

**Interne Revision**

**Revision SGB II**

**Bericht**  
gemäß § 49 SGB II

**Sozialversicherung der Bezieherinnen  
und Bezieher von Arbeitslosengeld II**

Horizontale Revision



**Bundesagentur für Arbeit**

**Inhaltsverzeichnis**

1	Revisionsauftrag	1
2	Zusammenfassung	1
3	Revisionsergebnisse	2
3.1	Nicht versicherte Leistungsbezieher/-innen	2
3.2	Privater Kranken- und Pflegeversicherungsschutz und „Würde-Fälle“	4
3.3	Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge	6
3.4	Verbesserungs- und Vereinfachungsmöglichkeiten	7
Anlage	Abkürzungsverzeichnis	

## 1 Revisionsauftrag

Der Vorstand der BA hat die Interne Revision SGB II in Abstimmung mit dem BMAS beauftragt, das Thema „Sozialversicherung der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II“ zu prüfen.

Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind versicherungspflichtig in der gesetzlichen Kranken- und in der sozialen Pflegeversicherung, soweit sie nicht der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind. Versicherungspflicht tritt auch für Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge mit Beginn des Leistungsbezugs von Arbeitslosengeld II ein. Die BA hat den Versicherungsschutz sicherzustellen bzw. auf einen solchen Schutz hinzuwirken.

Für die Revision ergaben sich folgende Zielfragen:

- Stellen die gE eine systematische Identifizierung von in der Kranken- und Pflegeversicherung nicht versicherten Leistungsbezieherinnen/-bezieher von Arbeitslosengeld II sicher und wirken die gE weisungsgemäß auf die Absicherung dieser Personengruppe in der Kranken- und Pflegeversicherung hin?
- Erfolgt die Versicherung in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu Recht und wird über die Höhe der Zuschüsse in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung und über die Höhe der Zuschüsse zu den sogenannten „Würde-Fällen“ zutreffend entschieden? Ergeben sich bei Leistungsbezieherinnen/-bezieher mit privater Krankenversicherung im Basis-tarif Auffälligkeiten im Zusammenhang mit nicht erstatteten Krankenkosten?
- Wird der Versicherungsschutz in der Kranken- und Pflegeversicherung für Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge bei Leistungsbewilligung von Arbeitslosengeld II weisungsgemäß sichergestellt und werden dabei die Regelungen zur Krankenkassenwahl und zur vorläufigen Entscheidung über die Erbringung von Leistungen nach § 41a SGB II beachtet?
- Welche Verbesserungs- und Vereinfachungsmöglichkeiten sehen Fach- und Führungskräfte der gE bei den rechtlichen Rahmenbedingungen der Sozialversicherung für die Leistungsbezieherinnen/-bezieher?

## 2 Zusammenfassung<sup>1</sup>

**Die gE sollen auch durch das Herstellen des Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsschutzes zur Sicherstellung des Existenzminimums beitragen. Diesem Auftrag kommen sie nicht immer zeitnah und konsequent nach.**

- Die Interne Revision hat in 4 gE insgesamt 110 erwerbsfähige Leistungsbe-rechtigte geprüft, die in der relevanten Abfrage aus dem operativen Daten-satz als „nicht krankenversichert“ ausgewiesen wurden. Mehr als die Hälfte von ihnen war zum Zeitpunkt der Revision noch immer nicht kranken- bzw. pflegeversichert. (Ziffer 3.1)
- Bei der Höhe der gewährten Beitragszuschüsse für privat kranken- und pfl-egeversicherte Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II und bei den sogenannten „Würde-Fällen“ zeigten sich viele Bearbeitungsmängel. Das Risiko bei den „Würde-Fällen“ hat sich durch den Wegfall der damals relevanten Übergangsregelung in ALLEGRO reduziert.

<sup>1</sup> ■ = hohes Risiko; ◆ = mittleres Risiko; ● = niedriges Risiko.

Die gE müssen im Zusammenhang mit der privaten Kranken-/Pflegeversicherung mit einer hohen Komplexität aufgrund von unterschiedlichen Beitragsbescheinigungen und einer Vielzahl unterschiedlicher Tarife privater Kranken- und Pflegeversicherer umgehen. (Ziffer 3.2)

- Bei Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlingen dauerte es nach der Antragstellung durchschnittlich 63 Kalendertage, bis der Versicherungsschutz hergestellt war. In 2 Einzelfällen war dieser zum Prüfungszeitpunkt noch immer nicht vorhanden. (Ziffer 3.3)
- Aus Sicht der Fach- und Führungskräfte der gE gibt es bei der Sozialversicherung der Leistungsberechtigten verschiedene Verbesserungs- und Vereinfachungsmöglichkeiten. (Ziffer 3.4)

### 3 Revisiionsergebnisse

#### 3.1 Nicht versicherte Leistungsbezieher/-innen

**Die Interne Revision hat in 4 gE insgesamt 110 erwerbsfähige Leistungsberechtigte geprüft, die in der relevanten Abfrage aus dem operativen Datensatz als „nicht krankenversichert“ ausgewiesen wurden. Mehr als die Hälfte von ihnen war zum Zeitpunkt der Revision noch immer nicht kranken- bzw. pflegeversichert.**

Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (Alg II) sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung (GKV/PV), soweit sie nicht der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV/PV) zuzuordnen sind.

Allen Alg II-Leistungsberechtigten steht ein Kassenwahlrecht zu, auf das sie ggf. hinzuweisen sind. Eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse ist mit dem Leistungsantrag, spätestens aber zwei Wochen danach vorzulegen.

Die Jobcenter beraten die Leistungsbezieherinnen und -bezieher, bei denen die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht in der GKV/PV nicht erfüllt sind, über die Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung und die Konsequenzen bei fehlender Absicherung. Die gE sind der Beratungspflicht nachgekommen, wenn das „Merkblatt für Leistungsberechtigte ohne Kranken- und Pflegeversicherung“ ausgehändigt und die Ausgabe dokumentiert wurde.

Die BA hat den gE eine dienststellenbezogene Musterabfrage für das IT-Verfahren „operativer Datensatz“ (opDs) zur verbindlichen Nutzung zur Verfügung gestellt, um nicht versicherte Alg II-Bezieherinnen und -Bezieher zu identifizieren.

Die Interne Revision hat 110 erwerbsfähige Leistungsberechtigte aus den 4 einbezogenen gE geprüft, die zum Stichtag 31.5.2019 in der opDs-Abfrage 3\_072 als „nicht krankenversichert“ ausgewiesen wurden.<sup>2</sup>

68 der 110 erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (62 %) waren zum Zeitpunkt der Revision noch immer nicht kranken- bzw. pflegeversichert. Zum Zeitpunkt der oben genannten opDS-Abfrage waren bei diesen Kundinnen und Kunden

**Sollbeschreibung**

**Feststellungen  
Herstellen des  
Versicherungsschutzes**

<sup>2</sup> Die zu prüfenden Einzelfälle hat die Interne Revision aus der Ergebnisliste der opDS-Abfrage risikoorientiert ausgewählt: Die Leistungsbezieherinnen/-bezieher hatten im Zeitraum vom 1.5.2018 bis 31.5.2019 mindestens 3 Monate Alg II bei der betreffenden gE bezogen. Gab es in der zu prüfenden gE nicht genügend Leistungsbezieherinnen/-bezieher mit mindestens 3-monatigem Bezug von Alg II, hat die Interne Revision auch Kundinnen mit Kunden mit kürzerem Leistungsbezug einbezogen.

## Interne Revision

seit ihrer Antragstellung durchschnittlich 221 Kalendertage vergangen, im Minimum 51, im Maximum 892 Kalendertage bzw. mehr als 29 Monate. Bei 25 der 68 Kundinnen und Kunden (37 %) handelte es sich um Jugendliche, bei denen mit Vollendung des 15. Lebensjahrs eine eigene Anmeldung zur Kranken- und Pflegeversicherung vorzunehmen gewesen wäre.

Bei 42 der 110 Leistungsbezieher/-innen (38 %) hatten die gE den Versicherungsschutz bis zum Prüfungszeitpunkt hergestellt. Von der Antragstellung bis zur Herstellung des Versicherungsschutzes dauerte es bei ihnen durchschnittlich 201 Kalendertage, im Minimum 14, im Maximum 933 Kalendertage bzw. mehr als 31 Monate.

In 104 der 110 Fälle wäre bei der Antragstellung auf Alg II die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung der GKV/PV erforderlich gewesen. Bei 76 dieser 104 Kundinnen und Kunden (73 %) war nicht nachvollziehbar, dass sie von den gE auf die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung hingewiesen wurden. Das Ersatzwahlrecht der gE zur Anmeldung bei der zuletzt zuständigen Kasse war 4 von 14 interviewten Führungskräften und 2 von 9 interviewten Fachkräften der geprüften gE nicht bekannt.

Die gE hatten die Ausgabe des „Merkblatts für Leistungsberechtigte ohne Kranken- und Pflegeversicherung“ oder eine entsprechende Beratung in keinem der 6 Fälle, in denen dies erforderlich gewesen wäre, dokumentiert. 15 der 19 hierzu befragten Führungs- und Fachkräfte in den 4 gE gaben an, dieses Merkblatt oder dessen aktuellen Inhalt nicht zu kennen.

In einer der 4 geprüften gE erklärten die befragten Führungskräfte, dass sie die verbindliche opDS-Musterabfrage „3\_072 Nicht krankenversicherte Alg II-Bezieher“ zum Identifizieren von Personen, für die keine Krankenversicherungsbeiträge abgeführt werden, bislang nicht genutzt hätten. Die Abfrage sei ihnen nicht bekannt gewesen. Die betreffende gE hatte in dieser Revision den höchsten Anteil von Leistungsberechtigten, die bis zum Prüfungszeitpunkt noch immer nicht versichert waren. Die gE hat ihr Fachaufsichtstool noch während der Revision entsprechend angepasst.

In einer weiteren gE ist nach Aussage der Geschäftsführung die Abfrage nicht regelmäßig genutzt und auch nicht systematisch fachaufsichtlich begleitet worden. In den anderen 2 gE gaben die befragten Führungskräfte an, dass die Abfrage jeweils quartalsweise ausgewertet werde. In diesen beiden gE sei die Prüfung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes auch Bestandteil fachaufsichtlicher Aktivitäten.

Zu den möglichen Ursachen für die festgestellten Mängel hat die Interne Revision in den 4 gE 4 Bereichs- und 10 Teamleitungen Leistung interviewt. Diese sahen folgende Ursachen:

- Den Fachkräften fehlten zum Teil die Kenntnisse für die Anwendung von einschlägigen Regelungen zur Kranken- und Pflegeversicherung. Von den ergänzend interviewten 9 Fachkräften aus Leistungsteams in den 4 gE äußerten 3 einen Qualifizierungsbedarf.
- Die Mitwirkung der Antragsteller/-innen und der Eingang von Mitgliedsbescheinigungen würden möglicherweise nicht immer sorgfältig überwacht.
- Die Klärung von Zuständigkeiten mit Kranken- und Pflegekassen sei in strittigen Fällen zeitaufwendig.
- Die Kommunikation mit Krankenkassen sei teilweise schwierig. Zur Klärung von Vorversicherungen oder zum Versicherungsstatus stünden keine festen

### **Mitgliedsbescheinigungen**

### **Ausgabe des Merkblatts**

### **Nutzung der opDs-Abfrage**

### **Ursachen**

Ansprechpartner/-innen der Krankenkassen zur Verfügung. Eine elektronische Datenbasis gebe es hierfür ebenfalls nicht.

- Der opDs-Abfrage „3\_072 Nicht krankenversicherte Alg II-Bezieher“ und dem Herstellen des Versicherungsschutzes sei keine Priorität eingeräumt worden. Die Fachaufsicht beim Bearbeiten der opDs-Abfragen zu Personen ohne Kranken- und Pflegeversicherungsschutz sei unzureichend.
- Eine Bearbeitungsaufforderung und automatisierte Wiedervorlagen im IT-Verfahren ALLEGRO für Fälle, in denen versicherungspflichtige Leistungsberechtigte als „nicht versichert“ geführt werden, seien nicht vorhanden.

Der Kranken- und Pflegeversicherungsschutz ist Bestandteil des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums. Für jede Person in Deutschland muss unter den gesetzlich bestimmten Voraussetzungen eine Absicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gewährleistet sein. Bei der konsequenten und zeitnahen Herstellung dieses Versicherungsschutzes besteht in den gE Handlungsbedarf.

**Bewertung**

Die Anforderung, im IT-Verfahren ALLEGRO eine Bearbeitungsaufforderung für „Nichtversicherte“ zu implementieren, hat der verantwortliche Bereich der Zentrale der BA<sup>3</sup> bereits aufgegriffen. Die Anforderung soll gegen Ende des Jahres 2020 umgesetzt werden. Die Interne Revision verzichtet deshalb auf eine Empfehlung an die Zentrale.

*Den gE wird empfohlen,*

- *nicht versicherte Leistungsberechtigte regelmäßig über die opDs-Abfrage 3\_072 zu identifizieren und die zeitnahe und konsequente Bearbeitung dieser Fälle fachaufsichtlich sicherzustellen,*
- *Qualifizierungsbedarfe zur Sozialversicherung der Bezieherinnen und Bezieher von Alg II zu erheben und zeitnah umzusetzen.*

**Empfehlungen an die gE**

### **3.2 Privater Kranken- und Pflegeversicherungsschutz und „Würde-Fälle“**

**Bei der Höhe der gewährten Beitragszuschüsse für privat kranken- und pflegeversicherte Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II und bei den sogenannten „Würde-Fällen“ zeigten sich viele Bearbeitungsmängel. Das Risiko bei den „Würde-Fällen“ hat sich durch den Wegfall der damals relevanten Übergangsregelung in ALLEGRO reduziert.**

**Die gE müssen im Zusammenhang mit der PKV/PV mit einer hohen Komplexität aufgrund von unterschiedlichen Beitragsbescheinigungen und einer Vielzahl unterschiedlicher Tarife privater Kranken- und Pflegeversicherer umgehen.**

Personen, die zuletzt vor dem Bezug von Alg II privat krankenversichert waren, sind auch während des Leistungsbezugs weiterhin der PKV zuzuordnen (§ 5 Abs. 5a Satz 1 SGB V).

**Sollbeschreibung**

Privat kranken- und pflegeversicherten Bezieherinnen und Beziehern von Alg II soll für die Dauer des Leistungsbezugs ein in der Höhe genau bestimmter Zuschuss zum Versicherungsbeitrag gewährt werden (§ 26 SGB II). Der Zuschuss ist begrenzt auf die Höhe des nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes halbierten Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung, den Hilfebedürftige zu leisten haben, bzw. nach § 110 Abs. 2 SGB XI auf

<sup>3</sup> Bereich Geldleistungen und Recht SGB II (GR 1).

die Hälfte des Höchstbeitrags in der PV. Der individuelle Basistarif muss dabei nicht dem Höchstbeitrag im Basistarif entsprechen.

Die BA hat den gE eine dienststellenbezogene opDs-Musterabfrage zur verbindlichen Nutzung zur Verfügung gestellt, um privat versicherte Alg II-Bezieherinnen und -Bezieher zu identifizieren. Bei privat versicherten Personen sollte die korrekte Höhe des Zuschusses zur PKV/PV überprüft werden.

Wenn der Bedarf einer Bedarfsgemeinschaft durch vorhandenes Einkommen gedeckt ist, aber aufgrund der Beiträge für eine PKV/PV Hilfebedürftigkeit eintreten würde, werden die Beiträge für eine PKV/PV im notwendigen Umfang übernommen. Analog werden die Beiträge für eine GKV/PV im notwendigen Umfang übernommen, wenn aufgrund der Beiträge für eine GKV/PV Hilfebedürftigkeit eintreten würde („Würde-Fälle“).

Die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der PKV/PV (75 Fälle) oder für eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV/PV (5 Fälle) waren in allen 80 geprüften Fällen erfüllt. Bei 48 von 80 Fällen (60 %) konnte die Interne Revision nicht beurteilen, ob die Höhe des gewährten Beitragszuschusses korrekt war. Dies lag insbesondere an fehlenden oder unzureichenden Belegen zum jeweils maßgeblichen Basistarif der PKV.

Die verbindliche opDs-Musterabfrage „3\_071 Privat krankenversicherte Alg II-Bezieher“ zum Identifizieren von Personen, für die Krankenversicherungsbeiträge an eine private Krankenversicherung abgeführt werden, ist nach Angabe der interviewten Führungskräfte in 2 der 4 geprüften gE nicht genutzt worden. Eine systematische Fachaufsicht zur Rechtmäßigkeit der PKV/PV finde hier nicht statt. Die Geschäftsführung einer weiteren gE gab an, dass die Abfrage nicht regelmäßig genutzt und die Thematik auch nicht systematisch fachaufsichtlich begleitet worden sei. In der vierten gE ist die Abfrage nach Aussagen in den Interviews quartalsweise genutzt worden. Fachaufsichtliche Aktivitäten konnten in dieser gE in einem Fachaufsichtstool nachvollzogen werden. Die betreffende gE erreichte in dieser Revision beim Aspekt PKV/PV bessere Ergebnisse als die anderen geprüften gE.

Die hierzu befragten Führungskräfte erklärten, dass es bei Leistungsbezieherinnen/-bezieher mit privater Krankenversicherung im Basistarif keine Auffälligkeiten im Zusammenhang mit nicht erstatteten Krankenkosten gebe. Nicht erstattete Kosten, zum Beispiel für Brillen- und Zahnersatz, würden selten geltend gemacht und seien grundsätzlich nicht übernommen worden. Die Anzahl der Widersprüche hierzu sei nicht auffällig.

Bei 6 der 40 geprüften „Würde-Fälle“ (15 %) lagen die Voraussetzungen für die Zuschusszahlung zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit gemäß § 26 Abs. 2 SGB II insgesamt bzw. in einzelnen Monaten nicht vor. In 18 von 40 Fällen (45 %) wurde die Zuschusshöhe nicht korrekt berechnet. Die Bearbeitungsfehler hingen insbesondere damit zusammen, dass eine (inzwischen nicht mehr relevante) Übergangsregelung zum IT-Verfahren ALLEGRO nicht beachtet wurde. Außerdem fehlten z. B. nachvollziehbare Beitragsnachweise der PKV.

Bearbeitungsfehler bei der Berechnung der Beitragszuschüsse sind nach Meinung von 7 der 11 hierzu befragten Führungs- und Fachkräfte auch auf unklare und bei den Versicherungstarifen unverständliche Beitragsbescheinigungen der privaten Kranken- und Pflegekassen zurückzuführen. So werde insbesondere der Unterschied zwischen dem maximal erstattungsfähigen Höchstbeitrag des Basistarifs und dem individuellen Basistarif aus den Bescheinigungen nicht klar.

10 von 12 interviewten Führungskräften begründeten mögliche Fehler bei der Berechnung von Zuschüssen zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit („Würde-

**Feststellungen**  
**Höhe der Beitragszuschüsse**

**Nutzung der opDs-Abfrage**

**Auffälligkeiten zu nicht erstatteten Krankenkosten**

**„Würde-Fälle“**

**Ursachen**

Fälle“) damit, dass es sich um vergleichsweise seltene Fälle handele bzw. die Bearbeitung spezifische Kenntnisse erfordere. 7 von 9 Teamleitungen/Fachkräften kannten die oben genannte Übergangsregelung zum IT-Verfahren ALLEGRO nicht.

Die Versicherung in der PKV/PV erfolgte bei allen geprüften Kundinnen und Kunden dem Grunde nach zu Recht. Bei der Höhe der gewährten Beitragszuschüsse und bei den „Würde-Fällen“ zeigten sich jedoch viele Bearbeitungsmängel. Das Risiko bei den „Würde-Fällen“ hat sich durch den Wegfall der Übergangsregelung in ALLEGRO reduziert.

Die gE müssen im Zusammenhang mit der PKV/PV mit einer hohen Komplexität aufgrund von unterschiedlichen Beitragsbescheinigungen und einer Vielzahl unterschiedlicher Tarife privater Kranken- und Pflegeversicherer umgehen. Hier sollten die gE z. B. durch Beitragsbescheinigungen in einer einheitlichen Struktur unterstützt werden.

*Den gE wird empfohlen, privat krankenversicherte Leistungsberechtigte regelmäßig über die opDs-Abfrage 3\_071 zu identifizieren und diese risikoorientiert in die Fachaufsicht einzubeziehen.*

*Der Zentrale wird empfohlen, darauf hinzuwirken, dass die Beitragsbescheinigungen der privaten Kranken- und Pflegeversicherer die für die Zuschussberechnung erforderlichen Daten eindeutig ausweisen.*

**Bewertung**

**Empfehlung an die gE**

**Empfehlung 1 an die Zentrale**

### **3.3 Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge**

**Bei Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlingen dauerte es nach der Antragstellung durchschnittlich 63 Kalendertage, bis der Versicherungsschutz hergestellt war. In 2 Einzelfällen war dieser zum Prüfungszeitpunkt noch immer nicht vorhanden.**

Auch für Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge tritt bei Bezug von Alg II grundsätzlich eine Versicherungspflicht in der GKV ein. Dies gilt auch, wenn Leistungen nach § 41a SGB II vorläufig bewilligt werden. Wie allen Alg II-Leistungsberechtigten steht ihnen dabei ein Kassenwahlrecht zu, auf das sie gegebenenfalls hinzuweisen sind. Eine Mitgliedsbescheinigung der gewählten Krankenkasse ist mit dem Leistungsantrag, spätestens aber zwei Wochen danach vorzulegen.

Die gE hatten 2 von insgesamt 120 geprüften Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlingen (2 %) zum Zeitpunkt der Revision seit 382 bzw. 217 Kalendertagen nicht zur GKV/PV angemeldet. Bis zum Herstellen des Versicherungsschutzes dauerte es nach der Antragstellung bei 42 von 118 Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlingen (36 %) länger als 28 Kalendertage.<sup>4</sup> Im Durchschnitt vergingen 63 Kalendertage, im Minimum 29, im Maximum 172 Kalendertage bzw. mehr als 5 Monate.<sup>5</sup> In 30 dieser 42 Fälle (71 %) erfolgte keine vorläufige Bewilligung nach § 41a SGB II.

**Sollbeschreibung**

**Feststellungen  
Anmeldung zur GKV/PV**

<sup>4</sup> Die Interne Revision hat als Bewertungsmaßstab unter Berücksichtigung des zweiwöchigen Krankenkassenwahlrechts gemäß § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V einen Zeitraum von 28 Kalendertagen zugrunde gelegt.

<sup>5</sup> Die hier genannten Dauern sind nicht mit den unter Ziffer 3.1 genannten Ergebnissen vergleichbar. Die Untersuchung unter Ziffer 3.1 basiert auf einer risikoorientierten Auswahl. Sie bezieht sich auf erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die zum Zeitpunkt der Abfrage nicht krankenversichert waren. Die Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlinge wurden dagegen, um die dritte Zielfrage (siehe S. 1) zu beantworten, nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Ergebnisse umfassen hier also die Gesamtheit der Fallkonstellationen (auch Fälle mit zügiger Herstellung des Versicherungsschutzes).

63 von 120 Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlingen (53 %) legten bei Antragstellung bereits eine Mitgliedsbescheinigung einer GKV vor. Von den verbleibenden 57 Antragstellern/-innen wurden 40 nachvollziehbar auf die Vorlage einer Mitgliedsbescheinigung hingewiesen (70 %), bei 17 war ein entsprechender Hinweis nicht dokumentiert (30 %). Es ergaben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die gE das Kassenwahlrecht nicht beachteteten.

**Mitgliedsbescheinigung/Kassenwahlrecht**

Auch für die Gruppe der Asylberechtigten und anerkannten Flüchtlinge besteht in den gE Handlungsbedarf beim zeitnahen und konsequenten Herstellen des Versicherungsschutzes.

**Bewertung**

*Siehe Empfehlung unter Ziffer 3.1: Den gE wird empfohlen, nicht versicherte Leistungsberechtigte regelmäßig über die opDs-Abfrage 3\_072 zu identifizieren und die zeitnahe und konsequente Bearbeitung dieser Fälle fachaufsichtlich sicherzustellen.*

**Empfehlung an die gE**

### **3.4 Verbesserungs- und Vereinfachungsmöglichkeiten**

**Aus Sicht der Fach- und Führungskräfte der gE gibt es bei der Sozialversicherung der Leistungsberechtigten verschiedene Verbesserungs- und Vereinfachungsmöglichkeiten.**

Die Führungs- und Fachkräfte der 4 gE nannten in Interviews insbesondere die folgenden Verbesserungs- und Vereinfachungsmöglichkeiten bei der Sozialversicherung der Leistungsbezieherinnen/-bezieher:

**Befragungsergebnisse**

- Für die Anmeldung zur GKV/PV im Rahmen des Ersatzwahlrechts der gE sollte den gE aus Gründen der Rechtssicherheit und Arbeitsökonomie ein einheitliches Musterschreiben zur Verfügung gestellt werden.
- Die Berechnung der Beiträge zur PKV/PV sollte vereinfacht werden, indem z. B. immer der halbe Basistarif nach den Rechengrößen der Sozialversicherung zugrunde gelegt wird.
- Der Sozialversicherungsschutz sollte bereits während der Asylverfahren hergestellt werden und nicht erst mit der Antragstellung auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

*Der Zentrale wird empfohlen, die von den gE genannten Verbesserungs- und Vereinfachungsmöglichkeiten zu prüfen und gegebenenfalls umzusetzen bzw. mit dem BMAS zu diskutieren.*

**Empfehlung 2 an die Zentrale**

Diese Prüfung wurde in Übereinstimmung mit den Internationalen Standards für die berufliche Praxis der Internen Revision durchgeführt.

**Abkürzungsverzeichnis**

---

ALLEGRO	Alg II – Leistungsverfahren Grundsicherung Online (IT-Verfahren)
Alg II	Arbeitslosengeld II
BA	Bundesagentur für Arbeit
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
eAkte SGBII	Elektronische Akte SGB II (IT-Verfahren)
gE	Gemeinsame Einrichtung(en) nach § 44b SGB II
GKV/PV	Gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung
GR 12	Fachbereich Leistungsverfahren der Zentrale der BA
IT	Informationstechnik
KV/PV	Kranken- und Pflegeversicherung
opDs	Operativer Datensatz (IT-Verfahren)
PKV/PV	Private Kranken- und Pflegeversicherung
SGB II	Sozialgesetzbuch - Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB V	Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung
VerBIS	Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem (IT-Verfahren)

---