

Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung der Leistungsberechtigten von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1

Fassung vom 19.04.2024

- [Rz. 1.17:](#) Redaktionelle Änderungen
- [Rz. 1.17a:](#) Aufnahme des Vereinigten Königreichs bei den Ländern, in denen eine vorrangige Krankenversicherung eintreten kann.
- [Rz. 1.17b:](#) Hinweis zur Beantragung einer Anspruchsbescheinigung (z. B. S1, SED S072) beim ausländischen Krankenversicherungsträger für die Leistungserbringung der deutschen Krankenkasse.
- [Rz. 2.5:](#) Eine im Ausland bestandene PKV ist als zuletzt bestandene PKV im Sinne des § 5 Absatz 5a SGB V anzusehen, wenn es sich um einen Aufenthalt im EU-/EWR-Staat, der Schweiz, im Vereinigten Königreich, in Nordmazedonien, in Tunesien oder in der Türkei handelt.
- [Rz. 4.3, Rz. 4.6, Rz. 4.20:](#) Redaktionelle Änderungen
- [Rz. 5.9:](#) Ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis wird auch durch die Anwendung der Rechtsvorschriften im Vereinigten Königreich begründet.
- [Rz. 5.18a:](#) Bei Feststellung einer Fehlversicherung aufgrund einer vorrangigen Krankenversicherungspflicht im Ausland, ist die Korrektur nach Eingang der Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers, ab Versicherungsbeginn im Ausland, vorzunehmen.

Fassung vom 01.07.2023

- Rz. 1.14: Klarstellung zur Mehrfachversicherung bei rehaspezifischen Maßnahmen.
- Rz. 1.17a: Durch den Bezug einer ausländischen Rente wird die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Bürgergeld verdrängt soweit kein weiterer Versicherungstatbestand (zum Beispiel aufgrund einer Beschäftigung oder einer deutschen Rente) besteht.
- Rz. 1.27: Löschung aufgrund der neuen Regelungen des Bürgergeld-Gesetzes vom 16.12.2022 (BGBl. 2022 Teil I, Seite 2328 BGBl. 2022 Teil I, Seite 2328).
- Rz. 3.18, Rz. 3.25a: Durch das Gesetz zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts wird für Leistungszeiträume ab dem 1. Juli 2023 die Grundlage für eine Bezuschussung von Beiträgen in der sozialen Pflegeversicherung geschaffen, wenn der Krankenversicherungsschutz bei einer Solidargemeinschaft besteht, welche die Voraussetzungen des § 176 SGB V erfüllt.
- Rz. 5.20: Klarstellung, dass die Verjährungsfrist bei zu Unrecht abgesetzten Beiträgen mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Absetzung erfolgte, beginnt.
- Rz. 5.28: Anpassung aufgrund des Bürgergeld-Gesetzes

Fassung vom 19.01.2021

- [Rz. 1.26:](#) Löschung aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 05.11.2019 (1 BvL 7/16).

- **Abschnitt 3:** Mit dem Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 (BGBI.I.S. 2789 ff.) wurden Veränderungen im Krankenkassenwahlrecht eingeführt. So wird der Krankenkassenwechsel bei Eintritt der Versicherungspflicht vereinfacht und die Bindungsfrist mit Wirkung zum 01.01.2021 auf 12 Monate (bisher 18 Monate) verkürzt. Dies gilt auch, wenn die Mitgliedschaft vor dem 01.01.2021 begonnen hat. Dann verkürzt sie sich frühestens auf den 31.12.2020.
Mit dem 7. SGB IV-ÄndG werden die Krankenkassen mit Wirkung ab dem 01.01.2021 von der Pflicht entbunden, Mitgliedsbescheinigung in Textform auszustellen. Bei Bedarf werden die Krankenkassen für versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 im Zeitraum vom 01.01.2021 bis 31.12.2022 weiterhin papiergebundene Mitgliedsbescheinigungen ausstellen.

Fassung vom 30.06.2020

- **Rz. 3.3:** Verweis auf das neue Wahlrecht bei Wechsel des Versicherungsgrundes aufgenommen.
- **Rz. 3.4:** Anmeldung bei letzter Krankenkasse bei Leistungsberechtigung nach dem AsylbLG
- **Rz. 3.12:** Löschung, da überholt
- **Rz. 3.14:** Gemäß BSG-Urteil vom 11.09.2018 (B 1 KR 10/18 R) löst ein Wechsel des Versicherungsgrundes ein neues Wahlrecht aus.
- **Rz. 3.16:** Konkretisierung der Rechtsgrundlage
- **Rz. 4.10a:** Neuregelung der Besonderheiten bei Temporärer Bedarfsgemeinschaft
- **Rz. 5.20:** Klarstellung zur Verjährung und Aktualisierung der Daten in den Beispielen

Fassung vom 20.09.2017

- **Rz. 3.4 1.25, 4.8a, 5.14a:** Ergänzung der Regelungen bei vorläufiger Zahlungseinstellung
- **Rz. 1.30a, 4.10a:** Neuregelung der Besonderheiten bei Temporärer Bedarfsgemeinschaft
- **Rz. 5.33a:** Ausführungen zur Erstattung der Beiträge bei Ersatzansprüchen aufgenommen
- **Anlage 3:** Prüfschritt Feststellung zum Verschulden des Leistungsbeziehers vor Ersatz der Beiträge in die Übersicht aufgenommen
- weitere redaktionelle Anpassungen

Gesetzestexte

Folgende Rechtsvorschriften sind im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung relevant:

<http://bundesrecht.juris.de/aktuell.html>

SGB V	§ 5	Versicherungspflicht
	§ 173	Wahlrechte
	§ 175	Ausübung des Wahlrechts
	§§ 186, 190	Beginn und Ende der Mitgliedschaft
	§ 232a	Beitragspflichtige Einnahmen bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1
	§§ 243, 246	Ermäßigter Beitragssatz, Beitragssatz für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1
	§§ 251, 252	Tragung der Beiträge durch Dritte, Beitragszahlung
SGB II	§ 40	Anwendung von Verfahrensvorschriften
	§ 41a	Vorläufige Entscheidung
SGB III	§ 335	Erstattung von Beiträgen zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung
SGB X	§ 45	Rücknahme rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt
	§ 48	Aufhebung Verwaltungsakt mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse
	§ 50	Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen
SGB XI	§ 20	Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
SGB IV	§ 18	Bezugsgröße
	§ 24	Säumniszuschlag
	§ 26	Beanstandung und Erstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge
	§ 27	Verzinsung und Verjährung des Erstattungsanspruchs
Weitere	§ 193 VVG	Versicherungspflicht in der PKV
	§ 205 VVG	Kündigung des Versicherungsnehmers



Inhaltsverzeichnis

1.	Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung (KV/PV).....	1
1.1	Zuordnung zum Versicherungssystem	1
1.2	Versicherungskonkurrenz	4
1.3	Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1	6
2.	Ausschluss von der Versicherungspflicht in der GKV.....	8
2.1	Privat versicherte Personen	9
2.2	Weder gesetzlich noch privat versichert.....	10
2.3	Altersbedingter Ausschluss	10
3.	Mitgliedschaft und Wahlrechte in der GKV	11
3.1	Zuordnung zu einer Krankenkasse.....	11
3.2	Besondere Personengruppen	15
3.3	Krankenkassenwechsel.....	15
3.4	Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse.....	16
4.	Beiträge in der GKV	17
4.1	Berechnung und Zahlung der Beiträge bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1	17
4.2	Säumniszuschläge	19
5.	Erstattung von Beiträgen.....	20
5.1	Erstattung von Beiträgen zur GKV.....	21
5.2	Fehlversicherungen	24
5.3	Beitragersatz bei Erstattungsansprüchen.....	27
5.3.1	Beitragersatz bei Gewährungen von Renten.....	27
5.3.2	Beitragersatz bei Gewährung von Übergangsgeld	27
5.3.3	Sonstige Ersatzansprüche	28
	Anlage 1 - Versicherungsschutz in der KV/PV ab 01.01.2016*	30
	Anlage 2 - Übersicht Definition Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1	31
	Anlage 3 - Prüfreihenfolge Erstattung gesetzliche KV/PV-Beiträge	32
	Anlage 4 - Definitionen nach § 5 Absatz 5a SGB V	33



1. Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung (KV/PV)

1.1 Zuordnung zum Versicherungssystem

(1) Für die Zeiten des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 ist zu prüfen, ob der Leistungsberechtigte

- in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig (GKV) oder
- der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) zuzuordnen ist.

Für Zeiten ab dem 01.01.2016 ist nicht mehr zu prüfen, ob die betroffene Person während des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 familienversichert ist. Die Durchführung einer Familienversicherung ist nicht mehr zulässig.

Keine Prüfung der Familienversicherung (1.1)

(2) Die Zuordnung zur GKV oder PKV hängt von der Vorversicherungszeit ab. Dem Versicherungssystem (GKV/PKV), dem die betroffene Person zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zugeordnet war, gehört sie grundsätzlich auch während des Leistungsbezuges an („Systemkontinuität“, Ausnahme vgl. [Rz. 2.2](#)). Eine Hilfe zur Beurteilung des Versicherungsstatus in der KV/PV bietet die [Anlage 1](#).

Zuordnung zur GKV oder PKV (1.2)

„Zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1“ bedeutet, dass auf die letzte bestehende Versicherung des Betroffenen vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 – entweder in der GKV oder in der PKV – abzustellen ist. Dies gilt unabhängig davon, wie lange diese Versicherung bereits zurückliegt.

(3) Personen sind in der Zeit des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 in der gesetzlichen KV versicherungspflichtig ([§ 5 Absatz 1 Nr. 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch -SGB V](#)), wenn sie zuletzt der GKV angehört haben.

Grundsatz der Versicherungspflicht (1.3)

Leistungen, die diese Versicherungspflicht auslösen, sind in der [Anlage 2](#) aufgeführt.

Leistungen, die die Versicherungspflicht begründen (1.4)

(4) Für die Zeit des Leistungsbezugs tritt die Versicherungspflicht auch in der sozialen PV ein ([§ 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2a Elftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XI](#)).

Versicherungspflicht in der PV (1.5)

(5) Die Versicherungspflicht des Bürgergelds nach § 19 Absatz 1 Satz 1 ist für jede Person in der Bedarfsgemeinschaft (BG) individuell zu beurteilen.

Individuelle Beurteilung (1.6)



(6) Löst der Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 die Versicherungspflicht aus, sind die entsprechenden Beiträge an den vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) verwalteten Gesundheitsfonds oder an die Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) zu zahlen. Die Zeit der Versicherungspflicht wird an die Krankenkasse gemeldet.

(7) Bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 tritt keine Versicherungspflicht zur KV/PV nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V ein. Unabhängig vom Leistungsbezug ist auch bei dieser Personengruppe eine Absicherung im Krankheitsfall gesetzlich vorgeschrieben (vgl. [Rz. 1.12](#)):

1. Familienversicherung in der GKV (vorrangig),
2. Versicherungspflicht in der GKV (z. B. § 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V),
3. Freiwillige Mitgliedschaft in der GKV oder
4. Versicherung in der PKV.

Bei einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV tritt Versicherungspflicht in der sozialen PV ein. Für die versicherungsrechtliche Beurteilung sind die Leistungsberechtigten an die Krankenkasse zu verweisen. Die Regelungen zum Zuschuss zu diesen Beiträgen sind den [Fachlichen Weisungen zu § 26 SGB II](#) zu entnehmen.

(8) Vor Beginn des Leistungsbezugs zuletzt gesetzlich versichert ist, wer

- einen Versicherungspflichttatbestand des [§ 5 Absatz 1 SGB V](#) erfüllt bzw. erfüllt hat (z. B. Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung; Auffangversicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V](#)) oder
- familienversichert ([§ 10 SGB V](#)) ist oder
- freiwillig gesetzlich versichert ([§ 9 SGB V](#) bzw. [§ 188 Absatz 4 SGB V](#)) ist oder
- den Tatbestand des Fortbestehens einer Mitgliedschaft nach [§§ 192, 193 SGB V](#) erfüllt, d. h. nach Ende einer Versicherungspflicht (z. B. Ende einer Beschäftigung) weiter Mitglied aufgrund des Bezugs von Krankengeld, Mutterschaft, Kindererziehung, Wehrdienst ist oder
- einen nachgehenden Leistungsanspruch nach [§ 19 Absatz 2 SGB V](#) erfüllt, d. h. wenn sich innerhalb eines Monats nach dem Ende eines Versicherungsverhältnisses ein weiteres oder ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt (z. B. Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1).

(9) Personen, die unmittelbar vor Beginn des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 tatsächlich weder in der gesetzli-

Konsequenzen aus
der Beurteilung der
Versicherungspflicht
(1.7)

Bezug von Bürger-
geld nach § 19 Ab-
satz 1 Satz 2
(1.8)

Vor Beginn zuletzt
gesetzlich versichert
(1.9)



chen noch in privater Krankenversicherung abgesichert waren, zuletzt jedoch der GKV angehörten, sind (weiterhin) der GKV zuzuordnen.

Beispiel:

Herr A. erfüllte zuletzt vor Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V](#). Diese ist jedoch wegen mangelnder Mitwirkung von Herrn A. nicht festgestellt worden, eine elektronische Gesundheitskarte wurde nicht ausgegeben. Herr A. ist für die Zeit des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 (weiterhin) der GKV zuzuordnen.

(10) Für bestimmte Personen ist die Versicherungspflicht in der GKV ausgeschlossen ([vgl. Abschnitt 2](#)). Dies gilt insbesondere für Personen, die vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zuletzt privat versichert waren. Diese werden durch den Bezug nicht versicherungspflichtig ([vgl. Abschnitt 2.1](#)). Es ist dann die Zahlung eines Zuschusses nach § 26 SGB II zu prüfen. Dies gilt auch für Personen, die nur aufgrund der Zahlung ihrer Beiträge hilfebedürftig würden. Weitere Ausführungen hierzu können den [Fachlichen Weisungen zu § 26 SGB II](#) entnommen werden.

**Zuletzt privat
versichert
(1.10)**

(11) Gehörte eine Person zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 einem besonderen Sicherungssystem an und bestand in dieser Zeit weder eine gesetzliche noch eine private KV, ist auf die Verhältnisse vor dieser besonderen Absicherung abzustellen. War die Person zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gesetzlich krankenversichert, tritt bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen durch den Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 die Versicherungspflicht ein.

**Besonderes
Sicherungssystem
vor Bezug von Bürgergeld nach
§ 19 Absatz 1 Satz 1
(1.11)**

(12) Besondere Sicherungssysteme sind insbesondere:

- Anspruch auf freie Heilfürsorge oder truppenärztliche Versorgung (z. B. für Soldaten der Bundeswehr),
- Übernahme der Krankenbehandlung nach [§ 264 Absatz 2 SGB V](#) von Empfängern von Leistungen nach dem 3. bis 9. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) und von Empfängern laufender Leistungen nach [§ 2 Asylbewerberleistungsgesetz](#),
- Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII),
- Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgezetz (StVollzG) oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge und
- Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) oder vergleichbaren gesetzlichen Regelungen, wenn die Heilbehandlung auch für sog. Nichtschädigungsfolgen gewährt wird.



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

(13) Der Krankenversicherungsschutz ist Bestandteil des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums. Seit dem 1. Januar 2009 gilt der gesetzliche Grundsatz, dass für jede Person in Deutschland eine Absicherung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gewährleistet sein muss. Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, soweit sie nicht der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind. Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1, die der privaten Kranken- und Pflegeversicherung zuzuordnen sind, erhalten Zuschüsse zu ihren Beiträgen (vgl. [Fachlichen Weisungen zu § 26 SGB II](#)). Zur Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags gemäß § 193 Absatz 3 VVG siehe [Rz. 2.4](#). Gleichwohl ist festzustellen, dass Personen im Leistungsbezug stehen, die nicht kranken- und pflegeversichert sind, insbesondere, wenn eine Person der Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages tatsächlich nicht nachkommt.

Die Jobcenter beraten die/den Betroffenen über die Pflicht zum Abschluss einer Krankenversicherung und die Konsequenzen bei fehlender Absicherung. Der Beratungspflicht wurde nachgekommen, wenn das „[Merkblatt für Leistungsberechtigte ohne Kranken- und Pflegeversicherung](#)“ ausgehändigt und die Ausgabe dokumentiert wurde.

(14) Für anerkannte Asylberechtigte, Flüchtlinge und Schutzbedürftige, denen die Flüchtlingseigenschaft oder ein subsidiärer Schutz zuerkannt worden ist, tritt bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 grundsätzlich Versicherungspflicht in der GKV ein.

Weder gesetzlich noch privat („Nicht-versicherte“)
(1.12)

Asyl
(1.13)

Mehrfach-versicherungen
(1.14)

1.2 Versicherungskonkurrenz

(1) Die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 besteht auch, wenn daneben ein weiteres Versicherungspflichtverhältnis vorliegt. Eine Mehrfachversicherung besteht, wenn neben dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 z. B. eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt, Arbeitslosengeld bezogen oder an einer rehaspezifischen Maßnahme teilgenommen wird.

Eine Versicherungspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung wird bereits allein durch die Teilnahme an einer rehaspezifischen Maßnahme ausgelöst (§ 5 Absatz 1 Nummer 6 SGB V). Dies ist unabhängig davon, ob eine Leistung zum Lebensunterhalt wie beispielsweise Ausbildungsgeld oder Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gewährt wird. Aufgrund der Leistungsverantwortung der Jobcenter für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend § 16 Absatz 1 Satz 3 ergibt sich eine zusätzliche Zahlungsverpflichtung für die Beiträge zur Sozialversicherung, die durch die Teilnahme an einer rehaspezifischen Maßnahme entsteht. Die Zahlung erfolgt je-



doch an den Maßnahmeträger (und nicht an den Gesundheitsfonds). Nähere Informationen zur Abwicklung sind in der [Fachlichen Weisung zu § 16 Absatz 1 Satz 3 SGB II - Eingliederungsleistungen an erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Behinderungen](#) enthalten.

(2) Eine Mehrfachversicherung liegt auch bei einer Beschäftigung im Sinne der KV der Landwirte nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vor.

Landwirte
(1.15)

(3) Dagegen ist die KV-Pflicht aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 vorrangig gegenüber der

Vorrangige KV-Pflicht aufgrund Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1
(1.16)

- KV als Student/in an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen (vgl. [§ 5 Absatz 7 SGB V](#)). Um eventuelle Überzahlungen durch das Amt für Ausbildungsförderung zu vermeiden (vgl. [§ 13a Bundesausbildungsförderungsgesetz - BAföG](#)), ist es unverzüglich über die eingetretene Versicherungspflicht zur KV/PV aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zu informieren,
- KV als Praktikant/in im Rahmen einer Studien- oder Prüfungsordnung (vgl. [§ 5 Absatz 7 SGB V](#)),
- KV als Rentner/in (vgl. [§ 5 Absatz 8 SGB V](#)),
- Versicherungspflicht der selbständigen Künstler und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (vgl. [§ 5 Absatz 1 Nr. 1 KSVG](#)) und
- Auffangversicherungspflicht für Personen, die keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben (vgl. [§ 5 Absatz 8a SGB V](#)).

Bei diesen Personen tritt die Versicherungspflicht hinter die des Bürgergelds nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zurück.

(4) Bei erwerbstätigen Personen (vgl. FW zu § 7 SGB II, Abschnitt 1.2) sind die Rechtsvorschriften des Staates anzuwenden, in welchem sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen ([Verordnung -EG- Nr. 883/2004](#) sowie die entsprechende [Durchführungsverordnung -EG- 987/2009](#), [Verordnung -EWG- Nr. 1408/71](#) nebst [Durchführungsverordnung 574/72](#)). Der Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 führt dann nicht zur Versicherungspflicht.

Grenzgänger
(1.17)

Für weitere BG-Mitglieder ist die Versicherungspflicht während des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 individuell nach dem deutschen Recht zu beurteilen. Bestand zuletzt eine Versicherung in der GKV, ist bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 eine Pflichtversicherung durchzuführen ([§ 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V](#)).

(5) Die Ausführungen zu den erwerbstätigen Personen gelten grundsätzlich auch bei Bezug einer ausländischen Rente (zum Beispiel wegen teilweiser Erwerbsunfähigkeit oder Hinterbliebenenrente). Wird neben dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1

Bezug einer ausländischen Rente
(1.17a)



Satz 1 eine (oder mehrere) ausländische Rente(n) aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs bezogen, so unterliegt die Person dem Recht des anderen Staates (Artikel 11 Absatz 3 Buchstabe e in Verbindung mit Artikel 24 Absatz 2 VO (EG) 883/04) und ist daher nicht versicherungspflichtig nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V, wenn die Person Anspruch auf Leistungen nach den Rechtsvorschriften des anderen Staates hat. Die Leistungen werden dann im Rahmen der Leistungsaushilfe von der gewählten deutschen Krankenkasse zur Verfügung gestellt.

Besteht jedoch aufgrund eines weiteren Tatbestands (z. B. aufgrund einer Beschäftigung in Deutschland oder aufgrund eines Bezugs einer deutschen Rente) Versicherungspflicht im Inland, führt auch der Bürgergeldbezug zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V.

Die leistungsberechtigte Person hat den Rentenbezug aus dem Ausland ihrer Krankenkasse zu melden (§ 206 SGB V). Die bezogene(n) Rente(n) werden von der Krankenkasse als beitragspflichtige Einnahme(n) berücksichtigt (§§ 232a Absatz 3, 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 228 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

Pflichtbeiträge, die aufgrund der ausländischen Rente zu zahlen sind, können im Rahmen der Absetzung vom Einkommen (§ 11b SGB II) berücksichtigt werden.

(6) War die Person bereits aufgrund des Bezugs von Bürgergeld bei der deutschen Krankenkasse gemeldet und wird die Zuständigkeit des ausländischen Trägers erst später erkannt, ist die leistungsberechtigte Person darauf hinzuweisen, schnellstmöglich den Anspruch auf Leistungen nach den Rechtsvorschriften des anderen Staates gegenüber der inländischen Krankenkasse nachzuweisen. Sachleistungen können erst dann von der gewählten deutschen Krankenkasse erbracht werden, wenn eine Anspruchsbescheinigung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers übermittelt wird (z. B. S1, SED S072).

**Vordruck S1
(1.17b)**

1.3 Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1

(1) Die versicherungsrechtliche Beurteilung erfolgt für den Zeitraum, für den Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 tatsächlich bezogen wird - unabhängig davon, ob die rechtlichen Voraussetzungen für den Leistungsbezug vorgelegen haben. Eine rückwirkende Aufhebung der Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat sowie die Rückforderung bzw. Rückzahlung der Leistung haben gemäß § 5 Absatz 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V grundsätzlich keine Auswirkung auf das Versicherungsverhältnis. Abschnitt 5.1 ist zu beachten.

**Leistungsbezug
(1.18)**

(2) Die Versicherungspflicht zur KV/PV tritt auch ein, wenn

- der Anspruch durch Zahlung an Dritte (z. B. in Fällen des § 22 Absatz 7 SGB II) erfüllt wird oder unter Berücksichtigung einer Aufrechnung oder Verrechnung (z. B. § 43

**Zahlungen an Dritte
oder Aufrechnung
(1.19)**



SGB II) erfüllt wird.

- Leistungen vorläufig bewilligt werden (§ 41a SGB II). Dies gilt gleichermaßen für die vorläufige Bewilligung aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung (z. B. einstweilige Anordnung).
- der Regelbedarf nach § 20 SGB II anteilig oder in voller Höhe als Sachleistung (Gutschein) erbracht wird (§ 24 Absatz 2 SGB II). Bezugszeitraum ist in diesen Fällen der Zeitraum, für den der Bedarf besteht und dieser durch die Zahlung von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 in Form des Gutscheins gedeckt wird. Auf die tatsächliche Einlösung des Gutscheins kommt es nicht an.
- Leistungen gemäß § 41 Absatz 1 SGB II für den vollen Monat festgesetzt, aber in mehreren Teilbeträgen erbracht werden (z. B. in Fällen des § 24 Absatz 2 SGB II).
- Leistungen für einmalige Bedarfe für Unterkunft und Heizung (z. B. Heizmittelbevorratung) gewährt werden. Als Bezugszeitraum gilt der gesamte Kalendermonat, in dem die Leistung gewährt wird.
- Wenn nach § 33 SGB II übergegangene Ansprüche oder Ersatzansprüche nach §§ 34, 34a, 34b, 34c SGB II nachträglich geltend gemacht und realisiert werden.

(3) Die Versicherungspflicht zur KV/PV besteht auch dann, wenn die Zahlung von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 nach § 40 Absatz 2 Nr. 4 i. V. m. [§ 331 Drittes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB III\)](#) vorläufig eingestellt wurde oder aufgrund eingetretener Leistungsminderungen nach § 31a oder § 32 SGB II nur noch

- Leistungen in geminderter Höhe oder
- Leistungen für Bedarfe der Unterkunft und Heizung

erbracht werden.

(4) Eine vorschussweise (vorzeitige) Zahlung nach § 42 Absatz 2 SGB II begründet keine Versicherungspflicht zur KV/PV. Die versicherungsrechtliche Beurteilung hat für den Zeitraum zu erfolgen, für den Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zusteht.

(5) Wird Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 für denselben Zeitraum durch zwei Jobcenter erbracht (z. B. Doppelbezug KdU bei Umzug), ist die versicherungsrechtliche Beurteilung in beiden Jobcentern durchzuführen. Dies gilt selbst dann, wenn der Doppelbezug zu Unrecht erfolgt ist. Vgl. zur Beitragzahlung in diesen Fällen [Rz. 4.9.](#)

(6) Wird Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bei

- Wohnungslosen, z. B. als Tagessatz, oder
- untermontatlichem Wechseln von Personen in eine andere BG

**Vorläufige
Bewilligung
(1.20)**

**Sach- oder geldwerte
Leistungen
(1.21)**

**Anteilige Zahlung
(1.22)**

**Einmalige
KdU-Bedarfe
(1.23)**

**Anspruchsübergang/
Ersatzansprüche
(1.24)**

**Vorläufige Zahlungseinstellung oder
Leistungsminderungen
(1.25)**

**Vorschuss nach
§ 42 Absatz 2 SGB II
(1.28)**

**Doppelter
Leistungsbezug
(1.29)**

**Wohnungslose/
untermonatlicher
Wechsel
(1.30)**



gewährt, ist die versicherungsrechtliche Beurteilung für den jeweiligen Leistungsbezug durch das jeweils örtlich zuständige Jobcenter durchzuführen. Vgl. zur Beitragszahlung in diesen Fällen [Rz. 4.10](#).

(7) Wird ein Kind zeitweise zwei BG zugeordnet, besteht bei vorliegender Hilfebedürftigkeit in beiden BG für den gesamten Monat ein Leistungsanspruch, unabhängig von der tatsächlichen Zahl der Aufenthaltstage (vgl. [Fachliche Weisungen zu den Besonderheiten der Temporären Bedarfsgemeinschaft](#), Kapitel 2.1).

Bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Kindes ist die versicherungsrechtliche Beurteilung dann zeitgleich und durchgehend von den jeweils örtlich zuständigen Jobcentern durchzuführen. Es ist sicherzustellen, dass die Meldungen aus beiden BG bei der zutreffenden Krankenkasse erfolgen. Vgl. zur Beitragszahlung in diesen Fällen [Rz. 4.10a](#).

(8) Bei Erstattungsansprüchen nach [§§ 102 ff Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X](#) bleibt die versicherungsrechtliche Beurteilung für die gesamte BG unberührt.

**Besonderheit
Temporäre BG
(1.30a)**

**Erstattungsansprüche nach SGB X
(1.31)**

2. Ausschluss von der Versicherungspflicht in der GKV

(1) Eine Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 tritt nicht ein, wenn die Person

- zuletzt vor Beginn des Bezugs privat krankenversichert war (vgl. [Abschnitt 2.1](#)) oder
- zuletzt vor Beginn des Bezugs weder gesetzlich noch privat versichert war und hauptberuflich selbstständig oder versicherungsfrei war (vgl. [Abschnitt 2.2](#)) oder
- aufgrund des Alters von der Versicherungspflicht ausgeschlossen ist (vgl. [Abschnitt 2.3](#)).

Der Anspruch auf den Beitragszuschuss für diesen Personenkreis kann den [Fachlichen Weisungen zu § 26 SGB II](#) entnommen werden.

**Allgemeines zum
Ausschluss
(2.1)**

(2) Eine nicht versicherungspflichtige Person im Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 (z. B. privat versichert) wird mit Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung versicherungspflichtig. Dies gilt für gleichrangige Tatbestände (z. B. Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung) ebenso wie für sog. Nachrangtatbestände (z. B. Versicherungspflicht aufgrund einer Rentenantragstellung). Die Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 beziehende Person bleibt versicherungspflichtig, auch wenn der die Versicherungspflicht auslösende Tatbestand zu einem späteren Zeitpunkt wieder entfällt.

**Hinzutritt eines
Versicherungspflicht-
tatbestandes
(2.2)**



(3) Dies gilt nicht, wenn die Versicherungspflicht aufgrund des Alters ausgeschlossen ist ([vgl. Abschnitt 2.3](#)).

(4) Ein privater Versicherungsvertrag kann mit dem Eintritt der Versicherungspflicht gekündigt werden ([§ 205 Versicherungsvertragsgesetz - VVG](#)). Die Kündigung kann auch rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vorgenommen werden, wenn der Versicherungsvertrag binnen drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gekündigt wird ([§ 205 Absatz 2 Satz 1 VVG](#)).

2.1 Privat versicherte Personen

(1) Personen, die zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 privat krankenversichert waren, sind auch während des Leistungsbezugs weiterhin der PKV zuzuordnen ([§ 5 Absatz 5a Satz 1 erste Alternative SGB V](#)).

„Privat bleibt privat“
(2.3)

(2) Personen mit Wohnsitz in Deutschland sind verpflichtet, einen privaten KV-Vertrag abzuschließen, wenn sie

Verpflichtung zum
Abschluss einer PKV
(2.4)

- nicht versichert oder
- nicht versicherungspflichtig in der GKV sind und keine anderweitige (gesetzliche) Absicherung im Krankheitsfall vorliegt ([vgl. § 193 Absatz 3 VVG](#)).

Bei Personen, die ihrer Verpflichtung sich privat zu versichern nicht nachgekommen sind, zuletzt aber eine PKV vorlag, tritt keine gesetzliche Versicherungspflicht ein. Sie sind auch während des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 der PKV zuzuordnen, unabhängig davon, wie lange diese PKV zurückliegt. Eine tatsächliche Absicherung liegt jedoch erst mit Abschluss eines Versicherungsvertrages vor. Ein Zuschuss kann erst nach Vorlage des Versicherungsvertrages gezahlt werden (siehe erläuternd [Fachliche Weisungen zu § 26 SGB II](#)). Einzelheiten zur Beratungspflicht der Jobcenter und deren Dokumentation können der Rz. [1.12](#) und den [Fachlichen Weisungen zu § 26 SGB II](#), Abschnitt 2.1 entnommen werden.

(3) Eine im Ausland bestandene PKV ist als zuletzt bestandene PKV im Sinne des [§ 5 Absatz 5a SGB V](#) anzusehen, wenn es sich um einen Aufenthalt im EU-/EWR-Staat, der Schweiz, im Vereinigten Königreich, in Nordmazedonien, in Tunesien oder in der Türkei handelt.

KV im Ausland
(2.5)

Bei einem vorangegangenen Aufenthalt in einem anderen Staat, **in dem nicht die Verordnung -EG- Nr. 883/2004 oder die Verordnung - EWG- Nr. 1408/71 Anwendung findet bzw. mit dem kein Abkommen über den Bereich der Krankenversicherung besteht, ist auf den Versicherungsstatus in Deutschland oder im EU-/EWR-Staat, in der Schweiz, im Vereinigten Königreichs, in Nordmazedonien, in Tunesien oder in der Türkei vor dem Auslandsaufenthalt abzustellen.** Hat sich die Person davor noch nicht in Deutschland oder in einem der



genannten Staaten aufgehalten, ist der Ausschluss der Versicherungspflicht nach der zweiten Alternative des [§ 5 Absatz 5a Satz 1 SGB V](#) zu prüfen (vgl. [Abschnitt 2.2](#)).

Beispiel:

Herr M. ist als selbständig tätiger Arzt von den USA nach Deutschland gekommen. Er hat sich zuvor noch nicht in Deutschland, im EU-/EWR-Staat, in der Schweiz, im Vereinigten Königreichs, in Nordmazedonien, in Tunesien oder in der Türkei aufgehalten. Herr M. war zuletzt vor Leistungsbezug weder gesetzlich noch privat versichert. Er ist damit nicht nach [§ 5 Absatz 5 SGB V](#) versicherungspflichtig, weil er in den USA hauptberuflich selbständig tätig war. Somit ist er mit Beginn des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 der PKV zuzuordnen.

2.2 Weder gesetzlich noch privat versichert

(1) Bei Personen, die zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 weder gesetzlich noch privat versichert waren (= ohne KV) und entweder

- hauptberuflich selbständig (Personenkreis nach [§ 5 Absatz 5 SGB V](#)) oder
- nach [§ 6 Absatz 1 oder 2 SGB V](#) versicherungsfrei sind oder
- bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Inland zu diesen Personengruppen gehört hätten,

führt der Leistungsbezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 nicht zur Versicherungspflicht ([§ 5 Absatz 5a Satz 1 zweite Alternative SGB V](#)).

(2) Zur Beratungspflicht in diesen Fällen siehe [Rz. 1.12](#).

(3) Merkmale einer hauptberuflichen Tätigkeit bzw. eine Beschreibung des versicherungsfreien Personenkreises können der [Anlage 4](#) entnommen werden.

(4) Die entsprechenden Abfragen zur Versicherungsfreiheit erfolgen über die Anlage SV der Antragsvordrucke

**Weder gesetzlich
noch privat
versichert
(2.6)**

**Antragsvordrucke
(2.7)**

2.3 Altersbedingter Ausschluss

(1) Bei Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres hilfebedürftig werden, führt der Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gemäß [§ 6 Absatz 3a SGB V](#) unter folgenden Bedingungen ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht:

1. keine gesetzliche Versicherung in den letzten fünf Jahren vor Beginn des Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 und
2. mindestens die Hälfte dieser Zeit lag
 - a. Versicherungsfreiheit oder
 - b. eine Befreiung von der Versicherungspflicht oder

**Über 55-Jährige
(2.8)**



- c. keine Versicherungspflicht wegen der Ausübung einer hauptberuflich selbständigen Tätigkeit ([§ 5 Absatz 5 SGB V](#)) vor.

Beispiel:

Frau B. war bis 30.06.2017 freiwillig gesetzlich krankenversichert. Seit 01.07.2017 ist sie privat krankenversichert und hauptberuflich selbstständig erwerbstätig. Im Jahr 2022 hat Frau B. das 55. Lebensjahr vollendet.

Die selbständige Tätigkeit endete am 31.03.2023. Seit 01.04.2023 bezieht Frau B. Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1. Am 01.10.2023 nimmt sie eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 wird weiter bezogen.

Lösung:

Vom 01.04.2023 bis 30.09.2023 ist Frau B. von der Versicherungspflicht aufgrund Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 ausgeschlossen ([§ 5 Absatz 5a SGB V](#)).

Ab 01.10.23 besteht anlässlich der Aufnahme der Beschäftigung Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Absatz 3a SGB V](#), womit der Ausschluss von der Versicherungspflicht nach [§ 5 Absatz 5a SGB V](#) für Frau B. weiterhin bestehen bleibt.

Variante:

Würde Frau B. die Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit nach [§ 6 Absatz 3a SGB V](#) nicht erfüllen, würde die Versicherungspflicht aufgrund der Beschäftigung die Wirkung der Versicherungsfreiheit nach [§ 5 Absatz 5a SGB V](#) aufheben, so dass auch aufgrund des Bezuges von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Versicherungspflicht eintreten würde.

- (2) Bezuglich der unter a. bis c. aufgeführten alternativen Voraussetzungen genügt auch eine Ehe oder Lebenspartnerschaft mit einer Person, die eine dieser Vorgaben erfüllt.

**Ehe oder
Lebenspartnerschaft
ausreichend
(2.9)**

3. Mitgliedschaft und Wahlrechte in der GKV

3.1 Zuordnung zu einer Krankenkasse

(1) Die Mitgliedschaft in der GKV und sozialen PV beginnt mit dem Tag, von dem an Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bezogen wird. Der Zeitpunkt, an dem die Bewilligung erfolgt, ist unerheblich.

**Beginn
der Mitgliedschaft
(3.1)**

(2) Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des letzten Tages, für den Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bezogen wird bzw. Beiträge entrichtet werden. Die Mitgliedschaft endet mit dem Todestag des Mitgliedes. Zur Erstattung von Beiträgen siehe erläuternd [Rz. 5.19](#).

**Ende
der Mitgliedschaft
(3.2)**

(3) Leistungsberechtigten von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 steht grundsätzlich das Kassenwahlrecht in dem Umfang zu, wie es den versicherungspflichtigen Beschäftigten zusteht (siehe auch [Rz. 3.14](#)). Sie können zwischen den verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen wählen ([§ 173 SGB V](#)).

**Wahlfreiheit
(3.3)**



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

(4) Sofern die leistungsberechtigte Person nicht ausdrücklich erklärt, ihr Wahlrecht wahrgenommen zu haben, ist sie bei der Krankenkasse anzumelden, bei der sie zuletzt versichert war. Dabei ist es unerheblich, ob zuletzt eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung bestand.

Dies gilt auch beim Wechsel vom AsylbLG (§ 2 Absatz 1 AsylbLG) in das SGB II. Aufgrund des Status als „Quasi-Versicherte“ in der gesetzlichen Krankenversicherung kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungsberechtigten bereits eine Krankenkasse gewählt haben (§ 264 Absatz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 1 SGB V) oder einer Krankenkasse zugewiesen wurden. Diese Personen sind in der Regel im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit der sie die Krankenkasse belegen können, bei der sie anzumelden sind.

(5) Möchte die leistungsberechtigte Person anlässlich des Eintritts von Versicherungspflicht Mitglied bei einer anderen Krankenkasse werden, muss sie möglichst zusammen mit dem Leistungsantrag, spätestens aber innerhalb von zwei Wochen nach Stellung des Antrags Angaben über die gewählte Krankenkasse machen. Zur Form der Angaben vgl. Ausführungen in Rz. 3.23. Werden keine Angaben über die gewählte Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen gemacht, ist eine Anmeldung bei der gesetzlichen Krankenkasse vorzunehmen, bei der die Versicherung zuletzt bestand.

(6) Das Kassenwahlrecht muss von der leistungsberechtigten Person selbst gegenüber der von ihr gewählten Krankenkasse ausgeübt werden (Wahlerklärung). Es genügt nicht, wenn sie nur gegenüber dem Jobcenter erklärt, bei welcher Krankenkasse sie versichert werden will.

(7) Kinder, die ab Vollendung des 15. Lebensjahres versicherungspflichtig aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 werden, haben ein Krankenkassenwahlrecht. Wird das Wahlrecht durch die leistungsberechtigte Person gegenüber der Krankenkasse ausgeübt und kommt die Person ihrer Angabepflicht gegenüber dem Jobcenter innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht nach, erfolgt eine Anmeldung bei der gewählten Krankenkasse. Ansonsten erfolgt die Anmeldung bei der Krankenkasse, bei welcher zuletzt die Familienversicherung durchgeführt wurde.

Beispiel:

Kind S. vollendet am 17.05. das 15. Lebensjahr. Das Wahlrecht zum Eintritt der Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 kann Kind S. im Zeitraum 17.05. – 30.05. ausüben. Wenn es von seinem Wahlrecht wirksam Gebrauch machen will, muss es innerhalb dieser Frist Angaben zur gewählten Krankenkasse machen.

**Anmeldung
bei letzter
Krankenkasse
(3.4)**

**Ausübung des Wahl-
rechts und Angabe-
pflichten
(3.5)**

**Wahrnehmung
des Wahlrechts
(3.6)**

**Kinder ab Vollen-
dung des 15. Lebens-
jahres
(3.7)**



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

(8) War die leistungsberechtigte Person vor dem Leistungsbezug noch nie bei einer Krankenkasse versichert, ist sie auf ihr Kassenwahlrecht hinzuweisen.

Hinweis auf das Krankenkassenwahlrecht (3.8)

(9) Das Jobcenter darf die Wahlentscheidung der Leistungsberechtigten nicht beeinflussen (z. B. durch Werbung oder Empfehlung einer Krankenkasse oder Kassenart).

Neutralität (3.9)

(10) Sofern das Jobcenter für die leistungsberechtigte Person die Krankenkasse auswählt, hat dies nach objektiven Gesichtspunkten zu erfolgen. Als objektiver Maßstab eignet sich beispielsweise die Erreichbarkeit der Krankenkasse für die leistungsberechtigte Person. Als Auswahlkriterium kommt bei ehemals Sozialhilfe beziehenden Personen auch die bisher betreuende Krankenkasse in Betracht.

Kriterien für die Krankenkassenwahl (3.10)

(11) Auf der [Internetseite des GKV Spitzenverbandes](#) ist eine Übersicht über wählbare Krankenkassen inklusive der ggf. erhobenen Zusatzbeiträge abrufbar.

Krankenkassenliste (3.11)

(12) entfallen

Rechtskreis Ost/West (3.12)

(13) Die Krankenkasse, bei der die Anmeldung erfolgt, wird der leistungsberechtigten Person im Bewilligungbescheid mitgeteilt. Eine gesonderte Mitteilung ist grundsätzlich nicht erforderlich. Die gewählte Krankenkasse wird über die Meldung aus dem IT-Verfahren ALLEGRO informiert.

Mitteilung an die leistungsberechtigte Person und Krankenkasse (3.13)

(14) Der Wechsel des Versicherungsgrundes (z. B. Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 unmittelbar im Anschluss an eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld) bei ununterbrochener Mitgliedschaft löst ein neues Kassenwahlrecht aus, und zwar unabhängig davon, ob die maßgebende Bindungsfrist erfüllt ist.

Neues Wahlrecht bei Wechsel des Versicherungsgrundes (3.14)

(15) Die alleinige Verlegung des Wohnortes in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Jobcenters bei ununterbrochener Versicherungspflicht begründet kein neues Wahlrecht zu einer Krankenkasse.

Kein neues Wahlrecht bei Umzug (3.15)

(16) Macht die leistungsberechtigte Person nicht innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht bzw. nach der Antragstellung (bei Rückwirken des Antrags) Angaben über die gewählte Krankenkasse gegenüber dem Jobcenter und bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, ist die Anmeldung durch das Jobcenter bei einer nach § 175 Absatz 3 Satz 2

Ersatzwahlrecht des Jobcenters nach zwei Wochen (3.16)



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

zweiter Halbsatz SGB V i. V. m. [§ 173 SGB V](#) wählbaren Krankenkasse durchzuführen. Die Ausübung des Wahlrechts durch den Leistungsberechtigten durch Wahlerklärung gegenüber der Krankenkasse und Angabe der gewählten Krankenkasse gegenüber dem Jobcenter ist nach Ablauf von zwei Wochen nicht mehr wirksam möglich, selbst wenn das Jobcenter bis dahin noch keine wahlersetzenende Anmeldung bei einer Krankenkasse vorgenommen hat.

Kommt die leistungsberechtigte Person ihrer Angabe bzw. Informationspflicht gegenüber dem Jobcenter nicht fristgerecht nach, obliegt es ihr, diese Krankenkasse zu informieren, dass eine Mitgliedschaft doch nicht zustande kommt.

(17) Die Frist, in der das Wahlrecht ausgeübt werden kann, beginnt mit dem Tag nach der Antragstellung. Hierdurch wird vermieden, dass das Wahlrecht durch gesetzliche Rückwirkung des Antrages auf den Ersten des Monats nicht mehr ausgeübt werden könnte (§ 37 Absatz 2 Satz 2 SGB II).

(18) entfallen (siehe [Rz. 3.26](#))

Rückwirkung des Antrags
(3.17)

Solidargemeinschaften zur Gesundheitsvorsorge
(3.18)

(19) Krankenkassen, die im Rahmen von [§ 264 Absatz 2 SGB V](#) gegen Erstattung die Kosten für die Krankenbehandlung von nicht gesetzlich Versicherten übernommen haben (betreuende Krankenkassen), sind keine „letzten“ Krankenkassen i. S. der obigen Ausführungen. Bei diesen Kassen lag keine Versicherung vor, sondern es erfolgte lediglich die Abwicklung der Kosten der Krankenbehandlung.

(20) Die Ausgabe eines Berechtigungsscheins zur Inanspruchnahme von Leistungen nach § 11 Bundesvertriebenengesetz (BVFG) begründet keine Kassenzugehörigkeit und ist somit hinsichtlich der Ausübung des Kassenwahlrechts durch die Spätaussiedler bzw. der Festlegung der Krankenkasse durch das Jobcenter unbeachtlich.

(21) War die leistungsberechtigte Person vor dem Leistungsbezug zuletzt im Ausland krankenversichert, so ist als „letzte“ Krankenkasse die inländische Krankenkasse anzusehen, bei der sie zuletzt versichert war.

(22) Hat sich die „letzte“ Krankenkasse mit einer anderen zusammengeschlossen, so gilt die Nachfolgekrankenkasse als „letzte“ Krankenkasse.

(23) Um eine fehlerhafte Anmeldung bei einer unzuständigen Krankenkasse zu vermeiden, ist von der leistungsberechtigten Person eine Mitgliedsbescheinigung oder ein anderweitiger schriftlicher

Krankenkasse mit Kostenübernahme für Krankenbehandlung
(3.19)

Spätaussiedler
(3.20)

Ausländische KV
(3.21)

Auflösung wegen Vereinigung von Krankenkassen
(3.22)

Versicherungsnachweis
(3.23)



Nachweis der Krankenkasse über die bestehende oder letzte Versicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung) vorzulegen. Ersatzweise kann die letzte und gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. eine Kopie davon vorgelegt werden. In Zweifelsfällen ist Kontakt mit der Krankenkasse aufzunehmen.

3.2 Besondere Personengruppen

(1) Leistungsberechtigte Personen, die im Zeitpunkt der Antragstellung einer LKK angehören oder zuletzt vor diesem Zeitpunkt angehört haben, sind während des Leistungsbezugs bei dieser Kasse zu versichern ([§ 20 KVLG 1989](#)). Diese Personen haben kein Wahlrecht.

Landwirte und Nebenerwerbslandwirte (3.24)

Auch mitarbeitende Familienangehörige sind in der LKK zu versichern, unabhängig davon, ob sie daneben eine weitere, nach dem SGB V versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben ([§ 2 Absatz 1 Nr. 3 KVLG 1989](#)).

(2) Selbständige Künstler und Publizisten sind nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) in der KV/PV versicherungspflichtig, wenn sie eine künstlerische oder publizistische Tätigkeit erwerbsmäßig und nicht nur vorübergehend ausüben. Die Künstlersozialkasse prüft die Zugehörigkeit zum versicherten Personenkreis. Die Versicherung wird in einer in [§ 173 SGB V](#) genannten Krankenkasse durchgeführt.

Selbständige Künstler und Publizisten (3.25)

(3) Seit dem 09. Juni 2021 gelten Solidargemeinschaften zur Gesundheitsvorsorge als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V, wenn Sie die Bedingungen des § 176 SGB V erfüllen. Für Personen, die zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld Mitglied in einer Solidargemeinschaft waren, gilt [Rz. 1.11](#) entsprechend. Demnach tritt grundsätzlich die Versicherungspflicht zur GKV ein, sofern die Person vor dieser Mitgliedschaft gesetzlich krankenversichert war. Zum Krankenkassenwahlrecht gelten die Ausführungen unter [Abschnitt 3.1](#) entsprechend. War die Person davor zuletzt privat krankenversichert oder weder gesetzlich noch privat versichert, bleiben sie grundsätzlich Mitglied in der Solidargemeinschaft. Die Möglichkeit der Zuschussgewährung zu diesen Beiträgen sind den Fachlichen Weisungen zu § 26 SGB II zu entnehmen.

Solidargemeinschaften zur Gesundheitsvorsorge (3.25a)

3.3 Krankenkassenwechsel durch Kündigung der Mitgliedschaft

(1) Macht die leistungsberechtigte Person während des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 und ununterbrochener Versicherungspflicht vom Wahlrecht mittels Kündigung Gebrauch, hat sie dem Jobcenter gegenüber unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. Die Mitteilung über den Krankenkassenwechsel sollte idealerweise bei dem Jobcenter bis zu dem Zeitpunkt vorliegen, zu dem die Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse

Krankenkassenwahl im Wege einer Kündigung (3.26)



wirksam wird. Sofern es im Einzelfall zu einer verspäteten Mitteilung durch die leistungsberechtigte Person kommen sollte, vollzieht sich der Krankenkassenwechsel dennoch zum Ende der Kündigungsfrist.

(2) Bei mehreren zur Meldung verpflichteten Stellen (z. B. Bundesagentur für Arbeit und Arbeitgeber), besteht die Angabe- bzw. Informationspflicht gegenüber jeder dieser Stellen. Ein Krankenkassenwechsel ist gleichwohl wirksam, wenn die Person ihrer Pflicht nur gegenüber einer dieser Stellen nachkommt.

(3) Eine Prüfung der Rechtmäßigkeit der Kassenwahl ist von den Jobcentern nicht durchzuführen. Bei einer Fehlversicherung ist die erforderliche Berichtigung der Meldungen im Einzelfall im Benehmen mit den beteiligten Krankenkassen zu klären.

(4) Werden von einer leistungsberechtigten Person bis zum Ende der Kündigungsfrist mehrere gewählte Krankenkassen angegeben, ist die Anmeldung bei der Krankenkasse vorzunehmen, die von der leistungsberechtigten Person ausdrücklich benannt wird.

(5) entfallen

**Klärung der
Rechtmäßigkeit
(3.27)**

**Angabe mehrerer
Krankenkassen
(3.28)**

(3.29)

**Ausübung Wahlrecht
(3.30)**

3.4 Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse

(1) Für den Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse ist das Wahlrecht grundsätzlich schon vor dem Wirksamwerden einer Schließung bzw. der Insolvenz auszuüben ([§ 175 Absatz 3a SGB V](#)).

Versicherungspflichtige Leistungsberechtigte müssen im Falle der Schließung oder Insolvenz ihrer Krankenkasse eine neue Krankenkasse wählen.

(2) Macht die versicherungspflichtige Person nicht innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach der Zustellung des Schließungsbescheids der Aufsichtsbehörde bzw. der Stellung des Insolvenzantrags bei der Krankenkasse gegenüber dem Jobcenter Angaben über die gewählte Krankenkasse, wählt das Jobcenter eine Krankenkasse. Die Anmeldung bei der neuen Krankenkasse erfolgt

- bei Schließung: zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schließung und
- bei Insolvenz: zum Ersten des laufenden Monats; spätestens zum Zeitpunkt der Eröffnung des Insolvenzverfahrens oder der Abweisung des Insolvenzantrages mangels Masse.

**Krankenkassenwahl
durch das Jobcenter
(3.31)**

(3) Die Anmeldung bei der neuen Krankenkasse ist durch das Jobcenter innerhalb von zwei weiteren Wochen (im Anschluss an die Sechs-Wochen-Frist) vorzunehmen. Die betroffene Person ist vorrangig bei der Krankenkasse anzumelden, bei der sie vor ihrer Mitgliedschaft bei der abzuwickelnden Krankenkasse versichert war.



Bestand keine vorhergehende Versicherung bzw. kann diese nicht mehr ermittelt werden, ist sie bei einer nach [§ 173 SGB V](#) wählbaren Krankenkasse anzumelden.

4. Beiträge in der GKV

4.1 Berechnung und Zahlung der Beiträge bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1

(1) Für Zeiträume ab dem 01.01.2016 sind die Beiträge zur KV/PV je Versicherungspflichtigen als Monatspauschale für jeden Kalendermonat zu zahlen, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft aufgrund Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 besteht. Eine taggenaue Berechnung erfolgt nicht.

Monatspauschale
(4.1)

(2) Die Beiträge für versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 berechnen sich nach folgender Formel:

Formel zur
Beitragsberechnung
(4.2)

$$\text{Bezugsgröße} \times \text{Faktor}$$

beitragspflichtige Einnahme x Beitragssatz

(3) Bundeseinheitlich ist die Bezugsgröße für die alten Bundesländer zugrunde zu legen ([§ 400 Absatz 1 Nr. 1 SGB V](#) i. V. m. [§ 18 Absatz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IV](#)).

Bezugsgröße
(4.3)

(4) Die Faktoren sind ebenfalls bundeseinheitlich festgelegt:

Faktor
(4.4)

- Faktor KV: [§ 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)
- Faktor PV: [§ 57 Absatz 1 Satz 2 SGB XI](#)

(5) Bei der Berechnung der Beiträge zur KV ist bei Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 der ermäßigte Beitragssatz nach [§ 243 SGB V](#) zugrunde zu legen ([§ 246 SGB V](#)). Hinzu kommt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ([§ 242 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1](#) i. V. m. [§ 242a SGB V](#)).

Beitragssatz KV
(4.5)

(6) In der PV ist ein bundeseinheitlicher Beitragssatz heranzuziehen ([§ 55 Absatz 1 Satz 1 SGB XI](#)). Für Personen, die wegen des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 versicherungspflichtig sind, wird kein Beitragszuschlag für Kinderlose erhoben ([§ 55 Absatz 3 Satz 2 SGB XI](#)).

Beitragssatz PV
(4.6)

Die jeweils geltenden Beitragsgrundlagen sind im Intranet unter Rechengrößen der Sozialversicherung abrufbar.

Übersicht Rechengrößen



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

(7) Für Personen, die Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 beziehen und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben ([§ 28 Absatz 2 SGB XI](#)), beträgt der Beitragssatz die Hälfte des o. a. Beitragssatzes ([§ 55 Absatz 1 Satz 3 SGB XI](#)). Neben den Beamtinnen/Beamten selbst gilt dies z. B. für beschäftigte Beamtenwitwen/-witwer und Vollwaisen von Beamtinnen/Beamten sowie für versicherungspflichtige Rentnerinnen und Rentner, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege einen eigenen Anspruch auf Beihilfe haben.

**Beihilfe/
Heilfürsorge
(4.7)**

(8) Die beitragspflichtigen Einnahmen des Bürgergelds nach § 19 Absatz 1 Satz 1 werden für Zeiträume ab dem 01.01.2016 nicht gemindert, auch wenn neben dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 weitere beitragspflichtige Einnahmen vorliegen (z. B. aus einer Beschäftigung oder bei Bezug von Arbeitslosengeld).

**Keine Minderung
durch weitere Ein-
nahmen
(4.8)**

Auch in diesen Fällen wird die Pauschale gezahlt.

(9) Bei vorläufiger Zahlungseinstellung nach § 40 Absatz 2 Nr. 4 i. V. m. [§ 331 SGB III](#) wird die ursprüngliche Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1-Bewilligungsentscheidung nicht beseitigt. Die Beiträge zur KV/PV sind für die Zeit einer vorläufigen Zahlungseinstellung weiter zu zahlen und nicht zu unterbrechen. (Urteile [LSG-NSB vom 29.04.2004 – Az.: L 15 AL 5/02](#) und [LSG-BW vom 15.02.2008 – Az.: L 8 AL 3748/05](#)). Zur Erstattung vgl. [Rz. 5.14a](#).

**Vorläufige
Zahlungseinstellung
(4.8a)**

(10) Wird Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 in Ausnahmefällen für denselben Zeitraum durch zwei Jobcenter erbracht (z. B. Doppelbezug KdU nach [Rz. 1.30](#)), ist die Pauschale nur vom zeitlich zuerst örtlich zuständigen Jobcenter zu zahlen.

**Beiträge bei
Doppelbezug Bürger-
geld nach § 19 Ab-
satz 1 Satz 1
(4.9)**

(11) Bei Wohnungslosen und untermonatlichem Wechsel von Personen in eine andere BG ist die Pauschale für jeden Monat nur einmal durch das zeitlich zuerst örtlich zuständige Jobcenter zu zahlen. Gleichwohl ist die Versicherungspflicht für die Zeit des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zu beurteilen (Meldung durch jedes Jobcenter). Zur Umsetzung in ALLEGRO steht im Intranet im ALLEGRO-Wiki eine Arbeitshilfe zur Verfügung.

**Beiträge für Woh-
nungslose und bei
untermonatlichem
Wechsel
(4.10)**

(12) Liegt eine Temporäre BG vor, ist die Pauschale für das Kind im Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 jeden Monat nur einmal in der Haupt-BG (BG, in der das Kind überwiegend betreut wird) zu zahlen. Werden nur Leistungen in der Zweit-BG (BG des nicht überwiegend betreuenden Elternteils) bezogen, wird die Pauschale in dieser BG gezahlt. Bei einem „echten“ Wechselmodell wird die Pauschale in der BG des kindergeldberechtigten Elternteils gezahlt (wenn in beiden BG Leistungen bezogen werden). Zur Umsetzung in ALLEGRO steht im Intranet im ALLEGRO-Wiki eine Arbeitshilfe zur Verfügung.

**Beiträge bei
Temporärer BG
(4.10a)**



(13) Die Beiträge zur KV/PV werden vom Bund getragen ([§ 251 Absatz 4 SGB V](#) und [§ 59 Absatz 1 Satz 1 SGB XI](#)).

Beitragstragung
(4.11)

(14) Die Bundesagentur oder in den Fällen des § 6a SGB II die zugelassenen kommunalen Träger zahlen die Beiträge zur KV/PV ([§ 252 Absatz 1 Satz 2 SGB V](#) und [§ 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI](#)).

Beitragszahlung
(4.12)

(15) Die Beiträge werden unabhängig von dem Zeitraum für den sie gezahlt werden an das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds gezahlt. Die Beiträge zur LKK werden direkt an die Krankenkasse gezahlt.

Empfänger der Beitragszahlung
(4.13)

(16) entfallen

(4.14)

4.2 Säumniszuschläge

(1) Die Beiträge sind am 8. des auf die Zahlung der Sozialleistung folgenden Monats fällig ([§ 23 Absatz 2 Satz 1 SGB IV](#)). Ein Säumniszuschlag ist daher ab dem 9. des Fälligkeitsmonats für jeden angefangenen Monat der Säumnis zu zahlen. Der Monat beginnt mit dem auf die Fälligkeit des Beitrages folgenden Tag ([§ 26 Absatz 1 SGB X](#) in Verbindung mit [§§ 187 Absatz 1, 188 Absatz 2 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB](#)).

Fälligkeit der Beiträge
(4.15)

(2) Das BAS bzw. die LKK sind zur Prüfung der Beitragszahlungen berechtigt. Basis für die Prüfungen ist die „Monatszusammenstellung der Beitragsabrechnung zur KV/PV“. Die Monatszusammenstellungen können je Jobcenter vom BAS bzw. von den LKK im BA-Servicehaus angefordert werden. Zum Prüfverfahren sind im Intranet unter Allgemeine Hinweise zu Prüfungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge dargestellt.

Prüfung der Beiträge
(4.16)

(3) Dem Säumniszuschlag für KV- oder PV-Beiträge ist grundsätzlich zu entsprechen, wenn die dem Säumniszuschlag zugrunde liegende Beitragsnachforderung rechtmäßig ist. Hatte das Jobcenter unverschuldet keine Kenntnis von der Zahlungspflicht, ist auf die Beitragsnachforderung kein Säumniszuschlag zu entrichten ([§ 24 Absatz 2 SGB IV](#)).

Erhebung von Säumniszuschlägen
(4.17)

(4) Der Säumniszuschlag beträgt für jeden angefangenen Monat 1 v. H. des rückständigen, auf 50,00 EUR nach unten abgerundeten Betrages ([§ 24 Absatz 1 SGB IV](#)). Sind mehrere Leistungsfälle betroffen, ist die Rundung bei dem mit dieser Forderung erhobenen Gesamtbetrag und nicht bei dem auf den einzelnen Leistungsfall entfallenden Betrag vorzunehmen.

Höhe
(4.18)

(5) Stellen das BAS bzw. die LKK z. B. anlässlich einer Prüfung gem. [§ 251 Absatz 5 SGB V](#) fest, dass Beiträge ohne Rechtsgrundlage zurückgefordert (abgesetzt) worden sind, ist als Fälligkeitstag der 8. des Monats anzunehmen, der dem Monat folgt, in dem die

Rückforderung / Absetzung von Beiträgen
(4.19)



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

Beiträge abgesetzt wurden. Der Säumniszuschlag ist ab dem darauf folgenden Tag an zu zahlen.

Beispiel:

Am 08.05. wurden aufgrund einer am 23.04. angewiesenen Leistungsfalländerung ohne Rechtsgrundlage Beiträge in Höhe von 56,00 EUR abgesetzt. Die fehlerhafte Bearbeitung wurde am 21.08. festgestellt und korrigiert. Das BAS fordert zu Recht für die Zeit bis 20.08. einen Säumniszuschlag. Dieser ist für 4 angefangene Monate (09.05. bis 20.08.) zu zahlen.

Berechnung:

Mai:	56,00 EUR (Mai), gerundet: 50,00 EUR x 1 v. H. =	0,50 EUR
Juni:	112,00 EUR (Mai + Juni) gerundet: 100,00 EUR x 1 v. H. =	1,00 EUR
Juli:	168,00 EUR (Mai bis Juli), gerundet: 150,00 EUR x 1 v. H. =	1,50 EUR
August:	224,00 EUR (Mai bis August), ger.: 200,00 EUR x 1 v. H. =	2,00 EUR
Zu entrichtender Säumniszuschlag gesamt:		5,00 EUR

(6) Bei einer Beitragsnachforderung unter 150,00 EUR ist kein Säumniszuschlag zu zahlen, wenn dieser gesondert schriftlich anzufordern wäre ([§ 24 Absatz 1 Satz 3 SGB IV](#)). Maßgeblich ist hierfür der mit einer Forderung erhobene Gesamtbetrag und nicht der auf einen Leistungsfall entfallende Einzelbetrag.

Bagatellgrenze (4.20)

(7) Beitragskorrekturen sind durch eine Korrektur des Sachverhaltes im IT-Verfahren ALLEGRO zu veranlassen (verpflichtende Nutzung nach § 50 Absatz 3 SGB II). Die ausschließliche Überweisung der Beitragsforderung und des erhobenen Säumniszuschlags außerhalb dieser IT-Verfahren ist nicht zulässig, da hierdurch ggf. erforderliche Korrekturen zu den Meldungen an die Krankenkassen nicht durchgeführt werden. Auch mögliche weitere Korrekturen zu einem späteren Zeitpunkt werden dann auf Basis falscher Beitragszahlungen durchgeführt.

Beitragskorrekturen (4.21)

(8) Säumniszuschläge sind in ERP anzuweisen (vgl. im Intranet unter Anwenderhandbuch ERP Finanzen, Modul PSCD: Finanzwesen, Punkt 3.1 Erfassen einer Einmalauszahlungsanordnung).

Anweisung Säumniszuschlag (4.22)

Für den Säumniszuschlag ist die zutreffende Finanzposition (KV-Säumniszuschlag, PV-Säumniszuschlag) zu verwenden, vgl. im Intranet unter Arbeitsmittel → Kontierungshandbuch → Vertragskonto-korrent-Sicht (PSCD) → Vertragskontotyp 10 → Vertragsgegenstandsart 10-1700 - Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 und Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2.

5. Erstattung von Beiträgen

(1) Die Erstattung von Beiträgen erfolgt für Zeiträume ab dem 01.01.2016 grundsätzlich nur noch vom Leistungsberechtigten. Gegenüber dem BAS bzw. der LKK kommt eine Erstattung nur noch in Ausnahmefällen (z. B. bei Fehlversicherung, siehe [Abschnitt 5.2](#)) in Betracht.

Grundsätzliches zur Erstattung (5.1)



(2) Das Versicherungsverhältnis bleibt grundsätzlich auch bei einer Aufhebung der Bewilligungsentscheidung des Bürgergelds nach § 19 Absatz 1 Satz 1 sowie dessen Rückforderung bzw. Rückzahlung bestehen. Eine Korrektur der Versicherungszeiten (Meldungen an die Krankenkasse) wird nur in den Ausnahmefällen vorgenommen, in denen die Beiträge durch das BAS bzw. die LKK erstattet werden (z. B. bei Fehlversicherung).

Grundsätzliches zum Versicherungsverhältnis bei Erstattung (5.2)

5.1 Erstattung von Beiträgen zur GKV

(1) Eine Entscheidung über die Erstattung der Beiträge ist für Zeiträume ab dem 01.01.2016 nur zu treffen, wenn in einem Monat für keinen Tag rechtmäßig Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gewährt wurde bzw. zu gewähren ist (§ 40 Absatz 2 Nr. 5 zweiter Halbsatz SGB II).

Erstattung nur bei voller Aufhebung (5.2a)

Einen Überblick über die Prüfrehnenfolge zur Erstattung von KV/PV-Beiträgen bietet [Anlage 3](#).

Überblick zur Erstattung KV/PV-Beiträge (5.2b)

(2) Wird die Bewilligung von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 nur teilweise der Höhe nach aufgehoben oder bleibt für Teile des Monats ein Anspruch bestehen, erfolgt keine Beitragserstattung. In diesen Fällen bleibt es bei der Zahlung der Monatspauschale.

Keine Erstattung bei teilweiser Aufhebung (5.3)

Auch das Versicherungsverhältnis aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bleibt dann bestehen.

(3) Die Beiträge zur KV und PV sind durch den Leistungsberechtigten zu ersetzen, wenn

Erstattung durch den Leistungsberechtigten (5.4)

- die Bewilligung der Leistung für mindestens einen ganzen Kalendermonat vollständig aufgehoben und zurückgefördert wurde und
- im Überzahlungszeitraum kein weiteres KV-Verhältnis bestand und
- die Aufhebung der Leistung auf [§ 45 Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 oder 2](#) bzw. auf [§ 48 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#) beruht oder beruhen könnte.

(4) Für Zeiträume ab dem 01.01.2016 sind ab dem Tag, an dem die leistungsberechtigte Person ihren gesetzlichen Mitwirkungspflichten nachgekommen ist, die Beiträge nicht mehr zu erstatten. Diese werden auch nicht vom BAS bzw. den LKK erstattet.

Tag der Mitteilung durch den Leistungsberechtigten (5.5)

Beispiel:

Ausgangssituation:

- Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bis 31.12. bewilligt und ausgezahlt
- Anspruch auf Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bis 31.10., Aufhebung wegen bedarfsdeckender Einkommenserzielung aus Selbständigkeit ab 01.11.



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

- Rückforderung Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 für die Zeit von 01.11. bis 31.12.

Variante 1: Mitteilung über Aufnahme der Tätigkeit am 26.10.

- Keine Rückforderung der KV/PV-Beiträge für die Zeit ab 01.11.

Variante 2: Mitteilung über Aufnahme der Tätigkeit am 15.11.

- Rückforderung der Beiträge für die Zeit von 01.11. bis 14.11. bei der leistungsberechtigten Person
- Keine Erstattung der KV/PV-Beiträge für die Zeit ab 15.11.

Variante 3: Mitteilung über Aufnahme der Tätigkeit am 02.12.

- Rückforderung der Beiträge für die Zeit von 01.11. bis 01.12. bei der leistungsberechtigten Person

(5) Für den Zeitraum, für den die Beiträge durch die leistungsberechtigte Person zu ersetzen sind oder die Beiträge bei BAS oder LKK verbleiben, bleibt auch das KV/PV-Verhältnis bestehen. Dies bedeutet, dass eine Korrektur der Versicherungszeiten nicht vorgenommen werden darf. Die Zeiträume der Meldungen und Beitragszahlungen stimmen damit überein.

(6) Wenn die bewilligte Leistung

- für mindestens einen ganzen Kalendermonat vollständig aufgehoben und zurückgefordert wurde und
- im Überzahlungszeitraum ein weiteres KV-Verhältnis vorlag, erfolgt keine Beitragserstattung durch die leistungsberechtigte Person.

Es erfolgt auch keine Beitragserstattung durch das BAS oder die LKK (kein Beitragserstattungsanspruch vgl. § 40 Absatz 2 Nr. 5 3. Halbsatz SGB II).

(7) Da die Beiträge nicht ersetzt werden, bleibt auch das KV/PV-Verhältnis aus verwaltungsökonomischen Gründen grundsätzlich bestehen. Dies bedeutet, dass eine Korrektur der Versicherungszeiten im Regelfall nicht vorgenommen werden muss. Die Ausnahmefälle, in denen eine Korrektur des KV/PV-Verhältnisses durchzuführen ist, können [Abschnitt 5.2](#) entnommen werden.

(8) Ein weiteres KV-Verhältnis wird durch

- die Versicherungspflicht nach [§ 5 SGB V](#),
- die Anwendung der Rechtsvorschriften eines anderen im EU-/EWR-Staates, der Schweiz des Vereinigten Königreichs

begründet.

(9) Wird Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 von einem Jobcenter unrechtmäßig gewährt (unrechtmäßiger Doppelbezug), liegt ein weiteres KV-Verhältnis vor. Es erfolgt keine Beitragserstattung.

Zur Umsetzung in ALLEGRO steht im Intranet im ALLEGRO-Wiki eine Arbeitshilfe zur Verfügung.

Bestand des Versicherungsverhältnisses (5.6)

Kein Beitragserstattungsanspruch (5.7)

Bestand des Versicherungsverhältnisses (5.8)

Weiteres KV-Verhältnis (5.9)

Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 als weiteres KV-Verhältnis (5.10)



Beispiel:

Zwei Jobcenter gewähren Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 für den gleichen Zeitraum. In einem Jobcenter wird die Bewilligung der Leistung für den ganzen Kalendermonat vollständig aufgehoben und zurückgefordert. Aufgrund des rechtmäßigen Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bei dem anderen Jobcenter besteht ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis i. S. v. [§ 335 Absatz 1 Satz 2 Drittes Buch Sozialgesetzbuch - SGB III](#). Eine Beitragserstattung vom Leistungsberechtigten scheidet daher aus. Gemäß § 40 Absatz 2 Nr. 5 dritter Halbsatz SGB II erfolgt auch keine Beitragserstattung durch das BAS bzw. die LKK.

Dies gilt auch, wenn Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zwar rechtmäßig durch zwei Jobcenter erbracht, die Monatspauschale jedoch unrechtmäßig mehrfach entrichtet wurde.

Wird Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 in den Fallgestaltungen der [Rz. 4.10](#) rechtmäßig in einem Kalendermonat zeitlich hintereinander gewährt, aber die Monatspauschale zu Unrecht doppelt gezahlt, ist eine Erstattung nach [§ 26 Absatz 2 SGB IV](#) durchzuführen. Eine vorherige Anhörung der Krankenkasse ist in diesen Fallgestaltungen entbehrlich, da die Systemzuordnung zur GKV regelmäßig einheitlich beurteilt wurde.

Beispiel:

Zwei Jobcenter gewähren rechtmäßig Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 an einen Wohnungslosen in verschiedenen Zeiträumen innerhalb eines Monates (zeitlich hintereinander). Bei der Bewilligung durch das zeitlich als zweites örtlich zuständige Jobcenter wird die Pauschale zur GKV versehentlich doppelt gezahlt. Eine Beitragserstattung ist in diesem Fall nach § 26 Absatz 2 SGB IV vom BAS durchzuführen. Die Erstattung ist durch Absetzung der fälschlich doppelt gezahlten Pauschale beim BAS durch das „zweite“ Jobcenter vorzunehmen.

(10) Bei Personen in beitragsfreien KV-Verhältnissen, z. B.

- Krankengeld,
- Verletztengeld,
- Mutterschaftsgeld und
- Elterngeld

Erstattung Pauschale bei Wohnungslosen/untermonatlichen Wechseln/temporäre BG (5.11)

Kein Beitragsersatz (5.12)

besteht kein weiteres KV-Verhältnis i. S. [§ 335 Absatz 1 Satz 2 SGB III](#).

Von einer Geltendmachung der Beiträge gegenüber der leistungsberechtigten Person ist jedoch abzusehen.

Bei Personen in besonderen Gesundheitsfürsorgesystemen, wie z. B. Strafgefangene (freie Heilfürsorge) oder Soldaten der Bundeswehr (unentgeltliche truppenärztliche Versorgung) besteht kein weiteres KV-Verhältnis i. S. [§ 335 Absatz 1 Satz 2 SGB III](#).

Es ist hier ebenfalls von einer Geltendmachung der Beiträge gegenüber der leistungsberechtigten Person abzusehen. Dadurch werden Personen mit gesetzlichem Anspruch auf Krankenversorgung gleich behandelt mit Personen, für die ein weiteres, aber beitragsfreies KV-Verhältnis besteht.



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

(11) Lag im Überzahlungszeitraum neben der Pflichtversicherung durch den Bezug von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 lediglich

- eine freiwillige GKV oder
- eine PKV

vor, so begründen diese kein weiteres KV-Verhältnis im Sinne von [§ 335 SGB III](#) und befreien die leistungsberechtigte Person nicht vom Beitragsersatz.

(12) In Mehr-Personen-BG, in denen Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 aufgrund der Einkommenserzielung eines Mitglieds für mindestens einen Monat vollständig aufgehoben wird, gilt die Beurteilung des „weiteren KV-Verhältnisses“ neben der Person selbst auch für alle weiteren BG-Mitglieder. Dadurch werden die weiteren BG-Mitglieder nicht schlechter gestellt als die Person, die das bedarfsdeckende Einkommen erzielt.

Beispiel:

Eine BG besteht aus zwei, in der GKV aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 versicherungspflichtigen Personen. Aufgrund der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung durch ein BG-Mitglied wird Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 vollständig aufgehoben; es kommt zu einer Überzahlung der Leistungen für einen Monat. Für die Person, welche die Beschäftigung aufnimmt, liegt ein weiteres KV-Verhältnis vor, so dass eine Erstattung durch BAS/LKK oder den Leistungsberechtigten nicht erfolgt. Eine Erstattung der Beiträge für bzw. durch die weitere Person der BG käme grds. in Betracht, da für diese kein weiteres KV-Verhältnis im Überzahlungszeitraum vorliegt.

Aus Billigkeitsgründen ist jedoch von einer Erstattung abzusehen.

(13) Wird die ursprünglich bewilligte aber vorläufig eingestellte Leistung aufgehoben, sind für die durchgehend weiter gezahlten Beiträge die allgemeinen Regelungen zur Erstattung zu berücksichtigen (vgl. [Abschnitt 5.1](#)).

(14) Die vorläufige Entscheidung (§ 41a SGB II) ermöglicht eine vereinfachte Korrektur der Entscheidung. Von der Erstattungspflicht nach § 41a SGB II sind nur die Leistungen und nicht die Beiträge umfasst. Die KV- und PV-Beiträge sind in diesen Fällen weder vom Leistungsberechtigten noch vom BAS oder von den LKK zu erstatten.

5.2 Fehlversicherungen

(1) In den nachfolgend beschriebenen Fehlversicherungen erfolgt eine Korrektur der Versicherungszeiten (Meldungen an die Krankenkasse), da hier auch eine Korrektur der Beiträge zwischen BA und BAS oder LKK vorgenommen wird.

(2) Wurde während des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 anstelle der Versicherungspflicht in der GKV eine PKV durchgeführt, ist eine rückwirkende Korrektur des Versicherungsverhältnisses durchzuführen, da die Versicherungspflicht kraft Gesetz eingetreten ist.

Beitragsersatz bei freiwilliger oder Privatversicherung (5.13)

Rückforderung in Mehr-Personen-BG (5.14)

Erstattung bei vorläufiger Zahlungseinstellung (5.14a)

Keine Erstattung KV/PV bei vorläufiger Entscheidung (5.15)

PKV statt Pflichtversicherung GKV (5.16)



Als Folge sind die Beiträge an das BAS bzw. die LKK zu zahlen. Die Verjährungsvorschriften sind zu beachten (vgl. [Rz. 5.20](#)).

(3) Für die Erstattung der gezahlten Zuschüsse vgl. [Fachliche Weisungen zu § 26 SGB II](#).

(4) Wurde eine Pflichtversicherung in der GKV anstelle einer PKV durchgeführt, ist der Status rückwirkend zu korrigieren.

Die Beiträge sind durch das BAS oder die LKK unter Beachtung des [§ 26 Absatz 2 SGB IV](#) zu erstatten. Die Verjährungsvorschriften sind zu beachten (vgl. [Rz. 5.20](#)). Die Voraussetzungen für eine Erstattung liegen vor, wenn für den Zeitraum, für den die Beiträge zu Unrecht entrichtet worden sind, keine Krankenleistungen erbracht oder zu erbringen sind. Dies bestätigt die ursprünglich zuständig gewesene Krankenkasse im Einzelfall auf Anfrage des Jobcenters.

(5) Wurde der Leistungsberechtigte dem gesetzlichen System zugeordnet, aber fehlerhaft entweder in der LKK oder bei einer KK versichert ist eine Korrektur durchzuführen. Auch in diesen Sachverhalten sind die Ausführungen in der [Rz. 5.17](#) zur Erstattung ([§ 26 Absatz 2 SGB IV](#)) und in der [Rz. 5.20](#) zur Verjährung entsprechend zu berücksichtigen.

(6) Eine Korrektur hat auch dann zu erfolgen, wenn z. B. nach Rückmeldung der Krankenkasse eine Versicherung bei einer unzuständigen Krankenkasse durchgeführt wurde.

Beispiel:

Herr A. ist aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 versicherungspflichtig zur GKV und Mitglied bei der Krankenkasse 1. Durch Aufnahme einer bedarfsdeckenden versicherungspflichtigen Beschäftigung wird sein Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 vollständig aufgehoben; es kommt zu einer Überzahlung der Leistungen (Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1) für einen Monat. Die Beiträge zur KV/PV sind weder vom BAS/LKK noch von Herrn A. zu erstatten, da im Aufhebungszeitraum ein weiteres KV-Verhältnis vorliegt. Aufgrund der zusammen mit der Veränderungsmitteilung eingereichten neuen Mitgliedsbescheinigung bei der Krankenkasse 2 wird allerdings bekannt, dass Herr A. mit Beginn der Beschäftigung zur Krankenkasse 2 gewechselt ist.

In diesen Fällen ist eine Korrektur der BA-Meldung zu veranlassen, da diese für den Zeitraum der Aufhebung bei der unzutreffenden Krankenkasse 1 erfolgte. Die Meldung der BA für die Krankenkasse 1 ist somit auf den Zeitraum des rechtmäßigen Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 zu korrigieren (zu verkürzen).

(6a) Bei einer vorrangigen Krankenversicherungspflicht im Ausland (siehe [Rz. 1.17](#), [Rz. 1.17a](#)) ist die Korrektur nach Eingang der Anspruchsbescheinigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers (siehe [Rz. 1.17b](#)) vorzunehmen. Die Korrektur erfolgt – ggf. rückwirkend – ab Versicherungsbeginn im Ausland. Im Korrekturzeitraum gewährte Krankenleistungen werden zwischen der deutschen Krankenkasse und dem ausländischen Krankenversicherungsträger abgerechnet; die Beiträge sind durch das BAS oder die

**Pflichtversicherung
GKV statt PKV
(5.17)**

**Fehlversicherung in
der LKK bzw. KK
(5.18)**

**Versicherungspflicht
im Ausland
(5.18a)**



Fachliche Weisungen zur Kranken- und Pflegeversicherung

LKK auch dann zu erstatten, wenn im Korrekturzeitraum Krankenkassenleistungen erbracht wurden.

(7) Im Todesfall endet die Mitgliedschaft, die Versicherungs- und Beitragspflicht entfällt. Für den Monat, in dem der Todestag fällt, wird der pauschale Monatsbeitrag nicht zurück gefordert (vgl. [Rz. 5.4](#)). Beiträge, die über den Sterbemonat hinaus gezahlt wurden, sind zu Unrecht entrichtet worden und im Rahmen des [§ 26 Absatz 2 SGB IV](#) durch das BAS bzw. die LKK zu erstatten.

Todesfall (5.19)

(8) Ein Erstattungsanspruch gegenüber dem BAS oder einer LKK verjährt in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge entrichtet worden sind ([§ 27 Absatz 2 Satz 1 SGB IV](#)). Entscheidend ist der Zeitpunkt der Zahlung. Nach Eintritt der Verjährung liegt es im pflichtgemessen Ermessen des BAS/der LKK, ob sie sich auf die Verjährungsseinrede berufen oder zu Unrecht gezahlte Beiträge dennoch erstatten.

Verjährung der Beitragsansprüche (5.20)

Wurden bereits gezahlte Beiträge zu Unrecht vom BAS bzw. der LKK abgesetzt, beginnt die Verjährungsfrist mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Absetzung erfolgte (zum Beispiel beginnt die Verjährungsfrist bei im Mai 2023 abgesetzten Beiträgen, am 01. Januar 2024). Innerhalb dieser Verjährungsfrist kann das BAS/die LKK eine unrechtmäßige Absetzung beanstanden.

Eine Hemmung der Verjährung ist jedoch u. a. durch einen schriftlichen Antrag auf Erstattung möglich. Es gelten die Regelungen des BGB entsprechend (§ 27 Absatz 3, § 25 Absatz 2 SGB IV).

Beispiel 1:

Im Juni 2015 wurde für einen Arbeitslosengeld II-Bezug eine Versicherungspflicht durchgeführt und es wurden Beiträge entrichtet. Korrekt wäre eine PKV gewesen.

Verlauf der Verjährungsfrist: 01.01.2016 – 31.12.2019.

Seit 01.01.2020 dürfen die Beiträge nicht mehr durch die Jobcenter zurückgefordert werden, weil die Verjährungsfrist abgelaufen ist.

Beispiel 2:

Im April 2015 wurde für einen Arbeitslosengeld II-Bezug im Mai 2013 eine Versicherungspflicht durchgeführt und es wurden Beiträge entrichtet (z. B. wurde aufgrund eines Klageverfahrens der Anspruch für Mai 2013 erst im April 2015 festgestellt).

Die Beiträge wurden im Jahr 2015 entrichtet. Danach richtet sich die Verjährungsfrist: Verlauf der Verjährungsfrist: 01.01.2016 – 31.12.2019.

Seit 01.01.2020 dürfen die Beiträge nicht mehr zurückgefordert werden.

Weitere Informationen zur Verjährung können den Allgemeinen Hinweisen zu Prüfungen der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entnommen werden (siehe Punkt 1 - Rechtliche Grundlagen).



5.3 Beitragsersatz bei Erstattungsansprüchen

(1) Bei Geltendmachung eines Erstattungsanspruches im Rahmen [§§ 102 ff. SGB X](#) ist die Bewilligung des Bürgergelds nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gegenüber der leistungsberechtigten Person nicht aufzuheben.

Keine Aufhebung der Bewilligung (5.21)

(2) Daher hat auch das KV/PV-Verhältnis Bestand. Dies bedeutet, dass eine Korrektur der Versicherungszeiten nicht vorgenommen werden darf, auch wenn die Beiträge aus der Versicherungspflicht des Bürgergelds nach § 19 Absatz 1 Satz 1 im Rahmen des Erstattungsanspruches ersetzt werden.

Bestand des Versicherungsverhältnisses (5.22)

5.3.1 Beitragsersatz bei Gewährungen von Renten

(1) Wird eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zuerkannt, besteht gegen den Rentenversicherungsträger für den Zeitraum, für den Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gewährt wurde, ein Erstattungsanspruch ([§ 40a SGB II i. V. m. § 104 SGB X](#) bzw. [§ 44a Absatz 3 SGB II i. V. m. § 103 SGB X](#)).

Rentengewährung (5.23)

Dieser umfasst auch die Aufwendungen zur KV und PV ([§ 40 Absatz 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Absatz 2 SGB III](#)).

(2) Ersetzt werden die Beitragsanteile der versicherten Rentnerin/des versicherten Rentners und des Rentenversicherungsträgers, die aus der Rente zu entrichten wären. Die Höhe der aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gezahlten Beiträge ist unerheblich.

Höhe des Beitragseratzes (5.24)

(3) Für die Höhe des Beitragseratzes ist es unerheblich, ob der Erstattungsanspruch das gezahlte Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 voll umfasst oder aufgrund der Höhe der Rente nur eine teilweise Erstattung des Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 erfolgt.

Beitragseratz bei teilweiser Erstattung des Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 (5.25)

5.3.2 Beitragsersatz bei Gewährung von Übergangsgeld

(1) Wird wegen einer Maßnahme zur Rehabilitation nachträglich Übergangsgeld zugebilligt, das Beitragspflicht zur KV/PV auslöst, besteht gegen den Rehabilitationsträger für den Zeitraum, für den Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gewährt wurde, ein Erstattungsanspruch auch hinsichtlich der KV/PV-Beiträge ([§ 40 Absatz 2 Nr. 5 SGB II i. V. m. § 335 Absatz 2 SGB III](#)).

Übergangsgeld (5.26)

(2) Ersetzt werden die Beiträge, die der Rehabilitationsträger zu zahlen gehabt hätte. Die Höhe der aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 gezahlten Beiträge ist unerheblich.

Höhe (5.27)



(3) Bei Erstattungsansprüchen aufgrund der Vorausleistung von Verletztengeld nach § 25 SGB II werden die KV/PV-Beiträge durch die Unfallversicherung als Rehabilitationsträger in Höhe der Beiträge aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 erstattet. Erstattet wird für jeden vom Erstattungszeitraum tangierten Monat die Monatpauschale, sobald auch nur an einem Tag im Monat rechtmäßig Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 in Vorausleistung erbracht wurde.

Vorausleistung nach § 25 SGB II bei Anspruch auf Verletztengeld der Unfallversicherung (5.28)

Beispiel:

Übergangsgeld bei medizinischer Reha der gesetzlichen Rentenversicherung vom 26.01.2017 bis 16.02.2017 bei Vorausleistung Arbeitslosengeld II nach § 25 SGB II.

Erstattungszeitraum 01/2017: Erstattungszeitraum 02/2017:

KV: 96,81 Euro	KV: 96,81 Euro
PV: 17,19 Euro	PV: 17,19 Euro

5.3.3 Sonstige Ersatzansprüche

(1) Besteht ein Erstattungsanspruch wegen der vorrangigen Gewährung sonstiger, der KV/PV-Pflicht unterliegenden Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosengeld), sind die überzahlten Beiträge nicht im Rahmen des Erstattungsanspruchs geltend zu machen.

Sonstige sozialversicherungspflichtige Leistungen (5.29)

Auch eine anderweitige Geltendmachung (z. B. Absetzung vom BAS oder Rückforderung vom Leistungsberechtigten) ist ausgeschlossen.

(2) Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II wegen festgestellter fehlender Erwerbsfähigkeit nicht mehr und wird die Kundin/der Kunde an den SGB XII-Träger verwiesen, sind die Leistungen nach dem SGB II zunächst weiter zu erbringen. Gegenüber dem SGB XII-Träger ist ein Erstattungsanspruch anzugeben.

Nahtlosigkeit bei Erwerbsunfähigkeit (5.30)

Von diesem Erstattungsanspruch sind jedoch nicht die während des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 erbrachten KV/PV-Beiträge zur GKV umfasst (siehe [BSG-Urteil vom 25.09.2014 – Az.: B 8 SO 6/13 R](#)).

Zum grundsätzlichen Verfahren sind die [Fachlichen Weisungen zu § 44a SGB II](#) zu beachten.

(3) Wurde in dem Zeitraum, für den ein Arbeitsentgeltanspruch besteht, Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 bezogen, besteht ein Ersatzanspruch gegen den Arbeitgeber ([§ 115 SGB X](#)).

Nachträgliche Erfüllung eines Arbeitsentgeltanspruches (5.31)

(4) Der Ersatzanspruch umfasst nicht die Beiträge zur gesetzlichen KV/PV, da [§ 335 Absatz 3 SGB III](#) im SGB II keine Anwendung findet (vgl. § 40 Absatz 2 Nr. 5 SGB II). Eine Erstattung durch den

Gesetzliche Beiträge (5.32)



Leistungsberechtigten oder durch das BAS bzw. die LKK erfolgt ebenfalls nicht.

(5) Die Ausführungen gelten entsprechend für einen Zeitraum mit Anspruch auf Insolvenzgeld.

**Insolvenzgeld
(5.33)**

(6) Der Zeitraum der Geltendmachung und Realisierung von Ersatzansprüchen nach §§ 34 und 34a SGB II umfasst auch die Beiträge zur gesetzlichen KV/PV.

**Ersatzansprüche
(5.33a)**

(7) Ein Schadensersatzanspruch gegen Dritte nach § 62 SGB II umfasst auch die Beiträge zur gesetzlichen KV/PV während des Leistungsbezuges.

**Schadenersatzpflicht
Dritter - § 62 SGB II
(5.34)**

(8) Ein Ersatzanspruch des Leistungsträgers gegen den Schädiger umfasst neben den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II auch die Beiträge zur gesetzlichen KV/PV ([§ 116 Absatz 1 Satz 2 SGB X](#)).

**Schadenersatzan-
sprüche gegen Dritte
- § 116 SGB X
(5.35)**

Anlage

Anlage 1 - Versicherungsschutz in der KV/PV ab 01.01.2016*

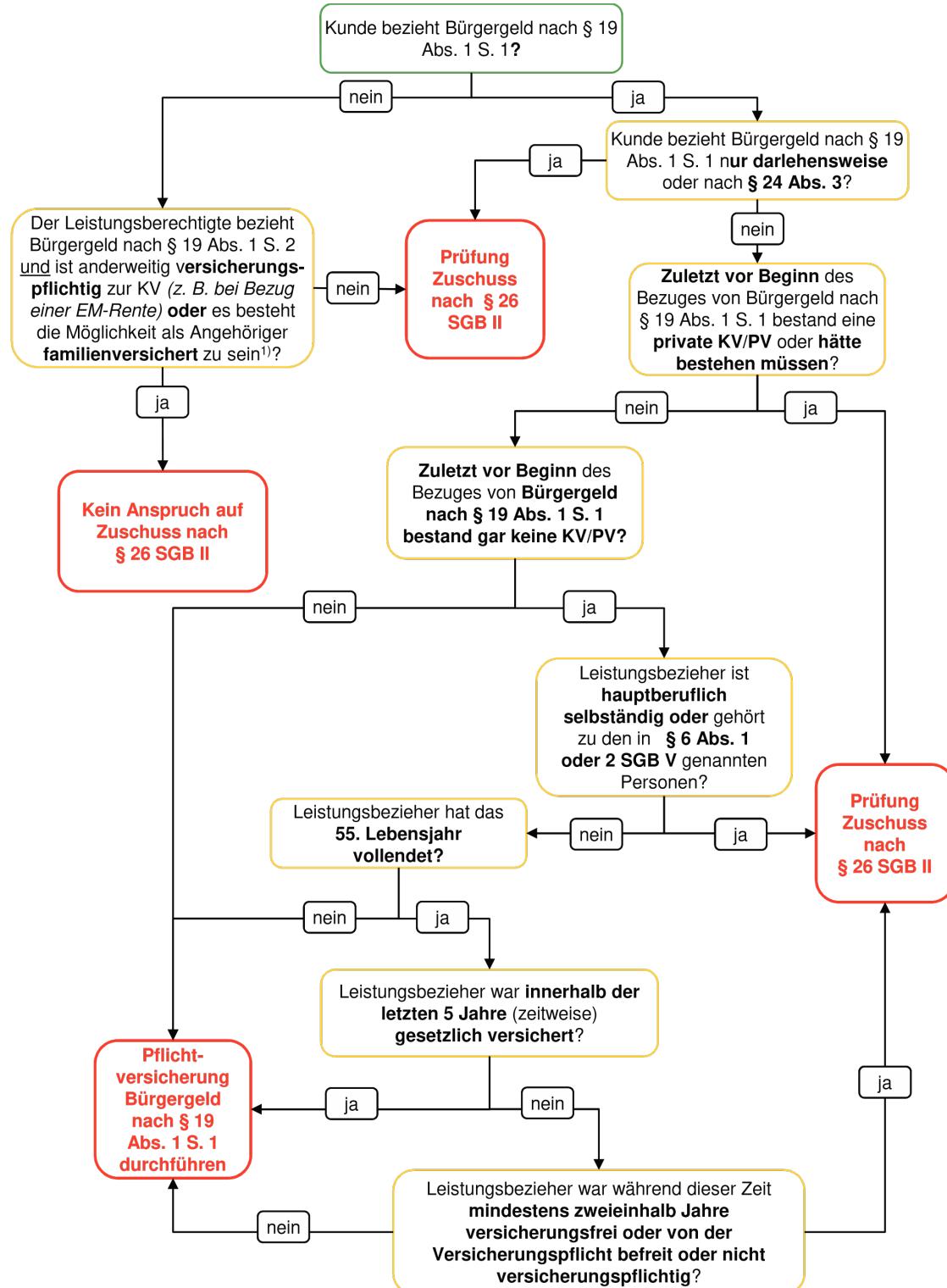


Abbildung 1

Anlage

Anlage 2 - Übersicht Definition Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1

Leistungen, welche die Versicherungspflicht begründen

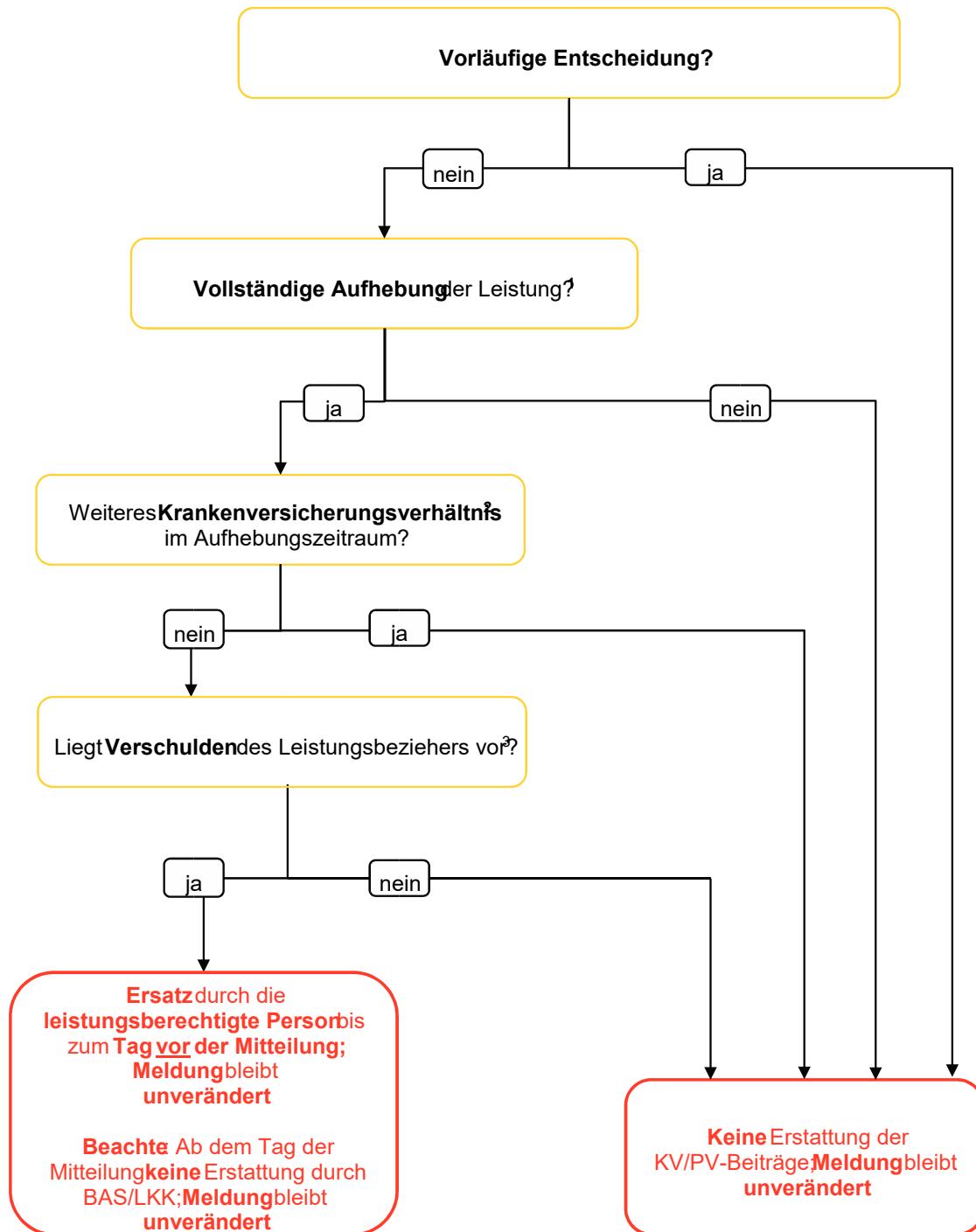
Die folgenden Bedarfe sind Bestandteil von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 und begründen somit bei Leistungsbezug die Versicherungspflicht, sofern keine Zuordnung zur PKV erfolgt:

- Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts
- Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt
- Bedarfe für Unterkunft und Heizung (KdU), einschließlich einmaliger KdU-Bedarfe (z. B. Nachzahlungen von Heiz- / Betriebskosten, Wohnungsbeschaffungskosten als Zuschuss)

Leistungen, welche keine Versicherungspflicht begründen

Der Bezug folgender Leistungen begründet für sich keine Versicherungspflicht:

- Leistungen zur Eingliederung (§§ 16 ff SGB II), z. B. Einstiegsgeld
- Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB III
- Leistungen zur Eingliederung von Selbständigen
- Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 (i. V. m. § 23 SGB II)
- Leistungen an Auszubildende, z. B. in Höhe der Mehrbedarfe, Bedarf für KdU als Zuschuss (§ 27 SGB II)
- Leistungen als Darlehen
 - Aufwendungen für Instandhaltung von Wohneigentum und zur Wohnungsbeschaffung (Mietkaution) als Darlehen (§ 22 Absatz 2 und 6 SGB II)
 - Übernahme von Mietschulden (§ 22 Absatz 8 SGB II)
 - Leistungen zur Deckung eines unabsehbaren Bedarfs zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 24 Absatz 1 Satz 1 SGB II)
 - Leistungen, die nur darlehensweise erbracht werden, weil in dem Monat voraussichtlich Einnahmen anfallen (§ 24 Absatz 4 SGB II)
 - Leistungen in Fällen, in denen die sofortige Verwertung von Vermögen eine besondere Härte bedeutet (§ 24 Absatz 5 SGB II)
 - Darlehen an Auszubildende (§ 27 Absatz 3 SGB II)
- Leistungen für einmalige Bedarfe nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II
 - Erstausstattungen für Wohnungen einschließlich der Haushaltsgeräte
 - Erstausstattungen für Bekleidung und bei Schwangerschaft/Geburt
 - Leistungen zur Anschaffung und Reparatur von orthopädischen Schuhen, Reparatur von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sowie Miete dieser Geräte
- Zuschuss zu Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 26 SGB II)
- Bedarfe für Bildung und Teilhabe (§ 28 SGB II)

Anlage
Anlage 3 - Prüfreihenfolge Erstattung gesetzliche KV/PV-Beiträge

Abbildung 2

- 1) Kein einziger Tag rechtmäßiger Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 im gesamten Kalendermonat
- 2) weiteres Krankenversicherungsverhältnis: z. B. versicherungspflichtige Beschäftigung, Bezug von Arbeitslosengeld (Versicherungspflicht tritt ein, vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V) kein weiteres Krankenversicherungsverhältnis: z. B. Einkommen aus einer hauptberuflichen Selbständigkeit führt zum Wegfall der Hilfebedürftigkeit (Versicherungspflicht tritt nicht ein, vgl. § 5 Abs. 5 SGB V).
- 3) Die Aufhebung der Leistung beruht auf § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 oder 2 bzw. auf § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X

Anlage

Anlage 4 - Definitionen nach § 5 Absatz 5a SGB V

Gesamtschau „hauptberufliche Ausübung“

Eine selbständige Tätigkeit wird dann hauptberuflich ausgeübt, wenn sie bei einer Gesamtschau von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Die selbständige Tätigkeit muss deutlich überwiegen. Das bedeutet:

Einkommen und Zeitaufwand sind sowohl bei der selbständigen Tätigkeit als auch – sofern zugleich ausgeübt – bei der abhängigen Beschäftigung zu ermitteln. Überwiegt beides bei der selbständigen Tätigkeit, wird diese hauptberuflich ausgeübt. Ist einer der Faktoren bei selbständiger Tätigkeit und Beschäftigung gleich, gibt der andere den Ausschlag.

Handelt es sich um einen Grenzfall, dann übersteigt die selbständige Tätigkeit die übrigen Erwerbstätigkeiten nicht deutlich, so dass sie nicht hauptberuflich ausgeübt wird.

Bei Personen, die regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind (§ 5 Absatz 5 Satz 2 SGB V).

In Zweifelsfällen ist für die Beurteilung die Gesamtschau unter Würdigung einzelner Indizien (z. B. Weisungsbefugnis, Haupt- oder Nebengewerbe, Stundenumfang, Höhe der Einkünfte etc.) maßgebend. Im Zweifelsfall bietet sich eine Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse an, damit diese über die Frage des Ausschlusses von der Versicherungspflicht eine verbindliche Entscheidung trifft.

Zum versicherungsfreien Personenkreis nach § 6 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V gehören insbesondere:

- Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt;
- Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit, Lehrer an privaten genehmigten Ersatzschulen, Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften, (...), wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.