

Krankenversicherung und Beitragsübernahme

§ 32 SGB XII Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung

(1) Angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung sind als Bedarf anzuerkennen, soweit Leistungsberechtigte diese nicht aus eigenem Einkommen tragen können. Leistungsberechtigte können die Beiträge so weit aus eigenem Einkommen tragen, wie diese im Wege der Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 abzusetzen sind. Der Bedarf nach Satz 1 erhöht sich entsprechend, wenn bei der Einkommensbereinigung für das Einkommen geltende Absetzbeträge nach § 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 bis 6 zu berücksichtigen sind.

(2) Bei Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung

1. nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte pflichtversichert sind,
2. nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches oder nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte weiterversichert sind,
3. als Rentenantragsteller nach § 189 des Fünften Buches als Mitglied einer Krankenkasse gelten,
4. nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 des Fünften Buches oder nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte freiwillig versichert sind oder
5. nach § 188 Absatz 4 des Fünften Buches oder nach § 22 Absatz 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte weiterversichert sind,

gilt der monatliche Beitrag als angemessen.

(3) Bei Personen, denen Beiträge nach Absatz 2 als Bedarf anerkannt werden, gilt auch der Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches als angemessen.

(4) Bei Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind angemessene Beiträge nach den Sätzen 2 und 3 anzuerkennen. Angemessen sind Beiträge

1. bis zu der Höhe des sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ergebenden halbierten monatlichen Beitrags für den Basistarif, sofern die Versicherungsverträge der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, oder
2. für eine Absicherung im brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Absatz 2a des Fünften Buches in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung.

Ein höherer Beitrag kann als angemessen anerkannt werden, wenn die Leistungsberechtigung nach diesem Kapitel voraussichtlich nur für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten besteht. Im begründeten Ausnahmefall kann auf Antrag ein höherer Beitrag auch im Fall einer Leistungsberechtigung für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten als angemessen anerkannt werden, wenn vor Ablauf der drei Monate oder bereits bei Antragstellung davon auszugehen ist, dass die Leistungsberechtigung nach diesem Kapitel für einen begrenzten, aber mehr als drei Monate andauernden Zeitraum bestehen wird.

(5) Bei Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung nach

1. den §§ 20 und 21 des Elften Buches pflichtversichert sind oder
2. § 26 des Elften Buches weiterversichert sind oder
3. § 26a des Elften Buches der sozialen Pflegeversicherung beigetreten sind,

gilt der monatliche Beitrag als angemessen.

(6) Bei Personen, die gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 des Elften Buches versichert sind oder nach § 26a des Elften Buches der privaten Pflegeversicherung beigetreten sind, gilt bei Versicherung im brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Absatz 2a des Fünften Buches in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung der geschuldete Beitrag als angemessen, im Übrigen höchstens jedoch bis zu einer Höhe des nach § 110 Absatz 2 Satz 3 des Elften Buches halbierten Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung. Für die Höhe des im Einzelfall angemessenen monatlichen Beitrags gilt Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend.

Vorabinformation: Diese Hinweise ergänzen und beinhalten in Teilen die auch in Anlage befindlichen Hinweise des BMAS vom 23.11.2021 aus dem Rundschreiben Nr. 2021/9 zu § 27 b Abs.1 SGB XII und sind damit auch im Bereich des Personenkreises nach dem 4.Kapitel SGB XII verbindlich anzuwenden
“

Inhaltsverzeichnis:

1. Grundsätzliches zur gesetzlichen Krankenversicherung.....	3
2. Obligatorische Anschlussversicherung in der GKV (ab 01.08.13)	4
3. Rückkehrversicherungspflicht in der GKV.....	5
3.1 Allgemeines	5
3.2 Beginn bzw. Ende der Rückkehrpflichtversicherung.....	5
3.3 Pflegeversicherung für Rückkehrer in der GKV:	6
3.4 Beitragshöhe der Rückkehrpflichtversicherung GKV:	6
4. Private Versicherung und deren Beiträge.....	7
4.1 Basistarif für Rückkehrer in die PKV	7
4.2 Beitragsübernahme einer Versicherung in der PKV:	7
4.3 Leistungsumfang PKV / Wartezeiten.....	8
5. Übernahme der Beiträge der gesetzlichen oder privaten Kranken- (und Pflege-)	8
versicherung	8
5.1 Allgemeines	8
5.2 Angemessenheit von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung.....	10
5.3 Berücksichtigung von Beitragsanpassungen	12
5.4. Besondere Regelung für Beitragsübernahme PKV:	12
5.5 Pflegeversicherungsbeitrag für Rückkehrer in die PKV	12
5.6 Beitragsrückstände PKV.....	12

Vorabinformation: Diese Hinweise ergänzen und beinhalten in Teilen die auch in Anlage befindlichen Hinweise des BMAS vom 09-09-2021 aus dem Rundschreiben Nr. 2021/4 und sind damit auch im Bereich des Personenkreises nach dem 4.Kapitel SGB XII verbindlich anzuwenden

1. Grundsätzliches zur gesetzlichen Krankenversicherung

Versicherungsansprüche in der gesetzlichen Versicherung ergeben sich aus den Bestimmungen des § 5 (Pflichtversicherung), § 9 (freiwillige Versicherung) und § 10 (Familienversicherung) sowie des § 188 Abs.4 SGB V (obligatorische Anschlussversicherung). Wenn eine vermeintlich nicht (mehr) krankenversicherte Person einen Antrag auf Gewährung von Krankenhilfe nach dem SGB XII stellt, ist zunächst im Rahmen des Nachrangs in nachstehender Reihenfolge zu prüfen:

1. Besteht durch Familienangehörige wieder bzw. noch ein beitragsfreies Familienversicherungsverhältnis nach § 10 SGB V, z.B. als volljähriges behindertes Kind analog lebenslangem Kindergeldbezug? Dies ist der Krankenkasse der stammversicherten Person (z.B. des - auch getrennt lebenden – Ehepartners, einem Elternteil) von der Hilfe suchenden Person unverzüglich anzuzeigen.
2. Besteht eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner – KVdR- (z.B. als Rentenantragsteller/in) nach § 5 Abs.1 Nr.11 SGB V, bei Erfüllung der dort benannten Vorversicherungszeiten? (9/10 der zweiten Hälfte des Erwerbslebens. Fehlen nur einzelne Monate, empfiehlt sich die Nachprüfung der Fehlzeiten)
3. Wird eine Halb- oder Vollwaisenrente bezogen? Dann besteht ab 01.01.2017 eine beitragsfreie Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11b SGB V. Die Beitragsfreiheit endet bei Erreichen der Altersgrenze nach § 10 SGB V analog der Altersgrenze für Familienversicherung. Die Versicherungspflicht kommt nicht in Betracht, wenn der Rentenbezieher vor Antragstellung privat versichert war.
4. Besteht ein Anspruch auf freiwillige Weiterversicherung? Die Vorversicherungszeiten müssen erfüllt sein (§ 9 Abs.1 SGB V) und innerhalb von drei Monaten nach Ausscheiden aus dem bisherigen Pflichtversicherungsverhältnis muss ein Antrag bei der bisherigen Krankenkasse gestellt werden. Oder ein Schwerbehindertenausweis mit einem GdB > 50 wurde innerhalb der letzten 3 Monate ausgestellt, die Person ist unter 45 Jahren alt und kann über sich selbst oder die Eltern noch Vorversicherungszeiten ableiten (siehe § 9 Abs.1 Nr.4 SGB V, innerhalb der letzten 5 Jahre 36 Monate).
5. Ist die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs.4 SGB V eingetreten; z.B. bei Personen, die die Vorversicherungszeiten nicht erfüllt haben oder die Frist für den Antrag auf freiwillige Weiterversicherung versäumt haben (Voraussetzungen siehe unter 2.)?
6. Besteht ein Rückkehrpflichtversicherungsverhältnis nach § 5 Abs.1 Nr.13 SGB V (Voraussetzungen siehe unter 3.)?
7. Besteht die Möglichkeit eines Antrages auf Aufnahme / Rückkehr in eine Private Krankenversicherung (PKV) im Standardtarif (Voraussetzungen siehe unter 4.)?

Nicht versicherungspflichtig sind bzw. bleiben Empfänger/innen von Leistungen des Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitels des SGB XII, die bereits über § 264 SGB V betreut werden, solange der Hilfebezug nicht mindestens für einen Monat unterbrochen wird (für alle Hilfen). Diese gelten als anderweitig abgesichert, d.h. der Sozialhilfeträger muss hier über § 264 SGB V oder §§ 48 ff. SGB XII weiterhin leisten (siehe aber 3.2).

Neufälle auf Hilfen nach § 264 SGB V oder § 48 ff. SGB XII, d.h. Personen, die nicht unter die oben genannte Aufzählung fallen, sind wegen der obligatorischen Anschlussversicherung oder der Rückkehrpflichtversicherung so gut wie ausgeschlossen. Ausgenommen sind z.B. Zuzüge nach Wuppertal von bisher nach § 264 SGB V betreuten Personen, die weiter in der § 264 SGB V Betreuung verbleiben. Siehe auch Handbuchhinweis zu §§ 47 ff. SGB XII und § 264 SGB V.

Bei Neuanträgen auf Leistungen nach 3.-9. Kapitel SGB XII ist unbedingt unverzüglich der Krankenversicherungsstatus anhand der obigen Aufstellung zu prüfen und zu dokumentieren. In Anlage 1 und 2 sind Übersichten mit den erforderlichen Prüfschritten für deutsche und EU-

Bürger/innen sowie für Personen aus Drittstaaten aufgeführt. Ggf. sind die erforderlichen Anträge bzw. Anzeigen für eine freiwillige Weiterversicherung bzw. die obligatorische Anschlussversicherung (in WebDialog) schriftlich aufzunehmen und an die Krankenkasse weiter zu leiten; ggf. zusammen mit einer Beitragsübernahmebestätigung und es ist eine Kopie zur Akte zu nehmen.

Daneben lohnt es sich u.U., bei fehlender Vorversicherungszeit für die KVdR nochmals die fehlenden Versicherungsmonate zu hinterfragen und ggf. über ein Verfahren nach § 44 SGB X neu bei der Krankenkasse feststellen zu lassen. Ggf. bestanden noch bisher nicht eingetragene Mitgliedschaftszeiten im EU Ausland oder als Familienversicherter bei anderen Krankenkasse, die die letzte Krankenkasse u.U. nicht archiviert hat.

Wichtig: Beitragsrückstände in allen Versicherungsverhältnissen sowohl bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch bei der privaten Krankenversicherung können nicht zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Dies gilt ab 01.01.09 auch bei den privaten Krankenversicherten (siehe unter 5.5). Rückstände, die ohne Verschulden des Sozialhilfeträgers entstanden sind, sind auch nicht im Rahmen des SGB XII zu übernehmen. Als Folge von drei oder mehr rückständigen Monatsbeiträgen sind die Krankenkassen nach § 16 Abs.3 a SGB V bzw. § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) allerdings nur noch verpflichtet, das medizinisch unbedingt Notwendige (vergleichbar mit Leistungen nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz - AsylbLG) zu erbringen. Eine Erweiterung dieser „Nothilfe“ über §§ 48 ff, 34, 73 o.ä. SGB XII ist nicht vorgesehen, zumal bei Bezug von SGB XII Leistungen der volle Versicherungsschutz -unabhängig von der Rückstandshöhe - wiederauflebt. Der/die Leistungsberechtigte ist jedoch dahingehend zu beraten, dass ein Antrag auf Stundung, Niederschlagung oder Erlass der Beitragsschulden bei der Krankenkasse gestellt werden sollte.

2. Obligatorische Anschlussversicherung in der GKV (ab 01.08.13)

Für Personen, die nach dem 01.08.13 nahtlos nach Beendigung ihrer bisherigen gesetzlichen Versicherung (egal ob Pflicht- oder Familienmitgliedschaft) keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz nachweisen können und nicht nahtlos im SGB XII Bezug stehen, greift die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs.4 SGB V kraft Gesetz, sofern sie sich nicht innerhalb von 3 Monaten um eine freiwillige Weiterversicherung kümmern. Diese ähnelt damit stark der Rückkehrpflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr.13 SGB V. Die Erfüllung von Vorversicherungszeiten ist nicht erforderlich. D.h., dass zum einen Personen, die

- die Vorversicherungszeiten für eine freiwillige Versicherung nicht erfüllt haben oder
- die Vorversicherungszeiten für eine freiwillige Weiterversicherung zwar erfüllt haben, aber die 3 monatige Antragsfrist versäumt haben

kraft Gesetz weiter krankenversichert sind. Dies tritt jedoch nicht ein, wenn sie der Krankenkasse innerhalb von 2 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Krankenkasse über die Beendigung der bisherigen Versicherung erklären, dass sie dort austreten wollen und eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachweisen. Für den Nachweis zählen z.B. eine Familienversicherung, eine private Krankenversicherung oder die Krankenversorgung in der Haft oder die Beihilfeberechtigung oder der Bezug von SGB XII-Leistungen. D.h., dass die Personen, die nahtlos im Anschluss an ihr bisheriges Versicherungsverhältnis in den Bezug von SGB XII Leistungen gelangen, nicht in die obligatorische Anschlussversicherung aufgenommen werden können. Sofern aber die Vorversicherungszeiten erfüllt sind, haben diese Personen

einen Anspruch auf reguläre freiwillige Weiterversicherung nach § 9 SGB V. Ein entsprechendes Antrags- bzw. Anzeigeformular an die Krankenversicherung ist als Druckvorlage in Anlage 3 vorhanden. Dieses ist der letzten Krankenversicherung zu übersenden, bei der der Betroffene regulär versichert war.

Die Personen sind kraft Gesetz mit ihren Einkünften zum Lebensunterhalt in derselben Höhe beitragspflichtig wie regulär freiwillig versicherte Personen oder Personen nach § 5 Abs.1 Nr.13 SGB V (siehe 3.4).

3. Rückkehrversicherungspflicht in der GKV

3.1 Allgemeines

Seit dem 01.04.07 sind die meisten der vermeintlich Nichtversicherten, die zuletzt einmal Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse waren, dort wieder versicherungs- und beitragspflichtig (§ 5 Abs.1 Nr.13 SGB V sog. Rückkehrpflichtversicherung, auch Auffangpflichtversicherung oder Bürgerversicherung genannt).

Hiervon ausgenommen sind Personen, die:

- vor dem 01.08.13 nahtlos an das bisherige Versicherungsverhältnis bereits laufende Leistungen nach dem 3. bzw. 4. Kapitel des SGB XII bezogen haben, damit also grundsätzlich der § 264 SGB V Betreuung unterliegen, soweit deren laufender Hilfebezug nicht für mindestens einen Monat unterbrochen bzw. eingestellt wurde / wird.
- Empfänger/innen von Leistungen nach § 2 AsylbLG sind,
- Ansprüche auf freie Heilfürsorge haben,
- beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
- bereits über einen Vollschutz in der privaten Krankenversicherung (PKV) verfügen,
- ausländische Staatsangehörige sind und unter die im Folgenden benannten Ausschlussstatbestände des § 5 Abs. 11 SGB V fallen:

- Staatsangehörige von Nicht-EU Staaten (ausgenommen Schweiz) mit Aufenthaltserlaubnis unter 12 Monaten oder vorliegender Verpflichtung für die Sicherstellung des Lebensunterhaltes nach § 5 Abs.1 Nr.1 Aufenthaltsgesetz

oder

- EU-Bürger/innen oder Schweizer/innen, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist (sogenannte inaktive EU-Bürger, die nicht zur Arbeitssuche und nicht zwecks Zuzug zu zum mindj. Kind oder Ehepartner nach Deutschland eingewandert sind)

oder

- dem Grunde nach Berechtigte nach dem §§1, 4 AsylbLG

Bei Zweifeln zum Status sollte die Ausländerbehörde angefragt werden.

3.2 Beginn bzw. Ende der Rückkehrpflichtversicherung

Das Rückkehrpflichtversicherungsverhältnis ist der Krankenkasse vom Betroffenen selbst anzuzeigen, obwohl der Beginn kraft Gesetz und nicht auf Antrag eintritt. Für Neufälle, die aus dem bisherigen gesetzlichen Versicherungsschutz fallen, greift ab 01.08.13 die unter 2. genannte obligatorische

Anschlussversicherung. Für alle anderen, also in der Regel für Personen, die vor dem 01.08.13 aus der gesetzlichen Krankenversicherung gefallen sind, beginnt die (Rückkehr-)Mitgliedschaft mit dem Beginn des ersten Tages seit Wegfall des bisherigen gesetzlichen Schutzes. Es besteht kein Kassenwahlrecht; maßgeblich ist die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestanden hat. Im Zweifelsfall kann im Wege der Amtshilfe die

Servicestelle der Deutschen Rentenversicherung um Mitteilung des letzten Krankenversicherungspflichtverhältnisses gebeten werden. Zeigt der/die Rückkehrversicherte aus Gründen, die er/sie nicht zu vertreten hat, das Bestehen der Pflichtmitgliedschaft erst später an, kann die Krankenkasse den seit dem gesetzlichen Eintritt nachzuzahlenden Versicherungsbeitrag ermäßigen, stunden oder ganz von der Beitreibung absehen. Versicherungspflichtig werden **auch** Personen, die bislang **weder** in der GKV versichert waren **noch** der PKV angehörten. Sie erhalten ebenfalls Zugang zu einer Krankenversicherung. Es handelt sich vorwiegend um eine Regelung für Personen - insbesondere Ausländer/innen -, die ihren Wohnsitz erstmalig in Deutschland begründen. Diese können sich an eine der Versicherungen (GKV oder PKV) wenden, deren System sie grundsätzlich zuzuordnen wären, in dem jeweiligen System können sie ihre Kasse frei wählen. Dies gilt jedoch nicht für Ausländer/innen, die unter die o.g. Ausschlusstatbestände fallen.

Eine Beendigung der Rückkehrpflichtversicherung tritt weder bei Beitragsrückständen noch durch einen erstmaligen oder erneuten Leistungsbezug von Hilfen nach dem 3., 4., 6. oder 7. Kapitel SGB XII ein (§ 190 SGB V). Nur ein neuer, anderer Pflichtversicherungstatbestand (wg. Arbeitsaufnahme etc.), ein neuer Familienversicherungsanspruch oder ein Wegzug ins Ausland lässt die Rückkehrpflichtversicherung entfallen.

3.3 Pflegeversicherung für Rückkehrer in der GKV:

Mit dem Beginn der Rückkehrpflichtversicherung ist auch die Aufnahme in die gesetzliche Pflegeversicherung verbunden. Ansprüche aus der Pflegeversicherung erwachsen jedoch erst nach Ablauf einer 2-jährigen Wartezeit (d.h. 24 Monate Beitragszeiten müssen innerhalb der letzten zehn Jahre vor Antragstellung auf Pflegeleistungen zusammengekommen sein, siehe § 33 SGB XI).

3.4 Beitragshöhe der Rückkehrpflichtversicherung GKV:

Für die Rückkehrversicherten mit Bedürftigkeit nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII gilt – wie für freiwillig Weiterversicherte - eine Bemessung der Versicherungsbeiträge und Zusatzbeiträge nach einem pauschalen Einkommen in Höhe des 2,67fachen Betrages der Regelbedarfsstufe 1. Die aktuellen Beitragshöhen für die „großen“ Krankenkassen können der Aufstellung „Auf einen Blick“ entnommen werden.

Bei allen Rentnern/Rentnerinnen, die nach dem 01.04.07 erstmalig eine Rente beziehen und die Vorversicherungszeiten für die KVdR (s. unter 1.) nicht erfüllt haben, führt der Rententräger automatisch einen prozentualen Beitragsanteil aus der Rente an die Krankenkasse ab, den Rest, bis Erreichung der o.g. pauschalierten Beitragshöhe, muss die betroffene Person aus ihren sonstigen Einkünften erbringen. D.h. bei Leistungsberechtigten nach dem SGB XII ist dieser eigene Beitragsanteil als Bedarf bzw. Einkommensabsetzung anzuerkennen. Die Höhe ergibt sich aus dem jeweiligen Beitragsbescheid der Krankenkasse.

Zur Beitragsübernahme im SGB XII generell, siehe 5.

4. Private Versicherung und deren Beiträge

4.1 Basistarif für Rückkehrer in die PKV

Nichtversicherte, die zuletzt privat versichert waren oder der PKV zuzuordnen sind (also z.B. Selbständige ohne bisherigen Schutz in der GKV oder PKV), müssen sich seit dem 01.01.2009 in einem Basistarif (ohne Risikoprüfung) der privaten Krankenversicherung versichern. Siehe auch Anlagen 1 und 2 mit den Prüfschritten für deutsche und EU Bürgerinnen bzw. Personen aus Drittstaaten.

Das gleiche gilt für die Fälle, in denen eine Leistungsunterbrechung der Hilfen nach dem 3., 4., 6. und/oder 7. Kapitel SGB XII, § 2 AsylbLG für mindestens einen Monat eingetreten ist und diese Person der privaten KV zu zurechnen ist.

Hiervon ausgenommen sind Personen, die:

- bereits am 01.01.2009 Leistungen nach dem 3., 4., 6. und/oder 7. Kapitel des SGB XII bezogen haben, damit also grundsätzlich der § 264 SGB V Betreuung unterlagen, soweit deren laufender Hilfebezug nicht für mindestens einen Monat unterbrochen bzw. eingestellt wurde / wird,
- Empfänger/innen von Leistungen nach § 2 AsylbLG sind,
- Ansprüche auf freie Heilfürsorge haben,
- beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
- in der gesetzlichen Krankenversicherung (familien-) krankenversichert oder versicherungspflichtig sind.

Das Recht auf eine Krankheitsvollversicherung im Basistarif ist in einer frei wählbaren PKV geltend zu machen. Für jedes betroffene Familienmitglied muss - anders als in der GKV - ein eigenes Versicherungsverhältnis abgeschlossen werden. Das Versicherungsverhältnis im Basistarif ist ohne Selbstbehalt abzuschließen. Die Versicherungsleistungen beginnen jedoch erst mit Datum der tatsächlichen Antragstellung. Sollte die betroffene Person einen besseren Versicherungsschutz als den im Basistarif wünschen, hat sie evt. Beitragsdifferenzen zwischen Basistarif und normalem Vollschutztarif inkl. etwaiger Selbstbehalte selber zu tragen.

Für Beihilfeberechtigte, die einen bestimmten Prozentsatz der Krankenhilfaufwendungen über die jeweilige Beihilfestelle ersetzt bekommen, besteht die Pflicht, sich über die prozentualen Restkosten im Basistarif abzusichern. Dies gilt nicht für Mitglieder der KVB (Krankenversorgung der Bahn) oder Postbeamtenkrankenkassenmitglieder mit dem Status B. Diese Absicherungen sind sogenannte Krankenvollversicherungen anderer Art; etwaige Eigenanteile nach Anwendung der jeweiligen Härtefallklauseln sind ggf. als Krankenhilfe nach § 48 SGB XII zu übernehmen.

Weigert sich eine betroffene Person von der Möglichkeit des Abschlusses eines privaten Versicherungsvertrages Gebrauch zu machen, ist ein Ablehnungsbescheid für eine beantragte Hilfe nach §§ 48 ff. SGB XII unter Verweis auf § 2 SGB XII zu fertigen. Für den Fall, dass mangels Abschluss eines Versicherungsvertrages nach Erteilung des Ablehnungsbescheides dennoch Hilfe nach §§ 48 SGB XII notwendig werden sollte (z.B. nach § 25 SGB XII), ist im Ablehnungsbescheid ein Hinweis auf eine mögliche Kostenersatzpflicht nach § 103 SGB XII aufzunehmen. Dieser kann aber nur für Krankenhilfeleistungen geltend gemacht werden, die - von Antragstellung an gerechnet - tatsächlich anfallen.

4.2 Beitragsübernahme einer Versicherung in der PKV:

Zur Berücksichtigung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung als Bedarf gilt dem Grunde nach das Selbe, wie bei den Beiträgen für die gesetzliche Krankenversicherung. Neben der Höhe der Angemessenheit der Beiträge ist jedoch zu prüfen, dass die Versicherungsverträge der Versicherungspflicht nach § 193

Absatz 3 VVG genügen, also eine Krankheitskostenversicherung beinhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlungen umfasst.

Um die Bezahlbarkeit zu gewährleisten, darf ein Beitrag die Basistarifhöhe für jede einzelne Person (KV 807,98 € monatlich, PV 152,12 € monatlich; Stand 01.01.23) nicht überschreiten. Der Beitrag kann aber u.U., abhängig vom Eintrittsalter, auch viel niedriger sein. Werden Versicherte durch die Beitragzahlung hilfebedürftig nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII, reduziert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte (d.h. auf 403,99 € plus PV 76,06 € mtl. Stand 01.01.23). Beiträge für den Basistarif und den damit vergleichbaren brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs.2a SGB V (i.d.F. bis 31.12.2008) gelten generell als angemessen. Aufwendungen, die sich aufgrund eines vertraglich - meist zur Senkung der monatlichen Beitragshöhe - vereinbarten **Selbstbehalts** in der privaten Krankenversicherung ergeben, können nicht als Bedarf nach Absatz 4 anerkannt werden, da es sich hierbei nicht um Versicherungsbeiträge handelt. Prämienzuschläge für einen verspäteten Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach § 193 Absatz 4 VVG können nicht als Bedarf nach Absatz 4 anerkannt werden. Zur Übernahme und zum Pflegeversicherungsbeitrag siehe unter 4.3 und 5.4 und 5.5.

Eine Pflicht zum Wechsel in den Basistarif oder Standardtarif besteht auch bei Leistungsbezug nicht. Privat Krankenversicherte können während des Leistungsbezugs in ihrem bisherigen Versicherungstarif versichert bleiben oder in den Basistarif bzw. ggf. in den Standardtarif ihres Versicherers wechseln. Leistungsberechtigte Personen sind auf mögliche leistungsrechtliche Folgen eines Wechsels ebenso hinzuweisen, wie auf die Folgewirkungen eines Verbleibens im bisherigen Tarif, wenn der zu zahlende Beitrag höher als der hälftige Beitrag im Basistarif oder im Standardtarif liegt. In diesem Fall ist nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 3 bzw. Satz 4 nur zeitlich begrenzt zulässig (siehe hierzu die in der Länge befindlichen Hinweise des BMAS unter Punkt 32.4.3/4. Ggf. ist die leistungsberechtigte Person auf Beratungsangebote eine vollständige Berücksichtigung dieser Beiträge als Bedarf der privaten Krankenversicherungsunternehmen hinzuweisen.

4.3 Leistungsumfang PKV / Wartezeiten

Im Basistarif der PKV werden die Krankheitskosten von den privaten Kassen in gleichem Umfang erbracht, wie im Krankenschutz für gesetzlich Versicherte nach dem SGB V. Die Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte) rechnen mit den PKV über die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bzw. die Krankenhäuser direkt mit der PKV ab. Für Arzneimittel und andere Heil-

oder Hilfsmittel besteht eine Vorleistungspflicht der Versicherten mit nachträglicher Kostenerstattung durch die PKV. Ggf. ist dafür über die Sozialhilfe nach § 48 SGB XII in Vorleistung zu treten, um dann die Ansprüche auf Erstattung der Arzneimittelkosten nach § 93 SGB XII überzuleiten. Hierbei ist zunächst der Einkommens- und Vermögenseinsatz genau zu prüfen. Weitere Informationen insbesondere über den Basistarif und den Leistungsumfang z.B. bei zahnärztlicher Behandlung etc. siehe Broschüre in der Anlage.

Ansprüche aus der Pflegeversicherung erwachsen - wie in der GKV - erst nach Ablauf einer 2-jährigen Beitragszeit.

5. Übernahme der Beiträge der gesetzlichen oder privaten Kranken- (und Pflege-) versicherung

5.1 Allgemeines

Sofern es sich nicht um anspruchsberechtigte Personen nach dem SGB II handelt (ALG II, Sozialgeld) sind bei Bedürftigkeit nach § 19 Abs. 1 (i.V.m. § 42 Nr. 4) SGB XII Kranken-, Pflegeversicherungs- und Zusatzbeiträge als Pflichtleistung anzuerkennen für

- freiwillig Weiterversicherte im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V,
- Personen in der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs.4 SGB V
- (Rückkehr-)Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- (Rückkehr-)Pflichtversicherte oder freiwillig weiterversicherte Landwirte i.S.d. §§ 2,6 KV Landwirte für Rentenantragsteller/innen, die nach § 189 SGB V versicherungspflichtig sind (d.h., die die Vorversicherungszeit für die KV erfüllen). Wichtig: hier ist aber grundsätzlich weiterhin nur die übliche Garantieerklärung an die Krankenkassen abzugeben und bis zur Rentenentscheidung kein laufender Beitrag zu leisten).

Liegt keine Pflichtleistung vor, können Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge anerkannt werden, sofern die Beiträge angemessen sind

- für eine private Krankenversicherung (bei dem Standardtarif der PKV, insbesondere für Rückkehrversicherte, ist generell von einer Angemessenheit auszugehen, siehe unter 4.3)

oder

- für freiwillige Versicherungsverhältnisse nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 - 8 SGB V, wenn die Hilfebedürftigkeit nur von kurzer Dauer ist.

Die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind zunächst vorrangig im Rahmen der Einkommensbereinigung nach § 82 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB XII vom Einkommen abzusetzen und erst soweit eine Berücksichtigung in der Einkommensbereinigung nicht in vollem Umfang möglich ist, wird der verbleibende Restbetrag als Bedarf berücksichtigt.

Beispiel 1:

Die leistungsberechtigte Person erzielt kein Einkommen. Die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung können nicht aus dem Einkommen getragen werden und sind daher vollständig als Bedarf zu berücksichtigen.

Bedarf		Einkommen	
Regelsatz nach RBST 1	446,00 €	Einkommen	0,00 €
Unterkunft und Heizung	300,00 €		
Bedarf KV / PV	200,00 €	Anzurechnendes Einkommen	0,00 €
Gesamtbedarf	946,00 €		
Abzüglich Einkommen	0,00 €		
Leistungsanspruch	946,00 €		

Beispiel 2:

Sollte die Summe der angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung vollständig bei der Einkommensbereinigung berücksichtigt werden können, ergibt sich kein nach § 32 anzuerkennender Bedarf.

Bedarf		Einkommen	
Regelsatz nach RBST 1	446,00 €	Einkommen	300,00 €
Unterkunft und Heizung	300,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 1	0,00 €
Bedarf KV / PV	0,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	200,00 €
Gesamtbedarf	746,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 3	0,00 €
Abzüglich Einkommen	100,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 4	0,00 €
Leistungsanspruch	646,00 €		
		Anzurechnendes Einkommen	100,00 €

Beispiel 3:

Sollte die Summe der angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (200 €) nur teilweise bei der Einkommensbereinigung berücksichtigt werden können, ist der verbleibende Restbetrag als Bedarf nach § 32 der Berechnung zugrunde zu legen. Es ist also möglich, dass Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowohl zunächst teilweise in er Einkommensbereinigung als auch anschließend teilweise als Bedarf berücksichtigt werden.

Bedarf		Einkommen	
Regelsatz nach RBST 1	446,00 €	Einkommen	110,00 €
Unterkunft und Heizung	300,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 1	0,00 €
Bedarf KV / PV	90,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	110,00 €
Gesamtbedarf	836,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 3	0,00 €
Abzüglich Einkommen	0,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 4	0,00 €
Leistungsanspruch	836,00 €		
		Anzurechnendes Einkommen	0,00 €

Eine Berücksichtigung der angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung beim Einkommen dürfen der Berücksichtigung von Freibeträgen nach § 82 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 bis 6 rechnerisch nicht entgegenstehen. D.h., dass eine vollständige Berücksichtigung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nur möglich ist, wenn sich der Freibetrag auf das Erwerbseinkommen sowie die Absetzung von Beiträgen zu öffentlichen und privaten Versicherungen vollständig realisieren lässt.

Besteht ein solches Konkurrenzverhältnis werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von der Einkommensbereinigung (§82 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3) in die Bedarfsberücksichtigung verlagert.

Beispiel 4:

Es wird ein Einkommen von 250 € erzielt; der Freibetrag nach § 82 Abs. 3 beläuft sich auf 75 € (30 % des Bruttoeinkommens). Die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung betragen insgesamt 200 €. (165 € KV und 35 € PV) Eine vollständige Berücksichtigung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in der Einkommensbereinigung hätte zur Folge, dass sich der Erwerbseinkommensfreibetrag für die leistungsnachsuchende Person teilweise nicht realisieren würde. Daher ist zunächst der Freibetrag nach § 82 Abs. 3 in voller Höhe (75 €) zu berücksichtigen. Das dann verbleibende Einkommen (175 €) ist um die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu bereinigen. Soweit die Beiträge das Einkommen überschreiten, ist der Restbetrag (25 €) als Bedarf zu berücksichtigen.

Bedarf		Einkommen	
Regelsatz nach RBST 1	446,00 €	Einkommen	250,00 €
Unterkunft und Heizung	300,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 1	0,00 €
Bedarf KV / PV	25,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	175,00 €
Gesamtbedarf	771,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 3	0,00 €
Abzüglich Einkommen	0,00 €	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 4	0,00 €
Leistungsanspruch	771,00 €	Freibetrag (§82 Abs. 3)	75,00 €
		Anzurechnendes Einkommen	0,00 €

5.2 Angemessenheit von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung

Es sind nur angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung anzuerkennen. Gemäß § 32 a Absatz 1 kann für den Monat, für den Grundsicherung erbracht werden soll, auch zeitlich nur der Beitrag als Bedarf anerkannt werden, der für diesen Monat erhoben wird. Die monatlichen Beiträge zu den

gesetzlichen Krankenversicherungsarten, die in Absatz 2 in den Nummern 1 bis 5 abschließend aufgezählt werden, gelten ihrer Höhe nach im Sinne von Absatz 1 Satz 1 stets als angemessen und hinsichtlich der Berücksichtigung der Beiträge als Bedarf besteht kein Ermessen.

Bei folgenden gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnissen gilt der monatliche Beitrag stets als angemessen:

1. Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V oder nach § 2 Abs. 1 Nummer 7 des KVLG 1989 **pflichtversichert** sind,
2. Personen, die nach § 9 Abs. 1 Nummer 1 SGB V oder nach § 6 Abs. 1 Nummer 1 KVLG 1989 **weiterversichert** sind,
3. Personen, die als Rentenantragstellerin oder Rentenantragsteller nach § 189 SGB V als Mitglied einer Krankenkasse **gelten**,
4. Personen, die nach § 9 Abs. 1 Nummer 2 bis 7 SGB V oder nach § 6 Abs. 1 Nummer 2 KVLG 1989 **freiwillig versichert** sind oder
5. Personen, die nach § 188 Abs. 4 SGB V oder nach § 22 Abs. 3 KVLG 1989 **weiterversichert** sind.

Private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung können nicht als Bedarf nach Abs. 2 anerkannt werden. Säumniszuschläge und Mahngebühren können nur dann ausnahmsweise als Bedarf berücksichtigt werden, sofern der Sozialhilfeträger seiner Verpflichtung zur Beitragsübernahme bzw. Anerkennung der Beiträge nicht oder nicht zeitgerecht nachgekommen ist.

Bei der Prüfung ist der Bedarf an Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung (über § 42 Nr. 4 SGB XII) maßgeblich. Berechtigte auf Leistungen nach dem SGB II (ALG II, Sozialgeld) sind an das Jobcenter zu verweisen, denn hier gilt die Ausschlussbestimmung des § 21 SGB XII.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden nach den Satzungen der Versicherungen zwar erst am 15. des Folgemonats fällig und sind aber seit 01.01.16 gem. § 32 a SGB XII bereits in dem Monat, für den der Beitrag zu zahlen ist, als sozialhilferechtlicher Bedarf anzuerkennen und nicht erst im Folgemonat. Dies ist nur bei Neufällen, sowie in Bestandsfällen bei Beitragserhöhungen ab 01.01.16 zur berücksichtigen.

Wenn die Beiträge nach entsprechend festgestellter Bedürftigkeit vollständig zu übernehmen sind, sollten diese zur Vermeidung von Beitragsrückständen direkt an die Krankenkasse überwiesen werden. Ein entsprechendes Anschreiben an die Krankenkassen ist in WebDialog hinterlegt. In einigen Fällen wird es wegen des vorhandenen Einkommens evt. nur zur Übernahme von Teilbeiträgen kommen.

Bei Teilbedürftigkeit müssen die Beiträge von den Betroffenen i.d.R. komplett selbst gezahlt werden. Sofern eine direkte Leistung des Teilbetrages an die Krankenkasse erwünscht wird, erfolgt dies mit deutlichem Hinweis an die Leistungsberechtigten, dass die Differenz regelmäßig selbst an die Krankenkasse zu zahlen ist.

Rückstände für die Zeit vor dem Bekanntwerden im 3. Kapitel bzw. vor dem Antragsmonat auf Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII sind wegen des Grundsatzes „keine Hilfe für die Vergangenheit“ nach § 18 SGB XII bzw. wg. § 44 Satz 1 SGB XII grundsätzlich nicht zu übernehmen. Der bis dahin ggf. durch die Beitragsrückstände bestehende eingeschränkte Krankenversicherungsschutz wird gem. § 16 Abs. 3 a Satz 2 SGB V bei Bedürftigkeit nach dem SGB XII wieder aufgehoben, so dass eine Übernahme der rückständigen Beiträge nicht erforderlich und nicht geboten ist, weil eine „vergleichbare“ Notlage im Sinne der §§ 34, 48, oder 73 SGB XII nicht vorliegt.

Säumniszuschläge und Mahngebühren sind -sofern diese nicht durch den Sozialhilfeträger „verursacht“ wurden- ebenfalls nicht zu übernehmen, weil diese keine „Beiträge“ im Sinne des § 32 SGB XII sind.

5.3 Berücksichtigung von Beitragsanpassungen

Sollte sich während eines Bewilligungszeitraums die Höhe der monatlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ändern, obliegt es der leistungsberechtigten Person im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I, dies dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen. Soweit aus der Anpassung des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags oder der Erhebung eines Zusatzbeitrages eine Änderung der Leistungshöhe folgt, ist der der Leistung zugrundeliegende Bewilligungsbescheid nach Maßgabe des § 44 SGB X i.V.m § 116a SGB XII (max. rückwirkend ab dem 01.01. des Vorjahres) abzuändern. Zur Berücksichtigung eines erhöhten monatlichen Bedarfs ist jedoch keine erneute oder gesonderte Antragstellung beim Träger der Sozialhilfe nach § 44 Absatz 1 erforderlich. Vielmehr beinhaltet ein bereits gestellter Antrag auf HIU/Grundsicherung nach dem Meistbegünstigungsgrundsatz diejenigen Leistungen, die im Einzelfall ernsthaft in Betracht kommen.

5.4. Besondere Regelung für Beitragsübernahme PKV:

Auf Antrag des/der Versicherten ist zu prüfen, ob durch die volle Beitragszahlung eine laufende Hilfebedürftigkeit eintritt. Dies ist den Versicherten zur Vorlage bei der privaten Krankenversicherung entsprechend zu bescheinigen. Ein Vordruck für eine solche Bescheinigung ist in KDN.sozial hinterlegt. Sofern Versicherte den auf die Hälfte reduzierten Beitrag (siehe auch 4.3 und 5.5) dann selbst aufbringen können, ist vom Sozialhilfeträger nichts weiter zu veranlassen. Liegt allerdings auch durch den verminderten Beitrag eine laufende Hilfebedürftigkeit vor, ist die Hilfe unter Berücksichtigung des verminderten Beitrages festzusetzen. Besteht in Neufällen unabhängig von der Beitragshöhe eine laufende Hilfebedürftigkeit, vermindert sich der jeweilige Beitrag ebenfalls auf die Hälfte des Höchstbeitrages der GKV. Die Hilfedürftigkeit ist in diesen Fällen ebenfalls zwecks Vorlage bei der PKV zu bescheinigen.

Die fällig werdenden laufenden Beiträge zum Basistarif sind in Anwendung des § 32a SGB XII bei Hilfebedürftigkeit nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII zu berücksichtigen und an das Versicherungsunternehmen zu überweisen (beachte: dies gilt nicht für Berechtigte nach dem SGB II; diese sind an das Jobcenter zu verweisen – s. § 26 Abs. 2 und 3 SGB II).

5.5 Pflegeversicherungsbeitrag für Rückkehrer in die PKV

Mit dem Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages ist auch die Pflicht zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsverhältnisses verbunden. Auch hier beträgt der Beitragssatz max. den der sozialen Pflegeversicherung (147,54 €, Stand 01.01.22). Bei Hilfebedürftigkeit reduziert dieser sich auf die Hälfte des Betrags, somit auf 73,77 € mtl. Durch den gesetzlichen Pflegerettungsschirm aufgrund der Corona-Pandemie wird vom 01.01.2022 – 31.12.2022 ein befristeter Zuschlag auf den monatlichen Beitrag zur Pflegeversicherung erhoben. Durch den befristeten Corona-Zuschlag in 2022 wird der Höchstbetrag der privaten Pflegeversicherung um einen monatlichen Zuschlag in Höhe von 3,40 € erhöht.

5.6 Beitragsrückstände PKV

Wichtig: Erst seit 01.01.09 gilt, wie bei den gesetzlich Versicherten, dass Beitragsrückstände nicht mehr zu einem Verlust der Versicherung führen. Bei Rückständen von mehr als zwei Monatsbeiträgen „ruht“ dann der Vollversicherungsschutz und es wird von der PKV lediglich die Hilfe im Notfall abgedeckt über eine automatisch eintretende Versicherung im Notlagentarif. Eine Aufstockung aus Mitteln der §§ 48 ff., 34, 73 o.ä. SGB XII kommt nicht in Betracht; bei laufender Hilfebedürftigkeit lebt der volle Versicherungsschutz wieder auf, trotz vorhandener Rückstände (§ 193 Abs. 6 VVG). Eine Stundung bzw. Ratenzahlung über die Rückstände kann der Betroffene mit der Versicherung vereinbaren, eine Übernahme der Rückstände aus SGB XII-Mitteln hat nicht zu erfolgen.