Handlungsweisend für alle Mitarbeiter*innen[1] des Landkreises Göttingen - Fachbereich Jobcenter und der Stadt Göttingen - Fachbereich Jobcenter

Lfd. Nr.: 2

Bearbeitung: FD 56.1 Frau Friedrichs

- Leitfaden - Versicherungspflicht in der gesetzlichen KV und sozialen PV – SGB V und XI

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungspflicht in der gesetzlichen KV/PV 4

1.1. Zuordnung zum Versicherungssystem 4

1.2. Zuordnung KV = Zuordnung PV 4

1.2.1. Überblick KV/PV 5

1.2.2. Leistungen, die Versicherungspflicht auslösen 6

1.2.3. Leistungen, die keine Versicherungspflicht auslösen 6

2. Versicherungsrechtliche Beurteilung 7

2.1. Doppelter Leistungsbezug (parallel und nacheinander) 7

2.2. Ausschluss von der Versicherungspflicht in der GKV 7

2.2.1. Privat versichert/Mitglied einer Solidargemeinschaft 8

2.2.2. Weder gesetzlich noch privat versichert 8

2.2.3. Altersbedingter Ausschluss 8

3. Prüfergebnis - Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht 8

4. Mitgliedschaft und Wahlrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 9

[1] Die im Leitfaden gemachten Angaben beziehen sich sowohl auf die männliche, weibliche als auch auf die unbestimmte Form. Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

4.1. Beginn der Mitgliedschaft 9

4.2. Ende der Mitgliedschaft 9

4.3. Wahlfreiheit/Anmeldung bei letzter Krankenkasse/Ersatzwahlrecht JC 9

4.3.1. Wahlfreiheit - Ausübung des Wahlrechts 9

4.4. Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge 9

4.4.1. Vorgezogene Ersatzwahl/vereinfachtes Verfahren 10

4.5. Nachweis der bestehenden oder neu gewählten Krankenkasse 10

5. Beiträge in der GKV 11

5.1. Berechnung 11

5.2. Zahlung der Beiträge 11

5.3. Keine Minderung durch weitere Einnahmen 11

5.4. Beiträge bei Doppelbezug Bürgergeld gem. § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II 11

5.5. Beiträge für Durchreisende, temporäre BG 11

5.6. Beitragstragung 12

5.7. Empfänger der Beitragszahlung 12

6. Erstattung von Beiträgen durch /Beitragsstorno gegenüber BAS/LKK 12

6.1. Fehlversicherungen 12

6.2. Verjährung bei Erstattung durch BVA/LKK 13

6.3. Erstattung von Beiträgen zur GKV - allgemein 13

7. Erstattung durch den Leistungsberechtigten 13

7.1. Leistungsgewährung 14

7.2. Erstattung nur bei Aufhebung für den vollen Monat 14

7.3. Kein weiteres KV-Verhältnis bei freiwilliger oder Privatversicherung 14

7.3.1. Weiteres KV-Pflichtverhältnis/gesetzl. Anspruch auf Krankenversorgung besteht 15

7.4. Aufhebung der Leistung nach §§ 45, 48 SGB X 15

7.5. Tag der Mitteilung durch den Leistungsberechtigten 15

7.6. Rückforderung in Mehr-Personen-BG 16

7.7. Verjährung bei Erstattung durch den Leistungsberechtigten 16

8. Beitragsersatz bei Erstattungsansprüchen 16

9. Beitragsersatz bei Gewährung von Renten 16

10. Beitragsersatz bei Gewährung von Verletztengeld 17

11. Sonstige Erstattungs- und Ersatzansprüche 17

1. Versicherungspflicht in der gesetzlichen KV[2]/PV[3]

§ 5 Abs. 1 S. 1 Nr. 2a SGB V[4] regelt, dass Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz **1** des Zweiten Buches (bis zum 31.12.2022 Alg II) beziehen, versicherungspflichtig sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.
§ 20 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI[5] regelt, dass Personen in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz **1** des Zweiten Buches (bis zum 31.12.2022 Alg II) beziehen, versicherungspflichtig sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist.

1.1. Zuordnung zum Versicherungssystem

Für Zeiten des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II (bis zum 31.12.2022 Alg II-Bezug) ist zu prüfen, ob der Leistungsberechtigte in der gesetzlichen Krankenversicherung[6] versicherungspflichtig ist oder der privaten Krankenversicherung[7] zuzuordnen ist. Die Zuordnung hängt grundsätzlich von der Vorversicherungszeit ab. Dem Versicherungssystem - GKV oder PKV, dem die betroffene Person zuletzt vor dem Bürgergeld-Bezug nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II zugeordnet war, gehört sie grundsätzlich auch während des SGB II-Leistungsbezuges an (Prinzip der „Systemkontinuität“ oder „privat bleibt privat“).
Das gilt auch für die Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft (§ 176 SGB V).
Wer noch nie krankenversichert war, wird abhängig vom Beruf einem der beiden Systeme zugeordnet: So sind dann zum Beispiel Arbeitnehmer grundsätzlich der GKV zuzuordnen. Selbstständige / Freiberufler sind grundsätzlich der PKV zuzuordnen.
Wenn sich bei Leistungsberechtigten keine „alte“ oder letzte Krankenkasse ermitteln lässt, bitte das weitere Vorgehen/die Zuordnung mit/bei der Fachaufsicht abstimmen/erfragen.
Wenn Leistungsberechtigte durch den Bürgergeldbezug nicht versicherungspflichtig werden, dann ist die Zahlung eines Zuschusses nach § 26 SGB II[8] zu prüfen. Dies gilt auch für Personen, die nur aufgrund der Zahlung ihrer Beiträge hilfebedürftig würden (s. Leitfaden - § 26 SGB II Zuschuss zu KV– und PV-Beiträgen).

1.2. Zuordnung KV = Zuordnung PV

Die Pflegeversicherung wurde am 1. Januar 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Gesetzliche Grundlage ist das SGB XI. Es gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen (gesetzlichen) Pflegeversicherung versichert (soziale PV = gesetzliche PV).
Privat Krankenversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Wenn Leistungsberechtigte eine private Pflegeversicherung haben, ist die Zahlung eines Zuschusses nach § 26 SGB II zu prüfen. Dies gilt auch für Personen, die nur aufgrund der Zahlung ihrer Beiträge hilfebedürftig würden (s. Leitfaden - § 26 SGB II Zuschuss zu KV– und PV-Beiträgen).

[2] Krankenversicherung
[3] Pflegeversicherung
[4] Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung
[5] Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung
[6] GKV
[7] PKV
[8] Sozialgesetzbuch II: Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende

1.2.1. Überblick KV/PV

Die Regelungen dieses Leitfadens gelten nur für den **grau hinterlegten Personenkreis:**

Bürgergeldbezug nach… (BG-Mitglied)			
…§ 19 Abs. 1 S. 1 SGB II als Beihilfe		…§ 19 Abs. 1 S. 1 SGB II als Darlehen oder nur Bedarfe nach § 24 Abs. 3 SGB II/…§ 19 Abs. 1 S. **2** SGB II (gilt auch, wenn kein Bürgergeld bezogen wird und allein der Beitrag zur GKV oder PKV Hilfebedürftigkeit auslöst)	
(zuletzt) privat versichert/Mitglied Solidargemeinschaft (§ 176 SGB V)	**(zuletzt) gesetzlich versichert**	anderweitig versicherungspflichtig (z. B. über sv-pflichtige Beschäftigung oder volle befristete EMR[9])/Anspruch auf Familienversicherung (§ 10 SGB V)	private KV/freiwillige gesetzliche KV/ gesetzliche Pflichtversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB) / Mitglied Solidargemeinschaft (§ 176 SGB V)
Prüfung Zuschuss nach § 26 SGB II, s. Leitfaden § 26 SGB II - Zuschüsse zu Beiträgen zur KV und PV	**Versicherungs-pflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V (Melde- und Beitragspflicht des JC gegenüber der KK[10] bzw. dem BAS[11]/der LKK[12])**	grundsätzlich kein Anspruch auf Zuschuss nach § 26 SGB II, s. Leitfaden § 26 SGB II - Zuschüsse zu Beiträgen zur KV und PV	Prüfung Zuschuss nach § 26 SGB II, s. Leitfaden § 26 SGB II - Zuschüsse zu Beiträgen zur KV und PV
OPEN>Symbolleiste >Person bearbeiten >Kranken-versicherungsart >Private Kranken-versicherung	OPEN>Symbolleiste >Person bearbeiten >Kranken-versicherungsart >Pflichtversicherung	OPEN>Symbolleiste >Person bearbeiten >Kranken-versicherungsart >Familienversichert oder >nicht definiert	OPEN>Symbolleiste >Person bearbeiten >Kranken-versicherungsart >Private Krankenversicherung o. >freiwillige Mitgliedschaft oder >Pflichtversicherung § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
OPEN>Symbolleiste >Bedarf >Sozialver-sicherungsbeiträge >KV-Beiträge	Beitrag wird automatisch angelegt u. gezahlt, An- u. Abmeldung: OPEN>Menüleiste >Abschluss >Kranken-/Pflege-versicherung >Erstellen[13]		OPEN>Symbolleiste >Bedarf >Sozialver-sicherungsbeiträge >KV-Beiträge

[9] Erwerbsminderungsrente
[10] Krankenkasse
[11] Bundesamt für Soziale Sicherung
[12] Landwirtschaftliche Krankenkasse
[13] Rentenversicherungs-/Sozialversicherungs-Nr. (Symbolleiste>Person bearbeiten>Stammdaten) und Adresse (Symbolleiste>Kosten der Unterkunft) müssen eingepflegt sein

1.2.2. Leistungen, die Versicherungspflicht auslösen

Personen sind in der Zeit, für die sie Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. **1** SGB II beziehen, in der gesetzlichen KV versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V), wenn sie zuletzt der GKV angehört haben. Die folgenden Bedarfe sind Bestandteil von Bürgergeld nach § 19 Abs.1 S.1 SGB II (bis zum 31.12.2022 Alg II) und begründen somit bei Leistungsbezug Versicherungspflicht in der GKV:

- 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)

Für die Zeit des Leistungsbezugs tritt auch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (PV) ein (§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI).

1.2.3. Leistungen, die keine Versicherungspflicht auslösen

Der Bezug folgender Leistungen begründet für sich keine Versicherungspflicht:

- Leistungen an Auszubildende im Sinne des § 7 Abs. 5 SGB II (§ 27 SGB II)
- Leistungen als Darlehen
  - Aufwendungen für Instandhaltung von Wohneigentum und zur Wohnungsbeschaffung (Mietkaution) als Darlehen (§ 22 Abs. 2 und 6 SGB II)
  - Übernahme von Mietschulden (§ 22 Abs. 8 SGB II)
  - Leistungen zur Deckung eines unabweisbaren Bedarfs zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 24 Abs. 1 S. 1 SGB II)
  - Leistungen, die nur darlehensweise erbracht werden, weil in dem Monat voraussichtlich Einnahmen anfallen (§ 24 Abs. 4 SGB II)
  - Leistungen in Fällen, in denen die sofortige Verwertung von Vermögen eine besondere Härte bedeutet (§ 24 Abs. 5 SGB II)
- Leistungen für einmalige Bedarfe nach § 24 Abs. 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
- Bedarfe für Bildung und Teilhabe (§ 28 SGB II)
- Bürgergeld gem. § 19 Abs. 1 S. **2** i.V.m. § 23 SGB II (s. Beispiel)
- Leistungen zur Eingliederung gem. §§ 16 ff SGB II

Beispiel: Ein BG-Mitglied bezieht eine befristete, volle EMR und daher Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. **2** SGB II (bis zum 31.12.2022 Sozialgeldbezug). Hier besteht keine Versicherungspflicht in der GKV.

Hinweis: Der Antrag auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II umfasst auch die anfallenden Beitragszahlungen zur KV/PV. Diese sind bei der Berechnung des SGB II-Anspruchs zu berücksichtigen. D. h. es ist auch bei Bürgergeldberechtigten nach § 19 Abs. 1 S. 2 SGB II zu prüfen, wie die Krankenversicherung sichergestellt wird. Die Beiträge zur KV/PV (für eine freiwillige gesetzliche KV, für eine private KV oder für eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) sind für leistungsberechtigte Personen nach § 26 SGB II zu übernehmen, die nicht familienversichert sind und die keine Vorrangversicherung (z. B. über eine volle befristete EMR) haben.

2. Versicherungsrechtliche Beurteilung

Zu beachten sind die folgenden Punkte:

- Die Versicherungspflicht wegen Bürgergeldbezug nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II ist für jede Person in der Bedarfsgemeinschaft (BG) individuell zu beurteilen.
- „Zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II“ bedeutet, dass auf die letzte bestehende Versicherung des Betroffenen vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II – entweder in der GKV/PKV oder Solidargemeinschaft – abzustellen ist. Dies gilt unabhängig davon, wie lange diese Versicherung bereits zurückliegt.
- Ausländische KV: 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.
- Die versicherungsrechtliche Beurteilung erfolgt für den Zeitraum, für den Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. **1** SGB II tatsächlich bezogen wird – unabhängig davon, ob die Voraussetzungen für den Leistungsbezug vorliegen. Unerheblich ist, ob nur versicherungspflichtige Leistungen des kommunalen Trägers (z.B. KdU) oder des Bundes (z.B. Regelsatz) erbracht werden.
- Es ist auch dann eine versicherungsrechtliche Beurteilung für den gesamten Monat vorzunehmen, wenn die Leistungen gemäß § 41 Abs. 1 SGB II für den vollen Monat festgesetzt, aber in mehreren Teilbeträgen erbracht werden (z.B. in Fällen des § 24 Abs. 2 SGB II).
- Die versicherungsrechtliche Beurteilung für die Krankenversicherung gilt grundsätzlich auch für die Pflegversicherung.

2.1. Doppelter Leistungsbezug (parallel und nacheinander)

Wird Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. **1** SGB II für denselben Zeitraum **parallel** von zwei Jobcentern 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 (zur Beitragszahlung in diesen Fällen s. Ziffer 5.4.).

Wird Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. **1** SGB II von zwei Jobcentern **nacheinander** erbracht, z. B. bei Durchreisenden als Tagessatz, bei Kindern in temporären BGs, Wechsel von Personen innerhalb eines Monat in andere BG zu einem anderen JC, ist die versicherungsrechtliche Beurteilung für den jeweiligen Leistungsbezug durch das jeweils örtlich zuständige Jobcenter durchzuführen (zur Beitragszahlung in diesen Fällen s. Ziffer 5.5.).

Eine **rückwirkende** Aufhebung der Entscheidung, die zum Bezug der SGB II-Leistungen geführt hat sowie die Rückforderung bzw. Rückzahlung der SGB II-Leistungen haben gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2a zweiter Halbsatz SGB V grundsätzlich keine Auswirkung auf das Versicherungsverhältnis (s. Ziffer 6.).

2.2. Ausschluss von der Versicherungspflicht in der GKV

Versicherungspflicht aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II tritt nicht ein, wenn die Person

- zuletzt vor Beginn des Bezugs privat krankenversichert war („privat bleibt privat“) oder
- zuletzt vor Beginn des Bezugs Mitglied in einer Solidargemeinschaft (§ 176 SGB V) war (s. Ziffer 2.2.1.) oder
- zuletzt vor Beginn des Bezugs weder gesetzlich noch privat versichert war und hauptberuflich selbständig oder versicherungsfrei war (s. Ziffer 2.2.2.)

- oder aufgrund des Alters von der Versicherungspflicht ausgeschlossen ist (s. Ziffer 2.2.3.).

Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II, die aufgrund dieser Kriterien von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen KV/PV ausgeschlossen sind, sind der PKV/der Solidargemeinschaft und grundsätzlich der privaten Pflegeversicherung (PPV) zuzuordnen. Für Mitglieder einer Solidargemeinschaft kommt auch eine Pflegversicherung nach § 21a Abs. 1 SGB XI in Betracht.

Ausnahme: Tritt zu einem versicherungsfreien Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II (privat versichert) ein Versicherungspflichttatbestand (z.B. Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung) hinzu, tritt Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder ein.

2.2.1. Privat versichert/Mitglied einer Solidargemeinschaft

Personen, die zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II privat krankenversichert oder Mitglied in einer Solidargemeinschaft waren, sind auch während des Leistungsbezugs weiterhin der PKV/der Solidargemeinschaft zuzuordnen.

2.2.2. Weder gesetzlich noch privat versichert

Bei Personen, die zuletzt vor dem Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II weder gesetzlich noch privat versichert waren (= ohne KV)

- und entweder hauptberuflich selbständig (Personenkreis nach § 5 Abs. 5 SGB V)
- oder nach § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V versicherungsfrei sind
- oder bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit im Inland zu diesen Personengruppen gehört hätten,

führt der Leistungsbezug Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II nicht zur Versicherungspflicht. Diese Personen sind der PKV zuzuordnen.

Bitte die Zuordnung ist solchen Fällen mit der Fachaufsicht abstimmen.

2.2.3. Altersbedingter Ausschluss

Bei Personen, die nach Vollendung des 55.Lebesjahres hilfebedürftig werden, führt der Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II gemäß § 6 Abs. 3a SGB V unter folgenden Bedingungen ebenfalls nicht zur Versicherungspflicht:

- keine gesetzliche Versicherung in den letzten fünf Jahren vor Beginn des Bürgergeldbezugs und
- mindestens die Hälfte dieser Zeit lag Versicherungsfreiheit oder
- eine Befreiung von der Versicherungspflicht oder
- keine Versicherungspflicht wegen der Ausübung einer hauptberuflich selbständigen Tätigkeit (§ 5 Abs. 5 SGB V) lag vor.

Bitte die Zuordnung ist solchen Fällen mit der Fachaufsicht abstimmen.

3. Prüfergebnis - Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V besteht

Konsequenzen: Löst der Bezug von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II die Versicherungspflicht aus, sind die entsprechenden Beiträge vom Jobcenter an das BAS zu zahlen. Nur die Beiträge zur LKK werden direkt an die Krankenkasse gezahlt (Beitragspflicht).
Die Zeit der Versicherungspflicht wird vom Jobcenter an die Krankenkasse gemeldet (Meldepflicht).

4. Mitgliedschaft und Wahlrechte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

4.1. Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft in der GKV und sozialen PV beginnt mit dem Tag, von dem an Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II I bezogen wird (§ 186 Abs. 2a SGB V). Der Zeitpunkt, an dem die Bewilligung erfolgt, ist unerheblich.

4.2. Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des letzten Tages, für den Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II bezogen wird bzw. Beiträge entrichtet werden (§ 190 Abs. 12 SGB V).
Ausnahme: Die Mitgliedschaft endet mit dem Todestag des Mitgliedes (§ 190 Abs. 1 SGB V).

4.3. Wahlfreiheit/Anmeldung bei letzter Krankenkasse/Ersatzwahlrecht JC

Wahlfreiheit: Leistungsberechtigten von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II steht grundsätzlich das Kassenwahlrecht in dem Umfang zu, wie es den versicherungspflichtigen Beschäftigten zusteht. Sie können zwischen verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen wählen (§ 173 SGB V).
Anmeldung bei letzter Krankenkasse: Wird das Wahlrecht vom Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II nicht ausgeübt oder wird das JC - als zur Meldung verpflichtete Stelle - nicht innerhalb von 2 Wochen von ihm über die gewählte Krankenkasse informiert, ist das JC verpflichtet, den Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II bei der Krankenkasse anzumelden, bei der dieser zuletzt versichert war. (Die Frist, in der das Wahlrecht ausgeübt werden kann, beginnt mit dem Tag nach der Antragstellung.) Dazu muss das JC ermitteln, bei welcher Krankenkasse zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestand.
Ersatzwahlrecht JC: In der sehr seltenen Situation, dass der Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II bisher noch bei keiner Krankenkasse versichert gewesen ist und er auch keine ausgewählt hat, wählt das JC die Krankenkasse aus. Die Wahl der Krankenkasse trifft dann anstelle des Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II das JC. Das JC muss über die gewählte Krankenkasse informieren (ergibt sich aus dem Bewilligungsbescheid).

4.3.1. Wahlfreiheit - Ausübung des Wahlrechts

Das Kassenwahlrecht muss der Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II selbst gegenüber der gewählten Krankenkasse ausüben (Wahlerklärung, Aufnahmeantrag bei der gewählten Krankenkasse). Eine Erklärung gegenüber dem JC ist nicht ausreichend.
Auch Kinder, die ab Vollendung des 15. Lebensjahres versicherungspflichtig aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II werden, haben ein Krankenkassenwahlrecht. Wird das Wahlrecht durch die leistungsberechtigte Person gegenüber der Krankenkasse ausgeübt und kommt die Person ihrer Pflicht zur Angabe 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.
War die leistungsberechtigte Person vor dem Leistungsbezug noch nie bei einer Krankenkasse versichert, ist sie auf ihr Kassenwahlrecht hinzuweisen.

4.4. Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge

Für Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge und Schutzbedürftige tritt mit Beginn des Leistungsbezuges von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II Versicherungspflicht in der gesetzlichen Kranken- und (sozialen) Pflegeversicherung ein. Eine Prüfung der Zuordnung zur privaten Krankenversicherung ist daher entbehrlich.

4.4.1. Vorgezogene Ersatzwahl/vereinfachtes Verfahren

Auch Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge und Schutzbedürftige können grundsätzlich die Krankenkasse frei wählen, bei der sie Mitglied werden möchten. Sofern sie im Antrag eine Krankenkasse gewählt haben, ist die Anmeldung bei dieser Kasse vorzunehmen, auch wenn keine Mitgliedsbescheinigung vorgelegt werden kann. Sofern sie keine Krankenkasse gewählt haben, sind die Antragsteller über ihr diesbezügliches Wahlrecht zu beraten.
Sofern keine Krankenkasse angegeben wird und bei diesen Antragstellern nicht ermittelt werden kann, bei welcher Kasse sie versichert werden wollen, ist durch das Jobcenter die Wahl der Krankenkasse selbst vorzunehmen (vorgezogene Ersatzwahl). Mit diesem sog. vereinfachten Verfahren der Krankenkassenwahl kann vermieden werden, dass die leistungsberechtigten Personen zunächst bei Krankenkassen vorsprechen müssen und der Fall in dem Jobcenter nochmals aufgegriffen werden muss. Es gilt ausschließlich für Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge sowie Schutzbedürftige und ist zunächst befristet bis 30.04.2025.

4.5. Nachweis der bestehenden oder neu gewählten Krankenkasse

Mit dem 7. SGB IV-ÄndG werden die Krankenkassen mit Wirkung ab dem 01.01.2021 von der Pflicht entbunden, eine Mitgliedsbescheinigung in Textform auszustellen. Gem. § 175 Abs. 3 S. 1 SGB V haben Versicherungspflichtige der zur Meldung verpflichteten Stelle (für Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II ist das JC die zur Meldung verpflichtete Stelle) unverzüglich **Angaben** über die gewählte Krankenkasse zu machen. In 2022 und 2023 wurden weiterhin Mitgliedbescheinigungen von den Krankenkassen ausgestellt, da das maschinelle Verfahren bis dahin nicht überall vollständig umgesetzt werden konnte.
Ab Januar 2023 wurde das maschinelle Meldeverfahren wie folgt umgestellt:

- Bis Ende 2022 wurde die maschinelle Meldung bei den Krankenkassen ohne Rückkoppelung eingespielt.
- Seit Anfang 2023 erhält das JC eine Rückmeldung über das maschinelle Meldeverfahren, wenn die Anmeldung nicht bei der richtigen Krankenkasse erfolgt ist. Da nunmehr über das maschinelle Meldeverfahren sichergestellt wird, dass die Anmeldung bei der richtigen/zuständigen Krankenkasse erfolgt, werden Mitgliedbescheinigungen in Textform zur Vorlage beim JC von den Krankenkassen nicht mehr ausgestellt.

Erforderlich für die Meldung bei der richtigen/zuständigen Krankenkasse sind also nur noch **Angaben des eLB ü**ber die gewählte Krankenkasse.
Um in Zweifelsfällen eine fehlerhafte Anmeldung bei einer unzuständigen Krankenkasse zu vermeiden, sollte die letzte und gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. eine Kopie davon vorgelegt werden bzw. ist von der leistungsberechtigten Person ein anderweitiger schriftlicher Nachweis der Krankenkasse über die bestehende oder letzte Versicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung) vorzulegen.
Hinweis: Eine Anmeldung kann bei der Krankenkasse i. d. R. nur problemlos verarbeitet werden, wenn die Rentenversicherungs-/Sozialversicherungsnummer (RV/SV-Nr.) eingepflegt und mit gemeldet wird (das passiert im Hintergrund). Bitte daher die KV-Anmeldung erst absetzen, wenn die SV-Nr. im Fachverfahren eingepflegt /eingespielt ist.

5. Beiträge in der GKV

5.1. Berechnung

Die Beiträge für versicherungspflichtige Bürgergeldbezieher werden nach der folgenden Formel berechnet:

beitragspflichtige Einnahme (Bezugsgröße x Faktor) x Beitragssatz

Bundeseinheitlich ist die Bezugsgröße für die alten Bundesländer zugrunde zu legen (§ 309 Absatz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 1 SGB IV[14]).
Die Faktoren sind ebenfalls bundeseinheitlich festgelegt:

- Faktor KV: § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- Faktor PV: § 57 Absatz 1 Satz 2 SGB XI

Bei der Berechnung der Beiträge zur KV ist bei Bezug von Bürgergeld der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V zugrunde zu legen (§ 246 SGB V). Hinzu kommt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz (§ 242 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 i. V. m. § 242 a SGB V).
In der PV ist ein bundeseinheitlicher Beitragssatz heranzuziehen (§ 55 Abs. 1 S. 1 SGB XI).

Die Beiträge werden im Fachverfahren angepasst, sobald sich Änderungen ergeben.

5.2. Zahlung der Beiträge

Ab 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 Bürgergeldbezugs gem. § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II besteht. Eine taggenaue Berechnung erfolgt nicht.

5.3. Keine Minderung durch weitere Einnahmen

Die Höhe des zu zahlenden Beitrages wird ab 01.01.2016 nicht gemindert, auch wenn neben dem Bezug von Bürgergeld gem. § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II weitere beitragspflichtige Einnahmen vorliegen (z.B. aus einer Beschäftigung, bei Bezug von Arbeitslosengeld oder Krankengeld).
Auch in diesen Fällen wird die Monatspauschale gezahlt.

5.4. Beiträge bei Doppelbezug Bürgergeld gem. § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II

Wird Bürgergeld gem. § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II in Ausnahmefällen für denselben Zeitraum durch zwei Jobcenter erbracht (z.B. Doppelbezug KdU), ist die Monatspauschale nur vom zeitlich zuerst örtlich zuständigen Jobcenter zu zahlen.
Ausnahme: Wurde der Monatsbeitrag bereits gezahlt, obwohl ein anderes Jobcenter den Monatsbeitrag bereits gezahlt hatte, ist eine Erstattung (Storno beim BAS) hinsichtlich des zu viel entrichteten Versicherungsbeitrages ausgeschlossen.

5.5. Beiträge für Durchreisende, temporäre BG

Bei Durchreisenden und Kindern in temporären BG und Wechsel von Personen innerhalb eines Monats in eine andere BG, ist – unabhängig von der jeweils durchzuführenden Beurteilung der Versicherungspflicht – die Monatspauschale nur einmal durch das zeitlich zuerst örtlich zuständige Jobcenter zu zahlen. (Die Daten sind zu erheben und zu dokumentieren.)
Vom nachrangigen Jobcenter kann die Mehrfachzahlung des zu viel entrichteten Monatsbeitrages beim BAS/Gesundheitsfond zurückgefordert bzw. als Beitragsstorno umgesetzt werden.

[14] Sozialgesetzbuch IV: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

Ausnahme: Wenn der Durchreisende am selben Tag in zwei verschiedenen Jobcentern vorstellig wird und diese nichts voneinander wissen, ist keine Beitragserstattung möglich, weil zeitgleich ein paralleles weiteres Versicherungsverhältnis besteht, wofür eine Erstattung des zu viel entrichteten Versicherungsbeitrages ausgeschlossen ist.

5.6. Beitragstragung

Die Beiträge zur KV/PV werden vom Bund getragen (§ 251 Abs. 4 SGB V und § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

5.7. Empfänger der Beitragszahlung

Die Beiträge werden unabhängig von dem Zeitraum für den sie gezahlt und unabhängig von der Krankenkasse an das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds gezahlt.
Ausnahme: Die Beiträge zur LKK werden direkt an diese Krankenkasse gezahlt.

6. Erstattung von Beiträgen durch /Beitragsstorno gegenüber BAS/LKK

In Folge der Pauschalierung der beitragspflichtigen Einnahme sind Erstattungsansprüche des SGB II – Leistungsträgers gegenüber dem BAS/Gesundheitsfonds bei unrechtmäßigem Bezug von Bürgergeld gem. § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II nach § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 SGB III entbehrlich und daher für die Zeiträume ab 01.01.2016 aufgegeben worden. Daher ist ab dem 01.01.2016 die Erstattung von Beiträgen grundsätzlich nur noch vom Leistungsberechtigten möglich. **Gegenüber dem BAS bzw. der LKK kommt eine Erstattung (Beitragsstorno) nur noch in Ausnahmefällen in Betracht.**
Das Versicherungsverhältnis mit Melde- und Beitragspflicht bleibt grundsätzlich auch bei einer Aufhebung der Bewilligungsentscheidung des Bürgergeldes gem. § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II sowie dessen Rückforderung bzw. Rückzahlung bestehen.
(Eine Korrektur der gemeldeten Versicherungszeiten/des Versicherungsverhältnisses gegenüber der KK wird nur vorgenommen, wenn die Beiträge ausnahmsweise durch/gegenüber BAS bzw. LKK zu erstatten sind, z. B. bei einer Fehlversicherung.)

6.1. Fehlversicherungen

Wurde während des Bezuges von Bürgergeld anstelle der Versicherungspflicht in der GKV eine PKV durchgeführt, ist eine rückwirkende Korrektur des Versicherungsverhältnisses durchzuführen, da die Versicherungspflicht kraft Gesetzes eingetreten ist. Als Folge sind die Beiträge an das BVA bzw. die LKK zu zahlen. Die Verjährungsvorschriften sind zu beachten. Die gezahlten Zuschüsse nach § 26 SGB II sind zurückzufordern, ein privater Versicherungsvertrag kann mit dem Eintritt der Versicherungspflicht gekündigt werden (§ 205 VVG[15]). Die Kündigung kann auch rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht vorgenommen werden, wenn der Versicherungsvertrag binnen drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht gekündigt wird (§ 205 Abs. 2 Satz 1 VVG).
Wurde eine Pflichtversicherung in der GKV anstelle einer PKV durchgeführt, ist die Krankenversicherungsart rückwirkend zu korrigieren. Die Beiträge sind durch das BVA bzw. die LKK zu erstatten (OPEN: KV muss in der Person beendet werden. Im Fallkonto ist eine Überzahlung zu sehen, die mit einer Anhörungssperre versehen ist. Wenn die Anhörungssperre geöffnet wird, kann einstellt werden, ob die KV/PV-Beiträge vom BAS, vom eLB oder gar nicht zurückgefordert werden).
Die Verjährungsvorschriften sind zu beachten. Eine Korrektur der Versicherungszeiten (Meldungen an die Krankenkasse) ist ebenfalls vorzunehmen.

[15] Versicherungsvertragsgesetz

Wurde der Leistungsberechtigte zwar dem gesetzlichen System zugeordnet, aber fehlerhaft entweder in der LKK oder bei einer privaten KK versichert, ist eine Korrektur durchzuführen.
Die Eingaben im Fachverfahren sind auch dann zu korrigieren, wenn z.B. nach Rückmeldung der Krankenkasse eine Versicherung bei einer unzuständigen Krankenkasse durchgeführt wurde.
Bitte bei Fragen zu diesen Fallkonstellationen – insbesondere, wenn Beiträge gegenüber dem BAS/der LKK storniert werden sollen - die Fachaufsicht kontaktieren. Das gilt auch, wenn für Bürgergeldbezieher nach § 19 Abs. 1 S. **2** SGB II versehentlich eine Pflichtversicherung umgesetzt wurde.

6.2. Verjährung bei Erstattung durch BVA/LKK

Ein Erstattungsanspruch auf Beiträge gegenüber dem BAS bzw. der LKK verjährt in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Beiträge entrichtet worden sind (§ 27 Abs. 2 Satz 1 SGB IV). Der Zeitraum, für den die Beiträge gezahlt wurden, ist unerheblich. Nach Eintritt der Verjährung dürfen Beiträge nicht mehr vom BVA / von der LKK zurückgefordert werden. Gleiches gilt auch für den umgekehrten Zahlungsweg.
Eine Hemmung der Verjährung ist jedoch u.a. durch einen schriftlichen Antrag auf Erstattung möglich (§ 27 Abs. 3 Satz 2 SGB IV).

Beispiel 1:
Im April 2019 wurde für einen Alg II-Bezug eine Versicherungspflicht durchgeführt und es wurden Beiträge entrichtet. Korrekt wäre eine PKV gewesen.
Verlauf der Verjährungsfrist: 01.01.2020 – 31.12.2023.
Ab dem 01.01.2024 dürfen die Beiträge nicht mehr durch die Jobcenter zurückgefordert werden, weil die Verjährungsfrist abgelaufen ist.

Beispiel 2:
Im August 2019 wurde für einen Alg II-Bezug im Juni 2017 eine Versicherungspflicht durchgeführt und es wurden Beiträge entrichtet (z.B. wurde aufgrund eines Klageverfahrens der Anspruch für den Juni 2017 erst im August 2019 festgestellt).
Die Beiträge wurden im Jahr 2019 entrichtet. Danach richtet sich die Verjährungsfrist: 01.01.2020 – 31.12.2023.
Ab 01.01.2024 dürfen die Beiträge nicht mehr zurückgefordert werden.

6.3. Erstattung von Beiträgen zur GKV - allgemein

Wird die Bewilligung von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II 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.
Auch das Versicherungsverhältnis aufgrund des Bezugs von Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 **S. 1** SGB II bleibt bestehen.

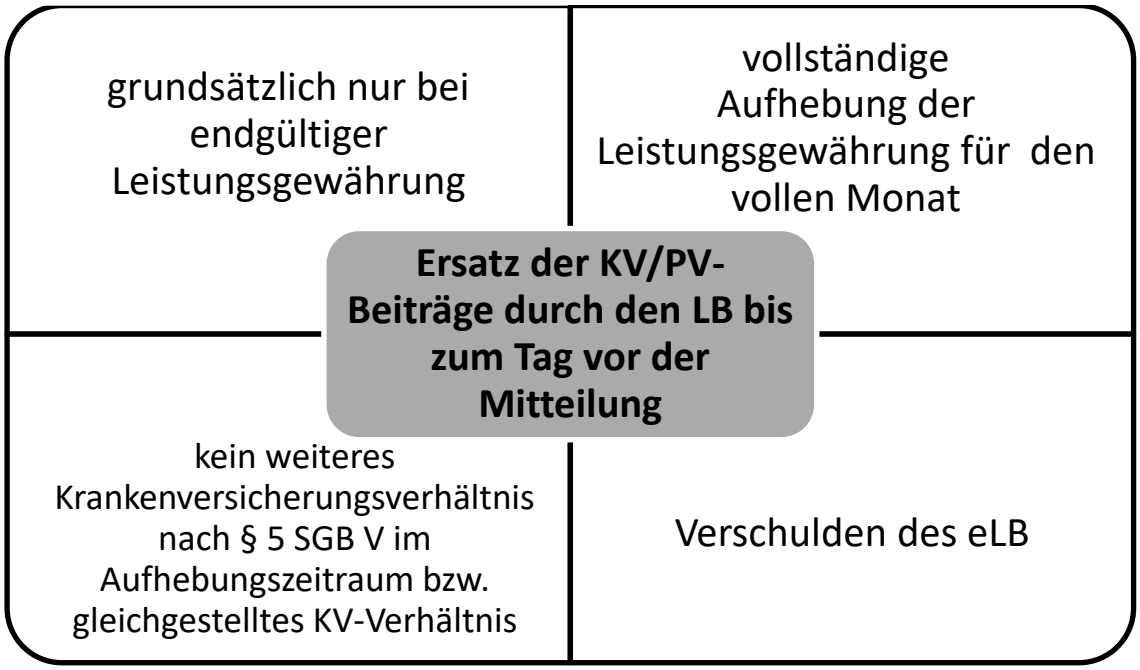
7. Erstattung durch den Leistungsberechtigten

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

- SGB II-Leistungen endgültig gewährt wurden, bei vorläufiger Bewilligung kommt eine Erstattung durch den Leistungsberechtigten in Betracht, wenn Verschulden des eLB vorliegt (s. u.) und
- die Bewilligung der Leistung für mindestens einen ganzen Kalendermonat vollständig aufgehoben und zurückgefordert wurde und
- im Überzahlungszeitraum kein weiteres KV-Pflichtverhältnis bestand und
- die Aufhebung der Leistung auf § 45 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 oder 2 bzw. auf § 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB X[16] beruht oder beruhen könnte (Verschulden des eLB) und

[16] Sozialgesetzbuch X - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz

- der LB seinen Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen ist.



7.1. Leistungsgewährung

Voraussetzung ist grundsätzlich eine endgültige Leistungsgewährung. Wenn allerdings eine vorläufige Entscheidung wegen Verschulden des eLB nach § 45 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 oder 2 bzw. auf § 48 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB X aufgehoben werden könnte, kommt auch bei einer vorläufigen Entscheidung eine Erstattung der KV/PV-Beiträge durch den eLB in Betracht.

7.2. Erstattung nur bei Aufhebung für den vollen Monat

Eine Entscheidung über die Erstattung der Beiträge ist ab 01.01.2016 nur zu treffen, wenn in einem Monat für keinen Tag rechtmäßig Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II gewährt wurde bzw. zu gewähren ist (§ 40 Abs. 2 Nr. 5 2. Halbsatz SGB II). Begründung: Wenn für einen Tag im Monat rechtmäßig Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II geleistet wurde, ist die Monatspauschale vom JC „sowieso“ zu leisten.

7.3. Kein weiteres KV-Verhältnis bei freiwilliger oder Privatversicherung

Lag im Überzahlungszeitraum neben der Pflichtversicherung durch den Bürgergeldbezug lediglich eine freiwillige GKV, eine PKV oder eine Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft vor, so begründen diese kein weiteres KV-Verhältnis im Sinne von § 335 SGB III und befreien die leistungsberechtigte Person nicht vom Beitragsersatz.

7.3.1. Weiteres KV-Pflichtverhältnis/gesetzl. Anspruch auf Krankenversorgung besteht

Ein weiteres KV-Verhältnis wird durch

- eine Versicherungspflicht nach § 5 SGB V,
- eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im EU-Ausland, in einem EWR-Staat oder der Schweiz,
- Bürgergeldbezug nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 SGB II von einem zweiten Jobcenter (unrechtmäßiger Doppelbezug)

Begründet. Wenn so ein weiteres KV-Pflichtverhältnis vorliegt, ist Beitragserstattung vom Leistungsberechtigten nicht zu fordern.

Beispiel: Zwei Jobcenter gewähren Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 SGB II für den gleichen Zeitraum. In einem Jobcenter wird die Bewilligung der Leistung für den ganzen Kalendermonat vollständig aufgehoben und zurückgefordert. Aufgrund des rechtmäßigen Bürgergeldbezugs-Bezugs bei dem anderen Jobcenter besteht ein weiteres Krankenversicherungsverhältnis i.S.v. § 335 Abs. 1 Satz 2 SGB III. Eine Beitragserstattung vom Leistungsberechtigten scheidet daher aus. Gemäß § 40 Abs. 2 Nr. 5 3. Halbsatz SGB II erfolgt auch keine Beitragserstattung durch das BAS bzw. die LKK.

Dies gilt auch, wenn Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 SGB II zwar rechtmäßig parallel durch zwei Jobcenter erbracht wurde, die Monatspauschale jedoch unrechtmäßig bereits mehrfach entrichtet wurde.

Ausnahme/Sonderfall: Bei Personen in beitragsfreien KV-Verhältnissen, z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Mutterschaftsgeld und Elterngeld und Familienversicherten wird zwar kein weiteres KV-Verhältnis im Sinne von § 335 Abs. 1 S. 2 SGB III angenommen; das gilt auch bei Personen in besonderen Gesundheitsfürsorgesystemen (z.B. freie Heilfürsorge), Strafgefangenen und Wehrdienstleistenden. Trotzdem ist auch hier 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.

7.4. Aufhebung der Leistung nach §§ 45, 48 SGB X

Wenn die Aufhebung des Bürgergeldes auf

- § 45 Abs. 2 S. 3 Nr. 1 (Täuschung, Drohung, Bestechung)
- oder Nr. 2 (unrichtige oder unvollständige Angaben) bzw.
- auf § 48 Absatz 1 S. 2 Nr. 2 (Verletzung von Mitteilungspflichten) SGB X

beruht oder beruhen könnte (bei vorläufiger Bewilligung), sind die KV/PV-Beiträge vom Leistungsberechtigten zu erstatten, soweit auch die anderen Voraussetzungen vorliegen.

7.5. Tag der Mitteilung durch den Leistungsberechtigten

Für Zeiten ab 01.01.2016 sind ab dem Tag, an dem die leistungsberechtigte Person ihren gesetzlichen Mitwirkungs- und Mitteilungspflichten nachgekommen ist, die Beiträge vom Leistungsberechtigten nicht mehr zu erstatten. Diese werden auch nicht vom/gegenüber dem BVA bzw. von/gegenüber der LKK erstattet/storniert.

Beispiel: Ausgangssituation: Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II bis 30.04. bewilligt und ausgezahlt, tatsächlicher Anspruch auf Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II bis 31.03., Aufhebung wegen bedarfsdeckender Einkommenserzielung aus Selbständigkeit ab 01.04., Rückforderung Bürgergeld nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II für die Zeit 01.04. bis 30.04.

Variante 1: Mitteilung vom LB über Aufnahme der Tätigkeit am 26.03. (nach Freigabe der passiven Leistungen) → Keine Rückforderung der KV-/PV-Beiträge für die Zeit ab 01.04.

Variante 2: Mitteilung vom LB über Aufnahme der Tätigkeit am 15.04. → Rückforderung der Beiträge für die Zeit ab 01.04. bis 14.04. gegenüber der leistungsberechtigten Person, keine Rückforderung der KV-/PV-Beiträge für die Zeit ab 15.04.
Variante 3: Mitteilung vom LB über Aufnahme der Tätigkeit am 02.05. → Rückforderung der Beiträge für die Zeit vom 01.04. bis 30.04. bei der leistungsberechtigten Person

Für den Zeitraum, für den die Beiträge durch die leistungsberechtigte Person zu ersetzen sind und die Beiträge beim BVA bzw. der 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.

7.6. Rückforderung in Mehr-Personen-BG

In Mehr-Personen-BG, in denen Bürgergeld aufgrund der Einkommenserzielung eines Mitgliedes 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, welche das bedarfsdeckende Einkommen erzielt.
Beispiel: Eine BG besteht aus zwei, in der GKV aufgrund des Bezugs von Bürgergeld versicherungspflichtigen Personen. Aufgrund der Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung durch ein BG-Mitglied wird Bürgergeld vollständig aufgehoben; es kam zu einer Überzahlung der Leistungen für einen Monat. Für die Person, welche die Beschäftigung aufnimmt, liegt ein weiteres KV-Pflichtverhältnis vor, so dass eine Erstattung durch den Leistungsberechtigten hier nicht erfolgt. Eine Erstattung der Beiträge für bzw. durch die weitere Person der BG käme grundsätzlich in Betracht, wenn für diese Person kein weiteres KV-Pflichtverhältnis bzw. ein gesetzl. Anspruch auf Krankenversorgung im Überzahlungszeitraum vorliegt und alle anderen Kriterien vorliegen. Aus Billigkeitsgründen ist jedoch von einer Erstattung abzusehen.

7.7. Verjährung bei Erstattung durch den Leistungsberechtigten

Bei Erstattungen gegenüber dem Leistungsberechtigten sind bezüglich der Verjährungsfristen die Vorschriften des SGB X maßgeblich.

8. Beitragsersatz bei Erstattungsansprüchen

Bei Geltendmachung eines Erstattungsanspruches im Rahmen §§ 102 ff. SGB X ist die SGB II-Bewilligung gegenüber der leistungsberechtigten Person nicht aufzuheben.
Daher hat auch das KV-/PV-Verhältnis Bestand. Das bedeutet, dass eine Korrektur der Versicherungszeiten nicht vorgenommen werden darf. Das gilt auch, wenn die Beiträge aus der Versicherungspflicht wegen Bürgergeldbezug nach § 19 Abs. 1 S. 1 SGB II im Rahmen des Erstattungsanspruches ersetzt werden.

9. Beitragsersatz bei Gewährung von Renten

Wird eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zuerkannt, besteht gegen den Rentenversicherungsträger für den Zeitraum, für den Bürgergeld gewährt wurde, ein Erstattungsanspruch (§ 40a SGB II i.V.m. § 104 SGB X bzw. § 44a Abs. 3 SGB II i.V.m. § 103 SGB X).
Dieser umfasst auch die Aufwendungen zur KV und PV (§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB II i.V.m. § 335 Abs. 2 SGB III).
Ersetzt werden die Beitragsanteile der versicherten Rentnerin/des versicherten Rentners und des Rentenversicherungsträgers, die aus der Rente zu entrichten gewesen wären. Die Höhe der

aufgrund des Bezugs von Bürgergeld gezahlten Beiträge ist unerheblich. Je nach Rentenhöhe können die Beitragsanteile der versicherten Rentnerin/des versicherten Rentners und des Trägers der Rentenversicherung höher sein, als die vom JC geleisteten KV/PV-Beiträge.
In diesen Fällen ist die Erstattung der DRV für die KV/PV dann höher als die vom JC geltend gemachten Beiträge und auch die „Überzahlung“ ist zu vereinnahmen.
Für die Höhe des Beitragsersatzes ist es weiter unerheblich, ob der Erstattungsanspruch das gezahlte Bürgergeld voll umfasst oder aufgrund der Höhe der Rente nur eine teilweise Erstattung des Bürgergeldes erfolgt.

10. Beitragsersatz bei Gewährung von Verletztengeld

Durch § 25 SGB II wird das Verhältnis zwischen dem Anspruch auf Bürgergeld und Verletztengeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) geregelt. Bürgergeld soll, wenn ein Anspruch auf Verletztengeld dem Grunde nach besteht, in der bisherigen Höhe weitergezahlt werden. Durch die Zahlung des Bürgergeldes erfüllt der Leistungsträger die Leistungsverpflichtung von der GUV. Anzuwenden ist die Erstattungsregelung des § 102 SGB X. Danach ist der zur Leistung verpflichtete Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein Leistungsträger aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den vorleistenden Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften (§ 102 Abs. 2 SGB X).
Die KV-/PV- Beiträge sind durch den Unfallversicherungsträger in Höhe der Bürgergeld–Beiträge voll an das JC zu erstatten.

11. Sonstige Erstattungs- und Ersatzansprüche

Besteht ein Erstattungsanspruch wegen der vorrangigen Gewährung sonstiger, der KV-/PV-Pflicht unterliegenden Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld I), sind die überzahlten Beiträge nicht im Rahmen des Erstattungsanspruches geltend zu machen. Dies entspricht dem Gedanken des Pauschalbeitrags, da für sonstige versicherungspflichtige Leistungen keine Bereinigung der beitragspflichtigen Einnahmen des Bürgergeld-Bezuges erfolgt.
Auch eine anderweitige Geltendmachung (z.B. Absetzung vom BVA oder Rückforderung vom Leistungsberechtigten) ist ausgeschlossen.

Freigegeben am/durch:
23.05.2024

gez. Oberdieck

redaktionelle Änderung: 30.01.2025 (Friedrichs)
Hinweise zum neuen Fachverfahren OPEN eingefügt