

Kapitel 6 | Wie sind Bezieher von Bürgergeld kranken- und pflegeversichert?

Wenn Sie als erwerbsfähige Person Bürgergeld (§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB II) beziehen, sind Sie in der Regel in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) und der sozialen Pflegeversicherung (§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB XI) pflichtversichert. Kinder ab dem 15. Geburtstag gelten als erwerbsfähig und sind ebenfalls versicherungspflichtig. Sie werden eigenständige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse, die sie frei wählen können.

Die Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden für Pflichtversicherte allein vom Jobcenter getragen und direkt an die Krankenkasse abgeführt. Dies gilt auch für den individuellen Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Nicht versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zum Beispiel Personen, die Bürgergeld nur als Darlehen oder das Bürgergeld für Nichterwerbsfähige (§ 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II) erhalten, oder Personen, die vor dem Bezug von Bürgergeld zuletzt privat krankenversichert waren (siehe unten).

Für Kinder unter 15 Jahren und verheiratete nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte besteht in der Regel ein Anspruch auf die kostenlose Familienversicherung (§ 10 SGB V), wenn die Eltern beziehungsweise die Ehegatten gesetzlich versichert sind. Der Antrag auf Familienversicherung ist bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen.

Im Übrigen besteht für Leistungsberechtigte, die nicht über den Bezug von Bürgergeld versicherungspflichtig sind, oftmals ein Anspruch auf einen monatlichen „Zuschuss zu den Beiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung“ (§ 26 SGB II). Der Zuschuss steht auch Personen zu, die *allein* aufgrund ihrer Beiträge zur Kranken- oder Pflegeversicherung hilfebedürftig werden.

Beispiel: Frau F. und ihr erwerbsloser Partner, dessen Arbeitslosengeld aus der Arbeitslosenversicherung endet, leben in einer eheähnlichen Gemeinschaft. Frau F. verdient als Angestellte gerade so gut, dass sie und ihr Partner nicht hilfebedürftig sind. Da eine Familienversicherung für den Partner von Frau F. nicht möglich ist, muss sie auch für seine Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung aufkommen. Wird die Bedarfsgemeinschaft allein durch die Zahlung dieser Beiträge hilfebedürftig, erhält sie auf Antrag einen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen. Der Zuschuss wird in der Höhe gezahlt, die notwendig ist, um die Hilfebedürftigkeit zu vermeiden.

Zuschuss für privat Kranken- und Pflegeversicherte

Leistungsberechtigte, die vor dem Bezug von Bürgergeld zuletzt privat krankenversichert waren, sind während des Bezugs von Bürgergeld für Erwerbsfähige von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungspflicht ausgenommen (§ 5 Abs. 5a SGB V). Sie sind weiterhin kranken- und pflegeversicherungspflichtig bei einem privaten Versicherungsunternehmen (§ 193 Abs. 3 VVG, § 23 SGB XI).

Die Jobcenter berücksichtigen als Bedarf für die **private Krankenversicherung** nur die Kosten bis zur Höhe des hälftigen Beitrags im sogenannten Basistarif (§ 26 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 SGB II). Das sind im Jahr 2023 maximal 404 Euro im Monat (gerundet). Der Basistarif orientiert sich am

Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Höhe des Beitrags im Basistarif wird für jeden Versicherten individuell bestimmt und darf im Jahr 2023 den Betrag von 807,98 Euro im Monat nicht überschreiten.

Gut zu wissen:

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, ihren Mitgliedern, die hilfebedürftig im Sinne des SGB II sind oder durch die Zahlung eines Krankenversicherungsbeitrags in Höhe des individuellen Basistarifs hilfebedürftig werden, den hälftigen Beitrag im Basistarif anzubieten (§ 152 Abs. 4 VAG). Zum Nachweis der Hilfebedürftigkeit legen Sie Ihrem Versicherer eine Bestätigung des Jobcenters vor, die den Eintritt der Hilfebedürftigkeit ohne diese Halbierung bescheinigt.

Ein Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in der genannten Höhe wird auch dann gezahlt, wenn Sie nicht in den Basistarif wechseln. Ist Ihr aktueller Tarif jedoch günstiger als der hälftige Beitrag im Basistarif, bildet dieser die Obergrenze für den Zuschuss.

Gut zu wissen:

Sind Sie aufgrund von Hilfebedürftigkeit – oder um Bedürftigkeit zu vermeiden – nach dem 15. März 2020 in den Basistarif gewechselt, haben Sie das Recht, in Ihren ursprünglichen Tarif zurückzukehren, ohne dass Sie erneut eine Gesundheitsprüfung mit dem Risiko der Beitragserhöhung in Kauf nehmen müssen. Bedingung ist, dass Sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel in den Basistarif die Hilfebedürftigkeit wieder überwinden und innerhalb einer Frist von drei Monaten danach den Wunsch zur Rückkehr in den alten Tarif beim Versicherer schriftlich anzeigen (§ 204 Abs. 2 VVG).

Die Beiträge für eine **private Pflegeversicherung** werden vom Jobcenter bis zur Hälfte des Höchstbetrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung übernommen (§ 26 Abs. 3 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 SGB II). Das sind im Jahr 2023 bis zu 76,06 Euro im Monat. Die Versicherungsunternehmen dürfen höchstens einen Beitrag in dieser Höhe in Rechnung stellen, wenn privat Versicherte im Basistarif versichert sind und ihr Beitrag aufgrund von Bedürftigkeit gemindert wurde (§ 110 Abs. 2 Satz 3 und Satz 4 SGB II). Sollte der von Ihnen aktuell gezahlte Tarif für die private Pflegeversicherung jedoch günstiger sein, bildet dieser die Obergrenze für den Zuschuss.

Die Zuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung werden vom Jobcenter direkt an das private Versicherungsunternehmen gezahlt (§ 26 Abs. 5 SGB II).