

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

Gesetzestext:

§ 32 Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung

(1) ¹ Angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung sind als Bedarf anzuerkennen, soweit Leistungsberechtigte diese nicht aus eigenem Einkommen tragen können. ² 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. ³ 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 8 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) ¹ Bei Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind angemessene Beiträge nach den Sätzen 2 und 3 anzuerkennen. ² 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.

³ 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. ⁴ 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) ¹ 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. ² Für die Höhe des im Einzelfall angemessenen monatlichen Beitrags gilt Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend.

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

Zu Absatz 1:

32.1.0 (Regelungsziel)

Aus Absatz 1 folgt, in welchen Fällen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Bedarf anzuerkennen sind.

32.1.1 (Verhältnis Bedarf und Einkommen)

(1) ¹ Angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind gemäß Absatz 1 Satz 1 monatlich nur insoweit als Bedarf anzuerkennen, als diese nicht aus dem Einkommen der leistungsnachsuchenden bzw. -berechtigten Person getragen werden können. ² Maßgeblich ist jedoch nur das nach § 43 i. V. m. § 82 einzusetzende Einkommen (zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden § 82 ohne die Verweisungsnorm des § 43 bezeichnet).

(2) Angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind zunächst vorrangig im Rahmen der Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 vom Einkommen abzusetzen und erst soweit eine Berücksichtigung in der Einkommensbereinigung nicht in vollem Umfang möglich ist, sind diese mit dem (insoweit verbleibenden) Restbetrag als Bedarf zu berücksichtigen.

Fallgruppe 1:

Die leistungsberechtigte Person erzielt kein Einkommen. Damit können die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (fiktiv 165 Euro KV und 35 Euro PV) in Gänze nicht aus eigenem Einkommen getragen werden und sind daher vollständig als Bedarf zu berücksichtigen.

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

Fallgruppe 2:

Sollte die Summe der angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (fiktiv 165 Euro KV und 35 Euro PV) vollständig bei der Einkommensbereinigung berücksichtigt werden können, ergibt sich kein nach § 32 anzuerkennender Bedarf.

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

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

Fallgruppe 3:

Soweit die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (fiktiv 165 Euro KV und 35 Euro PV) nur teilweise bei der Einkommensbereinigung berücksichtigt werden können, ist der verbleibende Restbetrag sodann als Bedarf nach § 32 der Berechnung zugrunde zu legen. Es ist also möglich, dass Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowohl zunächst teilweise in der Einkommensbereinigung als auch anschließend teilweise als Bedarf zu berücksichtigen sind.

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

(3) ¹ Nach Absatz 1 Satz 3 erhöht sich der Bedarf 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 Soweit also die Berücksichtigung von angemessenen Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung beim Einkommen einer Bereinigung bzw. Berücksichtigung von Freibeträgen nach § 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 bis 6 rechnerisch entgegensteht, werden die Beiträge entsprechend als Bedarf berücksichtigt. ³ Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass durch die Bereinigung eines Einkommens nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 bspw. nicht die Freibeträge auf Erwerbseinkommen nach § 82 Absatz 3 Satz 1 unterlaufen werden. ⁴ Die Vorschriften des § 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 bis 6 gehen einer Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 insoweit vor. ⁵ Soweit ein solches Konkurrenzverhältnis besteht, werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von der Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 in die Bedarfsberücksichtigung nach § 32 verlagert.

Fallgruppe 4:

Es wird ein Erwerbseinkommen von 250 Euro erzielt; der Freibetrag nach § 82 Absatz 3 beläuft sich auf 75 Euro (30 Prozent des Bruttoeinkommens). Die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung betragen insgesamt 200 Euro (165 Euro KV und 35 Euro 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 Absatz 3 in voller Höhe (75 Euro) zu berücksichtigen (§§ 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 bis 6 liegen hier nicht vor). Das dann verbleibende Einkommen (175 Euro) ist um die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu bereinigen. Soweit die Beiträge das Einkommen überschreiten, ist der Restbetrag (25 Euro) als Bedarf zu berücksichtigen.

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

Bei allen Fallgruppen in 32.1.1 entspricht der Leistungsanspruch dem Zahlungsanspruch i. S. v. § 43a Absatz 2, aus dem gemäß § 32a Absatz 2 der Gesamtbeitrag zur Kranken- und

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

Pflegeversicherung direkt an die Krankenkasse zu zahlen ist (vgl. 32a.2.1 ff.), sodass sich die Auszahlung an die leistungsberechtigte Person noch um jeweils 200 Euro mindern würde.

(4) ¹ Es sind nur angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach den Absätzen 2 bis 6 als Bedarf anzuerkennen. ² Gemäß § 32a 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 (vgl. 32a.1.1).

Zu Absatz 2:

32.2.0 (Regelungsziel)

Aus Absatz 2 ergibt sich, welche Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung als angemessen gelten und somit gemäß Absatz 1 als Bedarf anzuerkennen sind.

32.2.1 (Angemessenheitsfiktion der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung)

¹ Absatz 1 Satz 1 gestattet nur die Berücksichtigung angemessener Krankenversicherungsbeiträge als Bedarf. ² 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 ³ Hinsichtlich der Berücksichtigung der Beiträge als Bedarf besteht kein Ermessen.

32.2.2 (Angemessenheit von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung)

(1) ¹ Absatz 2 nennt abschließend die gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnisse, bei denen der monatliche Beitrag stets als angemessen gilt. ² Das ist der Fall bei

1. Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des KVLG 1989 **pflichtversichert** sind,
2. Personen, die nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 SGB V oder nach § 6 Absatz 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 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 SGB V oder nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 KVLG 1989 **freiwillig versichert** sind oder
5. Personen, die nach § 188 Absatz 4 SGB V oder nach § 22 Absatz 3 KVLG 1989 **weiterversichert** sind.

³ Erfasst werden von Absatz 2 sämtliche Versicherungsverhältnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung, in denen die Beiträge von den versicherten Personen selbst an ihre Krankenkasse zu zahlen sind (sog. Selbstzahler). ⁴ Gegenstand von Absatz 2 sind demzufolge nicht Beiträge, die als Quellenabzug bspw. vom Rentenversicherungsträger aus der Rente oder von einem Arbeitgeber aus einem Erwerbseinkommen direkt an die Krankenkasse abgeführt werden.

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

(2) ¹ **Private Zusatzversicherungen** zur gesetzlichen Krankenversicherung können nicht als Bedarf nach Absatz 2 anerkannt werden. ² **Säumniszuschläge** und **Mahngebühren** können nur dann ausnahmsweise als Bedarf berücksichtigt werden, sofern der Träger der Sozialhilfe seiner Verpflichtung zur Beitragsübernahme bzw. Anerkennung der Beiträge nicht oder nicht zeitgerecht nachgekommen ist. ³ Zu **Beitragsschulden** wird auf [32a.1.1](#) verwiesen.

32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung)

(1) ¹ Das Bestehen einer Krankenversicherung und die monatliche Beitragshöhe sind von der Leistungsnachsuchenden Person im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I nachzuweisen. ² Hierzu hat sich der Träger der Sozialhilfe eine schriftliche Bestätigung der Krankenversicherung (i. d. R. einen Beitragsbescheid der Krankenkasse) vorlegen zu lassen, bevor er den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag als Bedarf nach § 32 anerkennen darf. ³ Im Übrigen hat der Träger der Sozialhilfe die Leistungsnachsuchende Person hinsichtlich dieses Bedarfs zu beraten.

(2) ¹ Vor Anerkennung eines Bedarfs nach Absatz 1 und 2 ist allerdings zu prüfen, ob für die Leistungsnachsuchende bzw. -berechtigte Person insbesondere

1. bei einem Rentenbezug eine Pflichtversicherung in der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 und 12 SGB V oder
2. eine Familienversicherung nach § 10 SGB V

bestehen könnte (ebenso sind während des Grundsicherungsbezuges bedarfsrelevante Änderungen in den krankenversicherungsrechtlichen Verhältnissen der Leistungsberechtigten Person zu beachten). ² Sowohl die Versicherungspflicht nach § 5 SGB V (mit Ausnahme der Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13) als auch eine Familienversicherung nach § 10 SGB V sind im Krankenversicherungsrecht vorrangig gegenüber den in Absatz 2 genannten Versicherungsverhältnissen und stehen einem Bedarf nach Absatz 1 und 2 entgegen. ³ Liegen diese vorrangigen Versicherungsverhältnisse vor, ist die Leistungsnachsuchende bzw. -berechtigte Person deshalb auf diese zu verweisen; ein finanzieller Nachteil entsteht Leistungsnachsuchenden Personen nicht, denn die Beitragspflicht ist bereits mit den bestehenden Versicherungsverhältnissen erfüllt.

32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)

(1) ¹ 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. ² Soweit aus der Anpassung des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags oder der Erhebung eines Zusatzbeitrages (vgl. [32.3.1 ff.](#)) eine Änderung der Leistungshöhe folgt, ist der der Leistung zugrundeliegende Bewilligungsbescheid nach Maßgabe des SGB X abzuändern. ³ Zur Berücksichtigung eines erhöhten monatlichen Bedarfs ist jedoch keine erneute oder gesonderte Antragstellung beim Träger der Sozialhilfe nach § 44 Absatz 1 erforderlich. ⁴ Vielmehr beinhaltet ein bereits gestellter Antrag auf Grundsicherung nach dem Meistbegünstigungsgrundsatz diejenigen Leistungen, die im Einzelfall ernsthaft in Betracht kommen.

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

(2) Durch den Träger der Sozialhilfe ist zu prüfen, ob sich durch eine Änderung der Beiträge zur Kranken- oder Pflegeversicherung und damit des monatlichen Zahlungsanspruchs nach § 43a Absatz 2 Auswirkungen auf eine Direktzahlung nach § 32a (vgl. 32a.2.1) ergeben.

Zu Absatz 3:

32.3.0 (Regelungsziel)

Absatz 3 regelt die Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kassenindividuell erhoben werden können.

32.3.1 (Abgrenzung Zusatzbeitrag und regulärer Krankenversicherungsbeitrag)

¹ Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse nicht aus Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern gemäß § 242 SGB V einen in ihrer Satzung zu bestimmenden einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zusätzlich zum gesetzlich festgelegten Beitrag zu erheben. ² Die Beiträge werden prozentual vom beitragspflichtigen Einkommen der versicherten Person erhoben. ³ Anders als der gesetzlich festgelegte Beitrag nach einem bundeseinheitlichen Beitragssatz wird der Zusatzbeitrag kassenindividuell erhoben. ⁴ Aus bundeseinheitlichem Beitragssatz und kassenindividuellem Zusatzbeitragssatz können sich im Einzelfall folglich in der Summe unterschiedliche Beitragssätze ergeben.

32.3.2 (Anerkennung des Zusatzbeitrags als Bedarf)

¹ In den Fällen, in denen ein Beitrag nach dem bundeseinheitlichen Beitragssatz zur Krankenversicherung nach Absatz 2 als Bedarf anzuerkennen ist, wird ein von der jeweiligen Krankenkasse erhobener Zusatzbeitrag ebenfalls als Bedarf anerkannt. ² Der Zusatzbeitrag ist allerdings ebenso wie der Beitrag nach dem bundeseinheitlichen Beitragssatz nur in dem Umfang als Bedarf anzuerkennen, in dem er nicht aus einem Einkommen getragen werden kann (§ 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 - vgl. 32.1.1).

32.3.3 (Höhe des Zusatzbeitrages als Bedarf)

¹ Sofern die Voraussetzung nach 32.3.2 erfüllt ist, gilt der Zusatzbeitrag in jedem Fall als angemessen und geht über den Bedarf nach § 32 in der tatsächlichen Höhe in den Gesamtbedarf ein.

32.3.4 (Verfahren zur Berücksichtigung des Zusatzbeitrags als Bedarf)

(1) Zur Berücksichtigung des Zusatzbeitrags als Bedarf nach Absatz 3 wird auf 32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und 32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

(2) Bei Leistungsberechtigten nach dem SGB II wird der Zusatzbeitrag bundeseinheitlich pauschaliert erhoben (§ 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 i. V. m. § 242a SGB V), sodass sich bei einem Rechtskreiswechsel zum SGB XII die Höhe des Zusatzbeitrages i. d. R. ändern wird.

Zu Absatz 4:

32.4.0 (Regelungsziel)

Aus Absatz 4 ergibt sich, wann Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung als angemessen anzusehen sind und in welchen Fällen ein erhöhter Beitrag zeitlich begrenzt als angemessen anerkannt werden kann.

32.4.1 (Angemessenheitsfiktion der Beiträge in der privaten Krankenversicherung)

(1) ¹ Absatz 4 Satz 2 nennt abschließend die privaten Krankenversicherungsverhältnisse, bei denen der monatliche Beitrag generell als angemessen gilt. ² Dies sind:

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

³ Prämienzuschläge für einen verspäteten Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach § 193 Absatz 4 VVG können nicht als Bedarf nach Absatz 4 anerkannt werden.

(2) ¹ Beiträge zur privaten Krankenversicherung sind nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 als angemessen anzusehen, wenn diese die Hälfte des monatlichen Beitrags für den Basistarif nicht überschreiten. ² Neben Beiträgen für den Basistarif gilt dies auch für Beiträge in anderen Tarifen einer privaten Krankenversicherung, solange diese nicht höher sind als der halbierte Beitrag im Basistarif. ³ Sofern eine Versicherung im bisherigen Tarif fortgeführt wird, wird der individuelle Beitrag herangezogen, höchstens jedoch der für die Person geltende halbierte Beitrag des Basistarifes. ⁴ Gemäß § 152 Absatz 4 VAG vermindert sich auf Antrag der versicherten Person der Beitrag zur privaten Krankenversicherung für denjenigen Zeitraum um die Hälfte, für den entweder bereits Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII besteht oder allein durch die Zahlung des vollen Beitrags für den Basistarif ohne Selbstbehalt hypothetisch entstehen würde (sog. Würde-Fälle). ⁵ Die Träger der Sozialhilfe haben dies auf Antrag der versicherten Person zu prüfen und zu bescheinigen. ⁶ Besteht auch bei einem halbierten Versichertenbeitrag Hilfebedürftigkeit, wird bis zu dieser Höhe ein Bedarf nach Absatz 4 anerkannt.

(3) ¹ Im Übrigen sind Beiträge zur privaten Krankenversicherung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 unabhängig von der jeweiligen Höhe angemessen, wenn die private Krankenversicherung durch eine Absicherung im brancheneinheitlichen **Standardtarif** nach § 257 Absatz 2a SGB V in der am 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erfolgt. ² Diese Regelung bezieht sich auf langjährig Versicherte, die im brancheneinheitlichen Standardtarif in der

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

in Satz 1 genannten Fassung des § 257 Absatz 2a SGB V versichert sind. ⁴ Da der Standardtarif seit dem 1. Januar 2009 für Neuverträge geschlossen wurde, steht eine Versicherung im Standardtarif nur Personen offen, die bereits vor dem 1. Januar 2009 in der privaten Krankenversicherung versichert waren und zwischenzeitig nicht in einen Unisex-Tarif gewechselt sind. ⁵ Gemäß § 152 Absatz 2 VAG besteht für Personen, die in den Standardtarif wechseln können, kein Anspruch auf einen Wechsel in den Basistarif.

(4) 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.

(5) ¹ Eine Pflicht zum Wechsel in den Basistarif oder Standardtarif besteht auch bei Leistungsbezug nicht. ² Privat Krankenversicherte können während des Leistungsbezugs in ihrem bisherigen Versicherungstarif versichert bleiben oder in den Basistarif bzw. ggf. in den Standardtarif ihres Versicherers wechseln. ³ 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. ⁴ In diesem Fall ist eine vollständige Berücksichtigung dieser Beiträge als Bedarf nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 3 (vgl. 32.4.3) bzw. Satz 4 (vgl. 32.4.4) nur zeitlich begrenzt zulässig. ⁵ Ggf. ist die leistungsberechtigte Person auf Beratungsangebote der privaten Krankenversicherungsunternehmen hinzuweisen.

32.4.2 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung)

(1) Zur Berücksichtigung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung als Bedarf nach Absatz 4 wird auf 32.2.3 (Nachweis des Bestehens als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und 32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

(2) Neben der Höhe der Angemessenheit der Beiträge ist 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.

32.4.3 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen bei kurzzeitiger Leistungsberechtigung von bis zu drei Monaten)

(1) Damit Personen, die sich gegen das Risiko Krankheit privat versichert haben, bei einer **voraussichtlich kurzen Leistungsberechtigung** in ihrem bisherigen Tarif verbleiben können und nicht in den Basistarif oder in den Standardtarif wechseln müssen, **kann** vom Träger der Sozialhilfe nach Absatz 4 **Satz 3 ein höherer Beitrag zur privaten Krankenversicherung anerkannt werden**, als dies in Absatz 4 Satz 2 vorgesehen ist (vgl. 32.4.1).

(2) Eine **Leistungsberechtigung** zur Grundsicherung liegt vor, wenn die Voraussetzungen des § 41 erfüllt sind (vgl. 41).

(3) ¹ Eine voraussichtlich kurze Leistungsberechtigung ist dann gegeben, wenn diese sich absehbar auf einen Zeitraum von **bis zu drei Monaten** beschränkt. ² Absehbar ist dies

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

u. a., wenn der leistungsberechtigten Person erwartbar Einkommen zufließt, von der sie ihren notwendigen Lebensunterhalt unabhängig von Grundsicherungsleistungen bestreiten kann und der Leistungsbezug deswegen nicht länger als drei Monate andauert.

Beispiel:

Es wird im Juli Grundsicherung beantragt. Im Antragsverfahren weist die (privat krankenversicherte) leistungsnachsuchende Person nach, dass ihr ab September desselben Jahres eine bedarfsdeckende Betriebsrente (Versorgungsbezug i. S. v. § 229 SGB V) zufließt und sie somit nur für die Monate Juli und August Grundsicherung benötige. Da in diesem Fall die Leistungsberechtigung absehbar nicht länger als drei Monate andauert, können vom Träger der Sozialhilfe höhere Beiträge zur privaten Krankenversicherung berücksichtigt werden, als sich nach Absatz 4 Satz 2 grundsätzlich ergibt. Im Übrigen ist der Bewilligungszeitraum nach § 44 Absatz 3 Satz 1 entsprechend zu verkürzen.

³ Für die Berücksichtigung eines erhöhten Beitrags bedarf es nach Absatz 4 Satz 3 keines gesonderten Antrags der leistungsnachsuchenden Person nach § 44 Absatz 1 Satz 2. ⁴ Vielmehr ermittelt der Träger der Sozialhilfe im Hinblick auf den Meistbegünstigungsgrundsatz den Sachverhalt, d. h. das Bestehen der Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 3 von Amts wegen (§ 20 SGB X). ⁵ Es besteht hierbei eine Mitwirkungspflicht der leistungsnachsuchenden Person nach § 60 SGB I.

(4) ¹ Der Träger der Sozialhilfe hat bei Vorliegen der Voraussetzung einer kurzzeitigen Leistungsberechtigung sein **Ermessen** hinsichtlich der Rechtsfolge (Berücksichtigung höherer als in Absatz 4 Satz 2 vorgesehener Krankenversicherungsbeiträge) pflichtgemäß auszuüben. ² Hierbei sind durch den Träger der Sozialhilfe sämtliche Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. ³ In der Begründung des Verwaltungsaktes sind die Gesichtspunkte auszuführen, von denen der Träger der Sozialhilfe bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist (§ 35 Absatz 1 Satz 3 SGB X). ⁴ Sollte der Träger der Sozialhilfe dem Anliegen der leistungsnachsuchenden Person jedoch in vollem Umfang entsprechen, bedarf es ausnahmsweise keiner Begründung (§ 35 Absatz 2 Nummer 1 SGB X).

(5) ¹ Zentral für die Ausübung des Ermessens [siehe 32.4.3 (4)] ist die Frage, ob der bestehende Versicherungsvertrag den Wechsel in den Basistarif oder in einen vergleichbar ermäßigten Tarif kurzfristig (d. h. mit einer Beitragssenkung während des kurzfristigen Leistungsbezuges) ermöglicht. ² Ergänzend ist zu beachten, dass bei einem Wechsel in den Basistarif nach dem 15. März 2020 und einer Rückkehr in den vorherigen Tarif innerhalb von zwei Jahren die bereits vorher erworbenen Versicherungsrechte erhalten bleiben und somit **keine erneute Gesundheitsprüfung** erfolgt (§ 204 Absatz 2 VVG). ³ Soweit der Träger der Sozialhilfe dem Anliegen der leistungsnachsuchenden Person in vollem Umfang entspricht und es ausnahmsweise keiner Begründung bedarf, hat er allerdings die leistungsberechtigte Person über die zeitlich begrenzte und ausnahmsweise Anerkennung des Krankenversicherungsbeitrags zu beraten bzw. auf entsprechende Beratungsangebote des Krankenversicherungsunternehmens zu verweisen, sodass ihr keine leistungsrechtlichen Nachteile entstehen; ggf. ist sie auf die erweiterten Möglichkeiten des Absatzes 4 Satz 4 hinzuweisen.

(6) ¹ Die Berücksichtigung höherer Beiträge ist gemäß Absatz 4 Satz 3 auf drei Monate beschränkt. ² Eine längere Bedarfsberücksichtigung ist nur nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 4 zulässig.

32.4.4 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen in Ausnahmefällen bei kurzzeitiger Leistungsberechtigung von bis zu sechs Monaten)

(1) Nach Absatz 4 **Satz 4** kann der Träger der Sozialhilfe bei einer Leistungsberechtigung von bis zu sechs Monaten in einem begründeten Ausnahmefall auf Antrag der leistungsberechtigten Person im Sinne von Absatz 4 Satz 1 unangemessene Beiträge zur privaten Krankenversicherung für bis zu sechs Monaten als Bedarf anerkennen.

(2) ¹ Höhere Beiträge werden nur **auf Antrag** der leistungsberechtigten Person für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten als Bedarf anerkannt. ² Der Antrag ist an **keine Form** gebunden. ³ Er kann sowohl mündlich als auch schriftlich gestellt werden. ⁴ Maßgeblich ist, dass der Wille der leistungsnachsuchenden bzw. -berechtigten Person, dass die höheren Beiträge für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten als Bedarf in tatsächlicher Höhe berücksichtigt werden, deutlich zum Ausdruck kommt. ⁴ Wegen des besonderen Ausnahmeharakters dieser Regelung ist der Antrag von der leistungsberechtigten Person dementsprechend zu begründen. ⁶ Die leistungsberechtigte Person ist insoweit zu **beraten** (§ 14 SGB I).

(3) ¹ Für die bis zu sechsmonatige Berücksichtigung unangemessener Beiträge zur privaten Krankenversicherung ist maßgeblich, dass entweder vor Ablauf der drei Monate (Absatz 4 Satz 3) oder bereits bei Antragstellung davon auszugehen ist, dass die Leistungsberechtigung für die Grundsicherung für einen begrenzten, aber mehr als drei Monate (höchstens jedoch sechs Monate) andauernden Zeitraum bestehen wird. ² Soweit davon auszugehen ist, dass die Leistungsberechtigung höchstens drei Monate andauern wird, ist Absatz 4 Satz 3 (vgl. [32.4.3](#)) anzuwenden. ³ Sollten hingegen bereits bei Antragstellung Anhaltspunkte für eine Leistungsberechtigung von mindestens drei Monaten (höchstens jedoch sechs Monaten) vorliegen, so ist über die Anerkennung des Bedarfs sogleich nach Absatz 4 Satz 4 zu entscheiden. ⁴ Sollte der Antrag auf Anerkennung höherer Beiträge erst nach dem Drei-Monats-Zeitraum gestellt werden, ist eine Berücksichtigung nach Absatz 4 Satz 4 ausgeschlossen. ⁵ Darauf ist bei der Beratung ausdrücklich hinzuweisen.

Beispiel:

Es wird im Juli Grundsicherung beantragt. Im Antragsverfahren weist die (privat krankenversicherte) leistungsnachsuchende Person nach, dass ihr ab Januar des Folgejahres eine bedarfsdeckende Betriebsrente (Versorgungsbezug i. S. v. § 229 SGB V) zufließen wird und sie somit nur für die Monate Juli bis Dezember Grundsicherung benötigt. Da in diesem Fall bereits bei Antragstellung davon ausgegangen werden kann, dass die Leistungsberechtigung lediglich für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten bestehen wird, können vom Träger der Sozialhilfe höhere Beiträge zur privaten Krankenversicherung auf Antrag für sechs Monate berücksichtigt werden, als sich nach Absatz 4 Satz 2 grundsätzlich ergibt. Im Übrigen ist der Bewilligungszeitraum nach § 44 Absatz 3 Satz 1 entsprechend zu verkürzen.

(4) ¹ Die Berücksichtigung höherer Beiträge nach Absatz 4 Satz 4 bis zu sechs Monaten schließt sich zeitlich nicht an die Anerkennung nach Absatz 4 Satz 3 an, sodass nicht bis zu neun Monaten höhere Beiträge berücksichtigt werden können. ² Vielmehr verdrängt Absatz 4 Satz 4 bei Vorliegen seiner Voraussetzungen die Regelung nach Absatz 4 Satz 3.

(5) ¹ Auch bei höheren Beiträgen ist die Direktzahlungspflicht nach § 32a umzusetzen. ² Sofern der monatliche Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 mindestens so hoch wie die höheren Beiträge zur privaten Krankenversicherung zuzüglich der Beiträge zur Pflegeversicherung ist, sind diese vom Träger der Sozialhilfe gemäß § 32a Absatz 2 direkt an das Versicherungsunternehmen zu zahlen (vgl. [32a.2.1](#) ff.).

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

Zu Absatz 5:

32.5.0 (Regelungsziel)

In Absatz 5 wird geregelt, in welchen Fällen der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI, der vor allem für gesetzlich Krankenversicherte greift, als angemessen gilt.

32.5.1 (Berücksichtigungsfähige Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung als Bedarf)

(1) ¹ Die Beitragspflicht zur sozialen Pflegeversicherung ergibt sich aus einem Versicherungsverhältnis nach dem SGB XI. ² Angemessene monatliche Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind als Bedarf anzuerkennen, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen getragen werden können (Absatz 1 Satz 1 - vgl. 32.1.1).

(2) Nach Absatz 5 gilt bei Personen, die gemäß

1. §§ 20 und 21 SGB XI **pflichtversichert** sind oder
2. § 26 SGB XI **weiterversichert** sind oder
3. § 26a SGB XI der sozialen Pflegeversicherung **beigetreten** sind

der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung als angemessen.

(3) ¹ Private Zusatzversicherungen zur sozialen Pflegeversicherung sind nicht von Absatz 5 umfasst und damit nicht berücksichtigungsfähig. ² Ebenso ist eine Berücksichtigung solcher privaten Zusatzversicherungen nach Absatz 6 nicht möglich [vgl. 32.6.2 (1)].

32.5.2 (Nachweis des Bestehens des Bedarfs / Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)

Zur Berücksichtigung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung als Bedarf nach Absatz 5 wird auf 32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und 32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

Zu Absatz 6:

32.6.0 (Regelungsziel)

In Absatz 6 wird die Angemessenheit von Beiträgen zur privaten Pflegeversicherung normiert.

32.6.1 (Berücksichtigungsfähige Beiträge zur privaten Pflegeversicherung als Bedarf)

(1) ¹ Privat Krankenversicherte sind gemäß § 23 SGB XI verpflichtet, eine Pflegeversicherung bei ihrer privaten Krankenversicherung abzuschließen bzw. aufrecht zu erhalten.

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

² Entsprechendes gilt für Personen, die zwar gesetzlich krankenversichert sind, aber vom Recht zum Beitritt zur privaten Pflegeversicherung Gebrauch gemacht haben. ³ Angemessene monatliche Beiträge zur privaten Pflegeversicherung sind als Bedarf anzuerkennen, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen getragen werden können (Absatz 1 Satz 1 - vgl. [32.1.1](#)).

(2) ¹ Nach Absatz 6 gilt grundsätzlich der geschuldete Beitrag zur privaten Pflegeversicherung bei Personen als angemessen, deren Versicherungsverhältnis

1. die Versicherungspflicht nach § 23 SGB XI erfüllt oder
2. aufgrund eines Beitritts zur privaten Pflegeversicherung nach § 26a SGB XI besteht

und die Versicherung in dem bis Jahresende 2008 geltenden brancheneinheitlichen Standardtarif (§ 257 Absatz 2a SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung) abgeschlossen wurde. ² Beiträge für alle übrigen Tarife gelten bis zur Höhe des halbierten Höchstbeitrags zur sozialen Pflegeversicherung (§ 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI) als angemessen.

32.6.2 (Private Zusatzversicherung zur Pflege-Pflichtversicherung)

(1) Private Zusatzversicherungen zur sozialen Pflegeversicherung (Absatz 5) können nicht als Bedarf nach Absatz 6 anerkannt werden; dies ergibt sich bereits daraus, dass die Bedarfe nach Absatz 5 und Absatz 6 nur alternativ anerkannt werden dürfen.

(2) ¹ Private Zusatzversicherungen zur privaten Pflegeversicherung (Absatz 6), die über den Standard der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht als angemessene Beiträge anerkennungsfähig, da diese nicht von Absatz 6 Satz 1 umfasst sind. ² Sie können somit auch nicht nach Absatz 4 Satz 3 und 4 übergangsweise als Bedarf anerkannt werden.

32.6.3 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen in Ausnahmefällen)

¹ Auch für eine private Pflegepflichtversicherung können in Ausnahmefällen nach Absatz 6 Satz 2 zeitlich begrenzt höhere als die nach Absatz 6 Satz 1 zugrunde zu legenden Beiträge als Bedarf anerkannt werden. ² Hierzu sind gemäß Absatz 6 Satz 2 die Regelungen zur privaten Krankenversicherung nach Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend anzuwenden (vgl. [32.4.3 f.](#)).

32.6.4 (Nachweis des Bestehens des Bedarfs / Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)

Zur Berücksichtigung des Beitrags zur privaten Pflegeversicherung als Bedarf nach Absatz 6 wird auf [32.2.3](#) (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und [32.2.4](#) (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

Anlage: Allgemeine Hinweise zur gesetzlichen Krankenversicherung:

1. Erläuterungen zu den in § 32 Absatz 2 genannten Versicherungsverhältnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung

a) Pflichtversicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG (§ 32 Absatz 2 Nummer 1)

Die Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bzw. § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG tritt bei Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, mit dem 1. April 2007 (rückwirkend) kraft Gesetzes ein. So kann es richtig sein, dass Krankenkassen Beiträge für einen zurückliegenden Zeitraum nachfordern. Hierdurch können hohe Nachzahlungsforderungen (inklusive Säumniszuschläge) der Krankenkassen gegenüber bisher Nichtversicherten entstehen. Der Sozialhilfeträger tritt jedoch erst dann ein, wenn die Voraussetzungen für die Zahlungen von Sozialhilfeleistungen vorliegen, rückständige Beiträge werden nicht als Bedarf anerkannt (vgl. 32a.1.1).

Bei pflichtversicherten Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, übernimmt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte des nach der Rente zu bemessenden Beitrages. Er wird direkt von der Rente abgezweigt und der zuständigen Krankenkasse angewiesen; im Übrigen tragen die Rentner den Gesamtbeitrag bis zur Beitragshöhe der freiwillig Versicherten selbst.

b) Freiwillig weiterversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 SGB V und § 6 Absatz 1 Nummer 1 KVLG (§ 32 Absatz 2 Nummer 2)

Bei den nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 SGB V bzw. § 6 Absatz 1 Nummer 1 KVLG freiwillig Versicherten handelt es sich um Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Vorversicherungszeiten erfüllen und sich innerhalb von drei Monaten nach Ende der Pflichtversicherung freiwillig weiterversichert haben.

Freiwillig versicherte Rentner haben die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe allein zu tragen und selbst anzuweisen. Allerdings können sie gemäß § 106 Absatz 1 SGB VI beim Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen der Krankenversicherung beantragen, der zusammen mit der Rente ausgezahlt wird. Dieser ist der Bedarfsberechnung zugrunde zu legen.

c) Rentenantragsteller/innen, die nach § 189 SGB V als Mitglied einer Krankenkasse gelten (§ 32 Absatz 2 Nummer 3)

Rentantragstellerinnen und Rentenantragsteller gelten nach § 189 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags als Mitglieder der GKV, wenn sie die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2 SGB V, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. Das gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Absatz 1 SGB V versicherungsfrei sind.

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

d) Freiwillig versicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 SGB V bzw. § 6 Absatz 1 Nummer 2 KVLG (§ 32 Absatz 2 Nummer 4)

Bei den in § 32 Absatz 2 Nummer 4 benannten freiwillig Versicherten handelt es sich um Personen, die bei Erfüllung der in § 9 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 SGB V bzw. § 6 Absatz 1 Nummer 2 KVLG aufgeführten Voraussetzungen Mitglied in der freiwilligen Krankenversicherung werden können. Dies sind z. B. Personen, die wegen Scheidung oder Erreichung der Altersgrenze (Kinder) aus der Familienversicherung ausgeschieden sind. Der Beitritt ist nur innerhalb von drei Monaten nach dem maßgebenden Ereignis möglich.

e) Freiwillig weiterversicherte Personen nach § 188 Absatz 4 SGB V (§ 32 Absatz 2 Nummer 5)

Seit 1. August 2013 setzt sich gemäß § 188 Absatz 4 SGB V für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort (obligatorische Anschlussversicherung). Dieses gilt jedoch nicht, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln kann.

Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V ist kraft Gesetzes ausgeschlossen bzw. kann im Wege einer Austrittserklärung verhindert werden, wenn nahtlos eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist. Die Familienversicherung gilt nach dem Ende einer Versicherungspflicht weiter vorrangig.

Eine nahtlose anderweitige Absicherung im Krankheitsfall stellt auch der Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB XII dar. Eine Versicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V kommt somit nur zustande, wenn zwischen dem Ende der Pflicht- bzw. Familienversicherung nahtlos ein voller Kalendermonat liegt, in dem keine Leistungen nach diesem Buch bezogen werden.

2. Beitrittsfristen

Kommt eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht (z. B. nach Ende eines SGB II-Bezuges und anschließendem SGB XII-Bezug), sind die Leistungsberechtigten auf die Einhaltung der Beitrittsfristen der § 9 Absatz 2 SGB V und § 6 Absatz 2 Nummer 1 KVLG hinzuweisen und dabei zu unterstützen, eine entsprechende Beitrittsanzeige gegenüber der Krankenkasse abzugeben.

Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft anzuzeigen.

Bei Leistungsberechtigten, die ununterbrochen Leistungen beziehen bzw. nach dem Ende einer Pflichtversicherung (z. B. wegen SGB II-Bezuges) umgehend Sozialhilfeleistungen erhalten, scheidet die obligatorische Anschlussversicherung gemäß § 188 Absatz 4 SGB V aus, sodass eine Beitrittsanzeige zwingend erforderlich ist.

Nach Verstreichen dieser Frist ist ein freiwilliger Beitritt in der Regel nicht mehr möglich. Die formlose Beitrittsanzeige kann bei einem Träger der Sozialhilfe aufgenommen und an die Krankenkasse weitergeleitet werden.

Rundschreiben BMAS 2021/4 - 9. September 2021

3. Beitragsbemessung durch die Krankenkassen

Die Festlegung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrages erfolgt von der jeweiligen Krankenkasse auf Grundlage der jeweils gültigen Fassung der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler).

Diese Grundsätze regeln das Nähere zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe des § 240 SGB V und für andere Mitglieder, für die § 240 SGB V für entsprechend anwendbar erklärt wird.

Für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen (§ 227 SGB V) und für die Rentenantragssteller (§ 239 SGB V) gilt § 240 SGB V entsprechend.

Für die Beitragsbemessung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel; (außerhalb von Einrichtungen sowie in Einrichtungen gemäß § 13 Absatz 2) gilt als beitragspflichtige Einnahmen das 2,67-fache der Regelbedarfsstufe 1. Die Bemessungsgrundlage ändert sich somit regelmäßig einmal im Jahr zum 1. Januar. Bei freiwillig Versicherten / Versicherungspflichtigen i. S. v. § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ohne SGB VI-Rente ergeben sich dadurch einheitliche Beträge für die Krankenversicherung (ohne Zusatzbeitrag) / Pflegeversicherung mit Zuschlag für Kinderlose / Pflegeversicherung ohne Zuschlag für Kinderlose. Hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, bei dem ebenfalls die o. a. Bemessungsgrundlage gilt. Bei Versicherungspflichtigen i. S. v. § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V mit SGB VI-Rente(n) richtet sich die Angemessenheit der Beträge nach der Differenz zwischen Bruttorente(n) und der o. a. Bemessungsgrundlage.

Für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG Versicherungspflichtigen wird die Beitragsbemessung gemäß § 43 KVLG i. V. m. § 46 KVLG durch die Satzung geregelt.

4. Vorversicherungszeiten

a) Vorversicherungszeiten bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht

Für eine freiwillige Weiterversicherung nach dem Ausscheiden aus einer Versicherungspflicht können die Vorversicherungszeiten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V in zwei Varianten erfüllt werden:

1. ununterbrochen 12 Monate vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht
2. insgesamt 24 Monate innerhalb von 5 Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht (Rahmenfrist)

Die 24 Monate der Rahmenfrist können im Laufe der 5 Jahre gestückelt erworben werden, z. B. durch abwechselnde Zeiten von Beschäftigung und SGB II-Leistungsbezug.

b) Vorversicherungszeiten bei Ausscheiden aus der Familienversicherung

Nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung kann eine freiwillige Weiterversicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V begründet werden. Der Grund für das Ausscheiden ist unerheblich (Ausscheiden des Stammversicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Überschreitung der Altersgrenze familienversicherter Kinder, rechtskräftige Scheidung).

Für die Weiterversicherung nach dem Ausscheiden aus einer Familienversicherung entsprechen die geforderten Vorversicherungszeiten denen beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Aus der Familienversicherung ausscheidende Kinder können die Vorversicherungszeiten durch Zeiten der eigenen Versicherung oder aber durch Versicherungszeiten des Stammversicherten, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, erfüllen.

5. Wahltarife

Sollten sich Leistungsberechtigte, die bereits gesetzlich krankenversichert sind oder sich gesetzlich krankenversichern können, für einen Wahltarif entscheiden, dürfen sie nur einen Wahltarif gemäß § 53 Absatz 3 SGB V abschließen. Alle anderen Wahltarife des § 53 SGB V sind ihnen verschlossen (Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattung), sofern die Versicherungsbeiträge vollständig vom Träger der Sozialhilfe übernommen werden (§ 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V).

6. Übersicht über die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben

Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht auf seinem Internetauftritt eine Liste mit den Krankenkassen, die gemäß § 242 Absatz 5 SGB V einen Zusatzbeitrag erheben. Diese ist über folgenden Internet-Link erreichbar:

<https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp>

* * *