



Wann übernimmt die Bundesagentur für Arbeit die Krankenversicherung?

- ⇒ bei Bezug von Arbeitslosengeld/-hilfe
- ⇒ bei Bezug von Unterhaltsgeld
- ⇒ bei Bezug von Übergangsgeld

Die Mitgliedschaft in der Krankenkasse beginnt mit dem ersten Tag des Leistungsanspruchs und endet mit dem letzten Tag des Leistungsbezuges. Die Anmeldung erfolgt in die gleiche Krankenkasse, in der der Arbeitslose direkt vor seiner Arbeitslosmeldung Mitglied war. Dies gilt allerdings nur bei vorheriger Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen). Bei vorangegangener Mitgliedschaft in einer privaten Krankenkasse wird man Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) oder einer anderen Krankenkasse, die eine Mitgliedschaft akzeptiert. Arbeitslose haben demnach einen Anspruch auf die Regelleistungen der Krankenkassen, dazu gehört auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen im Rahmen der Familienhilfe. Auf Antrag können Sie sich aber auch von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse befreien lassen und privatversichert bleiben, wenn Sie in den letzten 5 Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren. In diesem Fall zahlt die Bundesagentur für Arbeit einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung bis zur Höhe der bei gesetzlichen Krankenversicherungen zu entrichtenden Beiträge.

Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit im Leistungsbezug

Im Falle einer Arbeitsunfähigkeit zahlt die Bundesagentur für Arbeit die Leistung zunächst weiter. Die Arbeitsunfähigkeit muss ihr unverzüglich mitgeteilt werden; die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss der Bundesagentur spätestens am dritten Tag vorliegen. Die Fortzahlung von Arbeitslosengeld/-hilfe im Fall einer Erkrankung verlängert die Bezugsdauer nicht. Anders als in einem Arbeitsverhältnis wird Krankengeld erst gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen länger als 6 Wochen

andauert. Eine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit lässt den 6-Wochen-Zeitraum nach § 126 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 nach der Lohnfortzahlung 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.

Sonderregelung bei Sperrzeit

Verhängt die Bundesagentur wegen Arbeitsaufgabe zum Beginn der Arbeitslosigkeit eine Sperrzeit, ist für Arbeitslose, die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit pfllichtversichertes Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung waren, trotzdem der Krankenversicherungsschutz gesichert. Denn für den ersten Monat der Arbeitslosigkeit besteht ein nachgehender Leistungsanspruch („Nachversicherungsschutz“). Im Anschluss, also ab dem zweiten Monat, werden Arbeitslose über die Bundesagentur bei der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. In diesem Fall besteht somit ein durchgehender Versicherungsschutz. Während einer Sperrzeit besteht jedoch kein Anspruch auf Krankengeld

Arbeitslose, die vorher freiwillig krankenversichertes Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung waren, haben während des ersten Monats einer Sperrzeit keinen nachgehenden Leistungsanspruch. Die freiwillige Krankenversicherung und damit der Versicherungsschutz besteht zwar fort, die Beiträge müssen aber von den Arbeitslosen „aus eigener Tasche“ finanziert werden.

Ab dem zweiten Monat der Sperrzeit werden aber auch diese Arbeitslose über die Bundesagentur bei der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Ab diesem Zeitpunkt übernimmt die Bundesagentur die Beitragszahlung.

Mitglieder einer privaten Krankenversicherung haben keinen Nachversicherungsschutz.

Krankenversicherungsschutz ohne Leistungsanspruch nach dem SGB III

Wer keinen Leistungsanspruch hat, wird auch nicht über die Bundesagentur 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 Sozialhilfe, ist man ab 2004 über das Sozialamt bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

Belastungsgrenze für Eigenanteile

Ab 01.01.2004 gibt es die bisherige Möglichkeit der Befreiung von Zuzahlungen/Eigenanteilen („Sozialklausel“) für Bezieher/innen von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe nicht mehr. Mit Ausnahme von Kindern und Jugendlichen bis unter 18 Jahren müssen alle Versicherten entsprechend den Neuregelungen im Krankenversicherungsrecht Eigenanteile für Arztbesuche, 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: Pro Kind wird ein Freibetrag von jährlich 3.648,- € und für den Ehe- bzw. Lebenspartner ein Freibetrag von 4.347,- € gewährt.

Die Frage, welcher Bruttobetrag für Bezieher/innen von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zugrunde gelegt wird, um die Belastungsobergrenze zu ermitteln, wird von den Krankenversicherungen leider unterschiedlich gehandhabt, weil eine klare gesetzliche Regelung fehlt.

Während einige Krankenkassen –für Arbeitslose günstig- den Zahlbetrag zugrunde legen (brutto = netto), rechnen die meisten Krankenkassen den Zahlbetrag auf ein fiktives „Bruttogehalt“ zurück. Mit einer Vereinheitlichung dieser unterschiedlichen Praxen ist erst gegen Ende des Jahres zu rechnen.

Jede/r sollte sich daher bei der zuständigen Krankenkasse die individuelle Belastungsgrenze ausrechnen lassen.

Außerdem ist dringend zu empfehlen, alle Zahlungsbefreiungen zu sammeln und sich bei Erreichen der individuellen Belastungsgrenze sofort durch die Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

**Wichtig:
Quittungen über Zuzahlungen sammeln!**

Freiwillige Weiterversicherung

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

Familienversicherung

In einigen Fällen besteht auch die Möglichkeit, sich über Familienangehörige (inkl. eingetragener Lebenspartner), die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, beitragsfrei mitzuversichern. Anspruch auf diese Familienversicherung haben in der Regel z. B. die nicht erwerbstätigen Ehepartner und zum anderen Jugendliche unter 23 Jahren, die arbeitslos sind und keinen Ausbildungsplatz haben.

Alle Angaben zu den Freibeträgen gelten für 2004

