Spitzenverband

RUNDSCHREIBEN

RS 2023/025 vom 12.01.2023

Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld

Themen: Mitgliedschaft/Beiträge

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Holger Eckhardt

Ref. Mitgliedschafts- u. Beitragsrecht
Tel.: 030 206288-1136
holger.eckhardt@gkv-spitzenverband.de

Kurzbeschreibung: Wir geben hiermit das überarbeitete Gemeinsame Rundschreiben „Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld“ vom 21. Dezember 2022 bekannt.

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit dem letzten Gemeinsamen Rundschreiben zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Leistungsbezieher nach dem SGB III vom 14. Dezember 2004 sind vielfältige Rechtsänderungen eingetreten, die eine Neuauflage des Gemeinsamen Rundschreibens erforderlich gemacht haben. Die neue Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens „Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld“ vom 21. Dezember 2022 ist beigefügt. Es bildet den Rechtsstand am 1. Januar 2023 ab. Die wesentlichen in der Zwischenzeit eingetretenen Rechtsänderungen werden in der Einleitung aufgeführt.

Auf folgende Punkte möchten wir an dieser Stelle gesondert hinweisen:

Das Verfahren der Erstattung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Rückforderung von Arbeitslosengeld (§ 335 Absätze 1 und 5 SGB III) hat Klarstellungen und, jedenfalls in Bezug auf die unverändert in § 335 Absatz 1 Satz 3 SGB III angesprochenen Fälle

(Durchführung der Versicherungsverhältnisse gleichzeitig bei verschiedenen Krankenkassen), Änderungen erfahren (A.I.2.4 und C.I.8.1). Die in § 335 Absatz 1 Satz 3 SGB III vorgehaltene Regelung findet ab 1. März 2023 keine Anwendung mehr (C.I.8.1.3). Die seit Längerem für überarbeitungswürdig erachtete „Verfahrensabsprache der Bundesagentur für Arbeit, des GKV-Spitzenverbandes sowie des Bundesversicherungsamtes als Verwalter des Gesundheitsfonds nach § 335 Abs. 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch III“ vom 14. Dezember 2009 konnte bislang noch nicht angepasst werden. Die darin beschriebenen Regelungen finden daher bis auf Weiteres Anwendung.

Die Beurteilung des Versicherungsverhältnisses in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung bei der Gewährung von Arbeitslosengeld im Rahmen der sogenannten Gleichwohlgewährung (§ 157 Absatz 3 SGB III) und nachträglicher Erfüllung des Anspruchs auf Arbeitsentgelt sowie das damit im Zusammenhang stehende beitragsrechtliche Verfahren ausgehend von § 335 Absatz 3 SGB III wird auf Vorschlag der Bundesagentur für Arbeit ab 1. Januar 2026 grundsätzlich für alle Fallgestaltungen auf das gesetzliche Verfahren umgestellt. Dies zieht umfangreiche Anpassungen der IT-Systeme, insbesondere bei den Arbeitgebern, nach sich. Einzige Ausnahme bilden dann die Fälle, bei denen die leistungsberechtigte Person vor dem Bezug von Arbeitslosengeld in der freiwilligen Krankenversicherung (oder in der Auffang-Versicherungspflicht) versichert war, die für die Zeit des zwischenzeitlichen Bezuges von Arbeitslosengeld rückwirkend wieder zustande kommt. Bisher wurde das gesetzliche Verfahren nur für Fälle der Gewährung von Arbeitslosengeld im Rahmen der Gleichwohlgewährung nach Insolvenzeröffnung angewandt. Die Einzelheiten dazu werden für die Kranken- und Pflegeversicherung in den Abschnitten A.I.2.6.3, C.I.8.3 und C.I.8.4 und für die Rentenversicherung in den Abschnitten A.III.2.4.1, C.II.6.2 und C.II.6.3 erläutert.

Im Abschnitt A.I.2.6.2 (Versicherungskonkurrenz bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) ist noch offengeblieben, nach welcher Vorschrift bzw. welchen Vorschriften Personen versicherungspflichtig in der Krankenversicherung (und damit in der Pflegeversicherung) sind, die nach § 144 SGB III Arbeitslosengeld während einer nach § 81 SGB III geförderten beruflichen Weiterbildung beziehen. In diesem Punkt wird noch eine Klärung angestrebt. Die bisherige versicherungsrechtliche Einordnung ergibt sich aus der „Übersicht über berufliche Bildungsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie deren versicherungsrechtliche Beurteilung“ als Anlage 1 der gemeinsamen Verlautbarung „Versicherungsrechtliche Beurteilung von beruflichen Bildungsmaßnahmen sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ vom 18. März 2020 (hier: Ziffer 1.0).

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage

1. Gemeinsames Rundschreiben „Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld“ vom 21. Dezember 2022

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter
dialog.gkv-spitzenverband.de

GKV-SPITZENVERBAND

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

---

21. Dezember 2022

Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld

Seit dem letzten Gemeinsamen Rundschreiben zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Leistungsbezieher nach dem SGB III vom 14.12.2004 ist eine Vielzahl von Rechtsänderungen eingetreten, die eine Neuauflage des Gemeinsamen Rundschreibens erforderlich machen.

Zu den wesentlichen Änderungen in der Kranken- und Pflegeversicherung gehören:

- Einführung einer Auffang-Versicherungspflicht zum 01.04.2007,
- Einführung des beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) angesiedelten Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 und damit einhergehende Änderungen der Zahlungswege für die Beiträge,
- Einführung einer obligatorischen Anschlussversicherung als freiwillige Krankenversicherung zum 01.08.2013,
- Nach zwischenzeitlichen diversen Änderungen in der Krankenversicherung hinsichtlich eines zusätzlichen Beitragssatzes, eines Zusatzbeitrags, einer Prämienzahlung und eines Sozialausgleichs: Einführung eines kassenindividuellen und eines durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes in der Krankenversicherung zum 01.01.2015,
- Vorziehen des Beginns der Versicherungspflicht beim Ruhen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit oder bei einer Urlaubsabgeltung ab 01.08.2017 und
- Änderungen des Krankenkassenwahlrechts, zuletzt durch das MDK-Reformgesetz und das 7. SGB IV-Änderungsgesetz, ab 01.01.2021.

Im Recht der Rentenversicherung haben sich in der Zwischenzeit insbesondere die folgenden Rechtsänderungen ergeben:

- Mit der Einführung der gesonderten Meldung nach § 194 SGB VI für Leistungsträger zum 01.01.2008 hat auch die Bundesagentur für Arbeit auf Anforderung eines Rentenversicherungsträgers gesonderte Meldungen abzugeben.
- Mit dem Anwendungsbeginn der VO (EG) Nr. 883/2004 und VO (EG) Nr. 987/2009 (frühestens ab 01.05.2010) in einzelnen europäischen Staaten, kann auch durch eine Pflichtversicherung in diesen Staaten die Vorpflichtversicherung nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI erfüllt werden.
- Der Jahreszeitraum für die Prüfung der Vorpflichtversicherung nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI kann sich auch um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II und um Zeiten des Bezugs von Bürgergeld verlängern.

Außerdem hat sich durch das Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt vom 20.12.2011 (BGBl. I S. 2854) eine grundsätzliche Neuordnung des SGB III ergeben, welche in weiten Teilen des SGB III zu neuen Paragrafennummern geführt hat.

Durch das Zwölfte Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetzes) vom 16.12.2022 (BGBl. I S. 2328) wird das Arbeitslosengeld II und das Sozialgeld durch das Bürgergeld zum 01.01.2023 abgelöst.

Dieses Gemeinsame Rundschreiben befasst sich ausschließlich mit den Auswirkungen des Bezuges von Arbeitslosengeld und nicht mit weiteren Geldleistungen nach dem Recht der Arbeitsförderung.

Diese Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens bildet den Rechtsstand am 01.01.2023 ab und ersetzt das Gemeinsame Rundschreiben „Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt; hier: Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung der Leistungsbezieher nach dem SGB III ab 01.01.2005“ vom 14.12.2004.

Hinweis:
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Gemeinsamen Rundschreiben auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten daher gleichermaßen für alle Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Seite

A Versicherter Personenkreis ... 8

A.I Krankenversicherung ... 8

A.I.1 Rechtsgrundlagen ... 8
A.I.2 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ... 13
A.I.2.1 Allgemeines ... 13
A.I.2.2 Leistungsbezug ... 14
A.I.2.3 Sperrzeit-Krankenversicherung ... 15
A.I.2.4 Rückforderung gewährter Leistungen ... 16
A.I.2.5 Auslandsbezug ... 16
A.I.2.5.1 Arbeitsuche im Ausland ... 17
A.I.2.5.2 Arbeitslosengeld und Teilzeitbeschäftigung im Ausland ... 17
A.I.2.5.3 Verlegung des Wohnsitzes ins grenznahe Ausland ... 18
A.I.2.6 Versicherungskonkurrenzen ... 19
A.I.2.6.1 Allgemeines ... 19
A.I.2.6.2 Versicherungskonkurrenz bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ... 19
A.I.2.6.3 Versicherungskonkurrenz bei der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld ... 20
A.I.2.6.3.1 Allgemeines ... 20
A.I.2.6.3.2 Abweichungen bei zuvor freiwillig oder privat krankenversicherten Arbeitnehmern ... 21
A.I.2.7 Mitgliedschaft ... 22
A.I.2.7.1 Beginn der Mitgliedschaft ... 22
A.I.2.7.2 Ende der Mitgliedschaft ... 22
A.I.2.7.3 Erhalt der Mitgliedschaft ... 22
A.I.2.8 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages ... 23
A.I.2.9 Rückkehr in die private Krankenversicherung ... 23
A.I.3 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Versicherungspflicht ... 24
A.I.3.1 Allgemeines ... 24
A.I.3.2 Versicherungsfreiheit bei Eintritt des Versicherungspflichttatbestandes nach Vollendung des 55. Lebensjahres ... 24
A.I.3.3 Befreiung von der Krankenversicherungspflicht ... 25
A.I.3.3.1 Allgemeines ... 25
A.I.3.3.2 Voraussetzungen für die Befreiung ... 25
A.I.3.3.3 Zuständige Krankenkasse ... 26
A.I.3.3.4 Wirkung der Befreiung ... 27
A.I.3.3.5 Bescheid über die Befreiung ... 29
A.I.4 Übergang zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ... 29

A.I.5 Obligatorische Anschlussversicherung nach dem Ende der Versicherungspflicht ... 29

A.II Pflegeversicherung ... 31

A.II.1 Rechtsgrundlagen ... 31
A.II.2 Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung ... 32
A.II.2.1 Allgemeines ... 32
A.II.2.2 Keine Auswirkungen einer Befreiung nach § 22 SGB XI auf den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI ... 33
A.II.2.3 Anderweitige Pflegeversicherungspflicht ... 33
A.II.2.4 Mitgliedschaft ... 34
A.II.2.5 Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages ... 34
A.II.2.6 Rückkehr in die private Pflegeversicherung ... 34
A.II.2.7 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Versicherungspflicht ... 35
A.II.2.8 Wechsel zur alleinigen Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI oder zur Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI ... 35
A.II.2.9 Fortsetzung des Versicherungsschutzes nach dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld ... 36

A.III Rentenversicherung ... 36

A.III.1 Rechtsgrundlagen ... 36
A.III.2 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung ... 38
A.III.2.1 Allgemeines ... 38
A.III.2.2 Vorpflichtversicherung ... 40
A.III.2.2.1 Allgemeines ... 40
A.III.2.2.2 Vorpflichtversicherung - Pflichtbeitrag und Jahreszeitraum ... 40
A.III.2.2.3 Vorpflichtversicherung - Status ... 41
A.III.2.2.4 Verlängern des Zeitraums der Vorpflichtversicherung ... 42
A.III.2.2.5 Vorpflichtversicherung bei Auslandsberührung ... 42
A.III.2.2.6 Rückwirkendes Entfallen der Vorpflichtversicherung ... 43
A.III.2.3 Beginn und Ende der Versicherungspflicht - Leistungsbezug ... 44
A.III.2.4 Nachträgliche Änderung der Rechtslage / Rückwirkende Beseitigung der Versicherungspflicht ... 44
A.III.2.4.1 Allgemeines ... 44
A.III.2.4.2 Rückwirkende Bewilligung einer Rente ... 45
A.III.2.4.3 Rückwirkende Bewilligung von Insolvenzgeld ... 46
A.III.3 Mehrfachversicherung ... 47
A.III.4 Antragspflichtversicherung ... 47
A.III.4.1 Allgemeines ... 47
A.III.4.2 Ausschluss von der Antragspflichtversicherung ... 47
A.III.4.2.1 Allgemeines ... 47
A.III.4.2.2 Allgemeine Versicherungsfreiheit bzw. Befreiung von der Versicherungspflicht ... 48

A.III.4.2.3 Begrenzte Versicherungsfreiheit bzw. Befreiung von der Versicherungspflicht ... 48
A.III.4.3 Beginn und Ende der Antragspflichtversicherung ... 49

B Zuständige Versicherungsträger ... 50

B.I Zuständigkeit der Krankenkasse ... 50

B.I.1 Rechtsgrundlagen ... 50
B.I.2 Grundsätze des Krankenkassenwahlrechts ... 55
B.I.2.1 Allgemeines ... 55
B.I.2.2 Krankenkassenwahlrecht bei Eintritt von Versicherungspflicht ... 55
B.I.2.3 Krankenkassenwahlrecht bei unverändertem Versicherungsverhältnis ... 57
B.I.2.4 Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes ... 58
B.I.3 Besonderheiten des Krankenkassenwahlrechts bei Beziehern von Arbeitslosengeld ... 58

B.II Zuständigkeit der Pflegekasse ... 60

B.II.1 Rechtsgrundlage ... 60
B.II.2 Allgemeines ... 60

B.III Rentenversicherungszuständigkeit ... 60

B.III.1 Rechtsgrundlagen ... 60
B.III.2 Zuständigkeit der allgemeinen Rentenversicherung ... 62
B.III.3 Besonderheiten bei der Durchführung der Versicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ... 62

C Beiträge ... 62

C.I Kranken- und Pflegeversicherung ... 62

C.I.1 Rechtsgrundlagen ... 62
C.I.2 Grundsätze der Beitragsberechnung ... 74
C.I.2.1 Allgemeines ... 74
C.I.2.2 Beitragspflichtige Einnahmen ... 75
C.I.2.2.1 Beitragsbemessungsgrundlage ... 75
C.I.2.2.1.1 Arbeitsentgelt/Bemessungsentgelt ... 75
C.I.2.2.1.2 Begrenzung des Bemessungsentgelts ... 76
C.I.2.2.1.3 Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze ... 76
C.I.2.2.1.4 Kalendertäglicher Betrag ... 77
C.I.2.2.2 Kürzung der Bemessungsgrundlage bei anderweitigem Einkommen ... 78
C.I.2.2.2.1 Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ... 78
C.I.2.2.2.2 Gleichzeitiger Bezug von Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen ... 79
C.I.3 Beitragssatz ... 80
C.I.3.1 Krankenversicherung ... 80

C.I.3.1.1 Allgemeine Krankenversicherung ... 80
C.I.3.1.2 Landwirtschaftliche Krankenversicherung ... 80
C.I.3.2 Pflegeversicherung ... 80
C.I.4 Tragung der Beiträge ... 81
C.I.4.1 Krankenversicherung ... 81
C.I.4.2 Pflegeversicherung ... 82
C.I.5 Berechnung der Beiträge ... 82
C.I.5.1 Allgemeines ... 82
C.I.5.2 Rückwirkende Änderung der Beitragsbemessungsgrundlagen ... 83
C.I.6 Zahlung und Abrechnung der Beiträge ... 83
C.I.6.1 Grundsatz ... 83
C.I.6.2 Verfahren ... 84
C.I.7 Nachweis der Beitragsabrechnung ... 84
C.I.7.1 Monatliche Beitragsnachweise ... 84
C.I.7.2 Prüfung der Beitragszahlung ... 85
C.I.7.3 Nachweis für den Einzelfall ... 86
C.I.7.4 Monatszusammenstellungen ... 86
C.I.7.4 Aufbewahrung der Nachweise ... 87
C.I.8 Erstattung von Beiträgen ... 87
C.I.8.1 Erstattung von Beiträgen bei Rückforderung der Leistung ... 87
C.I.8.1.1 § 335 Absatz 1 Satz 1 SGB III ... 87
C.I.8.1.2 § 335 Absatz 1 Satz 2 SGB III ... 87
C.I.8.1.3 § 335 Absatz 1 Satz 3 SGB III ... 88
C.I.8.1.4 Sonstiges zu § 335 Absatz 1 SGB III ... 89
C.I.8.1.5 Verfahrensabsprache ... 89
C.I.8.2 Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld ... 90
C.I.8.3 Ersatzpflicht des Arbeitgebers für Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld bei fortbestehendem Arbeitsentgeltanspruch ... 91
C.I.8.4 Konkurrierende Erstattungsansprüche der Bundesagentur für Arbeit bei Gleichwohlgewährung im Insolvenzgeldzeitraum ... 95
C.I.8.4.1 Allgemeines ... 95
C.I.8.4.2 Vorrangigkeit des Beitragsanspruchs nach § 175 SGB III ... 96
C.I.8.4.3 Absetzung der Beiträge aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld ... 96
C.I.8.4.4 Zusammentreffen von Insolvenzgeld und Ansprüchen auf Urlaubsabgeltung ... 96
C.I.8.4.5 Mitteilungen der Agentur für Arbeit ... 97
C.I.8.5 Erstattung von Beiträgen bei Fehlversicherung ... 97
C.I.9 Beiträge an ein privates Krankenversicherungsunternehmen ... 98

C.II Rentenversicherung ... 99

C.II.1 Rechtsgrundlagen ... 99
C.II.2 Grundsätze der Beitragsberechnung ... 103
C.II.2.1 Allgemeines ... 103

C.II.2.2 Beitragspflichtige Einnahmen ... 103
C.II.2.2.1 Beitragsbemessungsgrundlage ... 103
C.II.2.2.1.1 Arbeitsentgelt/Bemessungsentgelt ... 103
C.II.2.2.1.2 Begrenzung des Bemessungsentgelts ... 104
C.II.2.2.1.3 Beitragsbemessungsgrenze ... 104
C.II.2.2.1.4 Kalendertäglicher Betrag ... 105
C.II.2.2.2 Kürzung der Bemessungsgrundlage bei anderweitigem Einkommen ... 106
C.II.2.2.2.1 Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ... 106
C.II.2.3 Beitragssatz ... 107
C.II.3 Tragung der Beiträge ... 108
C.II.4 Berechnung der Beiträge ... 108
C.II.5 Zahlung und Abrechnung der Beiträge ... 108
C.II.6 Beitragserstattungen ... 109
C.II.6.1 Gemeinsame Grundsätze ... 109
C.II.6.2 Ersatzpflicht des Arbeitgebers für Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld bei fortbestehendem Arbeitsentgeltanspruch ... 109
C.II.6.3 Konkurrierende Erstattungsansprüche der Bundesagentur für Arbeit bei Gleichwohlgewährung im Insolvenzgeldzeitraum ... 113
C.II.6.3.1 Allgemeines ... 113
C.II.6.3.2 Vorrangigkeit des Beitragsanspruchs nach § 175 SGB III ... 113
C.II.6.3.3 Absetzung der Beiträge aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld ... 114
C.II.7 Monatszusammenstellungen ... 114
C.II.8 Übernahme von Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht ... 114

D Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Rentenversicherung ... 115

D.I Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung ... 115
D.I.1 Rechtsgrundlagen ... 115
D.I.2 Allgemeines ... 116

D.II Meldungen zur Rentenversicherung ... 117
D.II.1 Rechtsgrundlagen ... 117
D.II.2 Allgemeines ... 119

A Versicherter Personenkreis

A.I Krankenversicherung

A.I.1 Rechtsgrundlagen

§ 5 SGB V
Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. ...

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. bis 12. ...

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

    a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

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

(2) bis (8a) ...

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zustande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf

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

(10) (nicht belegt)

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

§ 6 SGB V
Versicherungsfreiheit

(1) bis (3) ...

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

(4) bis (7) ...

§ 8 SGB V

Befreiung von der Versicherungspflicht

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

1. ...

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

2. bis 7. ...

Das Recht auf Befreiung setzt nicht voraus, dass der Antragsteller erstmals versicherungspflichtig wird.

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Die Befreiung wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

(3) …

§ 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 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches zu Unrecht bezogen wurde, werden nicht berücksichtigt,

2. bis 8. ...

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

(2) und (3) ...

§ 186 SGB V
Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(1) und (2) ...

(2a) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches 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 (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) …

§ 188 SGB V
Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

(1) bis (3) …

(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 Absatz 2 besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird. …

§ 190 SGB V
Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

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

(2) bis (11a) ...

(12) Die Mitgliedschaft der Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches und von 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 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,

§ 20 KVLG 1989
Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Absatz 1 Nummer 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) …

A.I.2 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

A.I.2.1 Allgemeines

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind Personen in der Zeit krankenversicherungspflichtig, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ruht

- wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder
- wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III).

Folgende Leistungen lösen die Versicherungspflicht aus:

- Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit (§ 136 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 137 SGB III) und

- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 i. V. m. § 144 SGB III).

Versicherungspflicht tritt aufgrund von Gleichstellungsregelungen auch ein für Bezieher von

- Teilarbeitslosengeld (§ 162 Abs. 2 SGB III),
- Arbeitslosenbeihilfe für ehemalige Soldaten auf Zeit (§ 86a Abs. 1 Soldatenversorgungsgesetz - SVG),
- Arbeitslosengeld für ehemalige Entwicklungshelfer (§ 13 Abs. 1 Entwicklungshelfer-Gesetz - EhfG),
- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung politisch Verfolgter (§ 6 Berufliches Rehabilitierungsgesetz - BerRehaG).

Der Bezug von

- Ausbildungsgeld,
- Ausbildungszuschüssen,
- Eingliederungszuschüssen,
- Berufsausbildungsbeihilfe und
- eines Gründungszuschusses

führt dagegen nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Sofern aus Sonderprogrammen zur Förderung der Beschäftigung (z. B. Europäischer Sozialfonds – ESF) einzelnen Personen Geldleistungen gewährt werden, wird damit keine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V begründet.

A.I.2.2 Leistungsbezug

Das Entstehen, der Fortbestand und das Ende der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V werden von dem Bezug der Leistung bestimmt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 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 (vgl. A.I.2.4).

Unter Bezug (der Leistung) ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – BSG -

(vgl. u. a. Urteile vom 14.04.1983 - 8 RK 14/82 -, USK 8378, vom 21.09.1983 - 8 RK 24/82 -, USK 8398, und vom 15.11.1984 - 3 RK 21/83 -, USK 84174) zu verstehen, dass die Leistung tatsächlich gezahlt wird, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob ein Rechtsanspruch auf die Leistungen besteht. Die nach § 146 SGB III für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit oder für die Zeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes fortgezahlten Leistungen haben die gleiche Rechtswirkung.

Für Zeiten, für die der Anspruch auf die Leistung in vollem Umfang ruht (§§ 156 ff. SGB III, Ausnahmen: § 159 SGB III - Ruhen bei Sperrzeit - und § 157 Abs. 2 SGB III - Ruhen bei Anspruch auf Urlaubsabgeltung) oder versagt wird (§ 66 SGB I), besteht keine Versicherungspflicht. Personen, die ohne Leistungsbezug arbeitsuchend gemeldet sind, erfüllen die Voraussetzungen für die Krankenversicherungspflicht nicht (vgl. Urteile des BSG vom 26.03.1996 - 12 RK 5/95 -, USK 9607, und vom 13.08.1996 - 12 RK 15/96 -, USK 9633). Für diese Personen kann ein Anspruch auf Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II in Frage kommen, dessen Bezug grundsätzlich Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V auslöst.

Wird die Leistung nur gekürzt oder lediglich teilweise versagt, tritt dennoch Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ein. Im Übrigen spielt es keine Rolle, ob die Leistung an den Anspruchsberechtigten selbst oder an Dritte gezahlt wird.

A.I.2.3 Sperrzeit-Krankenversicherung

In den Fällen, in denen Arbeitslosengeld nur deshalb nicht bezogen wird, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit nach § 159 SGB III oder einer Urlaubsabgeltung nach § 157 Abs. 2 SGB III ruht, wird der unmittelbare Zusammenhang von Leistungsbezug und Versicherungspflicht durchbrochen. Für diese Zeiträume ist in § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ausdrücklich Versicherungspflicht vorgesehen. Die Versicherungspflicht beginnt jedoch frühestens mit dem Tag, an dem Arbeitslosengeld allein aufgrund des Ruhens wegen einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung nicht bezogen wird. Dies bedeutet, dass die übrigen Anspruchsvoraussetzungen (§§ 136 ff. SGB III) sowie insbesondere der Antrag auf Arbeitslosengeld nach § 323 Abs. 1 Satz 2 SGB III vorliegen müssen.

Die Prämisse, dass Versicherungspflicht bei einem Ruhen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung grundsätzlich nur dann besteht, wenn diese Ruhenstatbestände allein vorliegen, bedeutet jedoch auch, dass es bei einem gleichzeitigen Ruhen des Anspruchs auf Arbeitslosengeld wegen anderer Sozialleistungen (§ 156 SGB III), Arbeits-

entgelt (§ 157 Abs. 1 SGB III) oder einer Entlassungsentschädigung (§ 158 SGB III) nicht zur Versicherungspflicht kommt.

A.I.2.4 Rückforderung gewährter Leistungen

Eine Rückforderung oder Rückzahlung der Leistung hat gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V keine Aufhebung der Krankenversicherungspflicht zur Folge; dies gilt ohne Rücksicht darauf, welche Umstände zu dem unrechtmäßigen Leistungsbezug geführt haben. Damit wird die in jedem Zeitpunkt notwendige Klarheit über den Bestand des Versicherungsschutzes sichergestellt.

Hat allerdings während des Rückforderungszeitraums ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis (in Frage kommt nur eine Pflichtversicherung, insbesondere aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses) bestanden, bestimmt § 335 Abs. 1 Satz 2 letzter Satzteil SGB III ausdrücklich, dass die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nicht bestehen bleibt. Der BA sind dann die für den Rückforderungszeitraum entrichteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu erstatten (Näheres unter C.I.8.1), da der GKV bereits Beiträge, nämlich aus dem anderen Versicherungsverhältnis, zufließen.

Ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis, das u. U. zu einer rückwirkenden Auflösung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V führen würde, liegt nicht vor, wenn die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit einer Familienversicherung, einer freiwilligen Krankenversicherung oder einer Auffang-Versicherungspflicht zusammengetroffen ist (vgl. Urteile des BSG vom 05.02.1998 - B 11 AL 69/97 R - USK 98142 und vom 10.08.2000 - B 11 AL 119/98 R - USK 2000-44). Die Begründung einer derartigen Krankenversicherung steht von vornherein nicht im Einklang mit den jeweils maßgeblichen versicherungsrechtlichen Vorschriften (z. B. § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Aus diesem Grund gilt auch eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen nicht als anderweitiges Versicherungsverhältnis.

A.I.2.5 Auslandsbezug

Die Bezieher von Arbeitslosengeld unterliegen grundsätzlich dann dem deutschen Sozialversicherungsrecht, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (§ 3 Nr. 2 SGB IV). Abweichende Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts sind jedoch vorrangig (§ 6 SGB IV). Im Folgenden wird auf typische grenzüberschreitende Sachverhalte des Bezugs von Arbeitslosengeld eingegangen.

A.I.2.5.1 Arbeitsuche im Ausland

Personen, die Anspruch auf Leistungen bei Arbeitslosigkeit haben und sich zur Arbeitsuche in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), einen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in die Schweiz begeben, behalten nach Artikel 64 der Verordnung (EG) 883/04 den Anspruch auf Geldleistungen bei Arbeitslosigkeit bis zu sechs Monate („Export der Leistung“). Die Agentur für Arbeit stellt der leistungsberechtigten Person das Dokument PD U2 aus. Nachdem sich die Person (grundsätzlich unter Vorlage dieses Dokumentes) beim ausländischen Träger als Arbeitsuchender gemeldet und der ausländische Träger die Agentur für Arbeit über die Meldung informiert hat, bewilligt die Agentur für Arbeit den Arbeitslosengeldanspruch ggf. mit einer Rückwirkung von bis zu sieben Tagen. Während der Arbeitsuche kommt für Personen, die weiterhin ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, nach Artikel 11 Abs. 3 Buchstabe e VO (EG) 883/04 oder aufgrund der Beschäftigungsfiktion nach Artikel 11 Abs. 2 VO (EG) 883/04 weiterhin das deutsche Sozialversicherungsrecht und mithin grundsätzlich Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zur Anwendung. Wird der Wohnsitz bzw. gewöhnliche Aufenthalt in den Staat der Arbeitsuche verlegt, gilt aufgrund der Beschäftigungsfiktion nach Artikel 11 Abs. 2 VO (EG) 883/04 ebenfalls weiterhin das deutsche Sozialversicherungsrecht. Für ehemalige Grenzgänger können hingegen abweichende Besonderheiten gelten. In Bezug auf das Vereinigte Königreich gelten diese Ausführungen nur noch für die Fälle, die von Artikel 30 des Austrittsabkommens zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich (auch über das Ende des Übergangszeitraums am 31.12.2020 hinaus) erfasst sind und für die somit noch Artikel 64 VO (EG) 883/04 Anwendung findet. Das Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich sieht hingegen einen Export von Leistungen bei Arbeitslosigkeit nicht vor.

A.I.2.5.2 Arbeitslosengeld und Teilzeitbeschäftigung im Ausland

Personen, die Arbeitslosengeld beziehen, werden nach Artikel 11 Abs. 2 VO (EG) 883/04 grundsätzlich so gestellt, als würden sie die Beschäftigung, die Grundlage für den Arbeitslosengeldbezug ist, weiterhin ausüben. Sofern sie das Arbeitslosengeld aufgrund einer zuvor in Deutschland ausgeübten Beschäftigung beziehen, ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt weiterhin in Deutschland haben und eine Teilzeitbeschäftigung in einem anderen Mitgliedstaat der EU, in einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in der Schweiz ausüben, findet gemäß Artikel 13 Abs. 1 Buchstabe a VO (EG) 883/04 - weiterhin - das deutsche Sozialversi-

cherungsrecht Anwendung, sodass dann aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V besteht[1]. Lediglich in einigen wenigen Sonderfällen – beispielsweise, wenn der Arbeitslosengeldbezug aus einer in einem anderen Staat ausgeübten Beschäftigung resultiert - kann eine Normenkollision hinsichtlich des anzuwendenden Sozialversicherungsrechts eintreten. Um dies zu vermeiden, sieht die Empfehlung Nr. U1 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit der EU vom 12.06.2009 vor, dass zwischen den zuständigen Behörden der betreffenden Mitgliedstaaten bzw. der von diesen bezeichneten Einrichtungen Vereinbarungen nach Artikel 16 Abs. 1 VO (EG) 883/04 geschlossen werden, damit insgesamt die Rechtsvorschriften des Wohnstaats gelten. Im Rahmen des Handels- und Kooperationsabkommens zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich besteht diese Möglichkeit hingegen nicht.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Ausland ist die Vorlage der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) erforderlich.

A.I.2.5.3 Verlegung des Wohnsitzes ins grenznahe Ausland

Verzieht eine Person, die während ihrer Beschäftigung und Versicherung im Inland noch keinen Auslandswohnsitz hatte, erst nach Beendigung der Beschäftigung in das grenznahe Ausland und stellt nicht rechtzeitig einen Antrag auf Export der Leistungen bei Arbeitslosigkeit nach Artikel 64 VO (EG) 883/04, sieht die VO (EG) 883/04 in der Regel keine Zuständigkeitszuordnung vor. Sie kann jedoch grundsätzlich nach innerstaatlichem Recht (weiterhin) Arbeitslosengeld beziehen, sofern sie lediglich grenznah verzieht (BSG-Urteil vom 7.10.2009 - B 11 AL 25/08 R -). In diesem Fall besteht ungeachtet der Verlegung des Wohnsitzes nach Beendigung der Beschäftigung in einen anderen Mitgliedstaat der EU, in einen Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in die Schweiz für die Person (weiterhin) Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, da nun wiederum aufgrund des Leistungsbezugs die Beschäftigungsfiktion gemäß Artikel 11 Abs. 2 VO (EG) 883/04 greift. Entsprechend unterliegt die Person unter Beachtung von Artikel 11 Abs. 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 den deutschen Rechtsvorschriften. Die Krankenkasse stellt in diesen Fällen den Vordruck S1 aus.

[1] Für Sachverhalte mit Bezug zum Vereinigten Königreich, die unter das Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich fallen, gilt dies aufgrund entsprechender Bestimmungen in gleicher Weise.

A.I.2.6 Versicherungskonkurrenzen

A.I.2.6.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht als Leistungsbezieher wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass bereits aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V besteht. Insoweit kommt - insbesondere bei Bezug von Teilarbeitslosengeld - eine Mehrfachversicherung in Betracht. Das gilt auch beim gleichzeitigen Bezug von Arbeitslosengeld und Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II.

Dagegen ist die Krankenversicherungspflicht der Leistungsbezieher nach ausdrücklicher gesetzlicher Regelung vorrangig gegenüber der

- Krankenversicherung der Studenten und Praktikanten nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V (§ 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V),
- Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 bis 12 SGB V (vgl. § 5 Abs. 8 Satz 1 SGB V),
- Pflichtmitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V (vgl. § 189 Abs. 1 Satz 2 SGB V)
- Krankenversicherung der Landwirte (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 1 KVLG 1989) und der
- Krankenversicherung der Künstler und Publizisten (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 KSVG).

Eine zuvor bestehende freiwillige Krankenversicherung bzw. Mitgliedschaft endet nach § 191 Nr. 2 SGB V mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft, mithin u. a. mit dem Beginn der Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld. Dies gilt auch für eine zuvor bestehende Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V).

A.I.2.6.2 Versicherungskonkurrenz bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Für das Konkurrenzverhältnis der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V sehen die versicherungsrechtlichen Vorschriften des SGB V keine Regelung vor. Es wird davon ausgegangen, dass vom Gesetzgeber in all diesen Fällen wie in der Rentenversicherung (vergleiche § 3 Satz 5 SGB VI) eine mehrfache Versicherungspflicht und Beitragszahlung nicht gewollt ist.

Während einer Maßnahme zur Eignungsfeststellung und Arbeitserprobung (zum Beispiel DIA AM - Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit - nach § 112 Abs. 2 SGB III i. V. m. § 49 Abs. 4 SGB IX) kann Arbeitslosengeld zum Lebensunterhalt weitergezahlt werden. Es wird für sachgerecht erachtet, wenn in diesen Fällen der Überschneidung von Versicherungspflichttatbeständen - in Anlehnung an die Rentenversicherung - die Versicherungspflicht vorgeht, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind (Günstigkeitsprinzip). Bei gleich hohen Beiträgen wird der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V der Vorrang eingeräumt.

Andererseits kann es sich um Fälle handeln, bei denen mit Beginn der Maßnahme ein Übergang von Arbeitslosengeld zu Übergangsgeld (Kostenträger: Bundesagentur für Arbeit oder ein Rentenversicherungsträger) stattfinden soll, über den Beginn der Maßnahme hinaus jedoch noch temporär Arbeitslosengeld bezogen wird. Hierfür ordnet § 335 Abs. 2 SGB III eine Erstattung der Beiträge aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom Rehabilitationsträger an die Bundesagentur für Arbeit an. Die Erstattungsregelung unterstellt bereits hinreichend deutlich, dass für den Zeitraum der Gewährung von Arbeitslosengeld ausschließlich Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V besteht.

A.I.2.6.3 Versicherungskonkurrenz bei der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld

A.I.2.6.3.1 Allgemeines

In den Fällen der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld nach § 157 Abs. 3 SGB III ergeben sich folgende Auswirkungen auf die Versicherungsverhältnisse, wenn später, z. B. durch arbeitsgerichtlichen Vergleich, festgestellt wird, dass das Arbeitsverhältnis fortbestanden und der Leistungsbezieher noch Arbeitsentgelt zu erhalten hat:

In Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld ab 01.01.2026, für die der Arbeitgeber der Bundesagentur für Arbeit die Beiträge in Anwendung der Regelung des § 335 Abs. 3 SGB III zu ersetzen hat, bleibt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V neben der wiederauflebenden Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bestehen.

In einer Übergangsphase bis 31.12.2025 fordert die Bundesagentur für Arbeit hingegen - abweichend von § 335 Abs. 3 SGB III - die aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld entrichteten Beiträge gegenüber dem Gesundheitsfonds bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse in bestimmten Sachverhalten im Wege der Aufrechnung zurück (vgl. C.I.8.3). Für die praktische Abwicklung der Beiträge und Meldungen durch die Bundesagentur für Arbeit wird davon ausgegangen, dass

die Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeldbezugs nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V durch die wiederauflebende Versicherungspflicht aufgrund der Beschäftigung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V rückwirkend beseitigt wird. Näheres hinsichtlich des Beitrags- und Meldeverfahrens ergibt sich aus C.I.8.3.

Erhält der Arbeitnehmer rückwirkend Insolvenzgeld und wurde in dem Bewilligungszeitraum des Insolvenzgeldes bereits Arbeitslosengeld im Rahmen der Gleichwohlgewährung nach § 157 Abs. 3 SGB III gezahlt, wird für die praktische Abwicklung der Beiträge und Meldungen durch die Bundesagentur für Arbeit ebenfalls davon ausgegangen, dass die Versicherungspflicht aufgrund des Arbeitslosengeldbezugs nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V entfällt. An die Stelle der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aufgrund des für den Insolvenzzeitraum fortbestehenden Beschäftigungsverhältnisses. Näheres hinsichtlich des Beitrags- und Meldeverfahrens ergibt sich aus C.I.8.4.

A.I.2.6.3.2 Abweichungen bei zuvor freiwillig oder privat krankenversicherten Arbeitnehmern

War die Person, die Arbeitslosengeld im Rahmen der Gleichwohlgewährung bezieht, vor diesem Leistungsbezug als Beschäftigter freiwillig krankenversichert, wird die freiwillige Krankenversicherung bei Rückabwicklung der Gleichwohlgewährung nach Maßgabe des BSG-Urteils vom 25.09.1981 - 12 RK 58/80 -, USK 81268, wieder voll wirksam, sobald das Ende des Arbeitsverhältnisses feststeht. Die zwischenzeitlich bestandene Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wird dann aufgehoben. Nur so kann die Krankenkasse die rechtmäßigen Beiträge zur freiwilligen Versicherung aus dem Arbeitsentgelt gegenüber dem Mitglied erheben sowie das Mitglied seinen Anspruch auf den Zuschuss nach § 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V gegenüber dem Arbeitgeber realisieren. In diesen Fällen wird der allgemeine Vorrang der Versicherungspflicht vor der freiwilligen Versicherung durchbrochen und umgekehrt. Im Fokus stehen hierbei die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfreien Beschäftigten. Einbezogen werden in diese Regelung jedoch auch andere freiwillig krankenversicherte Beschäftigte mit Anspruch auf Arbeitslosengeld wie z. B. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige mit einer Nebenbeschäftigung, die nach § 5 Abs. 5 SGB V von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Dieses Rechtsverständnis gilt ebenso für Beschäftigte, die von der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ausgeschlossen sind, sofern sie nicht freiwillig krankenversichert, sondern in der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versichert sind. Auch in diesen Fällen ist nach dem Grundsatz der Erhebung der vollständigen Beitragseinnahmen (nach den für freiwillig Versicherte geltenden Regelungen,

vergleiche § 227 SGB V) der Auffang-Versicherungspflicht der Vorrang einzuräumen.

Bestand vor Beginn des Bezugs von Arbeitslosengeld im Rahmen der Gleichwohlgewährung eine private Krankenversicherung und hat sich der Leistungsbezieher nicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Krankenversicherungspflicht befreien lassen, bleibt die Krankenversicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld von der Rückabwicklung der Gleichwohlgewährung unberührt. Die rückwirkend eintretende Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V schließt die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in diesen Fällen nicht aus (§ 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Zu einer Beitragspflicht aus dem neben dem Arbeitslosengeld gewährten Arbeitsentgelt kommt es, da es sich nicht um ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis handelt, nicht. Lässt sich die bisher privat versicherte Person hingegen als Bezieher von Arbeitslosengeld von der Versicherungspflicht befreien, stellt sich die Frage der Rückabwicklung eines Versicherungsverhältnisses in der gesetzlichen Krankenversicherung erst gar nicht.

Die vorstehenden Aussagen sind nicht auf die Zeit bis 31.12.2025 beschränkt. Zudem gelten sie entsprechend für das Versicherungsverhältnis in der sozialen Pflegeversicherung.

A.I.2.7 Mitgliedschaft

A.I.2.7.1 Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherten Leistungsbezieher beginnt gemäß § 186 Abs. 2a SGB V mit dem Tag (um 0.00 Uhr), von dem an die Leistung bezogen wird. Wird die Leistung für einen zurückliegenden Zeitraum zugebilligt, dann beginnt die Versicherungspflicht und damit auch die Mitgliedschaft rückwirkend.

A.I.2.7.2 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.

A.I.2.7.3 Erhalt der Mitgliedschaft

Sofern im Anschluss an den Leistungsbezug, der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zur Folge hatte, Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Elterngeld 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 Bezieher von Arbeitslosengeld wegen des fehlenden Arbeitsverhältnisses als Grundlage für den Anspruch auf Elternzeit nicht zum Tragen (Urteil des BSG vom 17.06.1999 - B 12 KR 22/98 R - USK 9923). 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 bei Unterbrechung des Leistungsbezugs (z. B. während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts) in entsprechender Anwendung von § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV nicht in Betracht; diese Vorschrift findet ausschließlich auf krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer Anwendung. Die Mitgliedschaft endet vielmehr mit der Unterbrechung des Leistungsbezugs (Urteil des BSG vom 06.02.1991 - 1/3 RK 3/90 - USK 9117). Auch ein Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 2 SGB V während einer Schwangerschaft scheidet für Leistungsbezieher aus, da diese in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen.

Bei der Teilnahme an einem Wehrdienst oder an Wehrdienstleistungen bleibt die Mitgliedschaft der Leistungsbezieher gemäß § 193 Abs. 2 und 4 SGB V erhalten.

A.I.2.8 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrages

Leistungsbezieher, für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V eintritt und die bisher in der privaten Krankenversicherung versichert sind, können ihren privaten Versicherungsvertrag nach § 205 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht 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. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist.

Dieses Recht auf vorzeitige Kündigung des privaten Versicherungsvertrages steht auch den Angehörigen von Leistungsbeziehern zu, für die eine Familienversicherung nach § 10 SGB V eintritt.

A.I.2.9 Rückkehr in die private Krankenversicherung

Die Regelung des § 5 Abs. 9 SGB V verpflichtet die privaten Krankenversicherungsunternehmen

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

Dieses Rückkehrrecht in die PKV besteht weiterhin ungeachtet dessen, dass die Fortsetzung der Versicherung in der GKV in Form einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V (seit 01.08.2013) die Erfüllung einer Vorversicherungszeit nicht voraussetzt. Der hier in Rede stehende Personenkreis kann sich also zwischen einer Fortsetzung der Versicherung in der GKV und der Rückkehr in die PKV entscheiden.

A.I.3 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Versicherungspflicht

A.I.3.1 Allgemeines

Für die in § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personenkreise besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherungsfreiheit. Die Versicherungsfreiheit nach Abs. 1 strahlt nach § 6 Abs. 3 SGB V auf die Versicherungspflichttatbestände des § 5 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 5 bis 13 SGB V aus („absolute Versicherungsfreiheit“). Die Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V ist davon nicht erfasst. Eine Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3 SGB V kommt daher für Bezieher von Arbeitslosengeld nicht in Frage.

Versicherungsfreiheit kann für Bezieher von Arbeitslosengeld jedoch dann in Betracht kommen, wenn die Versicherungspflicht nach Vollendung des 55. Lebensjahres eintritt. Näheres dazu wird im folgenden Abschnitt erläutert.

A.I.3.2 Versicherungsfreiheit bei Eintritt des Versicherungspflichttatbestandes nach Vollendung des 55. Lebensjahres

Für Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, ist der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 3a SGB V verwehrt, wenn sie zuvor

keinen ausreichenden Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung hatten. Sie sind kraft Gesetzes versicherungsfrei, wenn in den letzten fünf Jahren vor Beginn der Versicherungspflicht zu keinem Zeitpunkt eine gesetzliche Krankenversicherung (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) bestand. Weitere Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit ist, dass sie in diesem Fünfjahreszeitraum mindestens die Hälfte dieser Zeit (also insgesamt mindestens zwei Jahre und sechs Monate, in einem oder in mehreren Zeiträumen) versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder wegen einer hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig gewesen sind. Bezieher von Arbeitslosengeld, die zum Beginn des Leistungsbezugs das 55. Lebensjahr vollendet haben und die vorgenannten weiteren Voraussetzungen des § 6 Abs. 3a SGB V erfüllen, werden nicht versicherungspflichtig.

Ein Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung kommt im Fall der Versicherungsfreiheit nicht in Betracht. Die dafür nach § 9 SGB V vorgesehenen Voraussetzungen sind dann nicht erfüllt.

A.I.3.3 Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

A.I.3.3.1 Allgemeines

Bezieher von Arbeitslosengeld können sich auf Antrag gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der eintretenden Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V befreien lassen. Das Befreiungsrecht steht auch den aufgrund besonderer Gleichstellungsvorschriften in die Krankenversicherung einbezogenen Leistungsbeziehern (vgl. A.I.2.1) zu.

A.I.3.3.2 Voraussetzungen für die Befreiung

Die Befreiung setzt nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V voraus, dass der Leistungsbezieher in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war. In diesem gesamten Zeitraum darf weder eine Mitgliedschaft (Pflichtversicherung oder freiwillige Mitgliedschaft/Versicherung) noch eine Familienversicherung bestanden haben. Eine gesetzliche Krankenversicherung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in der Schweiz ist nach Artikel 5 Buchstabe b VO (EG) 883/04 einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gleichzustellen. Dies gilt nach Artikel KSS.6 des Handels- und Kooperationsabkommens zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich auch für Zeiten einer gesetzlichen Krankenversicherung im Vereinigten Königreich.

Die Befreiung ist darüber hinaus nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V davon abhängig, dass der Leistungsbezieher bei einem Krankenversicherungsunternehmen, also in der privaten Krankenversicherung, versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen stellen hierüber entsprechende Nachweise/Bescheinigungen zur Vorlage bei der Krankenkasse aus. Die allgemeine Regelung des § 8 Abs. 2 Satz 4 SGB V, wonach die Wirksamkeit der Befreiung vom Bestehen eines „anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall" abhängig ist, gilt nicht für die Befreiung bei Bezug von Arbeitslosengeld.

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

Personen, die Arbeitslosengeld beantragt haben und ihren Versicherungsschutz in der PKV aufrechterhalten möchten, können vorsorglich einen Antrag auf Befreiung von der Krankenversicherungspflicht stellen, um für den Fall einer längeren Bearbeitungsdauer bei der Agentur für Arbeit bis zur Bewilligung des Arbeitslosengeldes ein Versäumen der dreimonatigen Befreiungsfrist zu verhindern. Die Bundesagentur für Arbeit weist zukünftig in ihren Merkblättern die Antragsteller auf diese Möglichkeit hin.

A.I.3.3.3 Zuständige Krankenkasse

Der Befreiungsantrag kann an jede Krankenkasse, die nach § 173 Abs. 2 SGB V wählbar wäre, gerichtet werden. Wird der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht erst nach Beginn der Mitgliedschaft gestellt, ist die Krankenkasse für die Entscheidung über den Antrag auf Befreiung zuständig, bei der im Zeitpunkt der Antragstellung die Mitgliedschaft besteht.

A.I.3.3.4 Wirkung der Befreiung

Die Befreiung wirkt vom Beginn der Krankenversicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen (einschließlich Leistungen für nach § 10 SGB V versicherte Angehörige) in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Sie kann nicht widerrufen werden.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 8 SGB V wirkt tatbestandsbezogen zunächst auf das jeweilige Versicherungspflichtverhältnis, aufgrund dessen die Befreiung herbeigeführt worden ist (Urteil des BSG vom 25. Mai 2011 - B 12 KR 9/09 R -, USK 2011-65). Die Befreiung erzeugt ihre Wirkung so lange, wie der für die Befreiung führende Tatbestand ununterbrochen vorliegt bzw. fortbesteht und ohne die Befreiung Versicherungspflicht bewirken würde. Damit gilt die Befreiung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V für die Dauer des Leistungsbezugs nach dem SGB III, solange dieser - ohne die Befreiung - Versicherungspflicht nach sich ziehen würde. Andererseits entfaltet z. B. eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (anlässlich des Eintritts von Versicherungspflicht in einer Beschäftigung wegen Unterschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze) keine Wirkung für eine im Anschluss an die Beschäftigung eintretende Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld; vielmehr ist dann erneut eine Befreiung von der Versicherungspflicht notwendig, sofern die Person weiterhin nicht der gesetzlichen Krankenversicherung angehören möchte.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht schließt aufgrund der Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V des Weiteren den Eintritt von Versicherungspflicht aufgrund anderer zeitgleich vorliegender Tatbestände grundsätzlich aus. Die Regelung des § 6 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist allerdings hinsichtlich der Folgen für die von der Versicherungspflicht befreiten Personen in dem Sinne eingeschränkt zu verstehen, als eine Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nur auf andere (zeitgleich vorliegende) zur Versicherungspflicht führende Tatbestände wirkt, die gegenüber dem zur Befreiung führenden Tatbestand im Sinne der Versicherungskonkurrenz nachrangig oder gleichrangig anzusehen sind. Damit schließt z. B. die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V in der Zeit des Bezuges von Teilarbeitslosengeldes die gleichrangige Versicherungspflicht als Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der neben dem Teilarbeitslosengeld ausgeübten Beschäftigung aus.

Bei einem späteren erneuten Leistungsbezug nach dem SGB III ist grundsätzlich ein neuer Antrag auf Befreiung erforderlich, sofern die betreffende Person weiterhin nicht der gesetzlichen Kranken-

versicherung angehören möchte. Aus dem vorgenannten Urteil des BSG vom 25. Mai 2011 ergeben sich jedoch für die Wirkung der Befreiung bei Unterbrechungen des Leistungsbezugs folgende weitere Schlussfolgerungen:

Eine zwischen zwei Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld ausgeübte krankenversicherungspflichtige Beschäftigung (für die ein Recht der Befreiung von der Versicherungspflicht nicht gegeben ist) verhindert von vornherein, das heißt unabhängig von der Dauer des Unterbrechungszeitraumes, eine Fortwirkung der anlässlich des ersten Arbeitslosengeldbezuges ausgesprochenen Befreiung von der Versicherungspflicht für die zweite Zeit des Leistungsbezugs. Anlässlich des zweiten Leistungsbezugs besteht dann aufgrund der zwischenzeitlichen gesetzlichen Krankenversicherung in dem relevanten Fünf-Jahreszeitraum kein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht.

Schließt sich hingegen an den zur Befreiung führenden Bezug von Arbeitslosengeld unmittelbar ein weiterer Bezugszeitraum an oder liegt zwischen den Bezugszeiten ein Unterbrechungszeitraum von nicht mehr als einen Monat und bestand während dieses Unterbrechungszeitraums keine Versicherungspflicht aufgrund eines anderen versicherungsrechtlichen Tatbestands, z. B. aufgrund einer Beschäftigung, bleibt die Befreiungswirkung erhalten („sozialversicherungsrechtlich irrelevante Unterbrechungen“). Dies hat insbesondere zur Folge, dass bei einer Unterbrechung der Arbeitslosigkeit und damit einhergehend der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V für einen Zeitraum von nicht mehr als einen Monat und zwischenzeitlicher Ausübung einer kurzfristigen, aber berufsmäßigen Beschäftigung, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze zur Krankenversicherungsfreiheit führt, die Befreiung über die Unterbrechung des Leistungsbezugs hinaus fortwirkt. In der Folge muss bei diesen Fallkonstellationen nach der Unterbrechung nicht erneut ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht gestellt werden. Andererseits besteht dann auch keine Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung hat zur Folge, dass ebenfalls keine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI besteht.

Für Personen, die von der Befreiungsmöglichkeit Gebrauch machen, übernimmt die Bundesagentur für Arbeit nach Maßgabe des § 174 SGB III den Beitrag zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. C.I.9).

A.I.3.3.5 Bescheid über die Befreiung

Die Befreiung von der Versicherungspflicht setzt einen konstitutiven Verwaltungsakt (Bescheid) der Krankenkasse voraus. Mit der Bekanntgabe gegenüber der betroffenen Person wird der Befreiungsbescheid wirksam und bleibt wirksam, solange er nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist. Mit der Wirksamkeit erlangt der Bescheid materielle Bestandskraft.

Die formelle Bestandskraft des Bescheides tritt hingegen erst ein, wenn der Verwaltungsakt unanfechtbar geworden ist. Unanfechtbarkeit ist dann gegeben, wenn der Verwaltungsakt nicht mehr mit einem Rechtsbehelf oder Rechtsmittel angefochten werden kann.

Ein wirksamer Befreiungsbescheid entfaltet ebenso Rechtswirkung für die Bundesagentur für Arbeit (insbesondere im Hinblick auf die Frage der Entrichtung von Beiträgen an die gesetzliche Krankenversicherung), und zwar auch dann, wenn er im Einzelfall dem Grunde nach rechtswidrig sein sollte. Die Bundesagentur für Arbeit ist nicht befugt, zu prüfen, ob ein Befreiungsbescheid rechtmäßig ist.

Ein Befreiungsbescheid, der rechtswidrig ist, kann als nicht begünstigender oder begünstigender Verwaltungsakt nur unter den Bedingungen der §§ 44 und 45 SGB X mit Wirkung für die Vergangenheit oder für die Zukunft zurückgenommen werden.

A.I.4 Übergang zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V

Sofern im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld und das Ende der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II erfüllt sind, tritt Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ein.

Kommt es, z. B. wegen zu berücksichtigendem Vermögen, nicht zum Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II und tritt weder eine andere Versicherungspflicht noch eine Familienversicherung ein, setzt sich die Versicherung in der Regel als obligatorische Anschlussversicherung fort (vgl. A.I.5).

A.I.5 Obligatorische Anschlussversicherung nach dem Ende der Versicherungspflicht

Für Personen, deren Versicherungspflicht in der Krankenversicherung z. B. aufgrund des Bezuges

von Arbeitslosengeld endet, setzt sich die Versicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht als freiwillige Mitgliedschaft fort („obligatorische Anschlussversicherung“), 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, z. B. in der privaten Krankenversicherung, nachweist. Zu einer obligatorischen Anschlussversicherung kommt es nicht, wenn die Versicherungspflicht endet und die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein nachwirkender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran wieder eine gesetzliche Krankenversicherung oder ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall eintritt und nachgewiesen wird. Bei der obligatorischen Anschlussversicherung handelt es sich ungeachtet der Tatsache, dass sie sich automatisch an eine beendete Pflichtversicherung anschließt, um eine freiwillige Versicherung.

Zu einer obligatorischen Anschlussversicherung kommt es zum Beispiel nicht, wenn die arbeitslose Person im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II bezieht und deshalb nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig wird.

Mit der obligatorischen Anschlussversicherung in der Krankenversicherung geht die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI in der Pflegeversicherung einher.

Sofern die Krankenkasse eine Abmeldung der Bundesagentur für Arbeit erhält und keine sich anschließende Pflichtversicherung oder Familienversicherung feststellen kann, geht sie automatisch auf die betroffene Person zu, um feststellen zu können, ob eine obligatorische Anschlussversicherung eingetreten ist und welcher Beitrag festzusetzen ist.

Eine bestimmte Mindestdauer einer Vorversicherungszeit und eine Beitrittsfrist kennt die obligatorische Anschlussversicherung, anders als die freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V, nicht. Die freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V gibt es zwar weiterhin, hat jedoch für Personen, die in Deutschland aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, regelmäßig keine Bedeutung mehr. Die obligatorische Anschlussversicherung ist insofern als vorrangig gegenüber der freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V anzusehen.

Aufgrund der obligatorischen Anschlussversicherung kommt für Personen, deren Versicherungspflicht als Bezieher von Arbeitslosengeld endet, auch die sog. Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V regelmäßig nicht in Frage. Für das Konkurrenzverhältnis dieser beiden

Versicherungen ordnet § 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V eine Vorrangigkeit der obligatorischen Anschlussversicherung an.

Die Einzelheiten zur obligatorischen Anschlussversicherung werden in den Grundsätzlichen Hinweise des GKV-Spitzenverbandes „Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V“ in der jeweils geltenden Fassung erläutert.

A.II Pflegeversicherung

A.II.1 Rechtsgrundlagen

§ 20 SGB XI
Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung
für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

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

1. ...

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. bis 11. ...

12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) …

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der

sozialen Pflegeversicherung.

(4) ...

§ 27 SGB XI
Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Personen, die nach den §§ 20 oder 21 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. 3§ 5 Absatz 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, des § 21 oder des § 21a vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20, des § 21 oder des § 21a 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 des Fünften Buches 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) ...

A.II.2 Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung

A.II.2.1 Allgemeines

Die Bezieher von Arbeitslosengeld sind nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI in der Pflegeversi-

cherung unter den gleichen Voraussetzungen wie in der Krankenversicherung versicherungspflichtig (Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“). Danach sind Personen in der Zeit pflegeversicherungspflichtig, für die sie Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ruht

- wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder
- wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III).

Die Aussagen zu den Leistungen, die die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung auslösen, unter A.I.2.1, zum Leistungsbezug unter A.I.2.2, zur „Sperrzeit-Krankenversicherung“ unter A.I.2.3 und zur Rückforderung gewährter Leistungen unter A.I.2.4 gelten für die Pflegeversicherung entsprechend.

A.II.2.2 Keine Auswirkungen einer Befreiung nach § 22 SGB XI auf den Eintritt der Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI

Personen, die in der Krankenversicherung freiwillig und daher in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind, können sich nach § 22 SGB XI auf Antrag von dieser Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 SGB XI familienversichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Diese Befreiung ist auf die Zeit beschränkt, in der dem Grunde nach eine Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI bestanden hätte. Tritt aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI ein, endet die Wirkung der Befreiung. Sie entfaltet für die Versicherungspflicht des Beziehers von Arbeitslosengeld somit keine Wirkung.

A.II.2.3 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 Kranken-

versicherungspflicht (vgl. A.I.2.6*)* gelten daher entsprechend für die Pflegeversicherung. Das bedeutet zum Beispiel, dass bei gleichzeitigem Bezug von Arbeitslosengeld und Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II sowohl Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI als auch Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI nebeneinander bestehen können.

A.II.2.4 Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Leistungsbezieher beginnt nach § 49 Abs. 1 SGB XI mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 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 Erhalt der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung (vgl. A.I.2.7.3) gelten für die Pflegeversicherung gleichermaßen, da § 49 Abs. 2 SGB XI die mitgliedschaftserhaltenden Vorschriften in der Krankenversicherung (§ 192 SGB V und § 25 KVLG 1989) für entsprechend anwendbar erklärt.

A.II.2.5 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. 2 SGB XI unterliegen. Das Recht auf vorzeitige Kündigung des privaten Versicherungsvertrages haben auch Angehörige von Leistungsbeziehern, für die eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI eintritt.

Die Regelungen für die Kündigung des privaten Pflegeversicherungsvertrages im Einzelnen ergeben sich aus § 205 Abs. 2 VVG (vgl. A.I.2.8).

A.II.2.6 Rückkehr in die private Pflegeversicherung

Die Regelung des § 5 Abs. 9 SGB V zur Rückkehr in die private Krankenversicherung (vgl. A.I.2.9) gilt nach § 27 Satz 3 SGB XI für die Rückkehr in die private Pflegeversicherung entsprechend. Die Verpflichtung zur Wiederaufnahme in die private Pflegeversicherung ohne Risikoprüfung und zu den Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben, setzt ebenfalls voraus,

dass der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat.

A.II.2.7 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Versicherungspflicht

Das Recht der Pflegeversicherung kennt keine dem § 6 Abs. 3a SGB V entsprechende Vorschrift über die Versicherungsfreiheit und auch keine zu § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V analoge Vorschrift zur Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag. Die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 3a SGB V oder eine nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V erteilte Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bewirken allerdings wegen der Grundsatzklausel in § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB XI („Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“), dass Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht eintritt.

Personen, die am 1.1.1995 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert waren, konnten sich nach Artikel 42 PflegeVG von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn der Versicherungsvertrag vor dem 23.6.1993 abgeschlossen und der Befreiungsantrag spätestens bis zum 31.3.1995 gestellt wurde. Diese Befreiung hat im Gegensatz zu einer Befreiung nach § 22 Abs. 1 SGB XI (vgl. A II 2.2) Dauerwirkung und kann selbst bei einer Veränderung in der Lebenssituation des Einzelnen nicht widerrufen werden (vgl. gemeinsames Rundschreiben vom 20.10.1994 zu den versicherungs-, melde- und beitragsrechtlichen Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes, Abschnitt F I 2.4). Sie bewirkt, dass - unabhängig von der evtl. eintretenden Krankenversicherungspflicht - Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht zustande kommt.

Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen die an das private Versicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge (vgl. C.I.9).

A.II.2.8 Wechsel zur alleinigen Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI oder zur Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 3 SGB XI

Wird im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II bezogen, tritt Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB XI ein.

Kommt es nicht zum Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II und auch nicht zur Versicherungspflicht in der Krankenversicherung aufgrund eines anderen Tatbestandes, z. B. aufgrund der Aufnahme einer Beschäftigung, wird die Versicherung in der Krankenversicherung in der

Regel als obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V fortgesetzt (vgl. A.I.5). Diese Versicherung im Status einer freiwilligen Krankenversicherung hat Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 3 SGB XI zur Folge. Bei Erfüllung der Voraussetzungen tritt vorrangig die beitragsfreie Familienversicherung nach § 25 SGB XI z. B. beim Ehegatten oder einem Elternteil ein.

A.II.2.9 Fortsetzung des Versicherungsschutzes nach dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld

Tritt nach dem Ende des Bezugs von Arbeitslosengeld in der Pflegeversicherung weder Versicherungspflicht nach § 20 SGB XI noch eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI ein, hat der ehemalige Leistungsbezieher die Möglichkeit, sich unter den Bedingungen des § 26 SGB XI in der Pflegeversicherung weiterzuversichern.

Sofern in diesem Fall in der Krankenversicherung die obligatorische Anschlussversicherung eintritt (vgl. A.I.5), kommt es bereits zu einer Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 3 SGB XI.

A.III Rentenversicherung

A.III.1 Rechtsgrundlagen

§ 3 SGB VI
Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. bis 2b. ...

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 des Zweiten Buches,

3a. bis 4. …

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

§ 4 SGB VI
Versicherungspflicht auf Antrag

(1) und (2) ...

(3) Auf Antrag versicherungspflichtig sind Personen, die

1. eine der in § 3 Satz 1 Nr. 3 genannten Sozialleistungen oder Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften nach § 3 Satz 1 Nr. 3a beziehen und nicht nach diesen Vorschriften versicherungspflichtig sind,

2. ...

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

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

(4) Die Versicherungspflicht beginnt

1. ...

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

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

§ 229 SGB VI
Versicherungspflicht

(1) bis (4) …

(4a) Als Zeit des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches gilt auch der Bezug von Arbeitslosengeld II bis zum 31. Dezember 2022.

(5) bis (9) …

A.III.2 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

A.III.2.1 Allgemeines

Nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI sind Personen rentenversicherungspflichtig für die Zeit, für die sie von der Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld beziehen, vorausgesetzt, dass sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt rentenversicherungspflichtig waren. Der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich seit dem 01.01.2023 um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II. Als Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld gelten in diesem Sinne nach § 229 Abs. 4a SGB VI auch bis zum 31. Dezember 2022 zurückgelegte An-

rechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II. Als Leistungen, die die Versicherungspflicht auslösen, kommen in Betracht

- das Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit (§ 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB III i. d. F. ab 01.04.2012) und
- das Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB III i. d. F. ab 01.04.2012).

Versicherungspflicht tritt aufgrund besonderer Gleichstellungsvorschriften auch ein für Bezieher von

- Teilarbeitslosengeld bei Teilarbeitslosigkeit (§ 162 SGB III i. d. F. ab 01.04.2012),
- Arbeitslosenbeihilfe für ehemalige Zeitsoldaten (§ 86a Abs. 1 SVG),
- Leistungen für ehemalige Entwicklungshelfer (§ 13 Abs. 1 EhfG),
- Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung politisch Verfolgter (§ 6 BerRehaG)

Der Bezug von

- Ausbildungsgeld
- Ausbildungszuschüssen
- Eingliederungszuschüssen
- Berufsausbildungsbeihilfe
- Gründungszuschuss

führt dagegen nicht zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

Der Bezug von Geldleistungen aus Sonderprogrammen (z. B. ESF, EFRE, SPR sowie Anpassungsbeihilfen nach Artikel 56 § 2 Montanunionsvertrag) begründen ebenfalls keine Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

Die Rentenversicherungspflicht der Leistungsbezieher erstreckt sich nach § 3 Satz 6 SGB VI auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben. Vorausgesetzt wird jedoch auch in diesen Fällen der tatsächliche Bezug von Arbeitslosengeld oder gleichgestellten Leistungen von einem innerstaatlichen Leistungsträger.

A.III.2.2 Vorpflichtversicherung

A.III.2.2.1 Allgemeines

Der Eintritt der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI setzt voraus, dass der Bezieher von Arbeitslosengeld oder einer gleichgestellten Leistung im letzten Jahr vor Beginn dieser Leistungen zuletzt rentenversicherungspflichtig war; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II. Als Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld gelten in diesem Sinne nach § 229 Abs. 4a SGB VI auch bis zum 31. Dezember 2022 zurückgelegte Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II.

Es ist auf den Zeitpunkt des Anspruchsbeginns der Leistung abzustellen und zwar auch dann, wenn der Anspruch auf die Leistung aufgrund einer Sperrzeit nach § 159 SGB III ruht. Dagegen ist bei einem Ruhen wegen Entlassungsentschädigung nach § 158 SGB III auf den tatsächlichen Beginn der Leistung abzustellen.

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

Ruht das bisher gewährte Arbeitslosengeld wegen des Bezugs einer anderen Entgeltersatzleistung, wird nach Ablauf des Ruhenszeitraums kein neues Arbeitslosengeld bezogen. Es ist weiterhin auf den erstmaligen Anspruchsbeginn abzustellen.

A.III.2.2.2 Vorpflichtversicherung - Pflichtbeitrag und Jahreszeitraum

Für die Vorversicherungspflicht kommt Versicherungspflicht nach den §§ 1 bis 4, 229, 229a SGB VI in Betracht, dazu gehört somit auch eine Antragspflichtversicherung. Ferner kann die Vorpflichtversicherung mit Pflichtbeiträgen aufgrund einer bei Beginn der Leistung bereits durchge-

führten Nachversicherung erfüllt werden. In diesem Fall müssen die Pflichtbeiträge tatsächlich gezahlt worden sein; das Vorliegen von Versicherungspflicht dem Grunde nach reicht nicht aus.

Pauschalbeiträge des Arbeitgebers nach § 172 Abs. 3 oder 3a SGB VI, die für eine versicherungsfreie oder von der Versicherungspflicht befreite geringfügige Beschäftigung gezahlt werden, begründen keine Vorversicherungspflicht. Hat der Arbeitgeber dagegen für eine versicherungspflichtige geringfügige Beschäftigung seinen pauschalen Beitragsanteil nach § 168 Abs. 1 Nr. 1b oder 1c SGB VI zu zahlen und trägt auch der Beschäftigte seinen Beitragsanteil, besteht Versicherungspflicht nach § 1 SGB VI. Nach § 26 Abs. 1 Satz 3 SGB IV gelten auch zu Unrecht entrichtete Beiträge für abhängig Beschäftigte und Vorruhestandsgeldbezieher nach Ablauf der in § 27 Abs. 2 Satz 1 SGB IV bestimmten Frist (4 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge gezahlt worden sind) als zu Recht entrichtete Pflichtbeiträge und sind daher geeignet eine Vorpflichtversicherung zu begründen.

Im letzten Jahr vor Beginn der Leistung bedeutet, dass in dem Bezug von Arbeitslosengeld oder gleichgestellten Leistungen vorangegangenen Jahr (nicht Kalenderjahr) mindestens ein Pflichtbeitrag zur Rentenversicherung gezahlt worden sein muss. Der Gesetzgeber verlangt nicht, dass unmittelbar vor dem Beginn des Leistungsbezuges Rentenversicherungspflicht bestanden hat. Das Merkmal „zuletzt versicherungspflichtig" kann demnach auch dann erfüllt sein, wenn die Versicherungspflicht (ohne anschließenden Statuswechsel – vgl. Abschnitt A.III.2.2.3) schon vor dem Leistungsbeginn - aber innerhalb des letzten Jahres - geendet hat.

Die Ermittlung des Jahreszeitraums erfolgt nach § 26 Abs. 1 Satz 3 SGB X in Verbindung mit § 188 BGB. Bei dem Jahreszeitraum handelt es sich nicht um eine Frist, weshalb § 26 Abs. 3 SGB X (Wochenend- und Feiertagsregelung) nicht anwendbar ist.

A.III.2.2.3 Vorpflichtversicherung - Status

Es reicht nicht aus, dass Versicherte im letzten Jahr vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren. Vielmehr muss die im letzten Jahr vor Beginn der Leistung liegende Versicherungspflicht auch „zuletzt“ vorgelegen haben und dementsprechend den versicherungsrechtlichen Status bis zum Beginn der Leistung bestimmt haben. Der Status wird demnach auch dann von einer zuletzt vorgelegenen Versicherungspflicht bestimmt, wenn anschließend bis zum Beginn der Leistung keine Versicherungspflicht, auch nicht lediglich dem Grunde nach, bestanden hat.

Besteht dagegen zwischen dem Ende der Versicherungspflicht und dem Beginn des Bezuges von

Arbeitslosengeld oder gleichgestellten Leistungen eine Versicherungspflicht dem Grunde nach und liegt Versicherungsfreiheit oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht vor (z. B. nach den §§ 5 Abs. 1 oder 6 SGB VI) oder wurden freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt (§ 7 SGB VI), tritt Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI nicht ein. Pflichtbeitragszeiten aufgrund der Anrechnung von Kindererziehungszeiten während einer Befreiung nach § 6 SGB VI beeinflussen den Status als von der Versicherungspflicht befreit jedoch nicht.

Maßgebend sind die tatsächlichen Verhältnisse bei Beginn des Bezuges von Arbeitslosengeld oder der gleichgestellten Leistung. Nachträglich gezahlte freiwillige Beiträge für Zeiten vor Beginn der Leistung beeinflussen den Status daher nicht.

Die Versicherungsfreiheit aufgrund von Geringfügigkeit nach § 5 Abs. 2 SGB VI in Verbindung mit § 8 oder § 8a SGB IV hat auf den versicherungsrechtlichen Status keinen Einfluss.

A.III.2.2.4 Verlängern des Zeitraums der Vorpflichtversicherung

Seit 01.01.2023 kann sich der Jahreszeitraum um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II und nach § 229 Abs. 4a SGB VI um bis 31.12.2022 zurückgelegte Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II verlängern. Voraussetzung für die Verlängerung ist, dass innerhalb des „normal“ ermittelten Jahreszeitraums Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld (§ 58 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI) oder Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II (§ 58 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI i. d. F. bis 31.12.2022) liegen. Ist das der Fall, ist der Jahreszeitraum um die Dauer dieser Zeiten zu verlängern.

Liegen in dem verlängerten Zeitraum weitere (bisher nicht berücksichtigte) Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Bürgergeld oder Anrechnungszeiten aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld II vor, verlängert sich die Rahmenfrist erneut entsprechend.

Der Verlängerungszeitraum ist taggenau zu ermitteln.

A.III.2.2.5 Vorpflichtversicherung bei Auslandsberührung

Die Voraussetzung der Vorpflichtversicherung kann ab dem jeweiligen Anwendungsbeginn der VO (EG) Nr. 883/2004 und VO (EG) Nr. 987/2009 („neues Europarecht“, anzuwenden ab 01.05.2010 für die EU-Mitgliedstaaten - Kroatien ab 01.07.2013 - beziehungsweise die Schweiz ab

01.04.2012, Island, Liechtenstein und Norwegen ab 01.06.2012) auch durch eine Pflichtversicherung nach den Rechtsvorschriften eines dieser Staaten erfüllt werden. Als berücksichtigungsfähiger Pflichtbeitrag kommt auch eine Wohnzeit im Sinne von Art. 1 Buchst. v VO (EG) Nr. 883/2004 in Betracht. Ab dem jeweiligen Anwendungsbeginn des neuen Europarechts sind auch Zeiträume der Pflichtversicherung vor dessen Anwendungsbeginn in die Prüfung mit einzubeziehen.

Eine Pflichtversicherung in allen Ländern außerhalb des Geltungsbereichs des Europarechts - einschließlich der Vertragsstaaten - führt nicht zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI. Dies gilt nicht für das Vereinigte Königreich Großbritannien und Nordirland, da sowohl nach dem Austrittsabkommen als auch nach dem Handels- und Kooperationsabkommen britische Zeiten zu berücksichtigen bzw. gleichgestellt sind.

Die nach Artikel 17 Nr. 1 Satz 1 des Melderecht- und Beitragseinzug-Einordnungsgesetzes von der Zahlung der Pflichtbeiträge befreiten Beschäftigten eines exterritorialen Arbeitgebers oder einer über- oder zwischenstaatlichen Organisation unterliegen im Falle des Bezuges von Arbeitslosengeld oder einer gleichgestellten Leistung der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, wenn im letzten Jahr vor Beginn der Leistung ein Pflichtbeitrag zur Rentenversicherung gezahlt worden ist. Der versicherungsrechtliche Status des Leistungsbeziehers wird nicht von der Befreiung nach Artikel 17 Nr. 1 des Melderecht- und Beitragseinzug-Einordnungsgesetzes bestimmt. Ist die Vorpflichtversicherung nicht erfüllt, können die Leistungsbezieher nur über einen Antrag nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI in der Rentenversicherung versichert sein.

A.III.2.2.6 Rückwirkendes Entfallen der Vorpflichtversicherung

Wird die für die Versicherungspflicht eines Entgeltersatzleistungsbezugs nach § 3 Satz. 1 Nr. 3 SGB VI erforderliche Vorpflichtversicherung dadurch rückwirkend beseitigt, dass diese Vorpflichtbeiträge beanstandet/zurückgezahlt werden, entfällt auch die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI rückwirkend.

Wird die für die Versicherungspflicht eines Entgeltersatzleistungsbezugs nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI erforderliche Vorpflichtversicherung dadurch rückwirkend beseitigt, dass im letzten Jahr zuletzt vor Beginn der Entgeltersatzleistung liegende Pflichtbeiträge nicht mehr den versicherungsrechtlichen Status vor Beginn der Entgeltersatzleistung bestimmen, entfällt die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI ebenfalls rückwirkend. Das kann zum Beispiel bei rückwirkender Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI oder nach § 231 Abs. 4b SGB VI der Fall sein.

Entgeltersatzleistungsbezieher, die nicht (mehr) nach § 3 Satz. 1 Nr. 3 SGB VI versicherungspflichtig sind, haben aber nach § 4 Abs. 3 Satz. 1 Nr. 1 SGB VI grundsätzlich die Möglichkeit, auf Antrag für die Zeit des Leistungsbezugs versicherungspflichtig zu werden, wenn Ausschlussgründe nach § 4 Abs. 3a SGB VI nicht vorliegen (vgl. Abschnitt A.III.4.2).

A.III.2.3 Beginn und Ende der Versicherungspflicht - Leistungsbezug

Der Eintritt der Versicherungspflicht ist an den Bezug einer der in A.III.2.1 genannten Entgeltersatzleistungen gebunden. Unter Bezug ist dabei grundsätzlich die tatsächliche Zahlung der Leistung zu verstehen. Für Zeiten, für die der Anspruch auf die Leistung in vollem Umfang ruht oder versagt wird (§§ 142 ff. SGB III), besteht keine Rentenversicherungspflicht. Die Versicherungspflicht endet grundsätzlich mit dem Tag, für den die Entgeltersatzleistung letztmalig gezahlt wird. Dies gilt selbst dann, wenn dieser Tag auf einen Sonntag oder gesetzlichen Feiertag oder Sonnabend fällt (§ 26 Abs. 4 SGB X).

Wurde im Einzelfall eine Leistung über den Todestag hinaus gezahlt, endet die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI dennoch aufgrund ihrer Personenbezogenheit mit dem Ablauf des Todestages. Das gilt auch dann, wenn der Leistungsträger die gezahlte Leistung nicht zurückgefordert hat.

A.III.2.4 Nachträgliche Änderung der Rechtslage / Rückwirkende Beseitigung der Versicherungspflicht

A.III.2.4.1 Allgemeines

Die Versicherungspflicht wird grundsätzlich nicht rückwirkend beseitigt, wenn die Rechtsgrundlage entfällt oder der Rechtsgrund für die Leistung rückwirkend ausgetauscht wird. Dies gilt auch für den Fall, dass die Bewilligung der Sozialleistung rückwirkend aufgehoben und die Leistung zurückgefordert und zurückgezahlt oder (auf andere Weise) erstattet wird. Dem liegt der Gedanke des Vertrauen Dürfens in den mit dem Leistungsbezug verbundenen Versicherungsschutz zu Grunde. Der Versicherungsschutz muss im jeweiligen Zeitpunkt klar erkennbar sein; rückwirkende Veränderungen sind grundsätzlich unbeachtlich (vgl. Urteil des BSG vom 15.05.1984 - 12 RK 7/83 - USK 8496). Demgemäß sind Beitragserstattungen ausgeschlossen, wenn sie auf einer nachträglichen Änderung der Rechtslage - auch mit Rückwirkung - beruhen.

Auf den oben genannten Vertrauensschutz kommt es allerdings dann nicht an, wenn mit der Aufhebung der Bewilligung und der Rückzahlung der Leistung einer nachträglich anerkannten anderweitigen Beitragspflicht Geltung verschafft wird (zum Beispiel, wenn nachträglich eine versicherungspflichtige Beschäftigung an die Stelle der Entgeltersatzleistung tritt).

Der oben genannte Vertrauensschutz ist auch dann unerheblich, wenn nachträglich Beitragsfreiheit eintritt, weil eine Vollrente wegen Alters nach Ablauf des Monats, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde, rückwirkend zugebilligt wird und somit die Versicherungspflicht aufgrund der nachträglich ab Rentenbeginn eintretenden Versicherungsfreiheit im Sinne von § 5 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB VI entfällt[2].

Auf den oben genannten Vertrauensschutz können sich Versicherte nicht berufen, wenn das Vertrauen in die mit dem Leistungsbezug verbundene rentenversicherungsrechtliche Absicherung nicht schutzwürdig ist, weil auch das Vertrauen auf den Bestand der Leistungsbewilligung keinen Schutz genießt (§ 45 Abs. 2 Satz 3, § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 und 4 SGB X). In den Fällen, in denen die Entgeltersatzleistung aus Gründen mangelnden Vertrauensschutzes nach § 45 Abs. 2 Satz 3, § 48 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB X durch den Leistungsträger zurückgefordert wird, besteht auch kein Vertrauensschutz bezüglich der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung während der zu Unrecht bezogenen Leistung. In diesen Fällen entfällt rückwirkend die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

A.III.2.4.2 Rückwirkende Bewilligung einer Rente

Bei rückwirkender Zubilligung einer Vollrente wegen Alters nach Ablauf des Monats, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde, endet die Versicherungspflicht am Tag vor Beginn der Rente, da vom Beginn des Rentenbezugs an Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB VI besteht.[3]

Dies gilt bei Bezug einer entsprechenden Rente eines anderen Anwenderstaats der VO (EG) Nr. 883/2004 (Europarecht) oder des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland im

[2] Nach Auffassung der Bundesagentur für Arbeit besteht trotz der Änderung des § 5 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB VI ab 01.01.2017 in den Fällen des Arbeitslosengeldbezuges beim Bezug einer Altersvollrente nicht erst ab dem Folgemonat des Erreichens der Regelaltersgrenze Versicherungsfreiheit, sondern (weiterhin) bereits ab Beginn der Altersvollrente vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze. Nach Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund widerspricht diese Auffassung jedoch dem Wortlaut der Regelung. Das Bayerische LSG hat die Rechtsauffassung der DRV Bund mit Urteil vom 10.11.2022 – L 14 R 622/21 - bestätigt. Gegen das Urteil wurde von der Bundesagentur für Arbeit Revision eingelegt.
[3] vgl. Fußnote zu A.III.2.4.1 Allgemeines

Rahmen der so genannten Sachverhaltsgleichstellung (Art. 5 Buchst. a VO (EG) Nr. 883/2004 bzw. Art. KSS 6 Buchst. b HKA) zwar gleichermaßen. Nach Anhang XI Deutschland Nr. 1 VO (EG) Nr. 883/2004 bzw. Anhang KSS-6 Deutschland Nr. 1 kann in diesen Fällen jedoch Versicherungspflicht beantragt werden. Dieser Antrag wird bei Beziehern einer deutschen Entgeltersatzleistung nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI grundsätzlich unterstellt, so dass im Ergebnis Versicherungspflicht besteht.

Bei rückwirkender Zubilligung einer anderen Rente aus eigener Versicherung (z. B. Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung oder Altersteilrente oder einer Altersvollrente bis zum Ende des Monats, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde) endet die Versicherungspflicht dagegen nicht rückwirkend am Tag vor Beginn der Rente, sondern frühestens mit dem Tag, für den die Entgeltersatzleistung letztmalig gezahlt wird, wenn der Anspruch auf die Sozialleistung aufgrund der Rentenzahlung (§ 156 SGB III) oder dem Wegfall der Verfügbarkeit (§ 145 SGB III) endet. Im Allgemeinen ist dies der Tag, an dem dem Leistungsträger die Mitteilung über die Bewilligung der Rente zugeht. Wird der Bescheid über die Bewilligung der Entgeltersatzleistung jedoch nicht zum frühestmöglichen, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt aufgehoben und wird die Entgeltersatzleistung daher bis zu dem Tag vor dem Aufhebungszeitpunkt fortgezahlt, besteht auch die Versicherungspflicht fort.

Der Zeitpunkt bis zu dem die Entgeltersatzleistung fortgezahlt wird, entspricht regelmäßig dem Ende des abgerechneten Erstattungsanspruchs nach den §§ 102 ff. SGB X. Die Abrechnung der Entgeltersatzleistung im Rahmen des Erstattungsanspruchs berührt die Rentenversicherungspflicht für die Vergangenheit nicht.

A.III.2.4.3 Rückwirkende Bewilligung von Insolvenzgeld

Arbeitnehmer haben nach § 165 Abs. 1 SGB III (bis 31.03.2012 § 183 Abs. 1 SGB III) Anspruch auf Insolvenzgeld (entgangenes Nettoarbeitsentgelt), wenn sie im Inland beschäftigt waren und bei einem Insolvenzereignis für die vorausgegangenen drei Monate des Arbeitsverhältnisses noch Ansprüche auf Arbeitsentgelt haben. Insolvenzgeld wird regelmäßig erst rückwirkend nach der Entscheidung über den Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens geleistet. Wurde im Bewilligungszeitraum des Insolvenzgeldes bereits Arbeitslosengeld im Rahmen der sog. Gleichwohlgewährung nach § 157 Abs. 3 SGB III (bis 31.03.2012 § 143 Abs. 3 SGB III) gezahlt, entfällt nachträglich die Versicherungspflicht des gezahlten Arbeitslosengeldes nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI. Die Versicherungspflicht des Arbeitslosengeldes entfällt, obwohl es sich bei dem Insolvenzgeld

selbst nicht um eine rentenversicherungspflichtige Leistung handelt. An die Stelle der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI aufgrund des Arbeitslosengeldes tritt Versicherungspflicht nach § 1 SGB VI aufgrund des während des Insolvenzgeldzeitraums fortbestehenden Beschäftigungsverhältnisses.

A.III.3 Mehrfachversicherung

Die Vorschrift des § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI schließt das Entstehen oder den Fortbestand von Rentenversicherungspflicht nach anderen Vorschriften – abgesehen von Fällen der Versicherungskonkurrenz nach § 3 Satz 5 SGB VI – nicht aus, so dass eine Mehrfachversicherung möglich ist. Diese kann sich z. B. bei folgenden Fallkonstellationen ergeben:

- Ausübung einer mehr als geringfügigen Beschäftigung von weniger als 15 Stunden und gleichzeitiger Bezug von Arbeitslosengeld,
- Zusammentreffen des Bezugs von Arbeitslosengeld mit der Versicherungspflicht bei nicht erwerbsmäßiger Pflege nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI,
- Zusammentreffen des Bezuges von Arbeitslosengeld mit der Versicherungspflicht wegen Kindererziehung nach § 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI.

A.III.4 Antragspflichtversicherung

A.III.4.1 Allgemeines

Personen, die Arbeitslosengeld oder eine gleichgestellte Leistung beziehen, aber die Vorpflichtversicherung nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI nicht erfüllen, können in der gesetzlichen Rentenversicherung auf Antrag nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI versicherungspflichtig werden.

Eine Antragspflichtversicherung kommt nicht in Betracht für Zeiträume, in denen die Leistung versagt wird oder zum Ruhen kommt.

A.III.4.2 Ausschluss von der Antragspflichtversicherung

A.III.4.2.1 Allgemeines

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

nach § 4 Abs. 3 SGB VI ist dementsprechend nicht möglich für Personen, die

a) in jeder Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind,

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

A.III.4.2.2 Allgemeine Versicherungsfreiheit bzw. Befreiung von der Versicherungspflicht

Bezieht sich die Versicherungsfreiheit beziehungsweise Befreiung von der Versicherungspflicht auf jede Beschäftigung oder Tätigkeit, ist die Möglichkeit der Versicherungspflicht auf Antrag nach § 4 Abs. 3 SGB VI generell ausgeschlossen.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht muss aber tatsächlich ausgesprochen sein. Für den Ausschluss genügt es nicht, wenn lediglich die Voraussetzungen für eine Befreiung vorliegen.

Hierzu können bei Eintritt von Arbeitslosigkeit nach aktueller Rechtslage allein noch Selbständige im Beitrittsgebiet gehören, die am 31.12.1991 aufgrund eines Versicherungsvertrages nach § 20 SVG von der Versicherungspflicht befreit waren und bis heute nach § 231a SGB VI weiterhin in jeder Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit von der Versicherungspflicht befreit bleiben.

A.III.4.2.3 Begrenzte Versicherungsfreiheit bzw. Befreiung von der Versicherungspflicht

Ist die Versicherungsfreiheit beziehungsweise Befreiung von der Versicherungspflicht auf die jeweils ausgeübte Beschäftigung oder Tätigkeit beschränkt, schließt das die Möglichkeit der Versicherungspflicht auf Antrag nach § 4 Abs. 3 SGB VI nur dann aus, wenn diese auf

- der Zugehörigkeit zu einem anderweitigen Alterssicherungssystem oder
- der Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI)

beruht **und** die Zeit des Bezugs der jeweiligen Sozialleistung in dem anderweitigen Alterssicherungssystem abgesichert ist oder abgesichert werden kann.

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht muss aber tatsächlich ausgesprochen sein. Für den Ausschluss genügt es nicht, wenn lediglich die Voraussetzungen für eine Befreiung vorliegen.

Hierzu können bei Eintritt von Arbeitslosigkeit nach aktueller Rechtslage allein noch Mitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung gehören, die vor dem Leistungsbezug zuletzt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI von der Versicherungspflicht befreit waren.

Bei den im Rahmen von § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreiten Mitgliedern einer berufsständischen Versorgungseinrichtung ist die nach § 4 Abs. 3a SGB VI geforderte Absicherung beziehungsweise Absicherungsmöglichkeit regelmäßig dadurch gewährleistet, dass die Satzungen dieser Versorgungswerke bei einem Sozialleistungsbezug entweder die weitere Zahlung von Pflichtabgaben oder die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung vorsehen. Ist die Versicherungspflicht auf Antrag nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI aufgrund des Absatzes 3a in der Rentenversicherung ausgeschlossen, haben befreite Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen – an Stelle der Beitragszahlung zur Rentenversicherung – unter Umständen Anspruch auf Beitragszahlung zur berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 173 SGB III (vgl. C.II.8).

A.III.4.3 Beginn und Ende der Antragspflichtversicherung

Nach § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB VI beginnt die Antragspflichtversicherung bei Beziehern von Arbeitslosengeld oder gleichgestellten Leistungen mit dem Beginn der Leistung. Voraussetzung hierfür ist, dass der Antrag innerhalb von drei Monaten danach gestellt wird. Bei einer späteren Antragstellung beginnt die Antragspflichtversicherung mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt. Den Beginn und das Ende der Leistung bestimmt der Leistungsträger.

Über den Antrag auf Versicherungspflicht entscheidet zwar grundsätzlich der zuständige Rentenversicherungsträger und nicht der Leistungsträger. Der Eingang des Antrags beim Leistungsträger steht dem Eingang beim Rentenversicherungsträger aber gleich. Die Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit haben zur Verwaltungsvereinfachung zudem vereinbart, dass grundsätzlich die Agenturen für Arbeit über den Antrag auf Versicherungspflicht entscheiden, wenn sie eine der in § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI genannten Entgeltersatzleistungen bewilligen. In den Vordrucken, mit denen die Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt werden, wird auch der Sachverhalt zur Antragspflichtversicherung erfragt.

Wird die Antragspflichtversicherung gewünscht und sind die Voraussetzungen dafür erfüllt, gilt der Leistungsantrag gleichzeitig als Antrag auf Versicherungspflicht nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI. Die Bundesagentur für Arbeit entrichtet die Rentenversicherungsbeiträge, ohne dass es eines weiteren Antrags beim Rentenversicherungsträger bedarf, und meldet die Zeiten der Antragspflichtversicherung.

Die Rentenversicherungsträger gehen bei Eingang der Entgeltmeldung für den Leistungsbezug stets davon aus, dass entweder Versicherungspflicht kraft Gesetzes bestand oder ein Antrag auf Versicherungspflicht gestellt wurde. Eine förmliche Bescheiderteilung über die Antragspflichtversicherung ist in diesen Fällen entbehrlich. Begehren Versicherte dennoch zusätzlich eine förmliche Entscheidung, ist vom Rentenversicherungsträger ein entsprechender Bescheid zu erteilen.

Sind die Voraussetzungen für eine Antragspflichtversicherung nicht erfüllt, hat der Rentenversicherungsträger über den Antrag zu entscheiden.

Die Versicherungspflicht auf Antrag besteht für die gesamte Dauer des Leistungsbezugs und endet mit Ablauf des Tages, an dem die Leistung wegfällt (§ 4 Abs. 4 Satz 2 SGB VI).

B Zuständige Versicherungsträger

B.I Zuständigkeit der Krankenkasse

B.I.1 Rechtsgrundlagen

§ 173 SGB V
Allgemeine Wahlrechte

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

(2) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können wählen

1. die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,

2. jede Ersatzkasse,

3. die Betriebskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht,

4a. die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,

4. jede Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, deren Satzung eine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 oder § 145 Absatz 2 enthält,

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.

(2a) bis (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) Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mit-

gliedschaft; ist der Zeitraum nach Absatz 4 Satz 1 oder § 53 Absatz 8 Satz 1 noch nicht abgelaufen, ist als Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft das Datum des Ablaufs des Zeitraums anzugeben.

(2a) …

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. Hat der Versicherungspflichtige der zur Meldung verpflichteten Stelle nicht spätestens 2 Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht Angaben über die gewählte Krankenkasse gemacht, 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 bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse in Textform zu unterrichten. Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen oder Nichtbestehen der Mitgliedschaft zurückzumelden. Für die Fälle, in denen der Versicherungspflichtige keine Angaben über die gewählte Krankenkasse macht und keine Meldung nach Satz 2 erfolgt, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regeln über die Zuständigkeit fest.

(3a) …

(4) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte sind an die von ihnen gewählte Krankenkasse mindestens zwölf Monate gebunden. Satz 1 gilt nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Zum oder nach Ablauf des in Satz 1 festgelegten Zeitraums ist eine Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts nach Absatz 2 Satz 1 die Kündigungserklärung des Mitglieds. Erfolgt die Kündigung, weil keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet werden soll, hat die Krankenkasse dem Mitglied unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigungserklärung eine Kündigungsbestätigung auszustellen; die Kündigung wird wirksam, wenn das Mitglied innerhalb der Kündigungsfrist 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 Mo-

nats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird; Satz 4 gilt entsprechend. Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 , 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 7 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 6 genannten Zeitpunkt ausgeübt worden sind. Satz 1 gilt nicht, wenn die Kündigung eines Versicherungsberechtigten erfolgt, weil die Voraussetzungen einer Versicherung nach § 10 erfüllt sind oder 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.

(4a) …

(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; Absatz 2 gilt entsprechend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldungen und Informationspflichten nach dieser Vorschrift einheitliche Verfahren und Vordrucke fest und bestimmt die Inhalte für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach den Absätzen 2, 3a, 4 und 5 sowie für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den zur Meldung verpflichteten Stellen nach Absatz 3.

§ 3 KVLG 1989

Verhältnis der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz
zur Versicherungspflicht nach anderen Gesetzen

(1) Nach diesem Gesetz ist nicht versichert, wer

1. nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig ist,

2. nach § 192 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Mitglied bei einer anderen Krankenkasse ist oder

3. (weggefallen)

(2) Vorrang der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz besteht für

1. bis 5. …

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

7. …

(3) …

§ 17 KVLG 1989

Träger der Krankenversicherung

Träger der Krankenversicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. In Angelegenheiten der Krankenversicherung der Landwirte und bei Durchführung der Aufgaben nach diesem Gesetz führt sie die Bezeichnung landwirtschaftliche Krankenkasse. Die Vorschriften des Dritten und Vierten Titels des Ersten Abschnitts des Sechsten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden auf die landwirtschaftliche Krankenkasse keine Anwendung.

B.I.2 Grundsätze des Krankenkassenwahlrechts

B.I.2.1 Allgemeines

Grundsätzlich können alle in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherungspflichtigen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, zwischen den in § 173 SGB V genannten Krankenkassen wählen. Lediglich für Personen in der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, für Versicherte im Rahmen der Sonderzuständigkeit der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach dem KVLG 1989 und für Seeleute im Sinne von § 2 Abs. 3 SGB IV (vgl. § 28i Satz 4 SGB IV) ist eine Krankenkassenzuständigkeit kraft Gesetzes vorgesehen.

Das Krankenkassenwahlrecht hat die versicherte Person gegenüber der von ihr gewählten Krankenkasse auszuüben. Eine gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle (zum Beispiel Bundesagentur für Arbeit) abgegebene Wahlerklärung erlangt dagegen keine Rechtswirkung.

Die Grundsätze der Ausübung des Krankenkassenwahlrechts, die Bindung an die Krankenkassenwahl sowie – ab 2021 - das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels sind für alle Mitgliedergruppen in den Grundsätzlichen Hinweisen „Krankenkassenwahlrecht“ des GKV-Spitzenverbandes in der jeweils geltenden Fassung beschrieben. Diese Grundsätzlichen Hinweise dienen der Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Umsetzung der Regelungen über das Krankenkassenwahlrecht.

Das Krankenkassenwahlrecht kann im Wege der sofortigen Krankenkassenwahl oder im Wege einer Kündigung der Mitgliedschaft (Krankenkassenwahl bei unverändertem Versicherungsverhältnis) ausgeübt werden.

B.I.2.2 Krankenkassenwahlrecht bei Eintritt von Versicherungspflicht

Bei Eintritt von Versicherungspflicht, z. B. aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld, kann die wahlberechtigte Person eine neue Krankenkasse ohne Kündigung und ohne Rücksicht auf die Dauer der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen (sofortiges Krankenkassenwahlrecht). Keiner Kündigung bedarf es immer dann, wenn die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet. Mit der Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes erlischt die bisherige 12-monatige Bindung des Mitglieds an die bisherige Krankenkasse. Für die Ausübung des sofortigen Krankenkassenwahlrechts ist unerheblich, ob ein neuer Tatbestand der Versicherungspflicht nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft eintritt oder sich nahtlos an die vorangegangene Mitgliedschaft anschließt. Für

die Wirksamkeit der Krankenkassenwahl ist entscheidend, dass die versicherungspflichtige Person der zur Meldung verpflichteten Stelle spätestens 2 Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht Angaben über die gewählte Krankenkasse macht. Die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle ist ab 01.01.2021 im Gesetz nicht mehr vorgesehen. Geschieht dies nicht, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle unverändert den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung oder ist die letzte Krankenkasse nicht feststellbar, weil die betreffende Person die letzte Krankenkasse nicht mehr kennt oder insoweit an der Aufklärung nicht mitwirkt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden („wahlersetzende Anmeldung“). Die Verpflichtung der Krankenkasse, aufgrund dieser Anmeldung ihre Zuständigkeit zu prüfen, bleibt unberührt.

Aus dieser Frist ergibt sich die Frist für die Abgabe der Wahlerklärung gegenüber der gewünschten Krankenkasse. Danach kann die Ausübung des Wahlrechts durch den Versicherungspflichtigen nur bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht rechtswirksam erfolgen. Zwar ergibt sich diese Anforderung nicht zwingend aus dem Wortlaut des Gesetzes, dennoch hat das BSG in seinem Urteil vom 21.12.2011 - B 12 KR 21/10 R -, USK 2011-172, entschieden, dass nach Ablauf der zweiwöchigen Frist im Sinne des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V die Krankenkassenwahl durch das Mitglied nicht mehr wirksam ausgeübt werden kann. Eine zeitliche Ausdehnung des Wahlrechts einschließlich der Informationspflicht gegenüber der zur Meldung verpflichteten Stelle bis zu der die Wahl ersetzenden Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle oder darüber hinaus ist rechtlich nicht zulässig.

Voraussetzung für das sofortige Wahlrecht zu einer neuen Krankenkasse ist zwar der tatsächliche Eintritt von Versicherungspflicht, z. B. in Folge der Bewilligung von Arbeitslosengeld, dennoch kann die betreffende Person bereits im Vorfeld bzw. in Erwartung des Eintritts von Versicherungspflicht die Wahl gegenüber der Krankenkasse erklären.

Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im elektronischen Meldeverfahren das Bestehen (oder ggf. Nichtbestehen) der Mitgliedschaft zurückzumelden („elektronische Mitgliedsbescheinigung“). Sofern das Mitglied anlässlich des Eintritts von Versicherungspflicht nicht von seinem sofortigen Wahlrecht Gebrauch macht, führt die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle bei der bisherigen und noch zuständigen Krankenkasse – anders als bei der Rechtslage bis zum 31.12.2020 - nicht zu einer erneuten Bindungsfrist.

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht ist nicht nur dann einzuräumen, wenn Zeiten der Versicherungspflicht unmittelbar aneinander anschließen oder nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft aufeinanderfolgen; es ist vielmehr auch dann gegeben, wenn eine Zeit der Versicherungspflicht sich unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes (hier: § 191 Nr. 2 SGB V) beendete freiwillige Mitgliedschaft anschließt (z. B. Eintritt der Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld und damit Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft).

Für Versicherte, die einen bestimmten Versicherungspflichttatbestand mehrfach (z.B. Mehrfachbeschäftige) oder zwei gleichrangige Versicherungspflichttatbestände gleichzeitig (z. B. versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II oder versicherungspflichtige Arbeitnehmer mit Bezug von Teilarbeitslosengeld) erfüllen, vollzieht sich ein Krankenkassenwechsel typischerweise im Kündigungsverfahren. Jedenfalls begründet ein Hinzutritt bzw. ein Wegfall eines weiteren Versicherungspflichttatbestandes zu/bei einer durchgehend bestehenden (anderweitigen) Mitgliedschaft kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

B.I.2.3 Krankenkassenwahlrecht bei unverändertem Versicherungsverhältnis

Bei unverändertem Versicherungsverhältnis, also z. B. während der Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld, kann die wahlberechtigte Person mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats eine neue Krankenkasse wählen, wenn die – in der Regel 12-monatige – Bindungsfrist bei der bisherigen Krankenkasse erfüllt ist. Der Versicherte wählt dazu lediglich eine andere Krankenkasse. Eine Kündigung der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse durch die versicherte Person selbst ist nicht mehr erforderlich; die Meldung der neuen Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts gegenüber der bisherigen Krankenkasse ersetzt vielmehr die Kündigungserklärung des Mitglieds. Nachdem dem Mitglied der vollzogene Krankenkassenwechsel von der gewählten Krankenkasse bestätigt worden ist, hat das Mitglied unverzüglich formlos die zur Meldung verpflichtete Stelle über die gewählte Krankenkasse zu informieren. Eine bestimmte Frist ist dafür jedoch im Kündigungsverfahren nicht vorgeschrieben, sodass eine „verspätete“ Mitteilung des Mitglieds über den durchgeführten Krankenkassenwechsel nach dem neuen Recht ohne rechtliche Konsequenzen bleibt. Der Krankenkassenwechsel vollzieht sich ungeachtet dessen zum angestrebten Termin. Versicherte, die über mehr als eine zur Meldung verpflichtete Stelle verfügen (z. B. Beschäftigte mit Teilarbeitslosengeld), haben alle zur Meldung verpflichteten Stellen über ihren Krankenkassenwechsel zu informieren. Die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle ist auch in diesem Fall ab 01.01.2021 im Gesetz nicht mehr vorgesehen. Nach Eingang der Anmeldung hat die Krankenkasse der zur Meldung verpflichteten Stelle im

elektronischen Meldeverfahren das Bestehen (oder ggf. Nichtbestehen) der Mitgliedschaft zurückzumelden („elektronische Mitgliedsbescheinigung“).

B.I.2.4 Sonderkündigungsrecht wegen der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrages bzw. Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Erhebt eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, steht den Mitgliedern dieser Krankenkasse ein Sonderkündigungsrecht zu. Dies bedeutet, dass die Mitgliedschaft im Allgemeinen ohne Einhaltung der grundsätzlich bestehenden 12-monatigen Bindungsfrist gekündigt werden kann. Die Kündigung der Mitgliedschaft muss dafür grundsätzlich bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Wirksam wird sie dann zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Veränderungen des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begründen hingegen kein Sonderkündigungsrecht. An die Stelle der Kündigungserklärung des Mitglieds gegenüber der bisherigen Krankenkasse tritt die Meldung der gewählten Krankenkasse über die Ausübung des Wahlrechts an die bisherige Krankenkasse.

B.I.3 Besonderheiten des Krankenkassenwahlrechts bei Beziehern von Arbeitslosengeld

Die vorstehend beschriebenen Grundsätze des Krankenkassenwahlrechts gelten ebenso für die Personen, die aufgrund des Bezuges von Arbeitslosengeld versicherungspflichtig werden bzw. sind. Nachfolgend wird auf Besonderheiten für diesen versicherten Personenkreis eingegangen.

Die ab 01.01.2021 als Ersatz für die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung bei der zur Meldung verpflichteten Stelle vorgesehene elektronische Mitgliedsbescheinigung nach § 175 Abs. 3 Satz 3 SGB V wird für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld ab dem 01.01.2023 in das DÜBAK-Verfahren mit der Bundesagentur für Arbeit implementiert. Gleichzeitig sieht das Gesetz ab 01.01.2021 die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung nicht mehr vor. Für die Wirksamkeit der Krankenkassenwahl wird lediglich vorausgesetzt, dass das Mitglied unverzüglich bzw. spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht die zur Meldung verpflichtete Stelle (hier: die Bundesagentur für Arbeit) über die gewählte Krankenkasse informiert. Eine bestimmte Form ist für diese Information nicht vorgeschrieben. In der Übergangszeitraum vom 01.01.2021 bis 31.12.2022 bis zur Einführung der elektronischen Mit-

gliedsbescheinigung hatten die Krankenkassen den betroffenen Mitgliedern hilfsweise papiergebundene Mitgliedsbescheinigungen zur Verfügung gestellt.

Die Bundesagentur für Arbeit trifft keine Pflicht, die Rechtmäßigkeit der Wahl einer Krankenkasse, die ihr von der leistungsberechtigten Person angegeben wird bzw. von der sie eine elektronische Mitgliedsbescheinigung erhält, zu hinterfragen und zu prüfen. Mit der Anmeldung und darauffolgenden elektronischen Mitgliedsbescheinigung im DÜBAK-Meldeverfahren wird sichergestellt, dass die Bundesagentur für Arbeit in jedem Einzelfall eine Bestätigung der Krankenkasse erhält, ob bei ihr eine Mitgliedschaft besteht oder nicht und ob damit die Meldung gegenüber der zuständigen Krankenkasse abgegeben worden ist.

Sollte es vorkommen, dass der Bundesagentur für Arbeit im Fall der Krankenkassenwahl bei unverändertem Versicherungsverhältnis oder - innerhalb der Zwei-Wochen-Frist des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V - im Fall der Krankenkassenwahl bei Eintritt von Versicherungspflicht von der versicherten Person mehrere Krankenkassen benannt werden, hat die Person zu bestimmen, bei welcher Krankenkasse die Anmeldung erfolgen soll.

Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld löst ein Zuständigkeitswechsel der Agentur für Arbeit kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus, da in solchen Fällen kein Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes vorliegt. Die Beendigung der Mitgliedschaft nach § 190 Abs. 12 SGB V stellt abstrakt auf das Ende eines Leistungsbezugs als solchen ab. In dem vorstehend beschriebenen Sachverhalt tritt jedoch kein Ende bzw. keine Unterbrechung des Leistungsbezugs ein. Dagegen begründet der Wechsel des Versicherungstatbestandes von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht.

Sofern die Bundesagentur für Arbeit für den versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld eine wahlersetzende Anmeldung nach § 175 Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V bei einer Krankenkasse vornimmt, informiert sie die Krankenkasse darüber unmittelbar nach der Übermittlung der Anmeldung mit einem Schreiben. Die betroffene Person wird von der Bundesagentur für Arbeit ebenfalls über die Ausübung des Ersatzwahlrechts in Kenntnis gesetzt.

Versicherungspflichtige Bezieher von Arbeitslosengeld sind nach § 3 Abs. 2 Nr. 6 KVLG 1989 bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse zu versichern, wenn sie dieser im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben. Diese Personen haben

kein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse. Angesprochen sind insbesondere landwirtschaftliche Unternehmer, die aus einer Nebenbeschäftigung ausgeschieden sind, („Nebenerwerbslandwirte“) und mitarbeitende Familienangehörige, die aus einer weiteren (außerlandwirtschaftlichen) Beschäftigung ausgeschieden sind.

B.II Zuständigkeit der Pflegekasse

B.II.1 Rechtsgrundlage

§ 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) ...

B.II.2 Allgemeines

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

B.III Rentenversicherungszuständigkeit

B.III.1 Rechtsgrundlagen

§ 126 SGB VI
Zuständigkeit der Träger der Rentenversicherung

Für die Erfüllung der Aufgaben der Rentenversicherung sind in der allgemeinen Rentenversiche-

rung die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. Dies gilt auch für die Anwendung des über- und zwischenstaatlichen Rechts.

§ 127 SGB VI
Zuständigkeit für Versicherte und Hinterbliebene

(1) Zuständig für Versicherte ist der Träger der Rentenversicherung, der durch die Datenstelle der Rentenversicherung bei der Vergabe der Versicherungsnummer festgelegt worden ist. …

(2) - (3) ...

§ 132 SGB VI
Versicherungsträger

Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

§ 137 SGB VI
Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

B.III.2 Zuständigkeit der allgemeinen Rentenversicherung

Seit 1. Januar 2005 werden Versicherte bei der Vergabe einer Versicherungsnummer den einzelnen Regionalträgern bzw. den Bundesträgern zugeordnet. Für Versicherte, an die bereits vor dem 1. Januar 2005 eine Versicherungsnummer vergeben wurde (Bestandsversicherte), verbleibt die Zuständigkeit grundsätzlich bei dem am 31. Dezember 2004 zuständigen Versicherungsträger.

Innerhalb der Regionalträger kann sich allerdings weiterhin die Zuständigkeit nach § 128 SGB VI ändern, wenn z. B. der Versicherte den Wohnort wechselt. Zudem kann sich nach § 128a SGB VI eine Sonderzuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Saarland ergeben. Darüber hinaus wird der Bundesträger Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig, wenn der Versicherte eine Beschäftigung im Sinne des § 129 SGB VI aufnimmt.

B.III.3 Besonderheiten bei der Durchführung der Versicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist auch Träger der allgemeinen Rentenversicherung. Besonderheiten ergeben sich nur dann, wenn die Versicherung in der knappschaftlichen Rentenversicherung durchzuführen ist. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld ist das nach § 137 SGB III der Fall, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn des Leistungsbezugs zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung nach § 133 SGB VI versichert waren.

C Beiträge

C.I Kranken- und Pflegeversicherung

C.I.1 Rechtsgrundlagen

§ 174 SGB III
Übernahme von Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht
in der Kranken- und Pflegeversicherung

(1) Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld, die

1. nach § 6 Absatz 3a des Fünften Buches in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei oder nach § 8 Absatz 1 Nummer 1a des Fünften Buches von der Versicherungspflicht befreit sind,

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

haben Anspruch auf Übernahme der Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezugs für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit an ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen sind.

(2) Die Bundesagentur übernimmt die von der Leistungsbezieherin oder dem Leistungsbezieher an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge, höchstens jedoch die Beiträge, die sie ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätte. Hierbei sind zugrunde zu legen

1. für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (§§ 241, 242a des Fünften Buches),

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

(3) Die Leistungsbezieherin oder der Leistungsbezieher wird insoweit von der Verpflichtung befreit, Beiträge an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlen, als die Bundesagentur die Beitragszahlung für sie oder ihn übernommen hat.

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

(1) Wurden von der Bundesagentur für eine Bezieherin oder für einen Bezieher von Arbeitslosen-

geld 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 aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches 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 Fünften Buches gilt nicht. Werden die beiden Versicherungsverhältnisse bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt und wurden in dem Zeitraum, in dem die Versicherungsverhältnisse nebeneinander bestanden, Leistungen von der Krankenkasse erbracht, bei der die Bezieherin oder der Bezieher nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches versicherungspflichtig war, so besteht kein Beitragserstattungsanspruch nach Satz 2. Die Bundesagentur, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (§ 217a des Fünften Buches) und das Bundesamt für Soziale Sicherung 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 Leistungsbezuges an ein privates Versicherungsunternehmen zu zahlen sind, übernommen hat.

(2) Beiträge für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches, denen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Übergangsgeld von einem nach § 251 Abs. 1 des Fünften Buches beitragspflichtigen Rehabilitationsträger gewährt worden ist, sind der Bundesagentur vom Träger der Rentenversicherung oder vom Rehabilitationsträger zu ersetzen, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld 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 (§ 145 Absatz 3). 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) Der Arbeitgeber hat der Bundesagentur die im Falle des § 157 Absatz 3 geleisteten Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung zu ersetzen, soweit er für dieselbe Zeit Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers zu entrichten hat. Er wird insoweit von seiner Verpflichtung befreit, Beiträge an die Kranken- und Rentenversicherung zu entrichten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für den Zuschuss nach § 257 des Fünften Buches.

(4) Hat auf Grund des Bezuges von Arbeitslosengeld nach § 157 Absatz 3 eine andere Krankenkasse die Krankenversicherung durchgeführt als diejenige Kasse, die für das Beschäftigungsverhältnis zuständig ist, aus dem die Leistungsempfängerin oder der Leistungsempfänger Arbeitsentgelt bezieht oder zu beanspruchen hat, so erstatten die Krankenkassen einander Beiträge und Leistungen wechselseitig.

(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 Nummer 3 des Sechsten Buches einschließlich Sozialleistungen, auf die die Vorschriften des Fünften und des Sechsten Buches über die Kranken- und Rentenversicherung der Bezieher von Arbeitslosengeld oder die Krankenversicherung der Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches 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 Bundesamt für Soziale Sicherung 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) ...

§ 223 SGB V

Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

(2) Die Beiträge werden nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bemessen. Für die Berechnung ist die Woche zu sieben, der Monat zu dreißig und das Jahr zu dreihundertsechzig Tagen anzusetzen.

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von einem Dreihundertsechzigstel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze). Einnahmen, die diesen Betrag übersteigen, bleiben außer Ansatz, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt.

§ 232a SGB V

Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

(1) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten

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

2. …

Bei Personen, die 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 Ruhenszeitraumes wegen einer Urlaubsabgeltung gelten die Leistungen als bezogen.

(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 voraussichtlich 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. Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das 0,5fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260

Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(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. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 und 6,

3. Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 7 und 8, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt den nach § 235 Absatz 3 maßgeblichen Mindestbetrag nicht übersteigt,

4. Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht,

5. Mitglieder, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen, sowie

6. Beschäftigte, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird.

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) Die Krankenkassen melden die Zusatzbeitragssätze nach Absatz 1 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine laufend aktualisierte Übersicht, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben und in welcher Höhe, und veröffentlicht diese Übersicht im Internet. Das Nähere zu Zeitpunkt, Form und Inhalt der Meldungen sowie zur Veröffentlichung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

§ 251 SGB V
Tragung der Beiträge durch Dritte

(1) bis (4) ...

(4a) Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch.

(4b) ...

(5) Die Krankenkassen sind zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. In den Fällen der Absätze 3, 4 und 4a ist das Bundesamt für Soziale Sicherung zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Ihm sind die für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung 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. Im Übrigen gelten für die Datenverarbeitung 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. ...

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. …

(2a) bis (6) …

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

(1) …

(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.

§ 55 SGB XI

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

(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 0,35 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Eltern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 des Ersten Buches. Die Elterneigenschaft ist in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Elterneigenschaft nicht bereits aus anderen Gründen bekannt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird.

Nachweise für vor dem 1. Januar 2005 geborene Kinder, die bis zum 30. Juni 2005 erbracht werden, wirken vom 1. Januar 2005 an. Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches.

(3a) Zu den Eltern im Sinne des Absatzes 3 Satz 2 gehören nicht

1. Adoptiveltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat,

2. Stiefeltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist.

(4) und (5) …

§ 57 SGB XI
Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung § 226 Absatz 1, 2 Satz 1 und 3, Absatz 3 bis 5 sowie die §§ 227 bis 232a, 233 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches. …

(2) bis (5) …

§ 59 SGB XI
Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis 12 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung

der Beiträge § 250 Absatz 1 und 3, die §§ 251 und 413 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend; die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sind von dem Mitglied allein zu tragen. …

(2) bis (4) ...

(5) Den Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 trägt das Mitglied.

§ 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 256a 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 Krankenkassen 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 Bundesamt für Soziale Sicherung 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) ...

(5) Der Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. Wird der Pflegeversicherungsbeitrag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Beitragszuschlag. Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden.

(6) Wenn kein Abzug nach Absatz 5 möglich ist, weil der Dritte keine laufende Geldleistung an das Mitglied erbringen muss, hat das Mitglied den sich aus dem Beitragszuschlag ergebenden Betrag an die Pflegekasse zu zahlen.

(7) Die Beitragszuschläge für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und, soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist, für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe nach dem Dritten Buch werden von der Bundesagentur für Arbeit pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 66) überwiesen (2). Die Bundesagentur für Arbeit kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff bei den genannten Leistungsbeziehern nach dem Dritten Buch nehmen. Die Bundesagentur für Arbeit kann mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres zur Zahlung der Pauschale vereinbaren.

§ 20 KVLG 1989
Versicherung besonderer Personengruppen

(1) ...

(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.

C.I.2 Grundsätze der Beitragsberechnung

C.I.2.1 Allgemeines

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

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung werden nach den gleichen Grundsätzen wie die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen. Die Vorschriften über die beitragspflichtigen Einnahmen, die Beitragstragung und die Beitragszahlung in der Krankenversicherung gelten gemäß § 57 Abs. 1, § 59 Abs. 1 Satz 1 und § 60 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB XI für die Pflegeversicherung entsprechend.

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 nach § 232a Abs. 1 Satz 3 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB XI als bezogen (fingierter Leistungsbezug). In der Folge sind für diese Zeiträume Beiträge zu zahlen, als wenn die Leistung tatsächlich bezogen werden würde. Im Zusammenhang mit der Verlegung des Beginns der Versicherungspflicht auf den Beginn der Sperrzeit bzw. des Ruhenszeitraums ab 01.08.2017 (vgl. A.I.2.3) hat der Gesetzgeber von einem entsprechenden vorgezogenen Beginn der Beitragspflicht abgesehen.

Für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld, die nicht zugleich nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 KVLG 1989 (als landwirtschaftliche Unternehmer) versicherungspflichtig sind, sind nach § 20 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 die Vorschriften des SGB V über die Beiträge (insbesondere über die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und die Tragung der Beiträge) entsprechend anzuwenden. Sofern Besonderheiten bestehen, wird darauf nachfolgend an der entsprechenden Stelle eingegangen.

C.I.2.2 Beitragspflichtige Einnahmen

C.I.2.2.1 Beitragsbemessungsgrundlage

Als beitragspflichtige Einnahmen der versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld gelten nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 80 v.H. des der Leistung zugrundeliegenden, durch sieben geteilten wöchentlichen Arbeitsentgelts nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, soweit es 1/360 der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V nicht übersteigt. Die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden also nicht vom Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes, sondern von einer fiktiven Bemessungsgrundlage erhoben.

Hiernach sind für die Beitragsbemessung folgende Faktoren maßgebend:

- Das Arbeitsentgelt, das der Leistung nach dem SGB III zugrunde liegt (Bemessungsentgelt, vgl. C.I.2.2.1.1), begrenzt auf 80 v.H. (vgl. C.I.2.2.1.2).

- Das Arbeitsentgelt wird nur insoweit berücksichtigt als es 1/360 der Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt; in der Vorschrift des § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V verwiesen, damit ist aber letztlich die Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V gemeint (vgl. C.I.2.2.1.3).

- Es ist das wöchentliche durch sieben geteilte Arbeitsentgelt zu berücksichtigen; vgl. aber C.I.2.2.1.4.

C.I.2.2.1.1 Arbeitsentgelt/Bemessungsentgelt

Für die Ermittlung des der Leistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts ist vom Begriff des Arbeitsentgelts im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV auszugehen. Soweit in § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V auf § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V Bezug genommen wird, deckt sich der dort genannte Begriff des Arbeitsentgelts mit dem in § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV genannten. Insoweit stimmen der Begriff des Arbeitsentgelts, der für die Beitragsberechnung maßgebend ist, und derjenige, der für die Festlegung des Bemessungsentgelts im Sinne von § 151 Abs. 1 SGB III maßgebend ist, überein (vgl. auch Urteil des BSG vom 19.12.1991 - 4/1 RA 85/90 - SozR 3 - 5765 § 6 Nr. 1). Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage ist neben dem laufenden Arbeitsentgelt auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zu berücksichtigen.

Die Bestimmungen über das Leistungsentgelt nach § 153 SGB III (das um pauschalierte Abzüge

verminderte Bemessungsentgelt) sind für die Beitragsberechnung nicht relevant.

Sofern Versicherte Anspruch auf Arbeitslosengeld aus einem Beschäftigungsverhältnis herleiten, in dem für die Beitragsberechnung die Regelungen des Übergangsbereichs (§ 20 Abs. 2 SGB IV) galten, wirkt sich dies nicht auf die Bestimmung des Bemessungsentgelts aus. Leistungsrechtlich wird das Arbeitslosengeld nach dem ungekürzten Arbeitsentgelt berechnet. Dieses ungekürzte Arbeitsentgelt gilt als Beitragsbemessungsgrundlage im Sinne § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Soweit Arbeitslosengeld unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 151 Abs. 3 bis 5 SGB III oder § 152 SGB III (fiktives Bemessungsentgelt) berechnet wird, gilt das hiernach ermittelte Bemessungsentgelt als Beitragsberechnungsgrundlage.

C.I.2.2.1.2 Begrenzung des Bemessungsentgelts

Ausgangsbasis für die Beitragsberechnung ist das der Bemessung des Arbeitslosengeldes tatsächlich zugrundeliegende Arbeitsentgelt (vgl. C.I.2.2.1.1). Dieses Entgelt wird für die Ermittlung des kalendertäglichen Betrags der beitragspflichtigen Einnahmen allerdings auf 80 v.H. reduziert. Diese Begrenzung bezieht sich auf die ungekürzte Bemessungsgrundlage im Sinne von § 151 und § 152 SGB III, ggf. limitiert auf die für die Kranken- und Pflegeversicherung geltende Beitragsbemessungsgrenze. Ausgehend von diesem Wert ist die Kürzung auf 80 v.H. vorzunehmen; vgl. anschließendes Beispiel in C.I.2.2.1.3.

C.I.2.2.1.3 Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze

Für die Beitragsberechnung ist die Beitragsbemessungsgrenze des Versicherungszweiges maßgebend, für den die Beiträge bestimmt sind (Urteile des BSG vom 29.09.1997 - 8 RKn 4/97, 5/97 und 6/97 - USK 9750). Somit orientiert sich die Beitragsberechnung für die Kranken- und Pflegeversicherung an der für diese Versicherungszweige geltenden Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V und § 55 Abs. 2 SGB XI).

Im Zusammenwirken mit den Ausführungen in C.I.2.2.1.2 ist die Beitragsbemessungsgrundlage folgendermaßen zu ermitteln:

Beispiel

Ein Versicherter bezieht im Jahr 2023 Arbeitslosengeld. Das kalendertägliche Bemessungsentgelt (einschließlich eines Hinzurechnungsbetrags wegen Einmalzahlungen) beträgt 183 €.

1. Schritt:	
Ermittlung des Bemessungsentgelts:	183,00 €
2. Schritt:	
Begrenzung des Bemessungsentgelts auf die BBG in der KV/PV:	166,25 €
3. Schritt:	
Kürzung auf 80 %:	133,00 €

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

C.I.2.2.1.4 Kalendertäglicher Betrag

Nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ist für die Beitragsberechnung das wöchentliche durch sieben geteilte Arbeitsentgelt/Bemessungsentgelt zu berücksichtigen. Dieser Berechnungsmodus steht im Widerspruch zu der Bestimmung des Bemessungsentgelts nach § 151 Abs. 1 SGB III. Danach ist Bemessungsentgelt das durchschnittliche auf den (Kalender-)Tag entfallende beitragspflichtige Arbeitsentgelt. Ebenso sieht die Berechnungsregelung des § 154 SGB III vor, dass das Arbeitslosengeld für Kalendertage berechnet und geleistet wird; ist es für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. Beide Vorschriften des SGB III sehen also keinen Bezug zu einem wöchentlichen Betrag mehr vor.

Diese Disharmonie der Beitrags- und Leistungsvorschriften wird dahingehend aufgelöst, dass auch für die Beitragsberechnung der kalendertägliche Betrag des Bemessungsentgelts heranzuziehen ist. Von diesem kalendertäglichen Betrag wird die endgültige Beitragsbemessungsgrundlage nach den vorstehenden Ausführungen ermittelt und für die Beitragsberechnung herangezogen.

C.I.2.2.2 Kürzung der Bemessungsgrundlage bei anderweitigem Einkommen

C.I.2.2.2.1 Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung

Wird neben dem Arbeitslosengeld Arbeitsentgelt aus einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung bezogen, werden die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V um 80 v.H. des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts gekürzt. Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung sowie Arbeitseinkommen aus einer selbständigen Tätigkeit führen nicht zu einer Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen setzt allerdings voraus, dass der Leistungsanspruch während der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung fortbesteht.

Sofern Versicherte neben dem Bezug von Arbeitslosengeld Arbeitsentgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis erzielen, in dem für die Beitragsberechnung die Bestimmungen des Übergangsbereichs (§ 20 Abs. 2 SGB IV) gelten, wird die Beitragsbemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld um 80 v.H. der reduzierten beitragspflichtigen Einnahme nach § 226 Abs. 4 SGB V bzw. § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI in Verbindung mit § 20 Abs. 2a Satz 1 SGB IV vermindert.

Die in § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V vorgeschriebene Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen kommt nur in Betracht bei

- Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung neben dem Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder
- Ausübung einer zwar mehr als geringfügigen (§ 8 SGB IV), aber gemäß § 138 Abs. 3 SGB III die Beschäftigungslosigkeit nicht ausschließenden Beschäftigung von weniger als 15 Stunden wöchentlich (gelegentliche Abweichungen von geringer Dauer bleiben unberücksichtigt und mehrere Beschäftigungen werden addiert).

Im Zusammenhang mit den Ausführungen zur Ermittlung der allgemeinen Beitragsbemessungsgrundlage ergibt sich folgende Berechnungsweise:

Beispiel

Reihenfolge zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen (kalendertägliche Werte für

das Jahr 2023). Kalendertägliches Bemessungsentgelt für das Arbeitslosengeld: 183,00 €. Anrechenbares Arbeitsentgelt: 2.100,00 € monatlich.

1. Schritt:	
Ermittlung des Bemessungsentgelts:	183,00 €
2. Schritt:	
Begrenzung des Bemessungsentgelts auf die BBG in der KV/PV:	166,25 €
3. Schritt:	
Kürzung auf 80 %:	133,00 €
4. Schritt:	
Minderung um 80 % des anrechenbaren Arbeitsentgelts (2.100 € / 30 Tage = 70 € kalendertäglich):	- 56,00 €
Ergebnis:	
Beitragsbemessungsgrundlage:	77,00 €

Bei Bezug von Teilarbeitslosengeld findet eine Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht statt (§ 232a Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Kürzungen, Aufrechnungen, Verrechnungen, Abtretungen, Pfändungen und Abzweigungen des Arbeitslosengeldes mindern die Beitragsbemessungsgrundlage nicht.

C.I.2.2.2.2 Gleichzeitiger Bezug von Rente, Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Nach § 232a Abs. 3 SGB V gilt die Vorschrift des § 226 SGB V entsprechend. Das bedeutet, dass auch bei Beziehern von Arbeitslosengeld die Einkunftsarten Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Versorgungsbezüge sowie das - neben der Rente oder Versorgungsbezügen erzielte - Arbeitseinkommen (aus nicht hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit) zu den beitragspflichtigen Einnahmen gehören. Der gleichzeitige Bezug einer der genannten Einkunftsarten hat jedoch keine Auswirkungen auf die Beitragsbemessung nach § 232a Abs. 1 SGB V.

C.I.3 Beitragssatz

C.I.3.1 Krankenversicherung

C.I.3.1.1 Allgemeine Krankenversicherung

Für den Personenkreis der Bezieher von Arbeitslosengeld existiert keine spezifische Regelung über die Höhe des Beitragssatzes. Da dieser Personenkreis einen Anspruch auf Krankengeld hat, kommt der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V und nicht der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V zur Anwendung. Hinzu kommt der Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 1 SGB V der Krankenkasse, bei der der Leistungsbezieher Mitglied ist (kassenindividueller Zusatzbeitragssatz). Der sich aus der Anwendung des Zusatzbeitragssatzes ergebende Zusatzbeitrag ist originärer Bestandteil des Krankenversicherungsbeitrages (§ 220 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V). Maßgebend ist jeweils der für den Zahlungszeitraum (Zeitraum, für den die Leistung gezahlt wird) geltende Beitragssatz. Ändert sich der Beitragssatz im Laufe eines Zahlungszeitraums, ist der Zahlungszeitraum für die Beitragsberechnung entsprechend aufzuteilen.

C.I.3.1.2 Landwirtschaftliche Krankenversicherung

Für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, gilt nach § 20 Abs. 2 Satz 1 KVLG 1989 ebenso der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V. In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergibt sich nach § 20 Abs. 2 Satz 2 KVLG 1989 die Besonderheit, dass sich für die Bemessung der Beiträge der allgemeine Beitragssatz um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz (§ 242a SGB V) erhöht. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird nach § 242a Abs. 2 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Abs. 2 SGB V festgelegt und jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres für das nächste Kalenderjahr im Bundesanzeiger bekannt gegeben.

C.I.3.2 Pflegeversicherung

Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden nach dem in § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI festgelegten bundeseinheitlichen Beitragssatz bemessen.

Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge und damit einen halben Leistungsanspruch in der

sozialen Pflegeversicherung haben, beträgt der Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Hälfte des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Entscheidend für die Halbierung des Leistungsanspruchs und die Anwendung des halben Beitragssatzes ist, ob die Person einen eigenen Beihilfeanspruch hat; ein abgeleiteter Beihilfeanspruch als berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten reicht hierfür nicht aus (Urteil des BSG vom 06.11.1997 - 12 RP 1/97 -, USK 9741). Im Gegensatz zu Ehegatten oder Lebenspartnern, die einen abgeleiteten Beihilfeanspruch haben und für die der Beitragssatz daher nicht halbiert wird, verfügen Hinterbliebene der beihilfeberechtigten Person über einen eigenen Beihilfeanspruch, der die Anwendung des halben Beitragssatzes zur Folge hat.

Kinderlose Mitglieder haben einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung in Höhe von 0,35 v. H. zu zahlen (§ 55 Abs. 3 SGB XI – „Beitragszuschlag für Kinderlose“). Von der Pflicht zur Zahlung dieses Beitragszuschlages sind nach § 55 Abs. 3 Satz 1 und 7 SGB XI ausgenommen:

- Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- Personen, die vor dem 01.01.1940 geboren sind,
- Wehr- und Zivildienstleistende,
- Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Satz 1 des Zweiten Buches.

Personen, die ihre Elterneigenschaft nachweisen können, sind von dem Beitragszuschlag ausgenommen.

Die Beitragszuschläge für die Bezieher von Arbeitslosengeld werden nach § 60 Abs. 7 SGB XI von der Bundesagentur für Arbeit pauschal pro Jahr an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung überwiesen. Die Bundesagentur für Arbeit kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff bei den genannten Leistungsbeziehern nehmen.

C.I.4 Tragung der Beiträge

C.I.4.1 Krankenversicherung

Die nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bemessenen Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld trägt die Bundesagentur für Arbeit (§ 251 Abs. 4a SGB V). Das gilt nach der Generalaussage in § 220 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V auch für den Zusatzbeitrag.

C.I.4.2 Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherungsbeiträge für pflichtversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld werden ebenso von der Bundesagentur für Arbeit getragen. Entsprechendes ergibt sich aus der Verweisungsvorschrift des § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Wegen des Beitragszuschlags bei Kinderlosigkeit vgl. C.I.3.2.

C.I.5 Berechnung der Beiträge

C.I.5.1 Allgemeines

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden als Produkt aus der Bemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) und dem jeweiligen Beitragssatz unter Berücksichtigung des Zahlungszeitraums des Arbeitslosengeldes errechnet. Hinsichtlich der sich aus § 271 Abs. 1a SGB V ergebenden Nachweispflichten gegenüber dem Gesundheitsfonds ist der Zusatzbeitrag von allen beitragsabführenden Stellen, so auch von der Bundesagentur für Arbeit, im Beitragsnachweis gesondert auszuweisen und daher auch gesondert zu berechnen. Da die Beiträge sowohl zur Krankenversicherung als auch zur Pflegeversicherung allein von der Bundesagentur für Arbeit getragen werden und der Beitrag damit nicht in einen Träger- und Versichertenanteil aufgeteilt werden kann, sind die Beiträge (Krankenversicherung allgemein, Zusatzbeitrag und Pflegeversicherung) jeweils mit dem vollen Beitragssatz zu berechnen.

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ist der Beitrag hingegen in einem Rechenvorgang mit dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz zu berechnen (vgl. C.I.3.1.2).

Volle Kalendermonate mit Bezug der vorgenannten Leistungen sind mit 30 Tagen anzusetzen. Beginnt oder endet die Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges der vorgenannten Leistungen im Laufe eines Kalendermonats, ist für die Beitragsberechnung von der tatsächlichen Anzahl der verbleibenden Leistungstage des entsprechenden Monats auszugehen. Das gilt auch dann, wenn der Leistungsbezug nach dem SGB III im Laufe eines Monats im Anschluss an eine andere Entgeltersatzleistung (z. B. Übergangsgeld) einsetzt. Die Anzahl der Beitragstage stimmt mit der Anzahl der Leistungstage (Tage, für die Arbeitslosengeld nach § 154 SGB III gezahlt wird) überein.

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden für jeden versicherten Leistungsbezieher am jeweiligen Überweisungstag für den maßgeblichen Zahlungszeitraum der Leistung ermittelt

und für die monatliche Beitragsabrechnung (vgl. C.I.6) gespeichert.

C.I.5.2 Rückwirkende Änderung der Beitragsbemessungsgrundlagen

Bei rückwirkender Änderung der Beitragsbemessungsgrundlage wird die Beitragsberechnung im Rahmen der Verjährungsvorschriften (§ 25 oder § 26 Abs. 2 SGB IV) nach oben oder nach unten korrigiert.

Korrekturen im Sinne dieses Abschnittes fallen insbesondere dann an, wenn

- aufgrund von anderweitigem Einkommen die Beitragsbemessungsgrundlage nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz SGB V nachträglich gemindert wird (vgl. C.I.2.2.2),
- das Bemessungsentgelt rückwirkend geändert wird oder
- der Leistungsbezieher nachträglich nicht mehr die im Bemessungszeitraum durchschnittlich auf die Woche entfallende Zahl von Arbeitsstunden leisten kann (§ 151 Abs. 5 SGB III).

Wurden Beiträge aufgrund eines unzutreffenden Beitragssatzes errechnet, werden die Beiträge auf der Basis des Einzelfalles neu berechnet. Die ermittelten Differenzbeträge werden bei der monatlichen Beitragsabrechnung entsprechend berücksichtigt.

C.I.6 Zahlung und Abrechnung der Beiträge

C.I.6.1 Grundsatz

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind nach § 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V und § 60 Abs. 1 SGB XI von demjenigen zu zahlen, der sie trägt. Demzufolge hat die Bundesagentur für Arbeit als Beitragsschuldnerin die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld zu zahlen.

Die Beiträge sind nach § 252 Abs. 2 Satz 1 SGB V und § 60 Abs. 3 Satz 1 SGB XI direkt an den Gesundheitsfonds, das heißt an das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds, zu zahlen. Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden an den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI weitergeleitet.

Die Beiträge für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung versicherten Bezieher von Arbeitslosengeld sind aufgrund der eigenen Finanzhoheit der landwirtschaftlichen

Krankenversicherung/Pflegeversicherung an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlen. Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden nach § 60 Abs. 3 Satz 2 SGB XI von der landwirtschaftlichen Krankenkasse an die Pflegekasse weitergeleitet.

Das BAS und die landwirtschaftliche Krankenkasse sind zur nachgehenden Prüfung der Beitragszahlung berechtigt (C.I.7.2). Im Rahmen der monatlichen Beitragszahlung (losgelöst von der Prüfung nach § 251 Abs. 5 SGB V und § 60 Abs. 3 SGB XI) kann von der Bundesagentur für Arbeit nicht verlangt werden, zu dem in einem Beitragsnachweis ausgewiesenen Betrag alle zugrundeliegenden Einzelfälle darzustellen.

C.I.6.2 Verfahren

Die im Laufe eines Kalendermonats (Abrechnungsmonat) anfallenden Beiträge werden für das BAS und die landwirtschaftliche Krankenkasse abgerechnet. Ist zum Zeitpunkt der Abrechnung eine Beitragsrückforderung im Wege der Aufrechnung nicht möglich, so wird diese vom Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit gegenüber dem BAS geltend gemacht. Eine Aufrechnung des Beitragsrückforderungsbetrages mit für Folgemonate zu entrichtenden Beiträgen erfolgt nicht.

Die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für die versicherten Leistungsbezieher werden nach § 23 Abs. 2 SGB IV am Achten des auf die Zahlung der Leistung folgenden Monats fällig. Fällt der Achte eines Monats auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, verschiebt sich die Fälligkeit der Beiträge auf den darauffolgenden Werktag.

Die Bundesagentur für Arbeit stellt sicher, dass der Gesundheitsfonds bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse am Fälligkeitstag über die Beiträge verfügen kann.

C.I.7 Nachweis der Beitragsabrechnung

C.I.7.1 Monatliche Beitragsnachweise

Über die Abrechnung der monatlichen Beiträge zur Kranken- und zur Pflegeversicherung erhält der Gesundheitsfonds und die landwirtschaftliche Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit jeweils separate Beitragsnachweise, getrennt für die Kranken- und Pflegeversicherung. Die Beitragsnachweise werden elektronisch als Datensätze übermittelt. Der Inhalt der Datenübertragung wird außerhalb dieses Gemeinsamen Rundschreibens von den beteiligten Organisationen vereinbart. Der Beitragsnachweis enthält insbesondere

- den Nachweiszeitraum,
- das Erstellungsdatum,
- die Betriebsnummer des Empfängers,
- das Verfahren, für das der Datensatz bestimmt ist (hier: Arbeitslosengeld),
- die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen,
- die Gesamtsumme der Beiträge zur Krankenversicherung einschließlich der Zusatzbeiträge bzw. zur Pflegeversicherung,
- die Gesamtsumme der Zusatzbeiträge zur Krankenversicherung.

Die Beitragsabrechnungsunterlagen werden von der Bundesagentur für Arbeit aufbewahrt.

Die Aufbewahrungsfrist der Nachweise beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Abrechnungsunterlagen erstellt wurden.

C.I.7.2 Prüfung der Beitragszahlung

Die Berechnung und Abführung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt grundsätzlich in eigener Verantwortung der Bundesagentur für Arbeit. Das BAS und die landwirtschaftliche Krankenkasse sind nach § 251 Abs. 5 SGB V und § 60 Abs. 3 SGB XI zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Prüfung umfasst sowohl die Zahlung der Beiträge im Einzelfall als auch das Abrechnungssystem der Bundesagentur für Arbeit. Der für die Prüfung zuständigen Stelle sind die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das BAS kann die Prüfung durch eine Krankenkasse oder einen Landesverband wahrnehmen lassen.

Die Prüfung erfolgt in sinngemäßer Anwendung der Vorschriften über die Prüfung bei den Arbeitgebern nach § 28p SGB IV; relevant sind hierbei die Absätze 1, 3 und 5. Damit umfasst die Prüfung bei der Bundesagentur für Arbeit neben der Richtigkeit der Beitragszahlungen auch die Richtigkeit der Meldungen. Die Prüfung umfasst auch die Unterlagen der Leistungsbezieher, für die keine Beiträge gezahlt worden sind. Soweit erforderlich, erlassen die für die Prüfung zuständigen Stellen im Rahmen der Prüfung Verwaltungsakte über die Versicherungspflicht und die Beitragshöhe zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die prüfenden Stellen unterrichten die betroffenen allgemeinen Krankenkassen über Sachverhalte, soweit sie die Versicherungspflicht von Leistungsbeziehern oder die Meldepflicht der Bundesagentur für Arbeit betreffen. Die Bundesagentur für Arbeit stellt den prüfenden Stellen angemessene Prüfhilfen, insbesondere die Monatszusammenstellung (vgl. C.I.7.4), zur Verfügung.

C.I.7.3 Nachweis für den Einzelfall

Für jeden versicherten Leistungsbezieher werden die aufgrund der Zahlungen bzw. besonderen Anweisungen ermittelten Beitragsbemessungsgrundlagen (beitragspflichtige Einnahmen), der maßgebliche Beitragssatz und der daraus errechnete Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag pro Überweisungstag im IT-Verfahren COLIBRI der Bundesagentur für Arbeit dokumentiert.

C.I.7.4 Monatszusammenstellungen

Für die Zwecke der Prüfung der Beitragszahlung nach § 251 Abs. 5 SGB V und § 60 Abs. 3 SGB XI bei den Agenturen für Arbeit werden als Prüfhilfe auf Anforderung des BAS bzw. der beauftragten Krankenkasse/des beauftragten Landesverbandes oder auf Anforderung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse für ausgewählte Abrechnungsmonate alle bei einer Agentur für Arbeit angefallenen Abrechnungsvorgänge im Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit in einer separaten Datei dokumentiert und der prüfenden Stelle zur Verfügung gestellt. Die Entscheidung über die Auswahl der Abrechnungsmonate trifft die prüfende Stelle. Zu jedem einzelnen Abrechnungsvorgang wird nachgewiesen:

- Abrechnungsmonat
- Name der Krankenkasse,
- Betriebsnummer der Krankenkasse,
- Betriebsnummer der örtlichen zuständigen Agentur für Arbeit,
- Name und Vorname des Versicherten,
- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum,
- Leistungsart,
- Zahlungszeitraum,
- Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahme),
- Beitragssatz zur Krankenversicherung,
- Beitrag zur Krankenversicherung einschl. des Zusatzbeitrages nach § 241a SGB V,
- Beitragssatz zur Pflegeversicherung,
- Beitrag zur Pflegeversicherung,
- Kennzeichen, ob Beiträge manuell oder maschinell errechnet wurden,
- Organisationszeichen (zuständige Stelle der Agentur für Arbeit).

Die Beschreibung der Datensätze und des Fehlerkatalogs zur Monatszusammenstellung ist Anlage des Gemeinsamen Rundschreibens zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK) in der jeweils geltenden Fassung.

C.I.7.4 Aufbewahrung der Nachweise

Die Beitragsabrechnungsunterlagen werden im Servicehaus und im IT-Systemhaus der Bundesagentur für Arbeit aufbewahrt. In den Operativen Services ist der Nachweis für den Einzelfall verfügbar.

Die Aufbewahrungsfrist für die Rohdaten zur Erstellung der Nachweise beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Abrechnungsunterlagen erstellt wurden.

C.I.8 Erstattung von Beiträgen

C.I.8.1 Erstattung von Beiträgen bei Rückforderung der Leistung

C.I.8.1.1 § 335 Absatz 1 Satz 1 SGB III

Der Bundesagentur für Arbeit steht nach § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III hinsichtlich der von ihr getragenen Krankenversicherungsbeiträge ein Ersatzanspruch gegen den Leistungsbezieher zu, soweit der Verwaltungsakt, der zu dem Bezug der Entgeltersatzleistung geführt hat, mit Rückwirkung aufgehoben und die gezahlte Leistung zurückgefordert worden ist. Die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung wird davon nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz SGB V nicht berührt.

C.I.8.1.2 § 335 Absatz 1 Satz 2 SGB III

Hat im maßgebenden Zeitraum ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis in Form einer Pflichtversicherung bestanden, so hat nach § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III diejenige Stelle, an die die Beiträge aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gezahlt wurden (BAS bzw. landwirtschaftliche Krankenkasse), der Bundesagentur für Arbeit die für diesen Zeitraum nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bemessenen Beiträge zu erstatten. Der Leistungsbezieher wird dadurch insoweit von seiner Ersatzpflicht befreit. Besteht ein Erstattungsanspruch, entfällt rückwirkend die Versicherungspflicht aufgrund des Leistungsbezugs für den Erstattungszeitraum (vgl. A.I.2.4).

C.I.8.1.3 § 335 Absatz 1 Satz 3 SGB III

Für den Fall, dass die Pflichtversicherungsverhältnisse bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt werden und in dem Zeitraum, in dem die Versicherungsverhältnisse nebeneinander bestanden, Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen worden sind, die die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V durchgeführt hat, schließt § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III einen Beitragserstattungsanspruch nach § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III aus. Jedoch würde auch in dem Fall des § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III, der einen Unterfall des § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III darstellt, die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V – unabhängig davon, ob Leistungen erbracht worden sind - entfallen, sodass im Ergebnis nur ein Versicherungsverhältnis bei einer Krankenkasse (die für das weitere Versicherungsverhältnis zuständig ist) bestehen würde. Nur diese Krankenkasse erhält Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Regelung des § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III führt daher im Vergleich zu § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III zu inkonsistenten Auswirkungen.

Vor diesem Hintergrund findet die Regelung des § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III ab 01.03.2023 keine Anwendung mehr. Damit sind alle Fälle, bei denen die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und das weitere Pflichtversicherungsverhältnis temporär bei verschiedenen Krankenkassen durchgeführt wurden, hinsichtlich der Erstattung von Beiträgen an die Bundesagentur für Arbeit nach § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III zu beurteilen. Das heißt, diejenige Stelle, an die die Beiträge aufgrund der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gezahlt wurden (BAS bzw. landwirtschaftliche Krankenkasse), hat der Bundesagentur für Arbeit die für diesen Zeitraum nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bemessenen Beiträge zu erstatten.

Dies gilt im Übrigen auch dann, wenn das Arbeitslosengeld aufgrund der Aufnahme einer Beschäftigung in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder des EWR oder der Schweiz erfolgreich zurückgefordert wird. Die Pflichtversicherung im Ausland ist nach Artikel 5 VO (EG) 883/04 insofern einem weiteren Krankenversicherungsverhältnis gleichzustellen. Nach Artikel 11 Abs. 3 Buchstabe a VO (EG) 883/04 gelten ausschließlich die Rechtsvorschriften des Staates, in dem die Beschäftigung ausgeübt wird; die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V entfällt für den Rückforderungszeitraum.

Sofern Fälle vor dem genannten Stichtag nach § 335 Abs. 1 Satz 3 SGB III abgewickelt worden sind, das heißt wenn die Aufrechnung der Beiträge durch die Bundesagentur für Arbeit nach Mitteilung der Krankenkasse wieder rückgängig gemacht worden ist, hat es damit sein Bewenden.

Soweit durch eine Beschäftigung ein Pflichtversicherungsverhältnis in der Krankenversicherung

außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz zustande kommt, handelt es sich dabei mangels Gleichstellungsregelungen nicht um ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis, sodass derartige Fallkonstellationen dem Anwendungsbereich des § 335 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB III von vornherein entzogen sind. Als Folge greift die Ersatzpflicht des Leistungsbeziehers nach § 335 Abs. 1 Satz 1 SGB III.

C.I.8.1.4 Sonstiges zu § 335 Absatz 1 SGB III

Nach § 335 Abs. 5 SGB III ist diese Regelung für die Beiträge zur Pflegeversicherung entsprechend anzuwenden.

Zur Nachrangigkeit von § 335 Abs. 1 SGB III gegenüber § 335 Abs. 2 SGB III vergleiche C.I.8.2.

Ungeachtet der spezialgesetzlichen Regelungen zur Beitragserstattung nach § 335 Abs. 1 SGB III basiert der Erstattungsanspruch daneben auf der allgemeinen Regelung für die Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge nach § 26 Abs. 2 und 3 SGB IV. Dies wird durch den ausdrücklichen Hinweis auf § 26 Abs. 2 und 3 SGB IV in § 211 SGB VI für die Erstattung von Beiträgen zur Rentenversicherung deutlich. Mangels einer spezialgesetzlichen Regelung über die Verjährung von Ansprüchen auf Beitragserstattung nach § 335 Abs. 1 SGB III im SGB III gilt für die Verjährung dieser Erstattungsansprüche die allgemeine Regelung über die Verjährung von Erstattungsansprüchen nach § 27 Abs. 2 SGB IV. Danach verjährt der Erstattungsanspruch in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge entrichtet worden sind. Eines Rückgriffs auf die Verjährungsregelungen nach dem BGB bedarf es daher nicht.[4]

C.I.8.1.5 Verfahrensabsprache

Nach § 335 Abs. 1 Satz 4 SGB III können die Bundesagentur für Arbeit, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und das BAS in seiner Funktion als Verwalter des Gesundheitsfonds das Nähere über die Erstattung der Beiträge durch Vereinbarung regeln. Diese Vereinbarung gilt dann verbindlich für die Bundesagentur für Arbeit, das BAS, den GKV-Spitzenverband und alle Krankenkassen. Hierzu wurde zuletzt die „Verfahrensabsprache der Bun-

[4] Die BA vertritt hierzu die Auffassung, dass § 26 Abs. 2 SGB IV in diesen Fällen nicht einschlägig ist, da die Beiträge nicht „zu Unrecht entrichtet“ worden sind. In der Folge sei auch § 27 Abs. 2 SGB IV als Grundlage für die Verjährung des Anspruchs auf Erstattung von Beiträgen nicht anwendbar. Die Verjährung beginne vielmehr erst mit der Entstehung des Anspruchs auf Beitragserstattung.

desagentur für Arbeit, des GKV-Spitzenverbandes sowie des Bundesversicherungsamtes als Verwalter des Gesundheitsfonds nach § 335 Abs. 1 Satz 4 Sozialgesetzbuch III“ vom 14. Dezember 2009 getroffen. Danach werden die nach Prüfung der Bundesagentur für Arbeit von den Krankenkassen in den Einzelfällen zu erstattenden Beiträge gegen die an die Krankenkassen für die Bezieher von Arbeitslosengeld abzuführenden Beiträge aufgerechnet. Die Einzelheiten gehen aus der Verfahrensabsprache hervor. Sofern diese Vereinbarung weiterentwickelt wird, gilt die jeweils aktuelle Fassung.

C.I.8.2 Erstattung bei rückwirkender Zubilligung von Rente oder Übergangsgeld

Wird einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherten Leistungsbezieher Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zugebilligt, dann hat die Bundesagentur für Arbeit nach § 335 Abs. 2 SGB III gegen den Rentenversicherungsträger wegen der von ihr entrichteten Krankenversicherungsbeiträge einen Ersatzanspruch, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld ein Erstattungsanspruch der Bundesagentur gegen den Rentenversicherungsträger besteht.

Der Bundesagentur für Arbeit sind ferner Beiträge von einem Rehabilitationsträger zu ersetzen, wenn einem nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherten Leistungsbezieher wegen einer Maßnahme zur Rehabilitation nachträglich Übergangsgeld zugebilligt wird, das Beitragspflicht zur Krankenversicherung auslöst, wenn und soweit wegen der Gewährung von Arbeitslosengeld ein Erstattungsanspruch der Bundesagentur gegen den Rehabilitationsträger besteht.

Die vorstehenden Ausführungen gelten entsprechend, wenn ein Fall nach § 145 SGB III (Nahtlosigkeitsregelung) vorliegt.

Die Höhe richtet sich jedoch nicht nach den tatsächlichen Beiträgen, die die Bundesagentur für Arbeit getragen hat. Zu ersetzen sind nur die Beitragsanteile des versicherten Rentners und Rentenversicherungsträgers, die dieser für dieselbe Zeit aus der Rente zu entrichten gehabt hätte, bzw. der Beitrag, den der Rehabilitationsträger hätte leisten müssen, wenn die betreffende Person nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versichert gewesen wäre. Der Krankenkasse stehen für diesen Zeitraum keine Krankenversicherungsbeiträge aus der Rente bzw. dem Übergangsgeld zu. Dabei ist unerheblich, ob der Rentenanspruch in voller Höhe oder nur teilweise auf die Bundesagentur für Arbeit übergeht.

Der Ersatzanspruch beschränkt sich auf den Zeitraum, für den hinsichtlich des Arbeitslosengeldes

ein Erstattungsanspruch besteht. Soweit hinsichtlich des Arbeitslosengeldes kein Erstattungsanspruch besteht, können die auf das Arbeitslosengeld entrichteten Beiträge auch nicht vom BAS bzw. von der landwirtschaftlichen Krankenkasse zurückgefordert werden (Urteil des BSG vom 15.10.2014 - B 12 KR 13/12 R -).

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

Die Vorschrift des § 335 Abs. 2 SGB III stellt eine Spezialregelung gegenüber § 335 Abs. 1 SGB III dar. Daher besteht für die Bundesagentur für Arbeit über die Möglichkeit der Beitragserstattung nach § 335 Abs. 2 SGB III nicht noch die Möglichkeit, die Krankenkasse zur Rückzahlung der Beiträge nach § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III in Anspruch zu nehmen (Urteil des BSG vom 15. Oktober 2014 - B 12 KR 13/12 -, USK 2014-140).

C.I.8.3 Ersatzpflicht des Arbeitgebers für Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld bei fortbestehendem Arbeitsentgeltanspruch

Bei Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld nach § 157 Abs. 3 SGB III geht der Anspruch des Arbeitnehmers auf Arbeitsentgelt nach § 115 SGB X bis zur Höhe der erbrachten Sozialleistung auf die Bundesagentur für Arbeit über. Daneben verpflichtet § 335 Abs. 3 SGB III den Arbeitgeber, der Bundesagentur für Arbeit die geleisteten Beiträge zur Krankenversicherung zu ersetzen, soweit dieser für dieselbe Zeit Beiträge zur Krankenversicherung aus dem Arbeitsentgelt zu entrichten hat.

Eine Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld nach § 157 Abs. 3 SGB III liegt dann vor, wenn ein Arbeitsentgelt-/Urlaubsabgeltungsanspruch besteht und aktuell nicht verwirklicht werden kann bzw. ein solcher Anspruch möglicherweise besteht oder entstehen kann (z. B. bei Kündigungsschutzklagen). Wird der Anspruch auf Arbeitsentgelt/Urlaubsabgeltung vom Arbeitgeber später ganz oder teilweise erfüllt, richtet sich die Rückabwicklung nach § 115 SGB X (für die Leistung) und nach § 335 Abs. 3 SGB III (für die Krankenversicherungsbeiträge). Davon betroffen sind die Zeiträume bis zum rechtlich festgestellten Ende des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. bei Kündigungsschutzklagen) aber auch in Insolvenzfällen die Zeiten vor und nach dem Insolvenzgeldzeitraum bis zum fiktiven rechtlichen Ende der Beschäftigung. Ebenso können Zeiten im Insolvenzgeldzeitraum betroffen sein, falls die Bundesagentur für Arbeit in dieser Zeit abweichend vom Regelfall neben den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen aus dem Arbeitslosengeld keine Beiträge nach § 175 SGB III entrichtet hat.

Für die Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld gilt das nachfolgend beschriebene Verfahren (zum hiervon in bestimmten Fällen für Zeiträume bis 31.12.2025 und in den Fällen einer vorangegangenen freiwilligen Krankenversicherung oder Auffang-Versicherungspflicht abweichenden Verfahren siehe Übergangsregelung am Ende dieses Abschnitts):

- Die Bundesagentur für Arbeit zeigt bei Beginn der Gleichwohlgewährung beim Arbeitgeber/Insolvenzverwalter ihre Ansprüche für das zu ersetzende Arbeitslosengeld und die darauf entfallenden Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 157 Abs. 3 SGB III i. V. m. § 115 Abs. 1 SGB X, § 335 Abs. 3 Satz 1 SGB III) an.

- Nach abschließender Klärung des Arbeitsentgeltanspruchs fordert die Bundesagentur für Arbeit für den Zeitraum der Gleichwohlgewährung die bereits gezahlten Leistungen und die darauf entfallenden Beiträge vom Arbeitgeber/Insolvenzverwalter.

- Es besteht seitens der Bundesagentur für Arbeit kein Anspruch auf Aufrechnung der Beiträge gegenüber dem BAS bzw. der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Die aufgrund des Leistungsbezugs entrichteten Beiträge verbleiben im Gesundheitsfonds/bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Die Meldungen bei der zuständigen Krankenkasse werden nicht storniert.

- Der Arbeitgeber/Insolvenzverwalter ist bedingt durch den Arbeitsentgeltanspruchsübergang und Beitragsersatzanspruch der Bundesagentur für Arbeit insoweit von seinen Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Einzugsstelle bis zur Höhe der für das Arbeitslosengeld gezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge befreit (§ 335 Abs. 3 Satz 2 SGB III).

- Die Einzugsstelle überwacht die verbleibende Zahlung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

Der Arbeitgeber/Insolvenzverwalter hat in der Meldung gegenüber der Einzugsstelle für den Zeitraum der Gleichwohlgewährung den Teil des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts zu melden, welcher die beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI überschreitet.

Beispiel 1

Arbeitsentgelt bis 31.03.2023:	4.000,00 € mtl.

Insolvenzereignis am 01.07.2023 und Insolvenzgeld vom 01.04.2023 bis 30.06.2023
Arbeitslosengeld (Gleichwohlgewährung) bis zum fiktiven rechtlichen Ende der Beschäftigung vom 01.07.2023 bis 30.09.2023
Beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld: 3.200,00 € mtl.
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt aus Abschluss des Insolvenzverfahrens vom 01.07.2023 bis 30.09.2023: 4.000,00 € mtl.

Für den relevanten Zeitraum vom 01.07.2023 bis 30.09.2023 fließt folgendes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt in die Abmeldung des Arbeitgebers ein:
4.000,00 € ./. 3.200,00 € = 800,00 € x 3 Monate = 2.400,00 €

Beispiel 2

Arbeitsentgelt bis 31.03.2026: 4.000,00 € mtl.
Arbeitslosengeld (Gleichwohlgewährung) vom 01.04.2026 bis 31.10.2026
Beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld: 3.200,00 € mtl.
Ende des Arbeitsverhältnisses nach Vergleich vor dem Arbeitsgericht am 31.10.2026
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt vom 01.04.2026 bis 31.10.2026: 4.000,00 € mtl.

Für den relevanten Zeitraum vom 01.04.2026 bis 31.10.2026 fließt folgendes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt in die Abmeldung des Arbeitgebers ein:
4.000,00 € ./. 3.200,00 € = 800,00 €
x 7 Monate = 5.600,00 €

Beispiel 3

Arbeitsentgelt bis 31.03.2026: 4.000,00 € mtl.
Arbeitslosengeld (Gleichwohlgewährung) vom 01.04.2026 bis 31.10.2026
Beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld: 3.200,00 € mtl.
Ende des Arbeitsverhältnisses nach Vergleich vor dem Arbeitsgericht am 31.10.2026
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt vom 01.04.2026 bis 31.10.2026 (lt. Vergleich): 3.000,00 € mtl.

Da das beitragspflichtige Arbeitsentgelt für den relevanten Zeitraum vom 01.04.2026 bis 31.10.2026 jeden Monat die beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld nicht überschreitet, fließt für diesen Zeitraum kein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt in die Abmeldung des Arbeitgebers ein.

Für die Rückabwicklung der Zeiten einer Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld im Insolvenzgeldzeitraum vgl. C.I.8.4.

Übergangsregelung bis 31.12.2025:

Bei der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld vor einem Insolvenzgeldzeitraum, im Insolvenzgeldzeitraum ohne Beitragszahlung nach § 175 SGB III sowie bei Gleichwohlgewährung ohne Insolvenzereignis gilt für Zeiträume bis zum 31.12.2025 noch das folgende bisherige Verfahren:

- Die Bundesagentur für Arbeit verzichtet bei der Geltendmachung ihres Ersatzanspruchs gegen den Arbeitgeber auf die von ihr in den Fällen des § 157 Abs. 3 SGB III geleisteten Krankenversicherungsbeiträge.

- Die Bundesagentur für Arbeit rechnet die von ihr im maßgebenden Zeitraum getragenen Krankenversicherungsbeiträge mit den für die Gesamtheit der Bezieher von Arbeitslosengeld an das BAS bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlenden Beiträge zur Krankenversicherung auf. Die Bundesagentur für Arbeit korrigiert gleichzeitig die der Krankenkasse gemeldeten Daten.

- Der Arbeitgeber zahlt für den maßgebenden Zeitraum die auf das nachgezahlte Arbeitsentgelt entfallenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge in voller Höhe an die für diesen Zeitraum zuständige Krankenkasse. Diese Krankenkasse überwacht die vollständige Zahlung der Beiträge. Zu diesem Zweck erhält sie von der Agentur für Arbeit einen Abdruck des Ersatzanspruchsbescheides.

- Der Arbeitgeber berücksichtigt bei der Abmeldung nach der DEÜV das beitragspflichtige Arbeitsentgelt und den Zahlungszeitraum und korrigiert ggf. bereits erstattete Meldungen. Im Fall eines Krankenkassenwechsels hat der Arbeitgeber bei der neu zuständigen Krankenkasse eine An- und Abmeldung vorzunehmen.

Überschreiten die Zeiträume der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld vor einem Insolvenzgeldzeitraum, im Insolvenzgeldzeitraum ohne Beitragszahlung nach § 175 SGB III sowie bei Gleichwohlgewährung ohne Insolvenzereignis den 31.12.2025, gilt für die Zeiträume ab 01.01.2026 das am Anfang dieses Abschnitts beschriebene Verfahren.

Das vorstehend beschriebene Verfahren im Rahmen der Übergangsregelung gilt - ohne Zeitbegrenzung – für die vor der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld freiwillig oder in der Auffang-Versicherungspflicht krankenversicherten Beschäftigten mit folgenden Maßgaben. Die freiwillige Krankenversicherung oder Auffang-Versicherungspflicht lebt für die Dauer des fortbestehenden Arbeitsverhältnisses rückwirkend wieder auf (vgl. A.I.2.6.3.2). Die Krankenkasse erhebt die aus diesem Versicherungsverhältnis resultierenden Beiträge gegenüber ihrem Mitglied. Die Bundesagentur für Arbeit verzichtet bei der Geltendmachung ihres Ersatzanspruchs gegen den Arbeitgeber auf den Beitragszuschuss nach § 257 SGB V. Der Beitragszuschuss nach § 257 SGB V steht, sofern darauf ein Anspruch besteht, der beschäftigten Person zu.

Für die Beiträge zur Pflegeversicherung gelten die vorstehenden Ausführungen gemäß § 335 Abs. 5 SGB III entsprechend.

C.I.8.4 Konkurrierende Erstattungsansprüche der Bundesagentur für Arbeit bei Gleichwohlgewährung im Insolvenzgeldzeitraum

C.I.8.4.1 Allgemeines

In den Fällen, in denen aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld (im Rahmen des § 157 Abs. 3 SGB III) Beiträge zur Krankenversicherung nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und Beiträge zur Pflegeversicherung nach § 57 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V gezahlt worden sind und die Agentur für Arbeit für den gleichen Zeitraum nach § 175 SGB III Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Einzugsstelle entrichtet hat, wird der Erstattungsanspruch der Bundesagentur für Arbeit nach § 335 Abs. 3 SGB III durch ihren Erstattungsanspruch gegen die Einzugsstelle nach § 175 Abs. 2 Satz 2 SGB III verdrängt. In Fällen dieser Art ist die Versicherung aufgrund der Beschäftigung und damit der Beitragsanspruch nach § 175 SGB III vorrangig. Somit sind die "konkurrierenden Beitragspflichten" (nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V und nach § 57 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V einerseits sowie nach § 175 SGB III andererseits) nur einmal zu erfüllen (vgl. dazu auch Urteil des BSG vom 22.04.1986 - 10 RAr 12/85 -, USK 8653).

Zur Abwicklung solcher Tatbestände gilt das in den nachfolgenden Abschnitten beschriebene Verfahren.

C.I.8.4.2 Vorrangigkeit des Beitragsanspruchs nach § 175 SGB III

Der Anspruch der Einzugsstelle auf Beiträge nach § 175 SGB III wird nicht dadurch berührt, dass einzelne Arbeitnehmer des insolventen Arbeitgebers bereits Arbeitslosengeld im Rahmen des § 157 Abs. 3 SGB III bezogen haben und die Bundesagentur für Arbeit für sie bereits Beiträge zur Krankenversicherung nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. zur Pflegeversicherung nach § 57 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V gezahlt hat. Die Agentur für Arbeit hat deshalb auf Antrag der Einzugsstelle die auf das Arbeitsentgelt der letzten drei Monate vor dem Insolvenztag entfallenden und noch nicht gezahlten Beiträge nach § 175 Abs. 1 SGB III zu entrichten, auch wenn für dieselbe Zeit bereits Beiträge nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 57 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V gezahlt worden sind. Die Einzugsstelle hat diese Beiträge gemäß § 175 Abs. 2 Satz 1 SGB III gegenüber dem Arbeitgeber weiterzuverfolgen und - soweit Zahlungen geleistet werden - diese der Agentur für Arbeit nach §175 Abs. 2 Satz 2 SGB III zu erstatten.

C.I.8.4.3 Absetzung der Beiträge aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld

Sofern für den Zeitraum, für den Beiträge nach § 175 SGB III zu entrichten sind, Beiträge zur Krankenversicherung nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. zur Pflegeversicherung nach § 57 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V gezahlt worden sind, fordert die Bundesagentur für Arbeit diese Beiträge, soweit sie auf den Insolvenzgeldzeitraum entfallen, im Wege der Aufrechnung zurück, und zwar auch dann in voller Höhe, wenn die Beiträge nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. nach § 57 Abs. 1 SGB XI i .V. m. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ausnahmsweise höher sein sollten als die aufgrund des § 175 SGB III für den Versicherten entrichteten Beiträge. Wurden für den Insolvenzgeldzeitraum bereits Meldungen aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld abgegeben, sind diese Meldungen zu stornieren (vgl. A.I.2.6.3.1). Umfasst die zu stornierende Meldung auch Zeiten, in denen das gezahlte Arbeitslosengeld nicht durch die Zahlung von Insolvenzgeld ersetzt wird, sind diese verbleibenden Zeiten der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V anschließend erneut zu melden.

C.I.8.4.4 Zusammentreffen von Insolvenzgeld und Ansprüchen auf Urlaubsabgeltung

Ein Aufrechnungsverfahren nach C.I.8.4.3 ist nicht möglich, wenn sich der Insolvenzgeldzeitraum und der Zeitraum, für den die Kranken- und Pflegeversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V/§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI durchgeführt wurde, nicht überschneiden. Hat im Insolvenzgeldzeitraum der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen Anspruch auf Urlaubsabgeltung geruht, kommt es

nicht zu einer Aufrechnung der Beiträge, da für diese Zeiträume kein Anspruch auf Insolvenzgeld besteht (§ 166 Abs. 1 Nr. 1 SGB III).

C.I.8.4.5 Mitteilungen der Agentur für Arbeit

Die für die Gewährung von Arbeitslosengeld zuständige Agentur für Arbeit informiert die für die Durchführung der Kranken- und Pflegeversicherung aufgrund des Leistungsbezugs zuständige Krankenkasse über die Absetzung bzw. Aufrechnung der Beiträge nach § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 57 Abs. 1 SGB XI i. V. m. § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V, falls sie ausnahmsweise keine Kenntnis davon hat, dass der Einzelfall von der Insolvenz betroffen ist (z. B. bei unwirksamer Kündigung vor dem Insolvenzgeldzeitraum), und bezeichnet ggf. die Krankenkasse, die für die Geltendmachung der Beiträge nach § 175 SGB III zuständig ist.

C.I.8.5 Erstattung von Beiträgen bei Fehlversicherung

Nach der allgemeinen Vorschrift des § 26 Abs. 2 SGB IV sind zu Unrecht entrichtete Beiträge zu erstatten, es sei denn, der Versicherungsträger hat bis zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs aufgrund dieser Beiträge oder für den Zeitraum, für den die Beiträge entrichtet worden sind, Leistungen erbracht oder zu erbringen.

Als zu Unrecht entrichtet in diesem Sinne gelten u. a. Beiträge, die die Bundesagentur für Arbeit in der Annahme von Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V an den Gesundheitsfonds oder an die landwirtschaftliche Krankenkasse entrichtet hat, wenn sich später herausstellt, dass es dabei um eine Fehlversicherung handelt.

Eine Fehlversicherung im vorgenannten Sinne liegt vor, wenn die Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V durchgeführt wurde, obwohl die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nicht vorliegen, oder die Versicherung bei einer nicht-landwirtschaftlichen Krankenkasse anstatt bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse oder umgekehrt durchzuführen war. Eine Fehlversicherung ist damit beispielsweise in den folgenden Fällen gegeben:

- Durchführung von Krankenversicherungspflicht trotz Versicherungsfreiheit (§ 6 Abs. 3a SGB V)
- rückwirkende Befreiung von der Versicherungspflicht (§ 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V)
- Durchführung der Versicherung bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse, obwohl eine andere – nicht-landwirtschaftliche – Krankenkasse zuständig ist, die sich aus den in den Gesundheitsfonds fließenden Beiträgen finanziert, oder umgekehrt.

- Zuständigkeit eines anderen Mitgliedstaates der EU oder des EWR oder der Schweiz.

Bei einer Fehlversicherung entfällt die Versicherungspflicht rückwirkend und die Beiträge gelten als zu Unrecht entrichtet. In der Folge sind die Beiträge unter den näheren Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 SGB IV und unter Beachtung der Verjährung nach § 27 Abs. 2 und 3 SGB IV zu erstatten.

Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge erfolgt regelmäßig durch Aufrechnung dieser Beiträge gegen die von der Bundesagentur für Arbeit an den Gesundheitsfonds bzw. die landwirtschaftliche Krankenkasse zu zahlenden Beiträge für Leistungsbezieher. Die Aufrechnung ist von der Bundesagentur für Arbeit gegen die Beiträge für Leistungsbezieher nach dem SGB III im laufenden Abrechnungszeitraum vorzunehmen. Die Meldung für den Leistungsbezieher ist zu stornieren.

Die Krankenkasse schließt aus der Stornierung der Meldung, dass die der Meldung zugrundeliegenden Beiträge gegen zu zahlende Beiträge für andere Leistungsbezieher aufgerechnet wurden.

Soweit die Krankenkasse bei der Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Aufrechnung im Nachhinein feststellt, dass die Aufrechnung unzulässig war, informiert sie die zuständige Agentur für Arbeit schriftlich über die zu Unrecht vorgenommene Aufrechnung. Dies gilt nicht für im Rahmen der Prüfung nach § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V festgestellte unzulässige Aufrechnungen.

Von der Bundesagentur für Arbeit sind innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung

- die entsprechenden Meldungen für den Versicherten erneut abzugeben und gleichzeitig
- die Zahlung des zu Unrecht aufgerechneten Beitrags zu veranlassen.

Bei einer späteren Veranlassung der Beitragszahlung findet § 24 SGB IV Anwendung.

Die im Zusammenhang mit der ursprünglichen Aufrechnung, der Erhöhung der nächsten Beitragsnachweisung und erneuten Meldung stehenden Sachverhalte sind in den Daten der Agentur für Arbeit revisionssicher und prüffähig darzustellen sowie bei einer Prüfung nach § 251 Abs. 5 Satz 2 SGB V zugänglich zu machen.

C.I.9 Beiträge an ein privates Krankenversicherungsunternehmen

Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt für Leistungsbezieher, die unmittelbar vor Beginn des

Leistungsbezugs privat krankenversichert waren und sich gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Krankenversicherungspflicht haben befreien lassen, die für die Dauer des Leistungsbezugs an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge (§ 174 Abs. 1 Nr. 1 SGB III). Dies gilt ebenso für Leistungsbezieher, die nach § 6 Abs. 3a SGB V krankenversicherungsfrei sind (Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen und zuvor in den letzten fünf Jahren nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren).

Nach § 174 Abs. 1 Nr. 2 SGB III besteht auch ein Anspruch auf Übernahme für die an ein privates Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Pflegeversicherungsbeiträge.

Die Übernahme der Beiträge setzt voraus, dass

- der Leistungsbezieher bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und für sich und seine Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung entsprechen (vgl. Begründung zu – damals noch - § 207a SGB III, Bundestags-Drucksache 13/8012 S. 21) und
- der Versicherungsvertrag während der Dauer des Leistungsbezugs aufrechterhalten wird.

Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt grundsätzlich die vom Leistungsbezieher an das private Krankenversicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge. Die Höhe der zu zahlenden Beiträge ist nach § 174 Abs. 2 SGB III jedoch begrenzt auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht des Leistungsbeziehers von der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen wäre. Für die Ermittlung des Höchstbetrages in der Krankenversicherung sind die beitragspflichtigen Einnahmen und der allgemeine Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (§§ 241, 242a SGB V) zugrunde zu legen.

C.II Rentenversicherung

C.II.1 Rechtsgrundlagen

§ 166 SGB VI

Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bis 1c. ...

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

2a. und 2b. …

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts,

2d. bis 5. ...

(2) ...

§ 170 SGB VI

Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. ...

2. bei Personen, die
   a) ...

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

   c) bis e) …

3. bis 6. ...

(2) ...

§ 173 SGB VI
Grundsatz

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

§ 176 SGB VI
Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) …

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

(3) …

§ 228a SGB VI
Besonderheiten für das Beitrittsgebiet

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

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

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

maßgebend, wenn die Einnahmen aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit im Beitrittsgebiet erzielt

werden. Satz 1 gilt für die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlagen bei sonstigen Versicherten entsprechend.

(2) und (3) ...

§ 173 SGB III
Übernahme und Erstattung von Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung

(1) Wer Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld bezieht und von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit ist (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 231 Abs. 1 und 2 SGB VI), hat Anspruch auf

1. Übernahme der Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezugs an eine öffentlich-rechtliche Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe oder an ein Versicherungsunternehmen zu zahlen sind, und
2. Erstattung der von der Leistungsbezieherin oder vom Leistungsbezieher für die Dauer des Leistungsbezugs freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten Beiträge.

Freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlte Beiträge werden nur bei Nachweis auf Antrag der Leistungsbezieherin oder des Leistungsbeziehers erstattet.

(2) Die Bundesagentur übernimmt höchstens die von der Leistungsbezieherin oder dem Leistungsbezieher nach der Satzung der Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung geschuldeten oder im Lebensversicherungsvertrag spätestens sechs Monate vor Beginn des Leistungsbezugs vereinbarten Beiträge. Sie erstattet höchstens die von der Leistungsbezieherin oder dem Leistungsbezieher freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten Beiträge.

(3) Die von der Bundesagentur zu übernehmenden und zu erstattenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die die Bundesagentur ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen hätte. Die Leistungsbezieherin oder der Leistungsbezieher kann bestimmen, ob vorrangig Beiträge übernommen oder erstattet werden sollen. Trifft die Leistungsbezieherin oder der Leistungsbezieher keine Bestimmung, sind die Beiträge in dem Verhältnis zu übernehmen und zu erstatten, in dem die von der Leistungsbezieherin oder dem Leistungsbezieher zu zahlenden oder freiwillig gezahlten Beiträge

stehen.

(4) Die Leistungsbezieherin oder der Leistungsbezieher wird insoweit von der Verpflichtung befreit, Beiträge an die Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung oder an das Versicherungsunternehmen zu zahlen, als die Bundesagentur die Beitragszahlung für sie oder ihn übernommen hat.

C.II.2 Grundsätze der Beitragsberechnung

C.II.2.1 Allgemeines

Die Beiträge zur Rentenversicherung sind grundsätzlich für jeden Tag, für den Versicherungspflicht besteht, zu zahlen. Sie werden nach § 157 SGB VI in einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) erhoben, die bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt wird.

C.II.2.2 Beitragspflichtige Einnahmen

C.II.2.2.1 Beitragsbemessungsgrundlage

Als beitragspflichtige Einnahmen der versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld oder von gleichgestellten Leistungen gelten nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 oder 2c SGB VI 80 v.H. des Arbeitsentgelts, das der Bemessung der Leistung zugrunde liegt.

C.II.2.2.1.1 Arbeitsentgelt/Bemessungsentgelt

Für die Ermittlung des der Leistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts ist vom Begriff des Arbeitsentgelts im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV auszugehen. Der in § 166 Abs. 1 Nr. 2 oder 2c SGB VI gebrauchte Begriff des Arbeitsentgelts deckt sich mit dem des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV. Insoweit stimmen der Begriff des Arbeitsentgelts, der für die Beitragsberechnung maßgebend ist und derjenige, der für die Festlegung des Bemessungsentgelts im Sinne von § 151 Abs. 1 SGB III maßgebend ist, überein (vgl. auch Urteil des BSG vom 19.12.1991 - 4/1 RA 85/90 - SozR 3 - 5765 § 6 Nr. 1). Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage ist neben dem laufenden Arbeitsentgelt auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt zu berücksichtigen.

Die Bestimmungen über das Leistungsentgelt nach § 153 SGB III spielen für die Beitragsberechnung keine Rolle.

Sofern Versicherte Anspruch auf Arbeitslosengeld aus einem Beschäftigungsverhältnis herleiten, in dem für die Beitragsberechnung die Regelungen des Übergangsbereichs (§ 20 Abs. 2 SGB IV) galten, wirkt sich dies nicht auf die Bestimmung des Bemessungsentgelts aus. Leistungsrechtlich wird das Arbeitslosengeld nach dem ungekürzten Arbeitsentgelt berechnet. Dieses ungekürzte Arbeitsentgelt gilt als Beitragsbemessungsgrundlage im Sinne § 166 Abs. 1 Nr. 2 oder 2c SGB VI.

Soweit Arbeitslosengeld unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 151 Abs. 3 bis 5 oder § 152 SGB III berechnet wird, gilt das hiernach ermittelte Bemessungsentgelt als Beitragsberechnungsgrundlage.

C.II.2.2.1.2 Begrenzung des Bemessungsentgelts

Ausgangsbasis für die Beitragsberechnung ist das der Bemessung des Arbeitslosengeldes oder der gleichgestellten Leistung tatsächlich zugrundeliegende Arbeitsentgelt (vgl. C II 1.2.1.1). Dieses Entgelt wird für die Ermittlung des kalendertäglichen Betrags der beitragspflichtigen Einnahmen allerdings auf 80 v.H. reduziert. Diese Begrenzung bezieht sich auf die ungekürzte Bemessungsgrundlage im Sinne des § 151 Abs. 1 SGB III, ggf. limitiert auf die für die Rentenversicherung geltende Beitragsbemessungsgrenze. Ausgehend von diesem Wert ist die Kürzung auf 80 v. H. vorzunehmen; vgl. Beispiel in dem folgenden Abschnitt.

C.II.2.2.1.3 Beitragsbemessungsgrenze

Für die Beitragsberechnung ist die Beitragsbemessungsgrenze des Versicherungszweiges maßgebend, für den die Beiträge bestimmt sind (Urteile des BSG vom 29.09.1997 - 8 RKn 4/97, 5/97 und 6/97 - USK 9750). Ggf. ist die Beitragsbemessungsgrenze der knappschaftlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen.

Im Zusammenwirken mit den Ausführungen in C.II.1.2.1.2 ist die Beitragsbemessungsgrundlage folgendermaßen zu ermitteln:

Beispiel (alte Bundesländer)

Ein Versicherter bezieht im Jahr 2023 Arbeitslosengeld. Das kalendertägliche Bemessungsentgelt (einschließlich eines möglichen Hinzurechnungsbetrags wegen Einmalzahlungen) beträgt 248,00 €.

1. Schritt:	
Ermittlung des Bemessungsentgelts:	248,00 €
2. Schritt:	
Begrenzung des Bemessungsentgelts auf die BBG:	243,33 €
3. Schritt:	
Kürzung auf 80 %:	194,66 €

Änderungen der Beitragsbemessungsgrenzen zum 1.1. eines Kalenderjahres sind bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen. Sofern also das ungekürzte Bemessungsentgelt des Versicherten die Beitragsbemessungsgrenze eines Versicherungszweiges übersteigt, ist vom 1.1. des neuen Kalenderjahres an die (in der Regel) höhere Beitragsbemessungsgrenze zu beachten (vgl. Urteil des BSG vom 16.02.1982 - 12 RK 81/80 - USK 8218).

Ist das dem Leistungsbezug zugrunde liegende Arbeitsentgelt überwiegend aus Beschäftigungszeiten im Rechtskreis Ost (neue Bundesländer einschließlich Berlin [Ost]) erzielt worden, wird für Zeiten bis 31.12.2024 für die Bemessung der Rentenversicherungsbeiträge die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) herangezogen (§ 228a Abs. 1 Satz 2 i. V. m. Satz 1 SGB VI).

C.II.2.2.1.4 Kalendertäglicher Betrag

Als Bemessungsentgelt gilt nach § 151 Abs. 1 SGB III das durchschnittliche auf den (Kalender-) Tag entfallende beitragspflichtige Arbeitsentgelt. Im Hinblick darauf ist entsprechend § 166 Abs. 1 Nr. 2 oder 2c SGB VI für die Beitragsberechnung auch auf den kalendertäglichen Betrag abzustellen. Von diesem wird die endgültige Beitragsbemessungsgrundlage nach den vorstehenden Ausführungen in C.II.2.2.1 bis C.II.2.2.1.3 ermittelt und für die Beitragsberechnung herangezogen.

C.II.2.2.2 Kürzung der Bemessungsgrundlage bei anderweitigem Einkommen

C.II.2.2.2.1 Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung

Wird neben dem Arbeitslosengeld oder der gleichgestellten Leistung Arbeitsentgelt aus einer rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung bezogen, werden die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI um 80 v.H. des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts gekürzt. Arbeitsentgelt aus einer geringfügigen Beschäftigung führt nicht zu einer Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen setzt allerdings voraus, dass der Leistungsanspruch während der rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung fortbesteht.

Sofern Versicherte neben dem Bezug von Arbeitslosengeld Arbeitsentgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis erzielen, in dem für die Beitragsberechnung die Bestimmungen des Übergangsbereichs (§ 20 Abs. 2 SGB IV) gelten, wird die Beitragsbemessungsgrundlage für das Arbeitslosengeld um 80 v.H. der reduzierten beitragspflichtigen Einnahme nach § 163 Abs. 7 SGB VI in Verbindung mit § 20 Abs. 2a Satz 1 SGB IV vermindert.

Die in § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI vorgeschriebene Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen kommt in Betracht bei

- Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung neben dem Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung,
- Ausübung einer zwar mehr als geringfügigen (§ 8 oder § 8a SGB IV), aber gemäß § 138 Abs. 3 SGB III die Beschäftigungslosigkeit nicht ausschließenden Beschäftigung von weniger als 15 Stunden wöchentlich (gelegentliche Abweichungen von geringer Dauer bleiben unberücksichtigt und mehrere Beschäftigungen werden addiert).

Im Zusammenhang mit den Ausführungen zur Ermittlung der allgemeinen Beitragsbemessungsgrundlage (vgl. C.II.2.2.1 bis C.II.2.2.1.4) ergibt sich folgende Vorgehensweise:

Beispiel (neue Bundesländer)

Reihenfolge zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen (kalendertägliche Werte für das Jahr 2023). Kalendertägliches Bemessungsentgelt für das Arbeitslosengeld: 248,00 €. Anrechenbares Arbeitsentgelt: 2.100,00 € monatlich.

1. Schritt:	
Ermittlung des Bemessungsentgelts:	248,00 €
2. Schritt:	
Begrenzung des Bemessungsentgelts auf die BBG:	236,67 €
3. Schritt:	
Kürzung auf 80 %:	189,34 €
4. Schritt:	
Minderung um 80 % des anrechenbaren Arbeitsentgelts	
(2.100 € / 30 Tage = 70 € kalendertäglich):	- 56,00 €
Ergebnis:	
Beitragsbemessungsgrundlage:	133,34 €

Bei Bezug von Teilarbeitslosengeld findet eine Kürzung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 1 Nr. 2c SGB VI nicht statt.

Kürzungen, Aufrechnungen, Verrechnungen, Abtretungen, Pfändungen und Abzweigungen des Arbeitslosengeldes oder von gleichgestellten Leistungen mindern die Beitragsbemessungsgrundlage nicht.

C.II.2.3 Beitragssatz

Die Beiträge zur Rentenversicherung werden nach § 157 SGB VI in einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) erhoben. Die Beiträge werden nach dem Beitragssatz berechnet, der für den Zahlungszeitraum der Entgeltersatzleistung gilt. Ändert sich der Beitragssatz im Laufe eines Zahlungszeitraums, ist für die Beitragsberechnung eine entsprechende Aufteilung des Zahlungszeitraums erforderlich.

Bei Zugehörigkeit zur knappschaftlichen Rentenversicherung sind die Rentenversicherungsbeiträge nach dem (höheren) Beitragssatz der knappschaftlichen Rentenversicherung zu zahlen.

C.II.3 Tragung der Beiträge

Die nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 oder 2c SGB VI bemessenen Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld oder von gleichgestellten Leistungen trägt die Bundesagentur für Arbeit (§ 170 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. b SGB VI) und zwar unabhängig davon, ob die Rentenversicherungspflicht auf § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI beruht oder eine Antragspflichtversicherung nach § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB VI vorliegt.

C.II.4 Berechnung der Beiträge

Die Beiträge zur Rentenversicherung werden als Produkt aus der Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) und dem Beitragssatz unter Berücksichtigung des Zahlungszeitraums von Arbeitslosengeld oder gleichgestellten Leistungen errechnet. Volle Kalendermonate mit Bezug der vorgenannten Leistungen sind mit 30 Tagen anzusetzen. Beginnt oder endet die Versicherungspflicht aufgrund der vorgenannten Leistungen im Laufe eines Kalendermonats, ist für die Beitragsberechnung von der tatsächlichen Anzahl der verbleibenden Leistungstage des entsprechenden Monats auszugehen. Das gilt auch dann, wenn der Leistungsbezug nach dem SGB III im Laufe eines Monats im Anschluss an eine andere Entgeltersatzleistung (z.B. Übergangsgeld) einsetzt. Die Anzahl der Beitragstage stimmt mit der Anzahl der Leistungstage (Tage, für die Arbeitslosengeld nach § 154 SGB III gezahlt wird) überein.

Sie werden für jeden versicherten Leistungsbezieher am jeweiligen Überweisungstag für den maßgeblichen Zahlungszeitraum der Leistung ermittelt und für die monatliche Beitragsabrechnung gespeichert.

C.II.5 Zahlung und Abrechnung der Beiträge

Die Beiträge sind gemäß dem Grundsatz des § 173 SGB VI von demjenigen zu zahlen, der sie trägt. Demzufolge hat die Bundesagentur für Arbeit als Beitragsschuldnerin die Beiträge unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

Die Rentenversicherungsbeiträge für die versicherten Leistungsbezieher werden nach § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB IV am Achten des auf die Zahlung der Leistung folgenden Monats fällig.

Die Rentenversicherungsträger und die Bundesagentur für Arbeit können nach § 23 Abs. 2 Satz 2 SGB IV vereinbaren, dass die Beiträge zu dem vom Bundesamt für Soziale Sicherung festgelegten

Fälligkeitstermin für die Rentenzahlungen im Inland gezahlt werden. Eine Vereinbarung zur Zahlung und Abrechnung der Beiträge wurde 1992 zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte und der Bundesanstalt für Arbeit getroffen und zuletzt zum 01.10.2005 aktualisiert. Danach wird auf die fälligen Beiträge monatlich eine Abschlagszahlung geleistet, deren Höhe sich an dem Beitragsaufkommen des Vorvormonats bemisst; gleichzeitig wird die Spitzabrechnung für den Vorvormonat durchgeführt.

C.II.6 Beitragserstattungen

C.II.6.1 Gemeinsame Grundsätze

Für zu Unrecht gezahlte Beiträge nach § 26 Abs. 2 SGB IV finden die „Gemeinsamen Grundsätze für die Erstattung und Aufrechnung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Rentenversicherung für Bezieher von Leistungen nach dem SGB III“ in der jeweils geltenden Fassung Anwendung.

Die Erstattung und Aufrechnung fehlentrichteter Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung richtet sich nach der Vereinbarung vom 05.09.2017.

C.II.6.2 Ersatzpflicht des Arbeitgebers für Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld bei fortbestehendem Arbeitsentgeltanspruch

Bei Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld nach § 157 Abs. 3 SGB III geht der Arbeitsentgeltanspruch des Arbeitnehmers nach § 115 SGB X bis zur Höhe der erbrachten Sozialleistung auf die Bundesagentur für Arbeit über. Daneben verpflichtet § 335 Abs. 3 SGB III den Arbeitgeber, der Bundesagentur für Arbeit die nach § 166 Abs. 1 Nr. *2* oder Nr. 2c SGB VI bemessenen Rentenversicherungsbeiträge zu ersetzen, soweit dieser für dieselbe Zeit Rentenversicherungsbeiträge aus dem Arbeitsentgelt zu zahlen hat.

Eine Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld nach § 157 Abs. 3 SGB III erfolgt immer dann, wenn ein Arbeitsentgelt-/Urlaubsabgeltungsanspruch besteht und aktuell nicht verwirklicht werden kann bzw. ein solcher Anspruch möglicherweise besteht oder entstehen kann (z.B. bei Kündigungsschutzklagen). Wird der Anspruch auf Arbeitsentgelt/Urlaubsabgeltung vom Arbeitgeber später ganz oder teilweise erfüllt, richtet sich die Rückabwicklung nach § 115 SGB X (für die Leistung) und nach § 335 Abs. 3 SGB III (für die Rentenversicherungsbeiträge). Davon betroffen sind die Zeiträume bis zum rechtlich festgestellten Ende des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. bei Kündi-

gungsschutzklagen) aber in Insolvenzfällen auch die Zeiten vor und nach dem Insolvenzgeldzeitraum bis zum fiktiven rechtlichen Ende der Beschäftigung. Ebenso können Zeiten im Insolvenzgeldzeitraum betroffen sein, falls die Bundesagentur für Arbeit in dieser Zeit abweichend vom Regelfall neben den Rentenversicherungsbeiträgen aus dem Arbeitslosengeld keine Rentenversicherungsbeiträge nach § 175 SGB III entrichtet hat.

Für die Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld gilt das nachfolgend beschriebene Verfahren (zum hiervon in bestimmten Fällen für Zeiträume bis 31.12.2025 abweichenden Verfahren siehe Übergangsregelung am Ende dieses Abschnitts):

- Die Bundesagentur für Arbeit zeigt bei Beginn der Gleichwohlgewährung beim Arbeitgeber/Insolvenzverwalter ihre Ansprüche für das zu ersetzende Arbeitslosengeld und die darauf entfallenden Beiträge zur Rentenversicherung (§ 157 Abs. 3 SGB III i. V. m. § 115 Abs. 1 SGB X, § 335 Abs. 3 Satz 1 SGB III) an.

- Nach abschließender Klärung des Arbeitsentgeltanspruchs fordert die Bundesagentur für Arbeit für den Zeitraum der Gleichwohlgewährung die bereits gezahlten Leistungen und die darauf entfallenden Beiträge vom Arbeitgeber/Insolvenzverwalter.

- Es besteht seitens der Bundesagentur für Arbeit kein Anspruch auf Aufrechnung der Beiträge gegenüber dem Rentenversicherungsträger. Die aufgrund des Leistungsbezuges entrichteten/zu entrichtenden Beiträge und vorzunehmenden Meldungen verbleiben bei den Rentenversicherungsträgern.

- Der Arbeitgeber/Insolvenzverwalter ist bedingt durch den Arbeitsentgeltanspruchsübergang und Beitragsersatzanspruch der Bundesagentur für Arbeit insoweit von seinen Zahlungsverpflichtungen gegenüber der Einzugsstelle bis zur Höhe der für das Arbeitslosengeld gezahlten Rentenversicherungsbeiträge befreit (§ 335 Abs. 3 Satz 2 SGB III).

- Die Einzugsstelle überwacht die verbleibende Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge.

Der Arbeitgeber/Insolvenzverwalter hat in der Meldung gegenüber der Einzugsstelle für den Zeitraum der Gleichwohlgewährung den Teil des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts zu melden, welcher die beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI überschreitet.

Beispiel 1

Arbeitsentgelt bis 31.03.2023: 4.000,00 € mtl.
Insolvenzereignis am 01.07.2023 und Insolvenzgeld vom 01.04.2023 bis 30.06.2023
Arbeitslosengeld (Gleichwohlgewährung) bis zum fiktiven rechtlichen Ende der Beschäftigung vom 01.07.2023 bis 30.09.2023
Beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld: 3.200,00 € mtl.
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt aus Abschluss des Insolvenzverfahrens vom 01.07.2023 bis 30.09.2023: 4.000,00 € mtl.

Für den relevanten Zeitraum vom 01.07.2023 bis 30.09.2023 fließt folgendes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt in die Abmeldung des Arbeitgebers ein:
4.000,00 € ./. 3.200,00 € = 800,00 € x 3 Monate = 2.400,00 €

Beispiel 2

Arbeitsentgelt bis 31.03.2026: 4.000,00 € mtl.
Arbeitslosengeld (Gleichwohlgewährung) vom 01.04.2026 bis 31.10.2026
Beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld: 3.200,00 € mtl.
Ende des Arbeitsverhältnisses nach Vergleich vor dem Arbeitsgericht am 31.10.2026
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt vom 01.04.2026 bis 31.10.2026: 4.000,00 € mtl.

Für den relevanten Zeitraum vom 01.04.2026 bis 31.10.2026 fließt folgendes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt in die Abmeldung des Arbeitgebers ein:
4.000,00 € ./. 3.200,00 € = 800,00 € x 7 Monate = 5.600,00 €

Beispiel 3

Arbeitsentgelt bis 31.03.2026: 4.000,00 € mtl.
Arbeitslosengeld (Gleichwohlgewährung) vom 01.04.2026 bis 31.10.2026
Beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld: 3.200,00 € mtl.
Ende des Arbeitsverhältnisses nach Vergleich vor dem Arbeitsgericht am 31.10.2026
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt vom 01.04.2026 bis 31.10.2026 (lt. Vergleich): 3.000,00 € mtl.

Da das beitragspflichtige Arbeitsentgelt für den relevanten Zeitraum vom 01.04.2026 bis 31.10.2026 jeden Monat die beitragspflichtige Einnahme aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld nicht überschreitet, fließt für diesen Zeitraum kein beitragspflichtiges Arbeitsentgelt in die Abmeldung des Arbeitgebers ein.

Für die Rückabwicklung der Zeiten der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld im Insolvenzgeldzeitraum siehe C.II.6.3.

Übergangsregelung bis 31.12.2025:

Bei der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld vor einem Insolvenzgeldzeitraum, im Insolvenzgeldzeitraum ohne Beitragszahlung nach § 175 SGB III sowie bei Gleichwohlgewährung ohne Insolvenzereignis gilt für Zeiträume bis zum 31.12.2025 noch das folgende bisherige Verfahren:

- Die Bundesagentur für Arbeit verzichtet bei der Geltendmachung ihres Ersatzanspruchs gegen den Arbeitgeber auf die von ihr in den Fällen des § 157 Abs. 3 SGB III geleisteten Rentenversicherungsbeiträge.

- Die Rentenversicherungsträger erstatten der Bundesagentur für Arbeit die von ihr im maßgebenden Zeitraum getragenen Rentenversicherungsbeiträge (Aufrechnung durch die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen des Datenverarbeitungsverfahrens). Die Bundesagentur für Arbeit korrigiert gleichzeitig die dem Rentenversicherungsträger gemeldeten Daten.

- Der Arbeitgeber zahlt für den maßgebenden Zeitraum die auf das nachgezahlte Arbeitsentgelt entfallenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge in voller Höhe an die für diesen Zeitraum zuständige Krankenkasse. Diese Krankenkasse überwacht die vollständige Zahlung der Beiträge. Zu diesem Zweck erhält sie von der Agentur für Arbeit einen Abdruck des Ersatzanspruchsbescheides.

- Der Arbeitgeber berücksichtigt bei der Abmeldung nach der DEÜV das beitragspflichtige Arbeitsentgelt und den Zahlungszeitraum und korrigiert ggf. bereits erstattete Meldungen. Im Fall eines Krankenkassenwechsels hat der Arbeitgeber bei der neu zuständigen Krankenkasse eine An- und Abmeldung vorzunehmen.

Überschreiten die Zeiträume der Gleichwohlgewährung von Arbeitslosengeld vor einem Insolvenzgeldzeitraum, im Insolvenzgeldzeitraum ohne Beitragszahlung nach § 175 SGB III sowie bei

Gleichwohlgewährung ohne Insolvenzereignis den 31.12.2025, gilt für die Zeiträume ab 01.01.2026 das am Anfang dieses Abschnitts beschriebene Verfahren.

C.II.6.3 Konkurrierende Erstattungsansprüche der Bundesagentur für Arbeit bei Gleichwohlgewährung im Insolvenzgeldzeitraum

C.II.6.3.1 Allgemeines

In den Fällen, in denen aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld (i. R. des § 157 Abs. 3 SGB III) Rentenversicherungsbeiträge nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 und/oder Nr. 2c SGB VI gezahlt worden sind und die Agentur für Arbeit für den gleichen Zeitraum nach § 175 SGB III Rentenversicherungsbeiträge an die Einzugsstelle entrichtet hat, wird der Erstattungsanspruch der Bundesagentur für Arbeit nach § 335 Abs. 3 SGB III durch ihren Erstattungsanspruch gegen die Einzugsstelle nach § 175 Abs. 2 Satz 2 SGB III verdrängt. In Fällen dieser Art ist die Versicherung aufgrund der Beschäftigung und damit der Beitragsanspruch nach § 175 SGB III vorrangig. Somit sind die "konkurrierenden Beitragspflichten" (§ 166 Abs. 1 Nr. 2 und/oder Nr. 2c SGB VI einerseits sowie nach § 175 SGB III andererseits) nur einmal zu erfüllen (vgl. dazu auch Urteil des BSG vom 22.04.1986 - 10 RAr 12/85 - USK 8653).

Zur Abwicklung solcher Tatbestände gilt das in den nachfolgenden Abschnitten beschriebene Verfahren.

C.II.6.3.2 Vorrangigkeit des Beitragsanspruchs nach § 175 SGB III

Der Anspruch der Einzugsstelle auf Beiträge nach § 175 SGB III wird nicht dadurch berührt, dass einzelne Arbeitnehmer des insolventen Arbeitgebers bereits Arbeitslosengeld im Rahmen des § 157 Abs. 3 SGB III bezogen haben und die Bundesagentur für Arbeit für sie Rentenversicherungsbeiträge nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 und/oder Nr. 2c SGB VI gezahlt hat. Die Agentur für Arbeit hat deshalb auf Antrag der Einzugsstelle die auf das Arbeitsentgelt der letzten drei Monate vor dem Insolvenztag entfallenden und noch nicht gezahlten Rentenversicherungsbeiträge nach § 175 Abs. 1 SGB III zu entrichten, auch wenn für dieselbe Zeit bereits Beiträge nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 und/oder Nr. 2c SGB VI gezahlt worden sind. Die Einzugsstelle hat diese Beiträge gemäß § 175 Abs. 2 Satz 1 SGB III gegenüber dem Arbeitgeber weiterzuverfolgen und - soweit Zahlungen geleistet werden - diese der Agentur für Arbeit nach § 175 Abs. 2 Satz 2 SGB III zu erstatten.

C.II.6.3.3 Absetzung der Beiträge aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld

Sofern für den Zeitraum, für den Beiträge nach § 175 SGB III zu entrichten sind, Beiträge nach § 166 Abs. 1 Nr. 2 und/oder Nr. 2c SGB VI gezahlt worden sind, fordert die Bundesagentur für Arbeit diese Beiträge (im Wege der Aufrechnung) vom Rentenversicherungsträger zurück. Wurden die Zeiten der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI unter Angabe der der Leistung zugrundeliegenden beitragspflichtigen Einnahmen bereits gemeldet (§ 38 DEÜV), ist die Meldung zu stornieren. Umfasst die zu stornierende Meldung auch Zeiten, in denen das gezahlte Arbeitslosengeld nicht durch die Zahlung von Insolvenzgeld ersetzt wird, sind diese verbleibenden Zeiten der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 3 SGB VI anschließend erneut zu melden.

C.II.7 Monatszusammenstellungen

Für Zwecke der Prüfung der Beitragszahlung (§ 212a SGB VI) bei den regionalen Agenturen für Arbeit werden auf elektronische Anforderung des Rentenversicherungsträgers für ausgewählte Abrechnungsmonate die je Agentur für Arbeit angefallenen Abrechnungsvorgänge im Servicehaus der Bundesagentur für Arbeit maschinell zu Monatszusammenstellungen zusammengefasst und dem prüfenden Rentenversicherungsträger über die Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) per Datensatz zur Verfügung gestellt. Die Entscheidung über die Auswahl der Abrechnungsmonate trifft der Rentenversicherungsträger.

Die Datensatzbeschreibungen zur Anforderung und Übermittlung der Monatszusammenstellung sind Bestandteil der Regelungen zur Datenübermittlung (Datenaustausch) zwischen der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit (DÜBA).

C.II.8 Übernahme von Beiträgen bei Befreiung von der Versicherungspflicht

Nach § 173 SGB III übernimmt die Bundesagentur für Arbeit für Bezieher von Arbeitslosengeld, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 oder § 231 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI befreit sind, die Beiträge, die für die Dauer des Leistungsbezugs an eine öffentlich-rechtliche Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe oder an ein Versicherungsunternehmen zu zahlen sind. Ferner erstattet sie bei entsprechenden Nachweisen auf Antrag die vom Leistungsbezieher für die Dauer des Leistungsbezugs freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten Beiträge.

Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt höchstens die vom Leistungsbezieher nach der Satzung

der Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung geschuldeten oder im Lebensversicherungsvertrag spätestens sechs Monate vor Beginn des Leistungsbezugs vereinbarten Beiträge. Sie erstattet höchstens die vom Leistungsbezieher freiwillig an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten Beiträge. Erstattet bedeutet in diesem Fall, dass der Leistungsbezieher die freiwilligen Beiträge selbst zahlt und von der Bundesagentur für Arbeit auf Nachweis erstattet bekommt. Die zu übernehmenden und zu erstattenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die die Bundesagentur für Arbeit ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen hätte.

D Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie zur Rentenversicherung

D.I Meldungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

D.I.1 Rechtsgrundlagen

§ 203a SGB V
Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld,
Bürgergeld oder Unterhaltsgeld

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

§ 204 SGB V
Meldepflicht bei Einberufung zum Wehrdienst oder Zivildienst

(1) Bei 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 Bundesministers der Verteidigung tritt das Bundesamt für den Zivildienst.

§ 50 SGB XI

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

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

(2) bis (6) ...

§ 20 KVLG 1989

Versicherung besonderer Personengruppen

(1) Für Versicherungspflichtige nach § 2 Absatz 1 Nummer 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) …

D.I.2 Allgemeines

Ausführungen zum Meldeverfahren der Bundesagentur für Arbeit gegenüber den Krankenkassen nach § 203a SGB V für die Bezieher von Arbeitslosegeld sowie die Beschreibungen der Datensätze, Datenbausteine und des Fehlerkatalogs sind Gegenstand des Gemeinsamen Rundschrei-

bens zum Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit beziehungsweise den kommunalen Leistungsträgern und den Krankenkassen (Datenübermittlung BA/Kommunen – DÜBAK) in der jeweils geltenden Fassung.

Die Meldung zur Krankenversicherung schließt nach § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein.

D.II Meldungen zur Rentenversicherung

D.II.1 Rechtsgrundlagen

§ 191 SGB VI

Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

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

1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,
4. für Entwicklungshelfer, für Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, für sekundierte Personen oder im Ausland beschäftigte Deutsche die antragstellenden Stellen.

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

§ 194 SGB VI

Gesonderte Meldung

(1) Arbeitgeber haben auf Verlangen des Rentenantragstellers die beitragspflichtigen Einnahmen und bei einer Beschäftigung im Übergangsbereich (§ 20 Absatz 2 des Vierten Buches) ab dem 1. Juli 2019 zusätzlich das Arbeitsentgelt ohne Anwendung des § 163 Absatz 7 für abgelaufene Zeiträume frühestens drei Monate vor Rentenbeginn gesondert zu melden. Dies gilt entsprechend bei einem Auskunftsersuchen des Familiengerichts im Versorgungsausgleichsverfahren. ...

(2) Eine gesonderte Meldung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 haben auch die Leistungsträger über die beitragspflichtigen Einnahmen von Beziehern von Sozialleistungen, das Bundesministerium der Verteidigung oder die von ihm bestimmte Stelle über die beitragspflichtigen Einnahmen von Beziehern von Übergangsgebührnissen und die Pflegekassen sowie die privaten Versicherungsunternehmen über die beitragspflichtigen Einnahmen nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen zu erstatten. … Die Meldepflicht nach § 191 Satz 1 Nr. 2 und nach § 44 Abs. 3 des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) Die Beitragsberechnung erfolgt nach der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahme.

§ 38 DEÜV
Entgeltersatzleistungen

(1) Die Leistungsträger und die privaten Pflegeversicherungsunternehmen haben Zeiträume, in denen Personen nach § 3 Satz 1 Nr. 3 oder 4 oder § 4 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig sind und eine der in diesen Vorschriften genannten Leistungen, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Leistungen, die die Bundesagentur für Arbeit nach dem Altersteilzeitgesetz anstelle des Arbeitgebers erbringt, oder Arbeitslosenbeihilfe beziehen, unter Angabe der der Leistung zugrundeliegenden beitragspflichtigen Einnahmen zu melden. Die Zeiten bis zum 31. Dezember 2024 sind jeweils für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet zu kennzeichnen.

(2) Die Meldungen sind innerhalb eines Monats nach dem Ende der in Absatz 1 genannten Zeiträume nach den Vorschriften des Sechsten Abschnitts an die Datenstelle der Rentenversicherung zu erstatten. § 5 Abs. 6 und 7 gilt entsprechend.

(3) § 5 Abs. 3 gilt entsprechend. § 12 Abs. 5 gilt entsprechend; die Meldung ist innerhalb eines Monats nach dem Verlangen des Rentenantragstellers zu erstatten.

(4) Stornierungen von Meldungen sind von der Stelle vorzunehmen, die die Meldung abgegeben hat.

(5) Die meldende Stelle hat dem Versicherten bis zum 30. April eines Jahres eine Bescheinigung über den Inhalt der Meldungen des vergangenen Kalenderjahres zu erteilen. Die Bescheinigung ist

zu einem früheren Zeitpunkt zu erteilen, wenn der Versicherte sie vorher benötigt.

D.II.2 Allgemeines

Nach § 191 Satz 1 Nr. 2 SGB VI hat die Bundesagentur für Arbeit als zuständiger Leistungsträger für Personen, für die Beiträge aus Arbeitslosengeld oder gleichgestellten Leistungen zu zahlen sind, Meldungen nach den Grundsätzen des § 28a Abs. 1 bis 3 SGB IV zu erstatten. Für das Meldeverfahren zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung gilt nach § 191 Satz 2 SGB VI i. V. m. § 28c SGB IV die Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung – DEÜV).

Nähere Ausführungen zum Meldeverfahren der Bundesagentur für Arbeit gegenüber der Rentenversicherung nach § 191 Satz 1 Nr. 2 SGB IV i. V. m. § 38 Abs. 1 Satz 1 DEÜV für die Bezieher von Arbeitslosegeld sowie die zu verwendenden Datensätze und Datenbausteine sind Gegenstand der Regelungen zur Datenübermittlung (Datenaustausch) zwischen der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit (DÜBA) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.