

Merkblatt A12

KRANKENVERSICHERUNG

Wann übernimmt die Agentur für Arbeit die Krankenversicherung?

Arbeitslose sind während des Leistungsbezugs von Arbeitslosengeld grundsätzlich bei der gesetzlichen Krankenkasse kranken- und pflegeversichert. Sie haben einen Anspruch auf die Regelleistungen der Krankenkassen, dazu gehört auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen im Rahmen der Familienhilfe. Dies gilt allerdings uneingeschränkt nur bei vorheriger Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse. Waren Sie bei Beginn der Arbeitslosigkeit privat krankenversichert, werden sie grundsätzlich ebenfalls bei einer gesetzlichen Krankenversicherung Ihrer Wahl versichert. Es gibt aber zwei Ausnahmen:

1. Auf eigenen Wunsch können Sie sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn Sie in den letzten 5 Jahren vor Beginn des Leistungsbezuges nicht gesetzlich krankenversichert waren. Dann bleiben Sie Mitglied in der privaten Krankenkasse.
2. Durch den Bezug von Arbeitslosengeld werden Sie nicht versicherungspflichtig, wenn Sie zu Beginn des Bezuges mindestens 55 Jahre alt sind und in den letzten 5 Jahren kein Schutz durch die gesetzliche Krankenversicherung (Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung, Familienversicherung) bestanden hat.

Die Beiträge für die privaten Kranken- und Pflegeversicherung übernimmt die Agentur für Arbeit nur bis zur Höhe der (pauschalierten) Beiträge der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Den zum 01.01.2015 eingeführten individuellen Zusatzbeitrag für gesetzlich Krankenversicherte wird durch die Agentur für Arbeit getragen.

Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit zahlt die Agentur für Arbeit die Leistungen zunächst für sechs Wochen weiter. Die Arbeitsunfähigkeit muss der Agentur für Arbeit unverzüglich mitgeteilt werden und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss spätestens am dritten Tag vorliegen. Die Fortzahlung von Arbeitslosengeld im Falle einer Erkrankung verlängert die Bezugsdauer nicht.

Anders als in einem Arbeitsverhältnis wird Krankengeld für gesetzlich Krankenversicherte erst gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen länger als 6 Wochen andauert. Eine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit lässt den 6-Wochen-Zeitraum nach § 146 SGB III stets erneut beginnen, auch wenn es sich um dieselbe Krankheit handelt. Das Krankengeld muss bei der Krankenkasse beantragt werden. Für die gleiche Krankheit innerhalb einer 3-Jahresfrist wird Krankengeld höchstens für 78 Wochen gezahlt und zwar in gleicher Höhe wie die Leistung der Bundesagentur vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Der Bezug von Krankengeld kann auch eine Anwartschaft auf Arbeitslosengeld begründen.

1/3

Krankenversicherung bei Sperrzeiten

Wenn die Agentur für Arbeit eine Sperrzeit verhängt, ruht der Leistungsanspruch für eine bestimmte Zeit. Es besteht jedoch trotz ruhendem Leistungsanspruch bereits ab Beginn der Sperrzeit die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass alle Voraussetzungen für einen Alg-Anspruch dem Grunde nach erfüllt sind.

Durch die gesetzliche Neuregelung besteht nun auch ein Anspruch auf Krankengeld, wenn während des ersten Monats einer Sperrzeit eine Arbeitsunfähigkeit beginnt. Es bleibt zwar dabei, dass der Anspruch auf Krankengeld zunächst für die Dauer der Sperrzeit ruht, kann aber im Anschluss an die Sperrzeit bei fortdauernder Erkrankung in Anspruch genommen werden. Der durchgängige Krankenversicherungsschutz und der Anspruch auf Krankengeld gilt auch für vor Eintritt der Arbeitslosigkeit freiwillig oder privat versicherte Personen, soweit sie als Beziehende von Arbeitslosengeld gesetzlich krankenversichert sein können (s.o.).

Krankenversicherung ohne Leistungsanspruch nach dem SGB III

Wer keinen Leistungsanspruch hat, wird auch nicht über die Agentur für Arbeit krankenversichert. Für diesen betroffenen Personenkreis ist es wichtig, sich sofort bei einer Krankenkasse zu melden und eine freiwillige Mitgliedschaft zu beantragen. Besteht ein Anspruch auf Bürgergeld, ist man i.d.R. durch diesen Leistungsbezug bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert, sofern man nicht (vorrangig) familienversichert ist.

Wichtig! Es besteht für alle eine Krankenversicherungspflicht. Wer ohne Krankenversicherungsschutz erkrankt, hat zwar Anspruch auf eine medizinische Notversorgung, wird damit aber zugleich zwangsweise Mitglied einer Krankenkasse, die auch Beiträge rückwirkend verlangt.

Belastungsobergrenze für Eigenanteile

Mit Ausnahme von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren müssen alle Versicherten Eigenanteile für Arztbesuche oder Ärztinnenbesuche, Arzneimittel usw. entrichten. Allerdings gibt es eine Belastungsobergrenze, wonach die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten 2 % der Bruttoeinnahmen (1 % bei chronisch Kranken) nicht überschreiten darf. Für Familien gibt es spezielle Kinderfreibeträge sowie Freibeträge für den nicht erwerbstätigen Ehegatten oder die nicht erwerbstätige Ehegattin.

Für Arbeitslosengeld-Beziehende gilt das ausgezahlte Arbeitslosengeld als Berechnungsgrundlage. Eine arbeitslose Person, die z. B. monatlich 700 € Arbeitslosengeld erhält, hat eine Belastungsgrenze für Eigenanteile von 168 € ($700 \times 12 \text{ Monate} = 8.400 \text{ €} / 2 \%$). Jede Person kann sich aber auch bei der zuständigen Krankenkasse die individuelle Belastungsgrenze ausrechnen lassen. Außerdem ist dringend zu empfehlen, alle Zuzahlungsbelege zu sammeln und sich bei Erreichen der individuellen Belastungsgrenze sofort durch die Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Freiwillige Weiterversicherung

Eine freiwillige Weiterversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse ist nur in einer Frist von drei Monaten möglich. Wer diese Frist versäumt, kann seine bestehende Mitgliedschaft nicht mehr fortsetzen. Voraussetzung für die Weiterver-

Familienversicherung

sicherung ist, dass eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllt ist. Dies ist der Fall, wenn die betroffene Person in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert war.

Alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten ab 15 Jahren werden nun eigenständig bei der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert. Nur außerhalb des SGB II-Leistungsbezugs ist eine Familienversicherung weiterhin möglich. Kinder bis 14 Jahren, deren Leistungsanspruch im Rahmen des SGB II als „Sozialgeld“ bezeichnet wird, bleiben weiterhin in der Familienversicherung ihrer Eltern mitversichert.