuständigen Jobcenter zu beurteilen.

I 1.1.5 Doppelbezug von Arbeitslosengeld II für denselben Zeitraum durch zwei verschiedene Leistungsträger

Wird Arbeitslosengeld II im Ausnahmefall für denselben Zeitraum von zwei unterschiedlichen Leistungsträgern gewährt (z. B. Kosten für die Unterkunft bei einem Umzug), stellt jeder Leis-

tungsbezug für sich einen Tatbestand der Versicherungspflicht dar, wodurch es zu einer Doppelversicherung kommen kann. Dies gilt selbst dann, wenn der Doppelbezug zu Unrecht erfolgt ist.

Besonderheiten zur Beitragszahlung in den Fällen der Abschnitte I 1.1.3 – I 1.1.5 sind unter IV 1.4.3. aufgeführt. Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Folgen der Rückforderung einer Leistung bei einem unrechtmäßigen Leistungsbezug werden in den Abschnitten I 1.8 und IV 5.1 behandelt.

I 1.1.6 Ausschluss des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II

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

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

Zu den stationären Einrichtungen im Sinne des § 7 Abs. 4 Satz 1 SGB II gehören insbesondere Altenpflegeheime, Altenpensions- und Kurheime, therapeutische Wohngemeinschaften, Heime oder andere betreute Wohneinrichtungen für behinderte Menschen, Blindenheime,

Erholungsheime, Heilstätten, SOS-Kinderdörfer und Krankenhäuser. Im Einzelfall zählen auch Mütterhäuser, Obdachlosenunterkünfte und Einrichtungen für Nichtsesshafte sowie weitere Einrichtungen zur Resozialisierung nach §§ 67 bis 69 SGB XII dazu. Einrichtungen zum Vollzug richterlich angeordneter Freiheitsentziehung sind nach § 7 Abs. 4 Satz 2 SGB II stationären Einrichtungen im Sinne des Satzes 1 explizit gleichgestellt.

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

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

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

- der Versicherte voraussichtlich für weniger als sechs Monate in einem Krankenhaus im

Sinne des § 107 SGB V untergebracht ist oder

- der Versicherte trotz der Unterbringung in einer stationären Einrichtung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes für mindestens 15 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

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

Beispielsweise zählen hierzu:

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

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

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

zubeziehen.

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

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

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

I 1.1.7 Auswirkungen des Bezugs von Sozialgeld

Sozialgeld nach § 23 SGB II erhalten nach § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, soweit sie keinen Anspruch auf Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) haben. Der Bezug von Sozialgeld begründet keine Versicherungspflicht. Allerdings kann dann auf anderer Grundlage eine gesetzliche Krankenversicherung, z. B. eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder eine freiwillige Mitgliedschaft bestehen. Die Entscheidung über das Versicherungsverhältnis obliegt hier nicht den Jobcentern, sondern der zuständigen Krankenkasse.

Bezieher von Sozialgeld, die nicht familienversichert sind, haben nach Maßgabe des § 26

Abs. 1 und 2 SGB II Anspruch auf einen Zuschuss zu Beiträgen zur gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung in bestimmter Höhe (vgl. V).

I 1.1.8 Versicherungspflicht bei Kürzung des Arbeitslosengeldes II

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

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

I 1.1.9 Zahlung von Arbeitslosengeld II an Dritte, vorläufige Zahlung, Aufrechnungen

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

Leistungsbezug und damit Versicherungspflicht liegt auch vor, wenn Arbeitslosengeld II vorläufig bewilligt wird (§ 40 Abs. 2 Nr. 1 SGB II i. V. m. § 328 SGB III) oder aufgrund von Aufrechnungen nicht ausgezahlt wird. Die Versicherungspflicht bleibt selbst dann unberührt, wenn Arbeitslosengeld II zunächst vorläufig bewilligt wird, im Rahmen der endgültigen Entscheidung der Anspruch darauf jedoch entfällt. Die vorangegangenen Ausführungen gelten gleichermaßen für die vorläufige Leistungsgewährung aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung (z. B. einstweilige Anordnung).

I 1.1.10 Arbeitslosengeld II als Darlehen

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

- wenn Hilfebedürftigkeit nur deswegen besteht, weil dem Arbeitsuchenden der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung von zu berücksichtigendem Vermögen nicht möglich ist oder der sofortige Verbrauch bzw. die sofortige Verwertung eine besondere Härte darstellen würde (§ 9 Abs. 4 i. V. m. § 24 Abs. 5 SGB II),
- zur Instandhaltung von Wohneigentum und zur Wohnungsbeschaffung - Mietkaution (§ 22 Abs. 2 und 6 SGB II),
- zur Übernahme von Mietschulden, jedoch nur im Zusammenhang mit den regulären Leistungen für Kosten der Unterkunft (§ 22 Abs. 8 SGB II),
- in Form der abweichenden Leistungserbringung (§ 24 Abs. 1 SGB II),
- soweit in dem Monat, für den die Leistungen erbracht werden, voraussichtlich Einnahmen anfallen (§ 24 Abs. 4 SGB II) oder
- an Auszubildende, wenn der Leistungsausschluss nach § 7 Abs. 5 SGB II eine besondere Härte bedeutet (§ 27 Abs. 4 SGB II).

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

I 1.1.11 Versicherungspflicht bei umstrittener Erwerbsfähigkeit

Nach § 44a Abs. 1 SGB II stellt die Agentur für Arbeit fest, ob Erwerbsfähigkeit vorliegt. Der zugelassene kommunale Träger, ein anderer Träger, der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre (z. B. Rentenversicherungsträger) oder die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, können der Entscheidung der Agentur für Arbeit über die Erwerbsfähigkeit widersprechen. Im Widerspruchsfall entscheidet die Agentur für Arbeit, nachdem sie eine gutachterliche Stellungnahme des nach § 109a Abs. 2 SGB VI zuständigen Rentenversicherungsträgers eingeholt hat. Nach § 44a Abs. 1a SGB II bedarf es nicht der Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers, wenn dieser bereits nach § 109a Abs. 2 Satz 2 SGB VI, das heißt

auf Ersuchen des zuständigen Trägers der Sozialhilfe nach § 45 SGB XII, eine gutachterliche Stellungnahme abgegeben hat. Die Agentur für Arbeit und alle gesetzlichen Leistungsträger nach dem Zweiten, Dritten, Fünften, Sechsten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind an die gutachterliche Stellungnahme gebunden; die Regelungen des § 48 SGB X für die Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse bleiben davon unberührt (§ 44a Abs. 2 SGB II). Die Möglichkeit der Krankenkasse, gegen die Entscheidung der Agentur für Arbeit nach den Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes bei Nichtbeachtung der gutachterlichen Stellungnahme vorzugehen, bleibt davon unberührt.

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

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

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

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

Einzelheiten des Verfahrens bei den gemeinsamen Einrichtungen werden in den Fachlichen Weisungen der Bundesagentur für Arbeit beschrieben.

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

I 1.2.1 Allgemeines

Je nach dem, ob der Bezieher von Arbeitslosengeld II zuletzt vor dem Leistungsbezug in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der privaten Krankenversicherung versichert war, wird die Person in der Regel auch für die Zeit des Leistungsbezugs dem bisherigen System

der Krankenversicherung zugeordnet. Die Versicherungspflicht kann durch die Regelung des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V ausgeschlossen sein, es kann aber auch Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V bestehen (vgl. I 1.3). In beiden Fällen werden die Personen im Sinne einer strikten Systemabgrenzung kraft Gesetzes dem System der privaten Krankenversicherung (PKV) zugeordnet.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag ist für Bezieher von Arbeitslosengeld II nicht vorgesehen.

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

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

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 werden die Leistungsberechtigten, für die die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V ausgeschlossen ist, gemäß § 5 Abs. 5a Satz 3 SGB V gleichfalls von der Familienversicherung nach § 10 SGB V ausgeschlossen.

I 1.2.2 Zuletzt vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert

Nach § 5 Abs. 5a Satz 1 erste Alternative SGB V ist die Versicherungspflicht für diejenigen Bezieher von Arbeitslosengeld II ausgeschlossen, die zuletzt vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren. Das gilt unabhängig davon, worauf die private Krankenversicherung beruhte (reguläres Versicherungsvertragsverhältnis, Versicherung im Standardtarif, Versicherung im Basistarif) oder welche Stellung im Erwerbsleben der Versicherte vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II oder bei Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II hatte. Deshalb sind nicht nur hauptberuflich selbstständig Tätige oder Beamte von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, wenn sie zuletzt vor dem Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert waren, sondern auch solche Bezieher von Arbeitslosen-

geld II, die zuletzt vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert und nicht erwerbstätig waren.

Beispiel 1:

Ein hauptberuflich selbstständig Erwerbstätiger erhält ab 01.02.2016 Arbeitslosengeld II in Form von Leistungen für Unterkunft nach § 22 SGB II. Die Ehefrau erhält ebenfalls Arbeitslosengeld II. Das 14-jährige Kind hat Anspruch auf Sozialgeld. Alle Personen sind bereits unmittelbar vor Beginn des Arbeitslosengeldes II privat krankenversichert gewesen.

Lösung:

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

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

Beispiel 2:

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

Lösung:

Für den hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen besteht für die gesamte Dauer des Bezugs von Arbeitslosengeld II (selbst dann, wenn er die hauptberuflich selbstständige Tätigkeit aufgibt) wegen § 5 Abs. 5a SGB V weder Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V noch eine Familienversicherung nach § 10 SGB V. Die Ehefrau ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig; die freiwillige Mitgliedschaft endet gemäß § 191 Nr. 2 SGB V. Das Kind ist nach § 10 SGB V über die Mitgliedschaft der Mutter weiterhin familienversichert.

Hinweis: Mit Vollendung des 15. Lebensjahres erhält das Kind Arbeitslosengeld II für erwerbsfähige Personen und ist versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

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

Das Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ ist dann erfüllt, wenn zuletzt vor dem Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II tatsächlich eine private Krankenversicherung bestand. Nicht maßgebend ist, wie lange diese Versicherung vor dem Beginn des Leistungsbezugs liegt.

Eine zuletzt im Ausland bestandene private Krankenversicherung führt dann zur Anwendung des § 5 Abs. 5a SGB V, wenn diese in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder des EWR oder in der Schweiz bestand. In diesem Fall findet eine Gleichstellung des Sachverhalts im Ausland (hier: private Krankenversicherung) nach Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/2004 statt.

Ebenso wird die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals „zuletzt privat krankenversichert“ nicht dadurch beeinflusst, dass zu irgendeiner Zeit zwischen dem Ende der privaten Krankenversicherung und dem Beginn des Leistungsbezugs eine Absicherung für den Krankheitsfall in einem besonderen Sicherungssystem vorlag. Eine derartige Absicherung ist z. B. bei folgenden Ansprüchen gegeben:

- Anspruch auf freie Heilfürsorge (z. B. Zeitsoldaten),
- Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 SGB V von Empfängern von Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel des SGB XII, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII,
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge,
- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem BVG, dem BEG oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen, wenn die Heilbehandlung auch für sog. Nichtschädigungsfolgen gewährt wird,
- Anspruch bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten,
- Anspruch bei der Postbeamtenkrankenkasse.

Genauso ist das Tatbestandsmerkmal „zuletzt privat krankenversichert“ erfüllt, wenn die Person sich in der Zwischenzeit in einem Staat außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz aufgehalten hat, in dieser Zeit nicht dem deutschen Krankenversicherungsrecht unterlag und zuletzt vor diesem Auslandsaufenthalt in Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der EU oder des EWR oder in der Schweiz privat krankenversichert war.

Die vorgenannten Zeiten der Absicherung in einem besonderen Sicherungssystem oder des Aufenthalts in einem Staat außerhalb der EU, EWR und der Schweiz werden bei der Beurteilung des Ausschlusses von der Versicherungspflicht nicht berücksichtigt.

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

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

Aufgrund der allgemeinen Versicherungspflicht in Deutschland in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sind von dieser Regelung im Wesentlichen Personen erfasst, die ihren Wohnsitz erstmals nach Deutschland verlegen und Arbeitslosengeld II beanspruchen.

Auf der Grundlage des Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/2004 ist sowohl eine gesetzliche als auch eine private Krankenversicherung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR oder in der Schweiz einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung in Deutschland gleichzustellen. Dies führt im Ergebnis dazu, dass bei einer Wohnsitzverlegung nach Deutschland aus diesen Staaten in der Regel der Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 5a Satz 1 zweite Alternative SGB V nicht greift.

Der Ausschluss der Versicherungspflicht orientiert sich an der Stellung im Erwerbsleben. Hierbei ist bei Personen, die in der Vergangenheit ungeachtet ihres ständigen Wohnsitzes in Deutschland ausnahmsweise weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, auf die Berufstätigkeit zum Zeitpunkt des Beginns des Arbeitslosengeld II-Bezugs abzustellen. Die Versicherungspflicht ist daher nicht ausgeschlossen, wenn die bisher in Deutschland nicht versicherte Person zwar während ihres bisherigen Erwerbslebens zuletzt entweder eine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit ausgeübt oder zu den versicherungsfreien Personen im Sinne von § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V gehört hat, zum Zeitpunkt des Beginns des Arbeitslosengeld II-Bezugs jedoch keiner Tätigkeit mehr nachgeht. Wird eine Berufstätigkeit nicht

mehr ausgeübt, so ist nicht zu prüfen, welchen Beruf der Versicherte zuletzt während seines Erwerbslebens ausgeübt hat.

Verlegen Personen ihren Wohnsitz erstmalig nach Deutschland, richtet sich die Beurteilung anhand der Stellung im Erwerbsleben an der zeitlich zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Ausland. Wurde zeitlich zuletzt vor Verlegung des Wohnsitzes im Ausland eine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit oder eine Tätigkeit im Sinne von § 6 Abs. 1 und 2 SGB V ausgeübt, kommt § 5 Abs. 5a Satz 1 zweite Alternative SGB V zur Anwendung.

I 1.2.4 Zusammentreffen von § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V mit anderen Tatbeständen der Versicherungspflicht

Der Ausschluss der Versicherungspflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V erstreckt sich nach dem Gesetzestext nur auf die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II. Sind aufgrund eines anderen Tatbestandes (z. B. Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung) die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht erfüllt, wird mit Eintritt dieser Versicherungspflicht die Wirkung des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V aufgehoben, sodass zeitgleich (auch) aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II Versicherungspflicht besteht. Dies gilt nicht nur für Tatbestände, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II gleichzeitig zur Versicherungspflicht führen (z. B. Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung), sondern auch für versicherungsrechtliche Tatbestände, die gegenüber der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II nachrangig sind (z. B. Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner).

Grundsätzlich hat der Leistungsträger nach dem SGB II zu überwachen bzw. zu prüfen, ob ein zuvor beschriebener Fall vorliegt, bei dem die Wirkung des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V aufgehoben wird und entsprechend Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V eintritt. Hat der Leistungsträger von einem solchen Sachverhalt keine Kenntnis (z. B. bei der Beantragung einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung) benachrichtigt die Krankenkasse, sofern sie Kenntnis von dem Arbeitslosengeld II-Bezug hat, den Leistungsträger von dem Sachverhalt und überwacht die Anmeldung.

Entfällt der andere Tatbestand, der zur Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat, bleibt für die fortgesetzte Dauer des Arbeitslosengeld II-Bezugs die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V und damit die Zugehörigkeit zur gesetzli-

chen Krankenversicherung erhalten, da die Voraussetzungen des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V dann nicht erfüllt sein können. Die Wirkung des ursprünglich einschlägigen § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V lebt nach zwischenzeitlicher gesetzlicher Versicherung nicht wieder auf.

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

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

Für Personen, die allein aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II grundsätzlich versicherungspflichtig würden, kommt eine vorzeitige Kündigung der privaten Versicherung nicht in Frage, da es in diesen Fällen nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V von vornherein nicht zum Eintritt von Versicherungspflicht kommt.

I 1.2.5 Ausschluss der Familienversicherung

Die Leistungsberechtigten, für die die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V ausgeschlossen ist, sind ab 1. Januar 2016 nach § 5 Abs. 5a Satz 3 SGB V gleichfalls von der Familienversicherung nach § 10 SGB V ausgeschlossen. Damit wird für die Bezieher von Arbeitslosengeld II eine konsequente Systemabgrenzung von GKV und PKV erreicht.

Für die Personen, die über den 31. Dezember 2015 hinaus Arbeitslosengeld II beziehen und bislang nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V zwar von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, aber dennoch familienversichert waren, ordnet § 5 Abs. 5a Satz 4 SGB V einen Wechsel in die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ab 1. Januar 2016 an. Ansonsten wären diese Personen nach § 5 Abs. 5a Satz 3 SGB V ab diesem Zeitpunkt von der Famili-

enversicherung (und auch weiter von der Versicherungspflicht) ausgeschlossen. Mit der Übergangsregelung wird ein Verbleib dieser Personen in der GKV – in dem neuen Status der Versicherungspflicht – erreicht.

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

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

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

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

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

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

Sofern sich im Regelfall der Ausschluss der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V ergibt, kommt § 6 Abs. 3a SGB V nicht zur Anwendung. Bei Personen, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen, kann die Kombination von § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V und § 6 Abs. 3a SGB V zur Versicherungsfreiheit führen.

Beispiel:

Bis 30.06.2011 bestand eine freiwillige Krankenversicherung. Seit 01.07.2011 ist die Person privat krankenversichert und hauptberuflich selbstständig erwerbstätig. Im Jahr 2014 hat die Person das 55. Lebensjahr vollendet.

Die selbstständige Tätigkeit endete am 31.03.2016. Ab 01.04.2016 wird Arbeitslosengeld II bezogen. Am 01.10.2016 wird eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen, Arbeitslosengeld II wird weiter bezogen.

Lösung:

Vom 01.04.2016 bis 30.09.2016 kommt es zum Ausschluss der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V über § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V.

Ab 01.10.2016 besteht anlässlich der Aufnahme der Beschäftigung Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V, womit der Ausschluss der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II weiterhin nach § 5 Abs. 5a SGB V bestehen bleibt. In diesem Fall kollidieren die Ausschlussvorschriften nicht miteinander.

Anmerkung:

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

I 1.4 Versicherungskonkurrenz/Mehrfachversicherung

I 1.4.1 Allgemeines

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

Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht allerdings nicht für Personen, die nach Artikel 11 bis 16 der VO (EG) 883/04 nicht den deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit unterliegen.

I 1.4.2 Mehrfachversicherung

Eine Mehrfachversicherung ist demnach denkbar beim Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II mit

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

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

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

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

pflichttatbestand nach dem KVLG 1989, z. B. als Landwirt nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989, entstehen. Insoweit besteht Übereinstimmung mit den entsprechenden Regelungen im SGB V.

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

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

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird gemäß § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V ebenfalls durch eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ausgeschlossen.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 KSVG sind Künstler oder Publizisten in ihrer selbstständigen Tätigkeit versicherungsfrei, wenn sie daneben Arbeitslosengeld II beziehen. Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II ist deshalb vorrangig.

I 1.4.4 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit

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

In Fällen, in denen hauptberuflich Selbstständige Arbeitslosengeld II erhalten, besteht allerdings Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V, weil in § 5 Abs. 5 SGB V ein Ausschluss der Versicherungspflicht für diesen Fall nicht vorgesehen ist. Ist der hauptberuflich selbstständig Tätige jedoch zuletzt vor dem Beginn des Leistungsbezugs privat oder gar nicht krankenversichert gewesen, ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V (vgl. I 1.2.2 oder I 1.2.3) ausgeschlossen.

I 1.4.5 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und der Tätigkeit als Beamter

Beamte sind wegen ihrer Zugehörigkeit zum beihilferechtlichen Fürsorgesystem nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. Abs. 3 SGB V krankenversicherungsfrei, auch wenn bei ihnen neben ihrem den Beihilfeanspruch vermittelnden Dienstverhältnis ein dem Grunde nach versicherungspflichtiger Tatbestand nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 SGB V vorliegt.

Dies gilt nicht in Fällen, in denen Beamten Arbeitslosengeld II bewilligt wird. Hier tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ein. Die Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V sieht für diese Fallgestaltung keinen Ausschluss der Versicherungspflicht vor. Ist der Beamte jedoch zuletzt vor dem Beginn des Leistungsbezugs privat oder gar nicht krankenversichert gewesen, ist die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 5a SGB V (vgl. I 1.2.2 oder I 1.2.3) ausgeschlossen.

I 1.4.6 Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II und einer freiwilligen Versicherung

Die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ist vorrangig gegenüber einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 SGB V oder § 188 Abs. 4 SGB V. Dies ergibt sich aus der Regelung des § 191 Satz 1 Nr. 2 SGB V, nach der die freiwillige Mitgliedschaft mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft endet.

Von dieser Fallgestaltung können betroffen sein

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

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

In § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V wird bestimmt, dass von der Versicherungspflicht (nach § 8 SGB V) befreite Personen dann versicherungsfrei bleiben, wenn sie eine der in § 5 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 5 bis Nr. 13 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllen. Die Vorschrift des

§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ist hiervon nicht erfasst, sodass eine Befreiung von der Versicherungspflicht aufgrund anderer Tatbestände (z. B. aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld, des Antrages oder Bezugs einer Rente, der Einschreibung als Student oder der Aufnahme einer berufspraktischen Tätigkeit) allein ohne Wirkung auf die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II bleibt.

Da die Personen, die sich von der Versicherungspflicht haben befreien lassen, in der Regel über einen durchgehenden und damit auch noch vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II bestehenden privaten Krankenversicherungsschutz verfügen, scheidet für sie dennoch in der Regel eine Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II über § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V aus.

I 1.5 Familienversicherung

I 1.5.1 Bezieher von Arbeitslosengeld II

I 1.5.1.1 Allgemeines

Der bislang in § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V festgelegte Vorrang der Familienversicherung (§ 10 SGB V, § 7 KVLG 1989) gegenüber der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II wird für Zeiträume ab 1. Januar 2016 gestrichen. Zudem schließt § 5 Abs. 5a Satz 3 SGB V ebenfalls für Zeiträume ab 1. Januar 2016 unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V eine Familienversicherung aus (vgl. I 1.2.5). Damit besteht ab diesem Zeitpunkt ungeachtet dessen, ob die Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind, in Folge des Bezugs von Arbeitslosengeld II Versicherungspflicht, sofern die betreffende Person der GKV und nicht der PKV zuzuordnen ist (vgl. I 1.2).

I 1.5.1.2 Übergang zum 1. Januar 2016

Personen, die über den 31. Dezember 2015 hinaus Arbeitslosengeld II beziehen und bislang vorrangig familienversichert waren, sind ab 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Eine Übergangsregelung sieht das Gesetz nicht vor.

Für die Personen, die über den 31. Dezember 2015 hinaus Arbeitslosengeld II beziehen und bislang nach § 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V zwar von der Versicherungspflicht ausgeschlossen, aber dennoch familienversichert waren, ordnet § 5 Abs. 5a Satz 4 SGB V einen Wechsel in

die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ab 1. Januar 2016 an (vgl. I 1.2.5).

Der Leistungsanspruch von Personen, die bislang als anspruchsberechtigte Familienangehörige bei einem Krankenversicherungsträger in einem anderen Mitgliedstaat versichert sind und deshalb im Rahmen der Leistungsaushilfe in Deutschland betreut werden, ist nachrangig gegenüber der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Damit tritt auch in diesen Fällen ab 1. Januar 2016 Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ein.

I 1.5.2 Bezieher von Sozialgeld

Nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (Beziehern von Arbeitslosengeld II) in einer Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten nach den Maßgaben des § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II Sozialgeld. Der Bezug von Sozialgeld löst keine Versicherungspflicht aus. Allerdings ist zu prüfen, ob für den Bezieher von Sozialgeld eine Familienversicherung zustande kommt. Die Familienversicherung richtet sich in diesen Fällen nach den allgemeinen Grundsätzen. Sozialgeld gehört nicht zum Gesamteinkommen im Sinne von § 16 SGB IV und kann daher nicht zum Überschreiten der Einkommensgrenze für die Familienversicherung (vgl. § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) führen.

Die Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine Familienversicherung vorliegen, und die Entscheidung über das Vorliegen einer Familienversicherung obliegt ausschließlich der zuständigen Krankenkasse. Eine Beurteilung durch die Jobcenter findet nicht statt.

I 1.6 Ergänzende Bestimmungen zum Begriff Leistungsbezug

Das Entstehen, der Fortbestand und das Ende der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V werden von dem Bezug der Leistung bestimmt. Die allgemeinen Grundlagen zur Frage des Leistungsbezugs werden in den Abschnitten I 1.1.2 bis 1.1.11 erläutert. Daran anknüpfend werden nachstehend die ergänzenden Bestimmungen zur Frage, was unter Leistungsbezug zu verstehen ist, dargestellt. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Versicherungspflicht als Bezieher von (nicht darlehensweise gewährtem) Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V auch dann besteht, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

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

Unter Berücksichtigung der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. u. a. Urteile vom 14. April 1983 - 8 RK 14/82 -, USK 8378, vom 21. September 1983 - 8 RK 24/82 -, USK 8398, und vom 15. November 1984 - 3 RK 21/83 -, USK 84174) ist unter „Bezug“ zu verstehen, dass Arbeitslosengeld II tatsächlich gezahlt wird, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob ein Rechtsanspruch auf die Leistung besteht (Ausnahme vgl. I 1.1.6 vorletzter Absatz).

Leistungen nach dem SGB II werden nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB II nicht für Zeiten vor der Antragstellung erbracht. Nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB II wirkt der Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts jedoch grundsätzlich auf den Ersten des Monats zurück. Dementsprechend beginnt die Leistung ab Beginn des Antragsmonats. Dieser Tag ist maßgebend für den Beginn der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

Wurde Arbeitslosengeld II im Rahmen der Gleichwohlgewährung im Fall eines Widerspruchs nach § 44a Abs. 1 Satz 6 SGB II bis zur Letztentscheidung des Leistungsträgers gezahlt, ist dieses insoweit rechtmäßig geleistet worden. Das Versicherungsverhältnis bleibt daher unberührt, wenn nach der Letztentscheidung des Leistungsträgers nicht von Erwerbsfähigkeit auszugehen ist.

I 1.7 Fehlvversicherung

Wurde zunächst Versicherungspflicht durchgeführt und stellt sich nachträglich heraus, dass - für Zeiträume bis 31. Dezember 2015 - eine vorrangige Familienversicherung bestanden hat, gilt die Bestandsschutzregelung des § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V nicht. In diesem Fall wird die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, im Sinne der genannten Vorschrift nicht aufgehoben; auch wird die Leistung weder zurückgezahlt oder zurückgefordert. Es handelt sich lediglich um den Austausch der Rechtsgrundlagen für das Versicherungsverhältnis. Dies gilt auch dann, wenn die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II und die Familienversicherung gleichzeitig von verschiedenen

Krankenkassen durchgeführt worden sind – unabhängig davon, ob und welche Krankenkasse in diesem Überschneidungszeitraum Leistungen erbracht hat. Diese Regelung gilt für die Zeit ab 1. Januar 2010 – unabhängig davon, wann die Familienversicherung begonnen hat. Hat die unzuständige Krankenkasse Leistungen erbracht, kann es eventuell zu Erstattungsansprüchen zwischen den beteiligten Krankenkassen kommen. Für die Erstattung der Beiträge in diesen Fällen vgl. Abschnitt IV 5.3 des Gemeinsamen Rundschreibens zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht der Bezieher von Arbeitslosengeld II vom 30. Juni 2011.

Ist im umgekehrten Fall – ebenfalls für Zeiträume bis 31. Dezember 2015 – von einer vorrangigen Familienversicherung ausgegangen worden und stellt sich später heraus, dass die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nicht vorlagen, kommt rückwirkend eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V mit der Konsequenz einer rückwirkenden Beitragspflicht zustande. Die Beiträge sind dann unter Beachtung der Verjährung nach § 25 SGB IV nachzuentrichten.

In dem gleichen Sinne ist eine Fehlversicherung bei fehlerhafter Systemzuordnung zwischen GKV und PKV gegenüber der GKV zu korrigieren. Die beitragsrechtlichen Konsequenzen bei Aufhebung einer zu Unrecht bestandenen Versicherungspflicht in der GKV werden unter IV 5.6 behandelt. Im umgekehrten Fall kommt rückwirkend Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V zustande und Beiträge sind unter Beachtung der Verjährung nachzuzahlen.

I 1.8 Versicherungsverhältnis bei Rückforderung gewährter Leistungen

I 1.8.1 Allgemeines

Eine Rückforderung oder Rückzahlung der Leistung hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf das Krankenversicherungsverhältnis (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V); dies gilt ohne Rücksicht darauf, welche Umstände zu dem unrechtmäßigen Leistungsbezug geführt haben. Damit wird die in jedem Zeitpunkt notwendige Klarheit des Versicherungsschutzes sichergestellt.

Arbeitslosengeld II soll nach § 41 Abs. 1 Satz 4 SGB II jeweils für sechs Monate bewilligt und monatlich im Voraus erbracht werden. Wegen dieses Bewilligungszeitraumes und der Leis-

tungserbringung im Voraus wird Arbeitslosengeld II wesentlich häufiger überzahlt, als Arbeitslosengeld.

Diese Besonderheit der Leistungsbewilligung im Voraus ändert grundsätzlich nichts an dem Grundsatz, dass die Leistungsrückforderung - gleich aus welchem Grunde - für das Versicherungsverhältnis unschädlich ist. Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V ist es unerheblich, auf welcher Grundlage die Leistungsüberzahlung beruht. Der Grundsatz, dass über das Versicherungsverhältnis jederzeit die notwendige Klarheit herrschen muss, erstreckt sich auch auf die Besonderheiten der Leistungserbringung bei Arbeitslosengeld II. Die Bestandsschutzregelung gilt auch in den Fällen, in denen die Leistung wegen der Bestimmung des § 40 Abs. 4 Satz 1 SGB II nicht in vollem Umfang zurückgefordert werden kann.

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

Nach § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III, der nach § 40 Abs. 2 Nummer 5 SGB II für Bezieher von Arbeitslosengeld II ebenso anwendbar ist, hat allerdings der Bezieher der Leistung der Bundesagentur für Arbeit bzw. dem zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge zu ersetzen, soweit die Entscheidung über die Leistung rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist. Entsprechendes gilt nach dem ebenfalls anwendbaren § 335 Abs. 5 SGB III für die soziale Pflegeversicherung.

Dies gilt nach der ab 1. Januar 2016 geänderten Fassung des § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II allerdings nicht, wenn in einem Kalendermonat für mindestens einen Tag rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde. Rechtmäßig ist die Gewährung der Leistung dann, wenn der entsprechende Bewilligungsbescheid unter Berücksichtigung der §§ 45 und 48 SGB X nicht zurückgenommen bzw. nicht aufgehoben werden kann.

Hat der Leistungsbezieher dem Leistungsträger nach dem SGB II Beiträge zu ersetzen, bleibt die Versicherungspflicht für den Rückforderungszeitraum erhalten.

Bestand für den Zeitraum, für den die Leistung zurückgefordert worden ist, ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (in Form einer Pflichtversicherung), hat nach § 335 Abs. 1

Satz 2 SGB III diejenige Stelle, an die die Beiträge aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 bzw. Nr. 2a SGB V gezahlt wurden (BVA oder die landwirtschaftliche Krankenkasse), der Bundesagentur für Arbeit bzw. dem zugelassenen kommunalen Träger die für diesen Zeitraum entrichteten Beiträge zu erstatten. Der Leistungsbezieher wird insoweit von der Erstattungspflicht nach § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III befreit. § 5 Abs. 1 Nr. 2 bzw. Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V gilt dann nicht. Dies gilt ebenfalls, wenn ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (in Form einer Pflichtversicherung) aufgrund der Ausübung einer Beschäftigung im EU-Ausland, in den EWR-Staaten oder in der Schweiz bestand. Entsprechendes gilt nach § 335 Abs. 5 SGB III für die soziale Pflegeversicherung. Diese Regelung ist nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II für den SGB II-Bereich für Zeiträume bis 31. Dezember 2015 entsprechend anwendbar.

Für Zeiträume ab 1. Januar 2016 besteht nach der geänderten Fassung des § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II in den Fällen des § 335 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 (in Verbindung mit § 335 Abs. 1 Satz 2) SGB III im Anwendungsbereich des SGB II kein Beitragsersatzanspruch mehr. Dies ist auf die zeitgleiche Einführung einer pauschalen Beitragsbemessungsgrundlage für den Monat, in die der Wegfall des Erstattungsanspruchs einkalkuliert worden ist, zurückzuführen. Diese Einschränkung der Erstattungsansprüche hat jedoch keine Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V entfällt daher grundsätzlich für die Zeit ab Eintritt des weiteren Krankenversicherungsverhältnisses.

Diese versicherungsrechtliche Wirkung ergibt sich gleichermaßen für den in § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III beschriebenen Sonderfall, in dem die Versicherungsverhältnisse bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt wurden und in dem Überschneidungszeitraum Leistungen von der Krankenkasse erbracht wurden, bei der die Person als Bezieher von Arbeitslosengeld II gemeldet war. In diesem Fall scheidet bereits bisher zwar der Beitragsersatzanspruch des SGB II-Leistungsträgers nach Satz 2 aus, die Versicherungspflicht entfällt jedoch gleichwohl für diesen Zeitraum. Insofern beschreibt die Regelung des § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III als Unterfall des Satzes 2 allein eine beitragsrechtliche Wirkung. Dies schließt nicht aus, dass das weitere Versicherungsverhältnis (in der Regel aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses) bei der unzuständigen Krankenkasse durchgeführt wurde und dieses Versicherungsverhältnis unter Beachtung des Krankenkassenwahlrechts rückwirkend der zutreffenden Krankenkasse zugeführt wird. Nach dieser Regelung ist zu verfahren, soweit von der Leistungsrückforderung ein Zeitraum ab 1. Januar 2010 betroffen ist.

Ungeachtet der vorstehend beschriebenen rechtlichen Würdigung wird es aus verwaltungsökonomischen Gründen für vertretbar gehalten, wenn aufgrund des nicht bestehenden Beitragserstattungsanspruchs im Anwendungsbereich des SGB II in den Fällen des § 335 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB III keine Aufhebung der Meldung für den Rückforderungszeitraum stattfindet, da bereits aufgrund des anderen Tatbestandes ein Pflichtversicherungsverhältnis bei einer Krankenkasse besteht.

Die Meldung wird jedoch vom Leistungsträger nach dem SGB II korrigiert, wenn sich z. B. im Rahmen des GKV-internen RSA-Clearingverfahrens herausstellt, dass die Versicherung aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II bei der unzuständigen Krankenkasse durchgeführt worden ist.

I 1.8.2 Auswirkungen von Erstattungsansprüchen gegenüber einem anderen Sozialleistungsträger

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

I 1.9 Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

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

Sofern der Bezug von Arbeitslosengeld II nach dem 31. Dezember 2008 endet, verliert die Befreiung grundsätzlich ihre Wirkung. Bei erneutem Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld II lebt die ehemals ausgesprochene Befreiung nicht erneut auf, sondern die Versicherungspflicht ist bei erneuter Hilfebedürftigkeit unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 5a SGB V neu zu beurteilen. Auch bei Hinzutritt eines anderen Tatbestands der Versicherungspflicht

(vgl. I 1.2.4) verliert die Befreiung ihre Wirkung. Unter Berücksichtigung des Urteils des BSG vom 25. Mai 2011 – B 12 KR 9/09 R -, USK 2011-65, ist jedoch bei einer Unterbrechung des Bezugs von Arbeitslosengeld II von einem Fortwirken der Befreiung auszugehen, wenn es sich dabei um eine sozialversicherungsrechtlich irrelevante Unterbrechung handelt. Dies ist dann der Fall, wenn die Unterbrechung nicht mehr als einen Monat beträgt und in dieser Zeit kein anderer Tatbestand (z. B. Ausübung einer Beschäftigung) vorliegt, der Krankenversicherungspflicht zur Folge hat.

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

I 1.10 Mitgliedschaft

I 1.10.1 Beginn der Mitgliedschaft

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

I 1.10.2 Erhalt der Mitgliedschaft

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

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

Dagegen kommt ein Erhalt der Mitgliedschaft nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV (z. B. während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts ohne Leistungsfortzahlung) nicht in Betracht;

diese Vorschrift findet ausschließlich für krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer Anwendung. Die Mitgliedschaft des versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II endet vielmehr mit der Unterbrechung des Leistungsbezugs (Urteil des BSG vom 6. Februar 1991 - 1/3 RK 3/90 -, USK 9117).

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

Bei der Teilnahme am freiwilligen Wehrdienst nach § 58b Soldatengesetz (SG) oder der Einberufung zu einer Dienstleistung oder Übung nach dem Vierten Abschnitt des SG (vgl. VI 5) bleibt die Mitgliedschaft des versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II gemäß § 193 Abs. 2 und 4 SGB V erhalten.

I 1.10.3 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.

Die Mitgliedschaft des Leistungsberechtigten endet ferner mit dem Tod des Mitglieds (§ 190 Abs. 1 SGB V). Der Umstand, dass Arbeitslosengeld II für den gesamten Sterbemonat zu Recht bezogen wird, ändert daran nichts.

I 2 Pflegeversicherung

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichti-

gen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. ...

2. ...

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

3. bis 12. ...

(2) bis (4) ...

§ 25 SGB XI

Familienversicherung

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

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 (Satz 2) Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbe-

trag 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 450 Euro.

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

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

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

(3) ...

I 2.1 Versicherungspflicht

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

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

Ebenso wie in der Krankenversicherung tritt auch in der Pflegeversicherung Versicherungspflicht nicht ein, wenn Arbeitslosengeld II lediglich darlehensweise gewährt wird oder Leistungen nach § 24 Abs. 3 SGB II, Leistungen für Auszubildende nach § 27 SGB II oder Leistungen für Bildung und Teilhabe nach § 28 SGB II gewährt werden (vgl. I 1.1.1 und I 1.1.10).

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

Wie in der Krankenversicherung wird die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB XI nicht berührt, wenn die Entscheidung, die zu dem Leistungsbezug geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (vgl. I 1.8). Die unter I 1.8 beschriebenen Folgen in den Fällen des § 335 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V gelten gleichermaßen für die soziale Pflegeversicherung.

I 2.2 Anderweitige Pflegeversicherungspflicht

Das Versicherungsrecht der Pflegeversicherung kommt wegen der strengen Anbindung an

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

I 2.3 Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages

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

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

I 2.4 Befreiung von der Versicherungspflicht

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

Personen, die am 1. Januar 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. Juni 1993 abgeschlossen und der Befreiungsantrag spätestens bis zum 31. März 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. Oktober 1994 zu den versicherungs-

melde- und beitragsrechtlichen Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, F I 2.4). Sie bewirkt, dass - unabhängig von der evtl. eintretenden Krankenversicherungspflicht - Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht zustande kommt.

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

I 2.5 Mitgliedschaft

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

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

§ 6 SGB II

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

(1) Träger der Leistungen nach diesem Buch sind:

1. die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur), soweit Nummer 2 nichts Anderes bestimmt,
2. die kreisfreien Städte und Kreise für die Leistungen nach § 16a, das Arbeitslosengeld II und das Sozialgeld, soweit Arbeitslosengeld II und Sozialgeld für den Bedarf für Unterkunft und Heizung geleistet wird, die Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1

und 2, § 27 Absatz 3 sowie für die Leistungen nach § 28, soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind (kommunale Träger).

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

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

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

§ 6a SGB II

Zugelassene kommunale Träger

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

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

1. geeignet sind, die Aufgaben zu erfüllen,

2. sich verpflichten, eine besondere Einrichtung nach Absatz 5 zu schaffen,
3. sich verpflichten, mindestens 90 Prozent der Beamtinnen und Beamten, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Bundesagentur, die zum Zeitpunkt der Zulassung mindestens seit 24 Monaten in der im Gebiet des kommunalen Trägers gelegenen Arbeitsgemeinschaft oder Agentur für Arbeit in getrennter Aufgabenwahrnehmung im Aufgabenbereich nach § 6 Absatz 1 Satz 1 tätig waren, vom Zeitpunkt der Zulassung an, dauerhaft zu beschäftigen,
4. sich verpflichten, mit der zuständigen Landesbehörde eine Zielvereinbarung über die Leistungen nach diesem Buch abzuschließen, und
5. sich verpflichten, die in der Rechtsverordnung nach § 51b Absatz 1 Satz 2 festgelegten Daten zu erheben und gemäß den Regelungen nach § 51b Absatz 4 an die Bundesagentur zu übermitteln, um bundeseinheitliche Datenerfassung, Ergebnisberichterstattung, Wirkungsforschung und Leistungsvergleiche zu ermöglichen.

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

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

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

1. Januar 2015 bestehenden Aufgabenträger nach Absatz 2 Satz 4 unterschreitet. Die Zulassungen werden unbefristet erteilt.

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

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

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

§ 6b SGB II

Rechtsstellung der zugelassenen kommunalen Träger

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

(2) Der Bund trägt die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende einschließlich der Verwaltungskosten mit Ausnahme der Aufwendungen für Aufgaben nach § 6 Abs. 1

Satz 1 Nr. 2. § 46 Absatz 1 Satz 4, Absatz 2 und 3 Satz 1 gelten entsprechend. § 46 Absatz 5 bis 8 bleibt unberührt.

(3) bis (5) ...

§ 6d SGB II

Jobcenter

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

§ 44b SGB II

Gemeinsame Einrichtung

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

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

(3) Den Trägern obliegt die Verantwortung für die rechtmäßige und zweckmäßige Erbringung ihrer Leistungen. Sie haben in ihrem Aufgabenbereich nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 oder 2 gegenüber der gemeinsamen Einrichtung ein Weisungsrecht; dies gilt nicht im Zuständigkeitsbereich der Trägerversammlung nach § 44c. Die Träger sind berechtigt, von der ge-

meinsamen Einrichtung die Erteilung von Auskunft und Rechenschaftslegung über die Leistungserbringung zu fordern, die Wahrnehmung der Aufgaben in der gemeinsamen Einrichtung zu prüfen und die gemeinsame Einrichtung an ihre Auffassung zu binden. Vor Ausübung ihres Weisungsrechts in Angelegenheiten grundsätzlicher Bedeutung befassen die Träger den Kooperationsausschuss nach § 18b. Der Kooperationsausschuss kann innerhalb von zwei Wochen nach Anrufung eine Empfehlung abgeben.

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

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

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

§ 53 SGB V

Wahltarife

(1) bis (7) ...

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. ...

(9) ...

§ 173 SGB V

Allgemeine Wahlrechte

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

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

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

Falls die Satzung eine Regelung nach Nummer 4 enthält, gilt dies für die Gebiete der Länder, in denen Betriebe oder Innungsbetriebe bestehen und die Zuständigkeit für diese Betriebe sich aus der Satzung der Betriebs- oder Innungskrankenkasse ergibt; soweit eine Satzungsregelung am 31. März 2007 für ein darüber hinausgehendes Gebiet gegolten hat, bleibt dies unberührt; 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.

(2a) bis (5) ...

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

(7) ...

§ 175 SGB V

Ausübung des Wahlrechts

(1) Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung nach Satz 1 durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren. 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.

(2a) ...

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete

Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten. Für die Fälle, in denen eine Mitgliedsbescheinigung nach Satz 1 nicht vorgelegt wird und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben Versicherungspflichtige spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam wird. Bei Stellung eines Insolvenzantrags erfolgt die Meldung zum ersten Tag des laufenden Monats, spätestens zu dem Zeitpunkt, an dem das Insolvenzverfahren eröffnet oder der Antrag mangels Masse abgewiesen wird. Wird die Krankenkasse nicht geschlossen, bleibt die Mitgliedschaft bei dieser Krankenkasse bestehen. Die gewählten Krankenkassen haben der geschlossenen oder insolventen Krankenkasse unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung zu übermitteln. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der geschlossenen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Krankenkasse hat dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung eine Kündigungsbestätigung auszustellen. Die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung oder das Bestehen einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall nachweist. Erhebt die Krankenkasse nach § 242 Absatz 1 erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, kann die Kündigung der Mitgliedschaft abweichend von Satz 1 bis zum Ablauf des

Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 5, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Kommt die Krankenkasse ihrer Hinweispflicht nach Satz 6 gegenüber einem Mitglied verspätet nach, gilt eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; hiervon ausgenommen sind Kündigungen, die bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. Die Sätze 1 und 4 gelten nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind, Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung erfolgt, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen vorsehen, dass die Frist nach Satz 1 nicht gilt, wenn eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse der gleichen Kassenart begründet werden soll.

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

(6) Die Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Mitgliedsbescheinigungen nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest.

§ 186 SGB V

Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) bis (9) ...

(10) Wird die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger zu einer Krankenkasse gekündigt

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

(11) ...

§ 191 SGB V

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

Die freiwillige Mitgliedschaft endet

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

§ 48 SGB XI

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

(2) und (3) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

(2) ...

II 1 Krankenkassenwahlrecht/-zuständigkeit

II 1.1 Allgemeines

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

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

II 1.2 Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse

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

II 1.3 Ausübung der Krankenkassenwahl, Bindungswirkung und Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels

II 1.3.1 Allgemeines

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

Die in § 175 SGB V beschriebenen Grundsätze zur Ausübung der Krankenkassenwahl gel-

ten für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II uneingeschränkt.

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

II 1.3.2 Sonderkündigungsrecht

Erhebt eine Krankenkasse nach § 242 Abs. 1 SGB V erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, räumt § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V ein Sonderkündigungsrecht ein, ohne dass die 18-monatige Bindungsfrist des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V oder die Mindestbindungsfrist für Wahltarife nach § 53 Abs. 1, 2, 4 und 5 SGB V zu berücksichtigen sind. Veränderungen des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V begründen hingegen kein Sonderkündigungsrecht.

Soll von dem Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht werden, ist die Mitgliedschaft bis zum Ablauf des Monats zu kündigen, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich dann mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, der auf den Monat folgt, in dem die Kündigung bei der Krankenkasse eingegangen ist, sofern das Mitglied innerhalb dieser Kündigungsfrist eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse durch eine Mitgliedsbescheinigung nachweist (§ 175 Abs. 4 Satz 2 und 4 SGB V).

Das Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitrags oder bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes gilt auch für die Personen, für die der Zusatzbeitrag nicht in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes, sondern, wie bei Beziehern von Arbeitslosengeld II ohne weiteres Pflichtversicherungsverhältnis, ausschließlich in Höhe des durch-

schnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V erhoben wird und die somit an der Tragung des Zusatzbeitrags nicht beteiligt und damit durch die erstmalige Erhebung bzw. die Erhöhung nicht finanziell belastet sind.

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

Mitglieder, die einen Wahltarif nach § 53 SGB V gewählt haben, sind – je nach Art des Wahltarifs - mindestens ein oder drei Jahre an die Teilnahme am Wahltarif und damit auch an die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse gebunden. Im Fall eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V bei der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen gilt keine Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V). Mitglieder, deren Beiträge - wie dies bei Beziehern von Arbeitslosengeld II der Fall ist – vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach § 53 Abs. 3 SGB V wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Beziehern von Arbeitslosengeld II steht damit ein Sonderkündigungsrecht ungeachtet einer Teilnahme an einem Wahltarif nach § 53 Abs. 3 SGB V zu.

Unabhängig von einer wirksamen Ausübung des Sonderkündigungsrechts ist der erstmalig erhobene bzw. der erhöhte Zusatzbeitrag bis zum Ende der Mitgliedschaft zu erheben. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II hat dies jedoch nur Relevanz für die aus weiteren beitragspflichtigen Einnahmen (z. B. Rente, Versorgungsbezüge) bzw. bei einer Mehrfachversicherung für die aus den beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund des anderen Versicherungsverhältnisses (z. B. Arbeitsentgelt bei versicherungspflichtigen Beschäftigten) zu erhebenden Zusatzbeiträge.

Nach § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V hat die Krankenkasse spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Sonderkündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Zusatzbeitragssätzen nach § 242 Abs. 5 SGB V hinzuweisen. Überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitragssatz bzw. der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, sind die Mitglieder zusätzlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Diese Hin-

weispflichten gelten ebenso für die Bezieher von Arbeitslosengeld II, deren Beiträge ausschließlich nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhoben werden.

Beispiel:

Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes ab	01.08.2016
Hinweis der Krankenkasse gegenüber ihren Mitgliedern spätestens am	31.07.2016
Die Sonderkündigung muss der Krankenkasse spätestens vorliegen am	31.08.2016

Ende der Mitgliedschaft:

Beim Eingang der Kündigung bis 31.08.2016 endet die Mitgliedschaft am 31.10.2016, und zwar ungeachtet einer eventuell noch laufenden Bindungsfrist nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

Nachweis der neuen Mitgliedschaft erforderlich bis zum Ende der Kündigungsfrist am 31.10.2016

Kommt eine Krankenkasse ihrer Hinweispflicht gegenüber einem Mitglied nicht fristgerecht nach, gilt nach § 175 Abs. 4 Satz 7 erster Halbsatz SGB V eine erfolgte Kündigung als in dem Monat erklärt, für den der Zusatzbeitrag erstmalig erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Die Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts endet dann in Anlehnung an § 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V einen Monat nach dem verspäteten Hinweis der Krankenkasse.

II 1.3.3 Wahlrecht bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

Für diesen Fall enthält § 175 Abs. 3a SGB V besondere Regelungen für den Übergang bzw. die Ausübung des Wahlrechts zu einer neuen Krankenkasse. Danach haben Versicherungspflichtige, so auch Bezieher von Arbeitslosengeld II, spätestens sechs Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde bei der Krankenkasse oder nach der Stellung des Insolvenzantrags der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung der neuen Krankenkasse vorzulegen.

Zwischen der Zustellung des Schließungsbescheids bei der Krankenkasse und dem Zeit-

punkt, an dem die Schließung wirksam wird, müssen mindestens acht Wochen liegen.

Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht innerhalb der Sechs-Wochen-Frist vorgelegt, hat eine wahlersetzende Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen unter entsprechender Anwendung von § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V zu erfolgen.

Freiwilligen Mitgliedern, z. B. freiwillig versicherten Beziehern von Sozialgeld, steht ein Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde bei der Krankenkasse oder nach der Stellung des Insolvenzantrags zu.

II 2 Zuständigkeit der Pflegekasse

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

II 3 Zuständiger Leistungsträger nach dem SGB II

II 3.1 Allgemeines

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

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

Neben der Bundesagentur für Arbeit nehmen nach § 6a SGB II die zugelassenen kommunalen Träger („Optionskommunen“) die Aufgaben nach dem SGB II wahr.

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

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

II 3.2 Jobcenter als gemeinsame Einrichtungen

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

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

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

Abweichend von § 6 SGB II wurden nach § 6a Abs. 2 SGB II a. F. anstelle der Bundesagentur für Arbeit vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales in einem ersten Schritt 69 kommunale Träger als Träger der Leistungen im Sinne von § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II durch die Kommunalträger-Zulassungsverordnung in der Fassung vom 24. September 2004 zugelassen. Die Zulassungen waren zunächst aufgrund der als Experimentierklausel ausgelegten Regelung bis 31. Dezember 2010 befristet.

Später wurden nach § 6a Abs. 2 SGB II als Ausnahme von der Aufgabenwahrnehmung in gemeinsamen Einrichtungen eine Höchstanzahl von 25 Prozent der bundesweit zum 31. Dezember 2010 bestehenden Aufgabenträger als weitere Optionskommunen zugelas-

sen.

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

III Freiwillige Versicherung im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II

§ 9 SGB V

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

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

2. bis 6. ...

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

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

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

2. bis 5. ...

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

§ 188 SGB V

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 (Satz 1) Nr. 1 und 2 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Versicherung nach § 10. Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 5 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tag der Aufnahme der Beschäftigung. Die Mitgliedschaft der in § 9 Abs. 1 (Satz 1) Nr. 6 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Eintritt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11.

(3) Der Beitritt ist schriftlich zu erklären.

(4) Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt. Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

Satz 1 gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

§ 20 SGB XI

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) bis (2a)...

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) ...

§ 6 KVLG 1989

Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die aus der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 23 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,
2. Personen, deren Versicherung nach § 7 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 (Satz 1) Nr. 4 oder Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen, wenn sie oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, die in Nummer 1 genannte Vorversicherungszeit erfüllen.

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

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

1. im Falle des Absatzes 1 Nr. 1 nach Beendigung der Mitgliedschaft,
2. im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 nach Beendigung der Versicherung oder nach dem Beginn der Unterhaltsberechtigung gegenüber dem Mitglied.

III 1 Allgemeines

Personen, für die der Bezug von Arbeitslosengeld II und damit die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V endet, werden freiwillig versichert, sofern die dafür erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Grundlage für die freiwillige Versicherung können die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V (in Kraft ab 1. August 2013) oder der Beitritt nach § 9 SGB V sein.

Die obligatorische Anschlussversicherung setzt sich mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung ohne einen Antrag und ohne Erfordernis einer Vorversicherungszeit als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn das Mitglied nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt. Der Austritt wird wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall (z. B. in Form einer privaten Krankenversicherung) nachweist.

Der Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung nach § 9 SGB V, der - jedenfalls im Fall des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht oder aus der Familienversicherung – eine Vorversicherungszeit und in jedem Fall eine Beitrittserklärung innerhalb einer dreimonatigen Anzeigefrist voraussetzt, hat bei bestimmten Fallkonstellationen auch für Personen, die aufgrund der Beendigung des Bezugs von Arbeitslosengeld II aus der Versicherungspflicht ausscheiden, noch eine Bedeutung.

Für die Personen, die aus der Versicherungspflicht oder aus der Familienversicherung ausscheiden, ist aufgrund der erleichterten Zugangsvoraussetzungen § 188 Abs. 4 SGB V für das Begründen einer anschließenden freiwilligen Versicherung vorrangig anzuwenden.

Für eine obligatorische Anschlussversicherung oder den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gelten die gleichen Voraussetzungen wie in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung (§ 22 Abs. 3 KVLG 1989 und § 6 KVLG 1989).

Auf die obligatorische Anschlussversicherung bzw. freiwillige Versicherung im Anschluss an das Erlöschen einer Familienversicherung wird der Vollständigkeit halber im Hinblick auf Anwendungsfälle bei den Beziehern von Sozialgeld eingegangen.

Im Übrigen geht mit einer freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der Pflegeversicherung einher.

III 2 Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung

III 2.1 Allgemeines

Damit eine obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V zustande kommt, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung endet kraft Gesetzes (vgl. III.2.1.1).
- Es liegt kein Ausschlussstatbestand vor (vgl. III.2.1.2).
- Es liegt keine fristgemäße Austrittserklärung vor (vgl. III.2.1.3).

III 2.1.1 Ende der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung

Die obligatorische Anschlussversicherung erfasst solche Personen, deren vorhergehende Versicherungspflicht nach § 5 SGB V (einschließlich des Fortbestehens der Mitgliedschaft nach §§ 192, 193 SGB V) oder Familienversicherung nach § 10 SGB V kraft Gesetzes endet. Damit werden auch Personen erfasst, deren Versicherungspflicht aufgrund der Einstellung des Bezugs von Arbeitslosengeld II endet und die nicht aufgrund eines anderen Tatbestandes, z. B. aufgrund einer Beschäftigung („Aufstocker“), weiterhin der Versicherungs-

pflicht unterliegen.

III 2.1.2 Keine Ausschlusstatbestände

Eine obligatorische Anschlussversicherung ist ausgeschlossen, wenn sich an das Ausscheiden aus der Familienversicherung oder Versicherungspflicht nahtlos der Tatbestand einer (anderen) Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V, z. B. aufgrund einer Beschäftigung, anschließt.

Für Personen, deren Versicherungspflicht endet, ist eine obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 Satz 3 erste Alternative SGB V auch ausgeschlossen, wenn sich daran lückenlos eine Familienversicherung anschließt.

Nach § 188 Abs. 4 Satz 3 zweite Alternative SGB V schließt ebenso der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V die Anschlussversicherung aus, allerdings nur dann, wenn im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden kann. Aus diesem Grund werden beispielsweise Personen, die während des Bezugs von Arbeitslosengeld II nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig sind und anschließend nahtlos oder innerhalb der Monatsfrist laufende Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII (Sozialhilfe) beziehen, von der obligatorischen Anschlussversicherung nicht erfasst, sofern - so der Regelfall – die Voraussetzungen des § 19 Abs. 2 SGB V erfüllt sind. Ihnen steht ein Beitrittsrecht unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu (vgl. III 3).

III 2.1.3 Keine Austrittserklärung

Liegt kein Ausschlusstatbestand vor, ist das Zustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung davon abhängig, dass das Mitglied nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten wirksam seinen Austritt erklärt (vgl. § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Nach § 188 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird der Austritt wiederum nur dann wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines sich lückenlos anschließenden anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall gegenüber der Krankenkasse nachweist. Der Nachweis ist nicht an die Zwei-Wochen-Frist gekoppelt.

Im Falle einer rechtzeitigen Austrittserklärung endet die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wegfall der vorangegangenen Versicherungspflicht, unabhängig davon, ob die allgemeine Mindestbindung nach § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V oder die Mindestbindung nach § 53 Abs. 8 SGB V bei Teilnahme an einem Wahltarif erfüllt ist.

III 3 Voraussetzungen einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB V

III 3.1 Allgemeines

Sofern bei einem Arbeitslosengeld II-Bezieher die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V oder bei einem Sozialgeldbezieher die Familienversicherung endet und die Voraussetzungen für eine obligatorische Anschlussversicherung nicht vorliegen, kommt im Anschluss daran eine freiwillige Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB V in Frage. Danach müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Person scheidet aus der Versicherungspflicht aus oder die Familienversicherung endet (vgl. III.3.1.1).
- Die Vorversicherungszeit ist erfüllt (vgl. III.3.1.2).
- Der Beitritt wird schriftlich innerhalb der Beitrittsfrist erklärt (vgl. III.3.1.3).

III 3.1.1 Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder Erlöschen einer Familienversicherung

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

Von einem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht im Sinne dieser Regelung ist auch dann auszugehen, wenn der Leistungsträger nach dem SGB II feststellt, dass die Voraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld II von Anfang an nicht vorgelegen haben oder von einem bestimmten Zeitpunkt an im Laufe des Leistungsbezugs nicht mehr vorliegen und

die Leistung für diese Zeit dementsprechend ohne materiell-rechtliche Grundlage gezahlt wurde. Unbedeutend ist in diesem Zusammenhang, ob die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V).

III 3.1.2 Erfüllung der Vorversicherungszeit

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

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

eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat.

Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Arbeitslosengeld II zu Unrecht bezogen wurde, werden nach ausdrücklicher Bestimmung in der vorgenannten Vorschrift als Vorversicherungszeit für den Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung nicht berücksichtigt. Der Gesetzgeber hat damit die Absicht verfolgt, dass mit den durch den unrechtmäßigen Leistungsbezug (z.B. Bewilligung von Arbeitslosengeld II trotz offensichtlicher Erwerbsunfähigkeit, unterbliebene Mitteilung über Einkommenserzielung) erworbenen Versicherungszeiten ein Weiterversicherungsrecht nicht in Anspruch genommen werden kann. Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 SGB V bzw. § 23 KVLG 1989 (formale Mitgliedschaft als Rentenantragsteller) sind ebenso als Versicherungszeiten nicht anzurechnen, um zu verhindern, dass durch einen unbegründeten Rentenantrag der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht wird.

Neben Zeiten der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V und unrechtmäßigem Bezug von Arbeitslosengeld II bleiben auch Zeiten der Familienversicherung mit unrechtmäßigem Bezug von Arbeitslosengeld II unberücksichtigt, die nach der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Rechtslage allein wegen ihrer versicherungsrechtlichen Vorrangigkeit für den Leistungsbezieher in der entsprechenden Zeit nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V geführt haben. Hätte eine Familienversicherung dagegen auch ohne den un-

rechtmäßigen Bezug von Arbeitslosengeld II bestanden und das dürfte der Regelfall sein, sind die Zeiten der Familienversicherung als Vorversicherungszeit zu berücksichtigen. Darüber hinaus können Zeiten der Familienversicherung nicht als Vorversicherungszeit angerechnet werden, solange sie ausschließlich aus der Mitgliedschaft eines nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II abgeleitet wurden, dessen Leistungsbezug unrechtmäßig war.

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

Ist erst von einem bestimmten Zeitpunkt an im Laufe eines Leistungsbezugs von einem unrechtmäßigen Leistungsbezug auszugehen, verläuft die Rahmenfrist vom letzten Tag der auf der Grundlage des rechtmäßigen Leistungsbezugs bestehenden Mitgliedschaft entweder fünf Jahre oder zwölf Monate rückwärts.

Für den Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung von Beziehern von Sozialgeld nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, deren aus der Mitgliedschaft eines Bezieher von Arbeitslosengeld II hergeleitete Familienversicherung erlischt, gelten die vorgenannten Grundsätze entsprechend, da in dieser Vorschrift auf die in Nummer 1 genannten Vorversicherungszeiten Bezug genommen wird. Endet die Familienversicherung, die ausschließlich aus einer Mitgliedschaft des Stammversicherten aufgrund dessen unrechtmäßigen Bezugs von Arbeitslosengeld II abgeleitet wurde, ist nach den gleichen Grundsätzen zu verfahren.

III 3.1.3 Beitrittsfrist

Nach § 9 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB V ist der Beitritt der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung anzuzeigen, und zwar in schriftlicher Form (§ 188 Abs. 3 SGB V).

Die Beitrittsfrist beginnt in den Fällen der Beendigung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V aufgrund des unrechtmäßigen Leistungsbezugs ungeachtet dieses Umstandes mit dem Tag, der dem Ende der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 12 SGB V (letzter Tag des Leistungsbezugs) folgt.

Für bisher familienversicherte Bezieher von Sozialgeld beginnt die Beitrittsfrist nach § 9 Abs. 2 Nr. 2 SGB V mit dem Tag, der dem Ende der Familienversicherung folgt. Dies gilt auch dann, wenn die Familienversicherung aufgrund des unrechtmäßigen Leistungsbezugs durch den Stammversicherten durchgeführt wurde.

IV Beitragsrecht

§ 40 SGB II

Anwendung von Verfahrensvorschriften

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

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

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

algerichts abgestellt wird;

3. die Aufhebung von Verwaltungsakten (§ 330 Absatz 2, 3 Satz 1 und 4);
4. die vorläufige Zahlungseinstellung nach § 331 mit der Maßgabe, dass die Träger auch zur teilweisen Zahlungseinstellung berechtigt sind, wenn sie von Tatsachen Kenntnis erhalten, die zu einem geringeren Leistungsanspruch führen;
5. die Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung (§ 335 Absatz 1, 2 und 5); § 335 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn in einem Kalendermonat für mindestens einen Tag rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde; in den Fällen des § 335 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 besteht kein Beitragserstattungsanspruch.

(3) bis (6) ...

§ 335 SGB III
Erstattung von Beiträgen zur
Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung

(1) Wurden von der Bundesagentur für eine Bezieherin oder einen Bezieher von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt, so hat die Bezieherin oder der Bezieher dieser Leistungen der Bundesagentur die Beiträge zu ersetzen, soweit die Entscheidung über die Leistung rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist. Hat für den Zeitraum, für den die Leistung zurückgefordert worden ist, ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis bestanden, so erstattet diejenige Stelle, an die die Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 Fünftes Buch gezahlt wurden, der Bundesagentur die für diesen Zeitraum entrichteten Beiträge; die Bezieherin oder der Bezieher wird insoweit von der Ersatzpflicht nach Satz 1 befreit; § 5 Abs. 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz des Fünftes 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 die Bezieherin oder der Bezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünftes Buches versicherungspflichtig war, so besteht kein Beitragserstattungsanspruch nach

Satz 2. Die Bundesagentur, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 217a des Fünften Buches) und das Bundesversicherungsamt in seiner Funktion als Verwalter des Gesundheitsfonds können das Nähere über die Erstattung der Beiträge nach den Sätzen 2 und 3 durch Vereinbarung regeln. Satz 1 gilt entsprechend, soweit die Bundesagentur Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezugs an ein privates Versicherungsunternehmen zu zahlen sind, übernommen hat.

(2) Beiträge für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches, denen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Übergangsgeld von einem nach § 251 Abs. 1 des Fünften Buches beitragspflichtigen Rehabilitationsträger gewährt worden ist, sind der Bundesagentur vom Träger der Rentenversicherung oder vom Rehabilitationsträger zu ersetzen, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld ein Erstattungsanspruch der Bundesagentur gegen den Träger der Rentenversicherung oder den Rehabilitationsträger besteht. Satz 1 ist entsprechend anzuwenden in den Fällen, in denen der oder 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 der oder des Arbeitslosen auf den Bund (§ 203). Zu ersetzen sind

1. vom Rentenversicherungsträger die Beitragsanteile der versicherten Rentnerin oder 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 die versicherte Person 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. Die versicherte Person 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 die Krankenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld II entsprechend anzuwenden sind, werden am Achten des auf die Zahlung der Sozialleistung folgenden Monats fällig. Die Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit können unbeschadet des Satzes 1 vereinbaren, dass die Beiträge zur Rentenversicherung aus Sozialleistungen der Bundesagentur für Arbeit zu den vom Bundesversicherungsamt festgelegten Fälligkeitsterminen für die Rentenzahlungen im Inland gezahlt werden. Die Träger der Rentenversicherung mit Ausnahme der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit und die Behörden des sozialen Entschädigungsrechts können unbeschadet des Satzes 1 vereinbaren, dass die Beiträge zur Rentenversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung aus Sozialleistungen nach dem sozialen Entschädigungsrecht in voraussichtlicher Höhe der Beitragsschuld spätestens zum 30. Juni des laufenden Jahres und ein verbleibender Restbetrag zum nächsten Fälligkeitstermin gezahlt werden.

(2a) bis (4) ...

§ 232a SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

1. ...

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.

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

(1a) Der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Jahr 2018 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen. Bei Veränderungen ist der Faktor nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen. Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.

(2) ...

(3) § 226 gilt entsprechend.

§ 242 SGB V **Zusatzbeitrag**

(1) Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird. Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr vo-

raussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken; dabei ist die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen nach § 220 Absatz 2 Satz 2 je Mitglied zugrunde zu legen.

(2) ...

(3) Die Krankenkasse hat den Zusatzbeitrag abweichend von Absatz 1 in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a zu erheben für

1. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a,

2. bis 6. ...

Auf weitere beitragspflichtige Einnahmen dieser Mitglieder findet der Beitragssatz nach Absatz 1 Anwendung.

(4) Die Vorschriften des Zweiten und Dritten Abschnitts des Vierten Buches gelten entsprechend.

(5) ...

§ 242a SGB V

Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert in Prozent jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

§ 243 SGB V

Ermäßigter Beitragssatz

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

§ 246 SGB V

Beitragssatz für Bezieher von Arbeitslosengeld II

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

§ 251 SGB V

Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) bis (3) ...

(4) Der Bund trägt die Beiträge für Wehrdienst- und Zivildienstleistende im Falle des § 193 Abs. 2 und 3 sowie für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Höhe der vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II wird für ein Kalenderjahr jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. Hierzu ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen nach § 242 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a von dem für das Kalenderjahr nach Satz 2 ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbetrags. Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds nach § 271 und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium

der Finanzen für den Bund durch. Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.

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

(5) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Ihm sind die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das Bundesversicherungsamt kann die Prüfung durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband wahrnehmen lassen; der Beauftragte muss zustimmen. Dem Beauftragten sind die erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Beauftragte darf die erhobenen Daten nur zum Zweck der Durchführung der Prüfung verarbeiten und nutzen. Die Daten sind nach Abschluss der Prüfung zu löschen. Im Übrigen gelten für die Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.

§ 252 SGB V

Beitragszahlung

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

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

(3) bis (6) ...

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 2,35 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) ...

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

(3a) bis (5) ...

§ 57 SGB XI

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 232a, 233 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ist abweichend von § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches das 0,2172fache der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) bis (5) ...

§ 59 SGB XI

Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

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

(2) bis (5) ...

§ 60 SGB XI

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. § 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 49 Satz 2, die §§ 50 und 50a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) ...

(3) Die Beiträge sind an die Krankenkasse zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzuleiten hat. Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. In den Fällen des § 252 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches ist das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds, im Übrigen sind die Pflegekassen zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt; § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gilt entsprechend. § 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt. § 252 Abs. 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.

(4) bis (7) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

(2) Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Beiträge sind für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 Versicherungspflichtigen und für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 Versicherungspflichtigen, die nicht zugleich nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 versicherungspflichtig sind, entsprechend anzuwenden. Satz 1 gilt für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtigen Beziehenden von Arbeitslosengeld mit der Maßgabe, dass für die Bemessung der Beiträge der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung gilt.

IV 1 Grundsätze der Beitragsberechnung

IV 1.1 Allgemeines

Abweichend von dem Grundsatz nach § 223 Abs. 1 SGB V und § 54 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, dass Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für jeden Tag der Mitgliedschaft zu zahlen sind, gilt für Bezieher von Arbeitslosengeld II für Zeiträume ab 1. Januar 2016 die Besonderheit, dass die für sie zu entrichtenden Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen sind (§ 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V, § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). 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 bei-

tragspflichtigen Einnahmen, die Beitragstragung und die Beitragszahlung in der Krankenversicherung gelten gemäß § 57 Abs. 1, § 59 Abs. 1 Satz 1 und § 60 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB XI entsprechend.

IV 1.2 Beitragspflichtige Einnahmen

IV 1.2.1 Allgemeines

In der Krankenversicherung gilt nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für Zeiträume ab 1. Januar 2016 das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV als beitragspflichtige Einnahme. Nach § 57 Abs. 1 Satz 2 SGB XI gilt in der Pflegeversicherung das 0,2172fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV als beitragspflichtige Einnahme. Beide Bemessungsgrundlagen gelten bundeseinheitlich.

Für Zeiträume ab 1. Januar 2016 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat zu zahlen, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht (vgl. IV 1.1). Daraus resultiert eine pauschale monatliche beitragspflichtige Einnahme jeweils in der Kranken- und Pflegeversicherung für den Monat, in dem mindestens für einen Tag Arbeitslosengeld II bezogen wird, wenn während des Leistungsbezugs eine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse bzw. Pflegekasse besteht. Eine taggenaue Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen entfällt daher.

Pauschale monatliche beitragspflichtige Einnahme ab 1. Januar 2016:

Krankenversicherung:

2.905,00 EUR x 0,2060 = 598,43 EUR

Pflegeversicherung:

2.905,00 EUR x 0,2172 = 630,97 EUR

Werden neben dem Arbeitslosengeld II noch weitere beitragspflichtige Einnahmen, z. B. Arbeitsentgelt, Arbeitslosengeld, Renten oder Versorgungsbezüge, bezogen, hat dies ab 1. Januar 2016 keinen Einfluss mehr auf die beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Ebenso führen Einkünfte, die nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören, jedoch im Leistungsrecht des SGB II auf das Arbeitslosengeld II ange-

rechnet werden, nicht zu einer Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II unterliegen nach § 232a Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 226 SGB V neben den pauschalen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V folgende Einnahmen unter Berücksichtigung der Mindesteinnahmegränze des § 226 Abs. 2 SGB V der Beitragsbemessung:

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

Von dem Einzug der Beiträge aus diesen weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ist der Leistungsträger nach dem SGB II nicht berührt. Dies gilt selbstverständlich auch für den Einzug der Beiträge, die aus weiteren Tatbeständen der Versicherungspflicht (z. B. Ausübung einer Beschäftigung, Bezug von Arbeitslosengeld) resultieren.

In § 232a Abs. 1a SGB V wird angeordnet, dass der Faktor nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V im Jahr 2018 im Hinblick auf die für die Berechnung maßgebliche Struktur der Bezieher von Arbeitslosengeld II zu überprüfen und bei Veränderungen mit Wirkung zum 1. Januar 2018 neu zu bestimmen ist. Das Nähere über das Verfahren einer nachträglichen Korrektur bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen. Dies gilt nach § 57 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB XI für die beitragspflichtigen Einnahmen in der Pflegeversicherung entsprechend.

IV 1.2.2 Landwirtschaftliche Unternehmer mit Bezug von Arbeitslosengeld II

Bei landwirtschaftlichen Unternehmern, die gleichzeitig Arbeitslosengeld II beziehen, wird nach § 40 Abs. 5a Satz 1 KVLG 1989 als Einkommen nach § 39 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989 das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrunde gelegt. Damit wird die Pauschalierung des Beitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherte

landwirtschaftliche Unternehmer mit Arbeitslosengeld II-Bezug nachvollzogen.

IV 1.3 Beitragssatz

IV 1.3.1 Krankenversicherung

IV 1.3.1.1 Ermäßigter und allgemeiner Beitragssatz

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II gilt nach § 246 SGB V der ermäßigte Beitragssatz der Krankenversicherung nach § 243 SGB V.

Maßgebend ist der für den Zahlungszeitraum (Zeitraum, für den die Leistung gezahlt wird) geltende ermäßigte Beitragssatz. Ändert sich der Beitragssatz im Laufe des 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 ebenfalls Anwendung.

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

IV 1.3.1.2 Zusatzbeitragssatz

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben wird („kassenindividueller Zusatzbeitrag“).

Abweichend davon hat die Krankenkasse den Zusatzbeitrag für bestimmte in § 242 Abs. 3 SGB V genannte Mitgliedergruppen in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V zu erheben. Dazu gehören die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 242 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Sofern diese Mitglieder weitere beitragspflichtige Einnahmen, z. B. aus versicherungspflichtiger Beschäftigung, beziehen, findet auf diese Einnahmen der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz Anwen-

dung.

Der nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu bemessende Zusatzbeitrag fällt unabhängig davon an, ob und in welcher Höhe die Krankenkasse des Mitglieds einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erhebt.

§ 220 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V bestimmt, dass Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V als Beiträge zur Krankenversicherung gelten. Die Formulierung umfasst sowohl die nach dem kassenindividuellen als auch die nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz zu erhebenden Beiträge. Damit finden auf die Zusatzbeiträge die sonstigen Vorschriften für die Beiträge zur Krankenversicherung Anwendung, soweit für die Zusatzbeiträge keine besondere Regelung getroffen wird. Das bedeutet insbesondere, dass die nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhobenen Zusatzbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II auf der Grundlage der pauschalen monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für den vollen Kalendermonat berechnet werden.

IV 1.3.2 Pflegeversicherung

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

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

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

IV 1.4 Tragung der Beiträge

IV 1.4.1 Krankenversicherung

Die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II werden nach § 251 Abs. 4 SGB V vom Bund getragen. Dazu gehören auch die Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V. Dies stellt eine Folgeregelung zu § 46 Abs. 1 SGB II dar, nach der der Bund die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende trägt.

§ 251 Abs. 4 SGB V enthält jedoch in den Sätzen 2 bis 4 eine besondere Regelung für die Zusatzbeiträge. Danach wird die Höhe der insgesamt vom Bund zu tragenden Zusatzbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II für ein Kalenderjahr, beginnend mit dem Jahr 2016, jeweils im Folgejahr abschließend festgestellt. Das Bundesministerium für Gesundheit ermittelt dafür den rechnerischen Zusatzbeitragssatz, der sich als Durchschnitt der im Kalenderjahr geltenden (kassenindividuellen) Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Mitglieder ergibt. Weicht der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V von dem ermittelten rechnerischen Zusatzbeitragssatz ab, so erfolgt zwischen dem Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt ein finanzieller Ausgleich des sich aus der Abweichung ergebenden Differenzbetrags. Den Ausgleich führt das Bundesversicherungsamt für den Gesundheitsfonds und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen für den Bund durch. Ein Ausgleich findet nicht statt, wenn sich ein Betrag von weniger als einer Million Euro ergibt.

IV 1.4.2 Pflegeversicherung

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

IV 1.4.3 Bezug von Arbeitslosengeld II von mehreren Leistungsträgern in demselben Kalendermonat

Nach § 36 SGB II ist das Jobcenter für die Gewährung von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständig, in dessen Bezirk die leistungsberechtigte Person ihren ge-

wöhnlichen Aufenthalt hat. Daher kann Arbeitslosengeld II in der Regel für einen bestimmten Zeitraum nur von einem Leistungsträger gewährt werden. Aufgrund der Regelung zur örtlichen Zuständigkeit kann es zu einer Zahlung von Arbeitslosengeld II durch mehrere jeweils zuständige Jobcenter hintereinander für denselben Kalendermonat kommen. Als Beispiele sind zu nennen:

- Minderjährige in temporären Bedarfsgemeinschaften (vgl. I 1.1.3),
- Wechsel von einer Bedarfsgemeinschaft in eine andere Bedarfsgemeinschaft,
- Umzug aus dem Zuständigkeitsgebiet eines Jobcenters in das Zuständigkeitsgebiet eines anderen Jobcenters,
- „Durchreisende“ und Personen ohne festen Wohnsitz (vgl. I 1.1.4).

Ungeachtet dessen, dass für jeden einzelnen Zeitraum (gegebenenfalls mehrmals in einem Monat), für den Arbeitslosengeld II gewährt wird, Versicherungspflicht eintritt, ist für jeweils einen Kalendermonat nur ein pauschaler Monatsbeitrag zur Krankenversicherung (einschließlich Zusatzbeitrag) und zur Pflegeversicherung zu zahlen. Die Beitragszahlung erfolgt in diesem Fall von dem Träger, der für den ersten Zeitraum in dem jeweiligen Kalendermonat Arbeitslosengeld II gewährt hat. Dies hat zur Folge, dass weitere in demselben Monat zuständige Leistungsträger ungeachtet der Leistungsgewährung und Abgabe von Meldungen gegenüber der Krankenkasse keine Beiträge zu entrichten haben.

Wird Arbeitslosengeld II im Ausnahmefall (z. B. Kosten für die Unterkunft bei einem Umzug) für denselben Zeitraum von zwei unterschiedlichen Leistungsträgern gewährt und kommt dadurch eine Doppelversicherung zustande (vgl. I 1.1.5), ist ungeachtet der Dauer der Zeitraumüberschneidung für den Leistungsbezieher ebenfalls nur ein Monatsbeitrag zu entrichten. Auch in diesem Fall ist die Zahlung der Beiträge durch den Leistungsträger zu veranlassen, der zeitlich zuerst örtlich zuständig ist.

IV 1.5 Berechnung der Beiträge

Die monatlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden als Produkt der pauschalen monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen und dem Beitragssatz errechnet.

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

Fortsetzung der Berechnung von IV 1.2:

Monatliche Pauschalbeiträge ab 1. Januar 2016:

Krankenversicherung:

598,43 EUR x 14,0% = 83,78 EUR

Zusatzbeitrag:

598,43 EUR x 1,1% = 6,58 EUR

gesamt: 90,36 EUR

Pflegeversicherung:

ohne Beihilfeberechtigung (voller Beitragssatz):

630,97 EUR x 2,35% = 14,83 EUR

oder

mit Beihilfeberechtigung (halber Beitragssatz):

630,97 EUR x 1,175% = 7,41 EUR

IV 2 Zahlung und Abrechnung der Beiträge

IV 2.1 Allgemeines

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

Die Beiträge zur Krankenversicherung, einschließlich der Zusatzbeiträge, und zur Pflegeversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II sind nach § 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V bzw. § 60 Abs. 3 Satz 1 SGB XI an den Gesundheitsfonds zu zahlen; die Beiträge zur Pfl-

geversicherung werden unverzüglich an den Ausgleichsfonds (§ 65 SGB XI) weitergeleitet. Nach Wegfall der zeitlichen Rechnungsabgrenzung zum 31. Dezember 2013 für Zeiträume bis 31. Dezember 2008 einerseits und ab 1. Januar 2009 andererseits sind die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II von den Leistungsträgern ausschließlich an das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds zu zahlen, unabhängig von dem Zeitraum, für den sie entrichtet werden.

Die Beiträge für die landwirtschaftliche Kranken- und Pflegeversicherung sind hingegen an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen.

IV 2.2 Fälligkeit

Die Beiträge zur Krankenversicherung einschließlich der Zusatzbeiträge und Pflegeversicherung für die versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II werden nach § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV am Achten des auf die Zahlung der Leistung folgenden Monats fällig.

IV 2.3 Beitragsabrechnung mit dem Gesundheitsfonds und der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Die im Laufe eines Kalendermonats (Abrechnungsmonat) je Leistungsträger gespeicherten Beiträge werden mit dem Gesundheitsfonds bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Überzahlungen, und zwar sowohl für Zeiträume ab 1. Januar 2016 als auch für davor liegende Zeiträume, können im Wege der Aufrechnung unter Beachtung der Verjährung nach § 27 Abs. 2 SGB IV ausgeglichen werden. Sie fließen in den jeweiligen Beitragsnachweis für den Abrechnungsmonat ein und bewirken eine Reduzierung der Beitragszahlung. Erstattungen werden in den Beitragsnachweisen nicht gesondert ausgewiesen.

Die landwirtschaftliche Krankenkasse nimmt weiterhin nicht am Finanzausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung über den Gesundheitsfonds teil. Die Leistungsträger nach dem SGB II sind somit verpflichtet, die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge aus Arbeitslosengeld II für Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkasse direkt gegenüber der landwirtschaftlichen Krankenkasse abzurechnen, das heißt nachzuweisen und abzuführen.

IV 3 Nachweis der Beitragsabrechnung

IV 3.1 Beitragsnachweise

Über die Abrechnung der monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge erhält der Gesundheitsfonds und die landwirtschaftliche Krankenkasse jeweils separate Beitragsnachweise von den Leistungsträgern. Die Beitragsnachweise werden elektronisch übermittelt. Der Inhalt der Datenübertragung wird außerhalb dieses Gemeinsamen Rundschreibens von den beteiligten Organisationen vereinbart.

Mit Entfallen der §§ 313 und 313a SGB V erfolgt für die Meldung bzw. den Nachweis der Beiträge keine Trennung mehr nach den Rechtskreisen West und Ost. Mit dem Beitragsnachweis wird daher ein einheitlicher Gesamtbeitrag (getrennt nach Kranken- und Pflegeversicherung) mitgeteilt.

Der Beitragsnachweis enthält

- den Abrechnungszeitraum,
- das Erstellungsdatum,
- die Betriebsnummer des Empfängers,
- die Angabe der Leistungsart (hier: Arbeitslosengeld II),
- die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen,
- die Gesamtsumme der Beiträge zur Krankenversicherung einschließlich der Zusatzbeiträge und zur Pflegeversicherung,
- die Gesamtsumme der Zusatzbeiträge zur Krankenversicherung.

IV 3.2 Monatszusammenstellung

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, der sogenannten Monatszusammenstellung, dokumentiert. Diese Dokumentation kann für Prüfungen der Beitragszahlung nach § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V genutzt werden.

Für Zwecke der Prüfung der Beitragsberechnung und -abrechnung werden auf Anforderung der zur Prüfung berechtigten Stelle (vgl. IV 4) für ausgewählte Abrechnungsmonate alle bei einem Leistungsträger angefallenen Abrechnungsvorgänge in einer maschinell verwertbaren Datei zusammengefasst.

Zum einzelnen Abrechnungsvorgang wird nachgewiesen:

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

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

IV 3.3 Aufbewahrung der Nachweise

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

Bei dem örtlich zuständigen Jobcenter sind

- der Nachweis für den Einzelfall (Leistungsakte) und

im Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit bzw. bei dem zugelassenen kommunalen Träger

- die Monatszusammenstellungen

verfügbar.

IV 4 Prüfung der Beitragszahlung

Nach § 251 Abs. 5 Satz 2 ff. SGB V und § 60 Abs. 3 Satz 3 SGB XI ist das Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Beitragszahlung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II zur Kranken- und Pflegeversicherung berechtigt. Mit der Wahrnehmung der Prüfung kann das Bundesversicherungsamt eine Krankenkasse oder einen Landesverband beauftragen.

Dem Bundesversicherungsamt oder der beauftragten Krankenkasse werden die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen und Auskünfte vorgelegt bzw. erteilt. Die für die Prüfung erforderlichen Monatszusammenstellungen sind dem Bundesversicherungsamt bzw. der beauftragten Krankenkasse auf Anforderung unter Beachtung der vereinbarten Vorlaufzeit und in elektronisch auswertbarer Form zur Verfügung zu stellen.

Soweit die Beiträge an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen sind bzw. waren, ist die landwirtschaftliche Krankenkasse zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt (§ 48 Abs. 7 Satz 1 KVLG 1989).

IV 5 Ersatzansprüche und Beitragserstattungen

IV 5.1 Ersatzanspruch und Beitragserstattung bei Rückforderung der Leistung

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

Für den Fall, dass die Entscheidung über die Leistung (hier: Arbeitslosengeld, in entsprechender Anwendung: Arbeitslosengeld II) rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist, enthält § 335 Abs. 1 SGB III im Einzelnen Regelungen über die Erstat-

tung der insoweit zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten Beiträge durch den Leistungsbezieher oder das BVA als Verwalter des Gesundheitsfonds bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse. Weitere Ansprüche auf Erstattung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich aus § 335 Abs. 2 SGB III.

Nach § 335 Abs. 5 SGB III sind für die Beiträge der Bundesagentur für Arbeit bzw. der zugelassenen kommunalen Träger zur sozialen Pflegeversicherung u. a. die Absätze 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

Näheres geht aus den folgenden Abschnitten hervor.

IV 5.1.1 Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Leistungsbezieher

Dem Leistungsträger steht nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 erster Halbsatz SGB II i. V. m. § 335 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 SGB III hinsichtlich der von ihm getragenen Beiträge ein Ersatzanspruch gegen den Leistungsbezieher zu, soweit der Verwaltungsakt, der zu dem Bezug von Arbeitslosengeld II geführt hat, rückwirkend aufgehoben und die gezahlte Leistung zurückgefordert worden ist. Insoweit ist die für Bezieher von Arbeitslosengeld geltende Regelung entsprechend anwendbar.

Eine rückwirkende Aufhebung des Leistungsbescheides erfolgt in diesen Fällen unter den Voraussetzungen des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 oder 2 SGB X oder § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X.

Nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 zweiter Halbsatz SGB II ist der Ersatzanspruch für Zeiträume ab 1. Januar 2016 jedoch ausgeschlossen, wenn in einem Kalendermonat für mindestens einen Tag rechtmäßig Arbeitslosengeld II gewährt wurde. Diese Regelung korrespondiert mit dem pauschalen Monatsbeitrag für Bezieher von Arbeitslosengeld II, der bereits dann anfällt, wenn für einen Tag im Kalendermonat Arbeitslosengeld II bezogen wird.

Der Ersatzanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Leistungsberechtigten entsteht nur dann, wenn für den Erstattungszeitraum kein anderweitiges Krankenversicherungsverhältnis bestand. Bestand ein anderweitiges Krankenversicherungsverhältnis und liegt damit ein Fall des § 335 Abs. 1 Satz 2 oder 3 SGB III vor, bei dem eine Beitragser-

stattung durch das BVA bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse ausgeschlossen ist (vgl. IV 5.1.2), geht die Erstattungspflicht nicht auf den Leistungsberechtigten über.

Die Ersatzpflicht des Leistungsbezieher besteht ab dem Tag, an dem dieser seinen gesetzlichen Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten nachgekommen ist, nicht mehr. Ab diesem Tag besteht für Zeiten ab 1. Januar 2016 auch kein Erstattungsanspruch mehr gegenüber dem Gesundheitsfonds bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bleibt bei Zeiträumen ab 1. Januar 2016 ungeachtet des Zeitpunktes, an dem der Leistungsbezieher seinen Mitwirkungs- bzw. Mitteilungspflichten nachkommt, bis zum ursprünglichen Ende des Leistungsbezugs bestehen. Es sind keine Meldekorrekturen durchzuführen.

Wurde Arbeitslosengeld II zunächst vorläufig bewilligt (§ 40 Abs. 2 Nr. 1 SGB II i. V. m. § 328 SGB III) und entfällt im Rahmen der endgültigen Entscheidung der Anspruch auf Arbeitslosengeld II, ist von der Erstattungspflicht nach § 328 Abs. 3 SGB III nur die Leistung an sich umfasst. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind in diesen Fällen weder vom Leistungsberechtigten noch vom BVA bzw. von der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu erstatten. Ausführungen zum Versicherungsverhältnis enthält Abschnitt I 1.1.9.

IV 5.1.2 Kein Erstattungsanspruch des Leistungsträgers nach dem SGB II gegenüber dem Gesundheitsfonds oder der landwirtschaftlichen Krankenkasse

Hat in dem Zeitraum, für den die Entscheidung über die Leistung rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert worden ist, ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (Pflichtversicherung, nicht dagegen eine freiwillige Versicherung - vgl. I 1.8.1) bestanden, so schließt § 40 Abs. 2 Nr. 5 dritter Halbsatz SGB II in den dann vorliegenden Fällen des § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III (und Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 1 Satz 2) einen Anspruch auf Erstattung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung gegenüber dem BVA bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse für Zeiträume ab 1. Januar 2016 generell aus. Der Wegfall der Beitragserstattung ist mit dem Ziel einer nachhaltigen Verwaltungsvereinfachung bereits in die Kalkulation des pauschalen Monatsbeitrags für Zeiträume ab 1. Januar 2016 eingeflossen.

Die Beurteilung des Vorliegens eines weiteren Krankenversicherungsverhältnisses für den

einen Leistungsbezieher erstreckt sich gleichermaßen auch auf die weiteren Leistungsbezieher in derselben Bedarfsgemeinschaft.

Die Folgen für das Versicherungsverhältnis und die Meldungen werden unter I 1.8.1 behandelt.

Die Vorschrift des § 26 Abs. 2 SGB IV kommt als Grundlage für die Erstattung von Beiträgen in den vorgenannten Fällen nicht in Frage, da ihre Anwendung durch die vorrangige Spezialregelung des § 335 Abs. 1 SGB III verdrängt wird.

IV 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. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Abs. 2 SGB III wegen der nach § 232a SGB V bemessenen Krankenversicherungsbeiträge einen Ersatzanspruch, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld II ein Erstattungsanspruch des Leistungsträgers gegen den Rentenversicherungsträger besteht (vgl. § 40a SGB II i. V. m. § 104 SGB X bzw. § 44a Abs. 3 SGB II i. V. m. § 103 SGB X). Der Ersatzanspruch bezüglich der Beiträge beschränkt sich auf den Zeitraum, für den der Erstattungsanspruch gegenüber dem Rentenversicherungsträger besteht. Die Höhe der zu ersetzenden Beiträge richtet sich nach dem Betrag, den der Rentenversicherungsträger zu zahlen gehabt hätte. Eine zusätzliche Möglichkeit zur Inanspruchnahme der Krankenkasse nach § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III ist ausgeschlossen (BSG-Urteil vom 15.10.2014 – 12 KR 13/12 R –, USK 2014-140).

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

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

In diesen Fällen bleibt das Versicherungsverhältnis nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V und § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI unberührt. Es ergeben sich keine Auswirkungen im Meldeverfahren.

IV 5.3 Abgrenzung der Erstattungsansprüche nach IV 5.1 und IV 5.2

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Vorschrift über die Erstattung von Beiträgen nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 SGB III in drei Fallgruppen aufteilen lässt:

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

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

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

In allen dieser drei Fälle darf keine Aufrechnung gegenüber dem Bundesversicherungsamt bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse durchgeführt werden.

Die Frage der Reihenfolge der Erstattungsansprüche beim gleichzeitigen Bezug von Arbeitslosengeld nach dem SGB III sowie von Arbeitslosengeld II und dem (rückwirkenden) Zusammentreffen mit Renten zwischen der Bundesagentur für Arbeit, den zugelassenen kommunalen Trägern und der Rentenversicherung ist seit der gesetzlichen Neuregelung des § 40a SGB II durch das Achte Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch - Ergänzung personalrechtlicher Bestimmungen vom 28. Juli 2014 geregelt.

Mit Einführung der auf den 1. Januar 2009 zurückwirkenden Regelung des § 40a SGB II

wurde klargestellt, dass beim Zusammentreffen von Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld mit Leistungen eines anderen Sozialleistungsträgers unter den Voraussetzungen des § 104 SGB X ein Erstattungsanspruch der Jobcenter gegenüber den Rentenversicherungsträgern besteht. Somit sind die Erstattungsansprüche aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld grundsätzlich als vorrangig anzusehen, da diese nach § 103 SGB X geltend gemacht werden.

IV 5.4 Erstattungsansprüche wegen sonstiger vorrangiger Sozialleistungen

Besteht ein Erstattungsanspruch wegen der vorrangigen Gewährung sonstiger, der Beitragspflicht zur Kranken- oder Pflegeversicherungspflicht unterliegenden Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld), sind die überzahlten Beiträge nicht im Rahmen eines Erstattungsanspruchs geltend zu machen.

Das Konstrukt des monatlichen Pauschalbeitrags für Bezieher von Arbeitslosengeld II sieht keine Bereinigung der beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund dieses Leistungsbezugs vor.

IV 5.5 Erstattung der Beiträge bei doppelter Zahlung des pauschalen Monatsbeitrags

Wird in einem Kalendermonat hintereinander von verschiedenen Leistungsträgern nach dem SGB II Arbeitslosengeld II bezogen (z. B. bei Minderjährigen in temporären Bedarfsgemeinschaften) und stellt sich heraus, dass mehrfach zu Unrecht Beiträge von verschiedenen Leistungsträgern nach dem SGB II gezahlt worden sind, können die zu viel gezahlten Beiträge nach § 26 Abs. 2 SGB IV, soweit noch keine Verjährung des Erstattungsanspruchs nach § 27 Abs. 2 SGB IV eingetreten ist, mit den laufend abzuführenden Beiträgen für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aufgerechnet werden.

Wird hingegen Arbeitslosengeld II für denselben Zeitraum von einem Leistungsträger rechtmäßig und von dem anderen Leistungsträger unrechtmäßig bezogen, liegt durch den weiteren Bezug von Arbeitslosengeld II ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis im Sinne des § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III vor, sodass nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II sowohl eine Beitragserstattung durch das Bundesversicherungsamt bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse als auch ein Beitragsersatz gegenüber dem Leistungsbezieher ausgeschlossen ist.

Dies gilt in analoger Anwendung der vorgenannten Vorschriften ebenso für den Ausnahme-

fall, bei dem Arbeitslosengeld II für denselben Zeitraum von zwei verschiedenen Leistungsträgern rechtmäßig erbracht wird (z. B. Kosten für die Unterkunft bei einem Umzug), der pauschale Monatsbeitrag jedoch unrechtmäßig mehrfach entrichtet worden ist.

Eine nachrangige Anwendung des § 26 Abs. 2 SGB IV in den beiden letztgenannten Fällen des echten Doppelbezugs scheidet aus.

IV 5.6 Erstattung der Beiträge bei fehlerhafter Zuordnung zur GKV

Hat der Leistungsträger nach dem SGB II auf der Basis einer angenommenen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V Beiträge entrichtet und stellt sich heraus, dass die leistungsberechtigte Person unter Beachtung des § 5 Abs. 5a SGB V der PKV zuzuordnen ist, sind die zu Unrecht entrichteten Beiträge unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB IV und unter Berücksichtigung der Verjährung nach § 27 Abs. 2 SGB IV zu erstatten. Ob die Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB IV vorliegen, bestätigt die ursprünglich zuständig gewesene Krankenkasse im Einzelfall auf Anfrage des Jobcenters.

Dieses Verfahren wird entsprechend angewandt, wenn eine Versicherung zwar richtig in der GKV, aber fehlerhaft entweder bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder bei einer allgemeinen Krankenkasse durchgeführt wurde.

IV 5.7 Erstattung von Beiträgen beim Tod des Leistungsberechtigten

Stirbt der Bezieher von Arbeitslosengeld II, endet am Todestag die Versicherungspflicht und die Mitgliedschaft (vgl. I 1.10.3). Für den Monat, in den der Todestag fällt, ist der pauschale Monatsbeitrag zu zahlen. Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, die über diesen Monat hinaus zu Unrecht gezahlt wurden, sind im Rahmen des § 26 Abs. 2 SGB IV und unter Berücksichtigung der Verjährung nach § 27 Abs. 2 SGB IV erstattungsfähig und können mit den für den Abrechnungsmonat an das Bundesversicherungsamt bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse laufend zu entrichtenden Beiträgen aufgerechnet werden.

V Zuschüsse zu Versicherungsbeiträgen

§ 11 SGB II

Zu berücksichtigendes Einkommen

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

(2) und (3) ...

§ 11b SGB II

Absetzbeträge

(1) Vom Einkommen abzusetzen sind

1. ...
2. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung einschließlich der Beiträge zur Arbeitsförderung,
3. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind; hierzu gehören Beiträge
 - a) zur Vorsorge für den Fall der Krankheit und der Pflegebedürftigkeit für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind,
 - b) ...soweit die Beiträge nicht nach § 26 bezuschusst werden.

4. bis 8. ...

...

(2) bis (3) ...

§ 26 SGB II

Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen

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

1. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 152 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
2. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen; für Personen, die allein durch den Beitrag zur freiwilligen Versicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

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

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

(3) Die Bundesagentur zahlt den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242 des Fünften Buches für Personen, die allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig

würden, in der erforderlichen Höhe.

(4) Der Zuschuss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sowie nach Absatz 2 Satz 1 und 2 ist an das Versicherungsunternehmen zu zahlen, bei dem die leistungsberechtigte Person versichert ist.

§ 152 VAG

Basistarif

(1) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, die die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind. ...

(2) ...

(3) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht.

(4) Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 3 Satz 1 oder 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 1 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch

Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 1 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.

(5) ...

V 1 Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung

V 1.1 Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld

V 1.1.1 Krankenversicherung

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden die Beiträge für die Dauer des Leistungsbezugs übernommen (§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 erster Halbsatz SGB II). Von dieser Vorschrift dürften ausschließlich Personen, die Arbeitslosengeld II als Darlehen erhalten, und Bezieher von Sozialgeld erfasst sein, sofern sie freiwillig versichert sind.

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

V 1.1.2 Pflegeversicherung

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

Damit ist eine Übernahme der Beiträge zur Pflegeversicherung auf der Grundlage einer Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI (in Folge einer freiwilligen Krankenversicherung) oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI (Auffang-Versicherungspflicht) nicht erfasst. Damit diese Personen nicht schlechter gestellt sind als Personen mit privater Pflegeversicherung, sind die Beiträge nach § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II vom anrechenbaren Einkommen abzusetzen. Ist dies nicht oder nicht vollständig möglich, kommt eine Übernahme der Beiträge in analoger Anwendung des § 26 Abs. 2 Satz 1 SGB II in Betracht. Von dieser Regelung dürften ausschließlich Personen, die Arbeitslosengeld II als Darlehen erhalten, und Bezieher von Sozialgeld erfasst sein, sofern sie nach § 20 Abs. 3 SGB XI bzw. § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI versichert sind.

V 1.2 Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Beitragslast

V 1.2.1 Krankenversicherung

Für Personen, die allein durch die Tragung des Beitrags einer freiwilligen Versicherung (einschließlich der obligatorischen Anschlussversicherung) in der gesetzlichen Krankenversicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen (§ 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB II). Der notwendige Umfang entspricht der Differenz zwischen dem zu zahlenden Beitrag und dem den Bedarf übersteigenden Einkommen.

Besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und hat die Person aufgrund dessen Beiträge zu tragen, wird diese Beitragslast im Wege der Einkommensbereinigung nach § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II berücksichtigt. In deren Folge entsteht Hilfebedürftigkeit und Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V (ggf. neben der bereits aufgrund des anderen Tatbestandes bestehenden Versicherungspflicht).

Würde im Rahmen der Einkommensbereinigung nur durch die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge Hilfebedürftigkeit entstehen, liegt ein gegenüber der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V nachrangiger Versicherungspflichttatbestand (z. B. Rentenantragsteller) vor und würde die Beitragspflicht aus diesem nachrangigen Versicherungsverhältnis entfallen, wird der Beitrag nach § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB II im notwendigen Umfang übernommen. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V tritt dann nicht ein.

V 1.2.2 Pflegeversicherung

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

Vorrangig ist jedoch auch in diesem Fall die Einkommensbereinigung nach § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB II (vgl. V 1.2.1).

V 2 Versicherte von privaten Krankenversicherungsunternehmen

V 2.1 Beitragsübernahme bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld

V 2.1.1 Krankenversicherung

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die für den Fall der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II i. V. m. § 152 Abs. 4 Satz 3 VAG. Danach vermindert sich der Beitrag für eine Versicherung im Basistarif für die Dauer des Leistungsbezugs um die Hälfte. Seit dem Urteil des BSG vom 18. Januar 2011 - B 4 AS 108/10 R - wird dieser verminderte Beitrag – maximal jedoch der zu zahlende Beitrag des Versicherten – vom Leistungsträger übernommen. Bis zum Urteil des BSG konnte nach wörtlicher Auslegung des § 12 Abs. 1c Satz 6 VAG höchstens der Beitrag übernommen werden, den der Leistungsträger im Fall der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V zu tragen hätte.

Im Rahmen des Zuschusses werden nur Beitragsbestandteile übernommen. Kosten für Krankenbehandlungen, die aufgrund vereinbarter Selbstbehalte anfallen, werden nicht als Zuschuss übernommen. Eine entsprechende Beratung hat durch die Jobcenter im Vorfeld zu erfolgen (vgl. Urteil des BSG vom 29.04.2015 - B 14 AS 8/14 R).

V 2.1.2 Pflegeversicherung

Die Ausführungen im Abschnitt V 1.1.2 gelten gleichermaßen.

V 2.2 Beitragsübernahme bei Hilfebedürftigkeit allein aufgrund der Zahlung des Beitrags

V 2.2.1 Krankenversicherung

Für Personen, die allein durch die Tragung des Beitrags einer privaten Krankenversicherung hilfebedürftig werden, gilt § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II i. V. m. § 152 Abs. 4 VAG. Nach der letztgenannten Vorschrift besteht für die Zeit, in der bei Zahlung des vollen Beitrags Hilfebedürftigkeit entstände, Anspruch auf Halbierung des an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beitrags in einer Versicherung im Basistarif.

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

V 2.2.2 Pflegeversicherung

Es gelten die Ausführungen zu Abschnitt V 1.2.2 entsprechend.

V 3 Zahlung durch den Leistungsträger

Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 26 Abs. 1 bis 3 SGB II hat bzw. hatte der Leistungsbezieher. Der Zuschuss wird daher grundsätzlich an ihn mit den gegebenenfalls anderen ihm zustehenden Leistungen ausgezahlt. Eine direkte Zahlung an die gesetzliche Krankenkasse bzw. Pflegekasse wird in der Regel nicht vorgenommen. Für privat versicherte Leistungsbezieher sieht § 26 Abs. 4 SGB II dagegen eine direkte Zahlung des Zuschusses jeweils an das zuständige private Krankenversicherungsunternehmen vor.

VI Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

§ 203a SGB V

Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld

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

§ 204 SGB V

Meldepflicht bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

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

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

§ 50 SGB XI

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

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

versicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

(2) bis (6) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 und 7 sind für die Durchführung dieser Versicherung die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Versicherung, die Mitgliedschaft und die Meldungen mit Ausnahme des § 173 entsprechend anzuwenden.

(2) ...

§ 8 EÜG

Gesetzliche Krankenversicherung

(1) Die Teilnahme an einer Eignungsübung berührt eine bestehende Pflicht- oder freiwillige Versicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Für die Zeit der Teilnahme ruht der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt nicht für Ansprüche von Familienangehörigen, die nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind.

(2) Bei pflichtversicherten Arbeitnehmern hat der Arbeitgeber, bei Arbeitslosen hat die Agentur für Arbeit Beginn und Ende der Eignungsübung dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unverzüglich zu melden. Sonstige Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte haben diese Meldung selbst zu erstatten.

(3) Für die Zeiten der Teilnahme an der Eignungsübung zahlt der Bund den zuständigen Trägern der Krankenversicherung ein Zehntel des Beitrags, der zuletzt vor Beginn der Eignungsübung zu entrichten war. Während der Eignungsübung eintretende Änderungen des Beitragssatzes und der Jahresarbeitsverdienstgrenze sind zu berücksichtigen.

§ 8a EÜG
Pflegeversicherung

(1) Die Teilnahme an einer Eignungsübung berührt eine bestehende Pflegeversicherung nicht.

(2) Für die Zeit der Teilnahme an einer Eignungsübung trägt der Bund die Hälfte des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung oder zahlt einen Beitragszuschuß für Privatversicherte entsprechend § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

VI 1 Allgemeines

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

Das Meldeverfahren wird durch elektronische Datenübermittlung 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 Gemeinsamen Rundschreibens zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit bzw. den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen - DÜBAK) in der jeweils geltenden Fassung umfassend dargestellt. Dieses Meldeverfahren ist für alle Leistungsträger einheitlich und verbindlich. Meldungen an das BVA als Verwalter des Gesundheitsfonds sind nicht zu erstatten.

VI 2 Meldepflichtige Tatbestände

Die Leistungsträger entsprechen ihrer Meldepflicht nach § 203a SGB V für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V bzw. nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI kranken- und pflegeversi-

versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II durch Übermittlung namentlicher Einzelmeldungen über Beginn und Ende des Leistungsbezugs im Rahmen der Leistungsgewährung.

Bei Vorliegen der maßgebenden Tatbestände werden Meldungen entsprechend den nachstehenden Ausführungen erstellt. Für Meldezeiten vor dem 1. Januar 2016 gelten die Festlegungen in den vorangegangenen Fassungen des Gemeinsamen Rundschreibens.

VI 2.1 Anmeldungen

Anmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Beginn des Leistungsbezugs mit Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V,
- b) Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezugs (Eine Anmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird.).

Als Beginn im Sinne von Buchstabe a) gilt auch die erneute Leistungsbewilligung nach der Unterbrechung oder dem Ende eines Leistungsbezugs (vgl. I 1.6 bis I 1.8.2). Bei wechselnder Zuständigkeit des Leistungsträgers (z. B. bei temporären Bedarfsgemeinschaften, vgl. I 1.1.3), ist bei jedem erneuten Beginn des Leistungsbezugs von dem jeweils zuständigen Leistungsträger eine Anmeldung zu erstellen.

VI 2.2 Änderungsmeldungen

Änderungsmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Namensänderung,
- b) Anschriftenänderung,
- c) Änderung der Staatsangehörigkeit.

VI 2.3 Abmeldungen

Abmeldungen sind bei folgenden Tatbeständen erforderlich:

- a) Beendigung des Leistungsbezugs bei Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. (Dies gilt auch bei einem Eintritt von Sanktionen und einem damit verbundenen vollständigen Ende des Leistungsbezugs.),
- b) Wechsel der Krankenkassenzuständigkeit während des Leistungsbezugs (Eine Abmeldung wird nicht erstellt, wenn der Mitgliederbestand einer Krankenkasse vollständig von einer anderen Krankenkasse übernommen wird.),
- c) Sonstige Gründe,
- d) Tod des Leistungsbeziehers.

Bei wechselnder Zuständigkeit des Leistungsträgers (z. B. bei temporären Bedarfsgemeinschaften, vgl. I 1.1.3) ist bei jedem erneuten Ende des Leistungsbezugs von dem jeweils zuständigen Leistungsträger eine Abmeldung zu erstellen.

Beim Tod des Leistungsbeziehers erfolgt die Abmeldung - ungeachtet des Leistungsbezugs für den Todesmonat - zum Todestag.

VI 2.4 Stornierung von Meldungen

Meldungen sind in folgenden Fällen zu stornieren:

- a) Angabe des falschen Versicherungsbeginns,
- b) Angabe des falschen Versicherungsendes,
- c) Angabe des falschen Rechtskreises,
- d) Angabe der falschen Empfänger-Betriebsnummer,
- e) Angabe der falschen Krankenkassen-Betriebsnummer,
- f) Angabe des falschen Beendigungsgrundes,
- g) Fehlversicherung.

VI 2.5 Bestandsmeldungen

Zur Abstimmung der Bestände der pflichtversicherten Bezieher von Arbeitslosengeld II erstellen die Leistungsträger für die Krankenkassen Bestandsmeldungen. Diese basieren auf der Grundlage des EDV-Datenbestandes für alle Versicherten, für die den Krankenkassen Anmeldungen vorliegen, denen bis einschließlich 31. August des Jahres Leistungen gewährt

und keine Abmeldung erstellt wurden. Die Meldungen zur Bestandsabstimmung sind den Krankenkassen innerhalb von 14 Tagen nach dem 31. August des Jahres zu übermitteln.

VI 3 Meldefristen

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

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

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

VI 5 Meldeverfahren bei Einberufung zum Wehrdienst

Bei Einberufung zu einem Wehrdienst hat bei Arbeitslosen die Agentur für Arbeit gemäß § 204 Satz 1 SGB V den Beginn des Wehrdienstes sowie das Ende des Grundwehrdienstes und einer Wehrübung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Das Gleiche gilt für den Beginn oder das Ende einer Dienstleistung oder Übung nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes. Die Meldeverpflichtung nach § 204 SGB V ist auch von den Leistungsträgern im Sinne des SGB II zu erfüllen. Mit den Meldungen wird die Krankenkasse in die Lage versetzt, die richtigen Folgen für die Fortsetzung der Mitgliedschaft (vgl. § 193 Abs. 2 und 4 SGB V) und die Bemessung der Beiträge (vgl. § 244 SGB V) abzuleiten.

Seit dem Aussetzen der Wehrpflicht und der Einführung eines neuen freiwilligen Wehrdienstes durch das Wehrrechtsänderungsgesetz 2011 (vgl. § 2 WPfIG und § 54 WPfIG) gelten die §§ 3 bis 53 WPfIG und damit die in § 4 Abs. 1 WPfIG aufgeführten Arten des Wehrdienstes nur noch im Spannungs- oder Verteidigungsfall. Für den neuen freiwilligen Wehrdienst bestimmt § 56 WPfIG, dass Regelungen in anderen Gesetzen oder Rechtsverordnungen, die an die Ableistung des Grundwehrdienstes oder des freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes im

Anschluss an den Grundwehrdienst anknüpfen, entsprechend anzuwenden sind. Die vorgenannte Meldepflicht der Leistungsträger nach dem SGB II trifft damit zurzeit auf folgende Arten des Wehrdienstes und von Dienstleistungen zu:

- Freiwilliger Wehrdienst nach § 58b SG,
- Übungen nach § 61 SG,
- Besondere Auslandsverwendung nach § 62 SG,
- Hilfeleistungen im Innern nach § 63 SG.

Die Meldeverpflichtung nach § 204 SGB V wurde in das DÜBAK-Verfahren integriert. Mit den Beendigungsgründen 31 bis 33 in den Abmeldungen sind sowohl die Meldungen wegen des Beginns als auch die Meldungen bei Ende der Dienstpflicht abgegolten. An Hand des Meldgrundes, der bei Beginn des Wehrdienstes abgesetzt wird, ist für die Krankenkasse kalkulierbar, 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. Nach § 206 SGB V ist die betreffende Person hinsichtlich des Endes des Wehrdienstes gegenüber der Krankenkasse auskunftspflichtig. Hat der Versicherte nach dem Ende des Wehrdienstes einen erneuten Leistungsanspruch nach dem SGB II, kommt es zu einer Anmeldung wegen Beginn des Leistungsbezugs entsprechend § 203a SGB V im Rahmen des DÜBAK-Meldeverfahrens.

§ 204 Abs. 2 SGB V, wonach diese Grundsätze für den Zivildienst entsprechend gelten, hat seit der Aussetzung des Zivildienstes als Wehrrersatzdienst durch das Gesetz zur Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes vom 28. April 2011 (vgl. § 1a Zivildienstgesetz) zurzeit keine praktische Bedeutung.

Besteht im Ausnahmefall während des Wehrdienstes Anspruch auf Arbeitslosengeld II, hat keine Abmeldung zu erfolgen.

VI 6 Meldeverfahren bei der Teilnahme an einer Eignungsübung

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

hang stehenden Meldepflichten.

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

Für die Zeit der Teilnahme an der Eignungsübung zahlt der Bund den zuständigen Trägern der Krankenversicherung ein Zehntel des Beitrags, der zuletzt vor Beginn der Eignungsübung zu entrichten war (§ 8 Abs. 3 und § 8a Abs. 2 EÜG).

Bei Arbeitslosen hat nach § 8 Abs. 2 EÜG die Agentur für Arbeit Beginn und Ende der Eignungsübung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden. Von dieser Meldepflicht sind Bezieher von Arbeitslosengeld sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II gleichermaßen erfasst. Damit sind im Fall des Bezugs von Arbeitslosengeld II alle Leistungsträger nach dem SGB II zur Abgabe entsprechender Meldungen gegenüber der Krankenkasse verpflichtet. Entsprechende Meldungen unter Angabe des Beginns und des voraussichtlichen Endes der Eignungsübung werden von den Leistungsträgern außerhalb des DÜBAK-Meldeverfahrens erstattet.