



## Merkblatt 4 - Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung

### I. Kranken- und Pflegeversicherung

Nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) und § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2a Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) sind Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches (SGB II) beziehen (ehemals Arbeitslosengeld II), in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Dies gilt nicht, wenn diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird (siehe unten) oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden. Im Falle der Versicherungspflicht führt das Jobcenter die vom Bund zu tragenden Beiträge monatlich an den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Gesundheitsfonds bzw. an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen ab. Die Zeit der Versicherungspflicht wird vom Jobcenter an die Krankenkasse gemeldet.

Alle erwerbsfähigen Personen, die Bürgergeld im o. g. Sinne beziehen und nicht nach § 5 Absatz 5a SGB V dem System der privaten Krankenversicherung angehören, sind in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Dies gilt auch für Kinder, die ab Vollendung des 15. Lebensjahres versicherungspflichtig aufgrund des Bezugs von Bürgergeld werden. Daher müssen sich alle erwerbsfähigen Personen, die Bürgergeld im o. g. Sinne beziehen, ab Vollendung des 15. Lebensjahres eigenständig in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichern.

**Krankenkassenwahlrecht:** Dies kann die bisherige oder auch eine neue Krankenkasse sein. Notwendig ist hierfür die Vorlage der Mitgliedschaftsbescheinigung der gewählten Krankenkasse beim Jobcenter innerhalb von zwei Wochen nach Stellung des Antrages auf Bürgergeld bzw. der Vollendung des 15. Lebensjahres, da ansonsten durch das Jobcenter automatisch bei der Krankenkasse eine Anmeldung erfolgt, bei der die betroffene Person zuletzt (familien)versichert war.

Personen, die einer selbständigen Tätigkeit nachgehen, sind beim Bezug von Bürgergeld ebenfalls grundsätzlich über den Leistungsträger gesetzlich krankenversichert, soweit sie nicht dem System der privaten Krankenversicherung angehören (siehe hierzu § 5 Absatz 5a SGB V weiter unten).

Eine Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag ist für Bezieher von Bürgergeld nicht mehr vorgesehen. Bezieher von Bürgergeld (ehemals Arbeitslosengeld II) konnten sich von der bis 31.12.2008 nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V eingetretenen Versicherungspflicht auf Antrag nach § 8 Absatz 1 Nr. 1a SGB V befreien lassen. Diese Befreiungen gelten über den 01.01.2009 hinaus nur für die Dauer des ununterbrochenen Leistungsbezugs fort.

Nach § 5 Absatz 5a Satz 1 SGB V sind Personen nach § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V nicht versicherungspflichtig, wenn sie zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld (ehemals Arbeitslosengeld II)

- privat krankenversichert waren oder
- weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und zu den hauptberuflich selbstständig erwerbstätigen Personen gehören oder bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten oder
- weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und zu den in § 6 Absatz 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

Bei nicht bestehender Versicherungspflicht können Sie sich gern individuell im Jobcenter beraten lassen, inwieweit in Ihrem Fall ein Zuschuss zu privaten oder freiwilligen Versicherungsbeiträgen möglich ist (vgl. auch Pkt. VI. ff.).

Leistungsberechtigte, für die die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 5a Satz 1 SGB V ausgeschlossen ist, sind gemäß § 5 Absatz 5a Satz 3 SGB V gleichfalls von der Familienversicherung nach § 10 SGB V ausgeschlossen.

Nichterwerbsfähige Leistungsberechtigte (ehemals Bezieher von Sozialgeld nach § 23 SGB II) sind entsprechend den Regelungen nach dem SGB V in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung  
Stand 01/2023

nicht versicherungspflichtig. Allerdings kann dann auf anderer Grundlage eine gesetzliche Krankenversicherung, z. B. eine Familienversicherung nach § 10 SGB V oder eine freiwillige Mitgliedschaft bestehen.

Die Prüfung des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung im Rahmen einer Pflicht- bzw. Familienversicherung erfolgt durch die zuständige Krankenkasse. Bei Fragen zur Versicherungspflicht wird empfohlen, sich an die jeweilige Krankenkasse zu wenden.

## II. Rentenversicherung

Für Bezieher von Bürgergeld besteht keine Rentenversicherungspflicht. Zeiten des Bezugs von Bürgergeld sind daher keine Pflichtbeitragszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Zeit des Bezugs von Bürgergeld (ehemals Arbeitslosengeld II) wird nach § 58 Abs.1 Satz 1 Nr. 6 SGB VI aber als Anrechnungszeit berücksichtigt. Dies gilt wie bei der Krankenversicherungspflicht auch hier nicht für erwerbsunfähige Personen, die Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 2 SGB II erhalten oder für Personen, die Bürgergeld nur darlehensweise oder nur einmalige Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II beziehen. Nähere Erläuterungen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Versicherungsbiografie kann der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erteilen.

## III. Kranken- und Pflegeversicherung bei darlehensweiser Gewährung von Leistungen

Soweit Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts ausschließlich als Darlehen erbracht werden, besteht nach ausdrücklicher Bestimmung in § 5 Absatz 1 Nr. 2a SGB V keine Krankenversicherungspflicht. Darlehensweise wird Bürgergeld gezahlt,

- wenn Hilfebedürftigkeit nur deswegen besteht, weil dem Leistungsberechtigten der sofortige Verbrauch oder die sofortige Verwertung von zu berücksichtigendem Vermögen nicht möglich ist oder der sofortige Verbrauch bzw. die sofortige Verwertung eine besondere Härte darstellen würde (§ 9 Absatz 4 i. V. m. § 24 Absatz 5 SGB II),
- zur Instandhaltung von Wohneigentum und zur Wohnungsbeschaffung - Mietkaution (§ 22 Absatz 2 und 6 SGB II),
- zur Übernahme von Mietschulden, jedoch nur im Zusammenhang mit den regulären Leistungen für Kosten der Unterkunft (§ 22 Absatz 8 SGB II),
- in Form der abweichenden Leistungserbringung (§ 24 Absatz 1 SGB II),
- soweit in dem Monat, für den die Leistungen erbracht werden, voraussichtlich Einnahmen anfallen (§ 24 Absatz 4 SGB II) oder
- an Auszubildende, wenn der Leistungsausschluss nach § 7 Absatz 5 SGB II eine besondere Härte bedeutet (§ 27 Absatz 3 SGB II).

Die Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung greift auch nicht, wenn nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II (so genannte einmalige Leistungen) bezogen werden. In diesen Fällen sind Sie gehalten, sich selbst zu versichern. Lassen Sie sich bei nicht bestehender Versicherungspflicht individuell bei der Krankenkasse über Ihre Versicherungsmöglichkeiten und im Jobcenter darüber beraten, inwieweit ein Zuschuss zu privaten oder freiwilligen Versicherungsbeiträgen möglich ist (Pkt. VI. ff.).

## IV. Kranken- und Pflegeversicherung bei Ablehnungsentscheidungen

Wenn Ihr Leistungsantrag abgelehnt wurde, sind Sie nicht durch den für die Erbringung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II zuständigen Leistungsträger kranken-, und pflegeversichert. Sie sind auch während eines künftigen Widerspruchs- oder Klageverfahrens gegen den ablehnenden Bescheid nicht versichert.

Um Nachteile hinsichtlich Ihres Krankenversicherungsschutzes zu vermeiden, erkundigen Sie sich bitte unverzüglich bei Ihrer Krankenkasse über Ihre Rechte und die Möglichkeiten hinsichtlich des weiteren Versicherungsschutzes (z. B. freiwillige Weiterversicherung oder Familienversicherung). Sofern Sie sich

freiwillig oder privat versichern, kann auf Antrag bei dem für die Leistungen nach dem SGB II zuständigen Leistungsträger der Anteil der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung insoweit bezuschusst werden, als Ihr die Versicherungsbeiträge einschließender Bedarf Ihre Leistungsfähigkeit (i. d. R. Ihr Einkommen) übersteigt (Pkt. V. ff.).

## **V. Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen**

Für Bezieher von Bürgergeld ist es unter bestimmten Voraussetzungen möglich, einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen zu erhalten. Voraussetzung ist unter anderem, dass die betroffenen Personen nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig bzw. nicht familienversichert sind und die Beiträge nicht aus eigenen Mitteln finanziert werden können. Ist bspw. der Bedarf einer Bedarfsgemeinschaft durch vorhandenes Einkommen (z. B. Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld, aber auch Kinderzuschlag oder Wohngeld etc.) gedeckt, würde aber aufgrund der Beiträge für eine Krankenversicherung Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II eintreten, werden die Beiträge für eine private Krankenversicherung oder freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung im notwendigen Umfang berücksichtigt.

Der notwendige Umfang ergibt sich hierbei aus der Differenz zwischen den zu zahlenden Beiträgen und dem den Bedarf übersteigenden Einkommen. Er ist also u. a. auf den Betrag begrenzt, der zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit erforderlich ist. Der Zuschuss wird bei entsprechender Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II in der Regel ab dem Ersten des Monats gewährt, in dem Sie den Antrag stellen. Wenn die Bearbeitung Ihres Antrags längere Zeit in Anspruch nimmt, wird der Zuschuss auch rückwirkend gewährt. Lassen Sie sich ggf. individuell im Jobcenter über die Höhe des Zuschusses zu privaten oder freiwilligen Versicherungsbeiträgen beraten.

## **VI. Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung**

Die privaten Krankenversicherungen sind verpflichtet, Beziehern von Bürgergeld eine Versicherung im sogenannten Basistarif anzubieten, dessen Leistungen mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind (vgl. hierzu BT-Drucks. 16/3100, Seite 94/95 zu § 5 Absatz 5a SGB V). Es obliegt Ihnen daher, sich an Ihre private Krankenkasse mit der Bitte zu wenden, dass Ihr Tarif auf diesen Basistarif ohne Selbstbehalt umgestellt wird. In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewiesen werden, dass es Ihnen im SGB II-Bezug grundsätzlich zumutbar ist, in diesen Basistarif zu wechseln (vgl. BSG, Urteil vom 16.10.2012 - B 14 AS 11/12 R). Sollten Sie diesen Wechsel nicht vollziehen und in einem anderen Tarif verbleiben, werden Kosten für Krankenbehandlungen, die Sie gegebenenfalls aufgrund in Ihrem Tarif vereinbarter Selbstbehalte etc. tragen müssen, durch das Jobcenter nicht als Zuschuss übernommen.

Bei Eintritt der Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II ist ein Wechsel in den Basistarif jederzeit möglich (vgl. § 204 VVG). Bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II muss das Krankenversicherungsunternehmen überdies den Beitrag im Basistarif halbieren. Damit soll erreicht werden, dass die Hilfebedürftigkeit nicht eintritt. Wenn hierdurch tatsächlich Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II vermieden wird, werden Ihnen auch keine Leistungen nach dem SGB II bzw. kein Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen gewährt; der zu zahlende Beitrag jedoch bleibt für Sie halbiert. Das Jobcenter bescheinigt Ihnen auf Antrag, dass Sie bei der Zahlung des Beitrags im Basistarif hilfebedürftig würden. Mit diesem Nachweis muss die private Krankenversicherung Ihren Beitrag im Basistarif halbieren.

Sofern Sie keine Versicherung im Basistarif abschließen sollten, wird Ihr individueller Beitrag vom Jobcenter als Vergleich herangezogen. Unter Berücksichtigung Ihres vorhandenen Einkommens wird dann der günstigere Betrag als Zuschuss gezahlt. Verbleiben Sie also in Ihrem bisherigen Tarif und liegt Ihr Beitrag über dem halbierten Beitrag im Basistarif, müssen Sie den übersteigenden Beitragsanteil selbst tragen. Sollte umgekehrt der individuell gezahlte Beitrag in Ihrem bisherigen Tarif geringer sein als der halbierte fiktive Beitrag im Basistarif, wird vom Jobcenter der geringere Beitrag Ihres Tarifs als Zuschuss gezahlt. Die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Beiträge weisen Sie bitte regelmäßig mit dem aktuellen Beitragsbescheid nach. Die Höhe Ihres Beitrags im Basistarif lassen Sie sich bitte von Ihrem Krankenversicherungsunternehmen bescheinigen. Kosten für Krankenbehandlungen, die aufgrund in

Ihrem anderen Tarif vereinbarter Selbstbehalte etc. anfallen, werden durch das Jobcenter aber auch hier nicht als Zuschuss übernommen.

Um sich im Einzelnen über die Auswirkungen eines Tarifwechsels – beispielsweise mit Blick auf den Leistungsumfang im Basistarif sowie auf die Beitragshöhe und die Wechselmöglichkeiten o. ä. – zu informieren, setzen Sie sich bitte unbedingt mit Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Verbindung.

Auch die Beiträge für eine angemessene private Pflegeversicherung können durch das Jobcenter berücksichtigt werden. Als angemessen gilt eine private Pflegeversicherung dann, wenn sie Leistungen anbietet, die denen der gesetzlichen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Auch in der privaten Pflegeversicherung gibt es einen gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag. Für im Basistarif Versicherte wird dieser Höchstbeitrag bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit ebenfalls halbiert. Unter Berücksichtigung Ihres vorhandenen Einkommens wird als Zuschuss auch hier nur der günstigere Betrag – der halbierte Höchstbeitrag in der Pflegeversicherung oder (sofern Sie keine Versicherung im Basistarif abschließen sollten) Ihr individueller Beitrag in Ihrem bisherigen Tarif – übernommen. Die Höhe des Beitrags müssen Sie nachweisen.

**Auszahlung:** Der Zuschuss zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung wird durch das Jobcenter bei entsprechender Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II jeden Monat im Voraus direkt an Ihr privates Krankenversicherungsunternehmen gezahlt. Übersteigen Ihre Beiträge diesen Zuschuss (bspw. wegen insoweit nicht gegebener Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II), haben Sie den Differenzbetrag selbst zu entrichten. Durch das Jobcenter wird jeweils der monatliche Beitrag ausgekehrt, unabhängig davon, ob Sie im Übrigen eine andere, bspw. halbjährliche Zahlungsweise vereinbart haben.

## VII. Zuschuss zur freiwillig gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Die Zahlung eines Zuschusses zu einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung während des Leistungsbezugs kommt nur für nichterwerbsfähige Bezieher von Bürgergeld, bei darlehensweisem Bezug von Bürgergeld oder zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit in Betracht. Für alle anderen Personengruppen ist die Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Bürgergeld vorrangig vor einer eventuellen freiwilligen, gesetzlichen Versicherung.

Gehören Sie zu einer insoweit berechtigten Personengruppe und sind Sie freiwillig gesetzlich kranken- und pflegeversichert, wird für die Berechnung eines möglichen Zuschusses Ihr zu zahlender Beitrag zugrunde gelegt. Erhebt Ihre Krankenkasse einen so genannten Zusatzbeitrag (vgl. § 242 SGB V), wird auch dieser im notwendigen Umfang durch mich als Zuschuss übernommen. Die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Beiträge weisen Sie bitte regelmäßig mit dem jeweils aktuellen Beitragsbescheid nach, auch unaufgefordert.

**Auszahlung:** Der errechnete und bewilligte Zuschuss für Personen, die in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder freiwillig gesetzlich krankenversichert sind, ist vom Jobcenter monatlich direkt an die Krankenkasse der leistungsberechtigten Person auszuzahlen (§ 26 Absatz 5 Satz 2 SGB II). Der oben beschriebene Zuschuss zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit für Personen, die in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder freiwillig gesetzlich versichert sind (§ 26 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und § 26 Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 SGB II), ist von dieser Direktzahlung ausgenommen und an Sie als leistungsbeziehende Person auszuzahlen. Sie haben dann den erhaltenen Beitrag – ggf. zusammen mit einem u. U. notwendigen Differenzbetrag (bspw. wegen insoweit nicht gegebener Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II) – an Ihre Krankenkasse weiterzuleiten. Durch das Jobcenter wird jeweils der monatliche Beitrag ausgekehrt, unabhängig davon, ob Sie im Übrigen eine andere, bspw. halbjährliche Zahlungsweise vereinbart haben.