

Verwaltungsanweisung zu § 32 SGB XII

Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung

Inkrafttreten: 05.03.2019

Die Verwaltungsanweisung zu § 32 SGB XII (Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung) vom 05.03.2019 wurde mit den Referatsleitern/innen des Fachdienstes Soziales im Rahmen der Fachkonferenz Soziales abgestimmt.

Die Verwaltungsanweisung tritt am 05.03.2019 in Kraft.

Diese elektronische Fassung ist auch ohne Unterschrift gültig

Verwaltungsanweisung zu § 32 SGB XII Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis:

1	Grundsatz (Abs. 1)	2
1.1	Beitragsrückstände	2
2	Gesetzliche Krankenversicherung (Abs. 2)	3
2.1	Versicherungsverhältnisse	3
2.1.1	Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs. 1 Nr. 7 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)	3
2.1.2	Freiwillig weiterversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG	3
2.1.3	Rentantragsteller/innen, die nach § 189 SGB V als Mitglied einer Krankenkasse gelten	3
2.1.4	Freiwillig versicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 KVLG.	3
2.1.5	Freiwillig weiterversicherte Personen nach § 188 Abs. 4 SGB V	4
2.2	Beitragsbemessung durch die Krankenkassen	4
3	Zusatzbeitragssatz (Abs. 3)	4

4	Private Krankenversicherung (PKV) (Abs 4)	5
4.1	Basistarif	5
4.2	Standardtarif für sonstige privatversicherte Personen (§ 257 Abs. 2 a SGB V i d. F. bis 31.12.2008)	6
4.3	Sozialklausel	6
5	Pflegeversicherung	6
5.1	Soziale Pflegeversicherung (Abs. 5)	6
5.2	Private Pflegeversicherung (Abs. 6)	6

1 Grundsatz (Abs. 1)

§ 32 regelt die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen (KV/PV_Beträge).

Danach sind angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung als Bedarf anzuerkennen, soweit sie das um Absetzbeträge nach § 82 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 - 3 bereinigte Einkommen übersteigen.

Leistungsberechtigte, die nach der Einkommensbereinigung gem. § 82 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 - 3 über Einkommen verfügen, müssen daraus die KV/PV-Beiträge selbst tragen. Sind diese höher als das zur Verfügung stehende Einkommen, ist der nicht gedeckte Teil als Bedarf anzuerkennen.

Ist kein Einkommen vorhanden, ist der gesamte angemessene Beitrag als Bedarf anzuerkennen.

Nach § 42 Nr. 2 werden die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge auch für Empfänger von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung übernommen (Leistungsberechtigte nach § 19 Abs. 2).

Besteht kein Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (z.B. bei Studenten/Studentinnen) bzw. Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, besteht auch kein Anspruch auf Übernahme der Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung.

1.1 Beitragsrückstände

Die Übernahme von Beitragsrückständen, Säumniszuschlägen und Mahngebühren für Zeiträume vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit ist ausgeschlossen.

Für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt ein Ruhen der Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse, wenn ein Beitragsrückstand die Höhe

von zwei Monatsbeiträgen umfasst. Ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 25 SGB V Gesundheitsuntersuchungen und § 26 SGB V Kinderuntersuchung. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V) und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind **oder** wenn die Versicherten hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder dieses Buches werden (§ 16 Abs. 3 a Satz 2 SGB V).

Die Krankenkasse hat betroffene Versicherte schriftlich darauf hinzuweisen, dass die Übernahme der Beiträge bei Hilfebedürftigkeit durch den zuständigen Sozialhilfeträger erfolgen kann (§ 16 Abs. 3 b SGB V).

Für Versicherungsnehmer in einer privaten Krankenversicherung (PKV) gilt ein Ruhen des Vertrages, wenn der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher ist, als der Prämienanteil für einen Monat. Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG) versichert.

Das Ruhen des Vertrages **tritt nicht ein oder endet**, wenn die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder dieses Buches wird. (§ 193 Abs. 6 VVG (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)).

2 Gesetzliche Krankenversicherung – GKV (Abs. 2)

Bei Personen in der GKV gilt der monatliche Beitrag als angemessen. Hierzu gehören:

2.1 Versicherungsverhältnisse

2.1.1 Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und § 2 Abs. 1 Nr. 7 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)

Die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG tritt bei Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, mit dem 01.04.2007 (rückwirkend) kraft Gesetz ein. So kann es richtig sein, dass Krankenkassen Beiträge für einen Zeitraum ab Inkrafttreten dieser Regelung, frühestens also mit dem 01.04.2007, 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 übernommen.

Bei Pflichtversicherten, 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.

2.1.2 Freiwillig weiterversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG

Bei den nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG freiwillig Versicherten handelt es sich um Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Vorversicherungszeiten erfüllen und sich **innerhalb von 3 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 Abs. 1 SGB VI (Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI) beim Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen der Krankenversicherung beantragen, der zusammen mit der Rente ausbezahlt wird. Dieser ist bei der Bedarfsberechnung bedarfsmindernd einzusetzen.

2.1.3 Rentenantragsteller/innen, die nach § 189 SGB V als Mitglied einer Krankenkasse gelten

Rentantragsteller gelten nach § 189 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags als Mitglieder der GKV, wenn sie die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 - 12 und Abs. 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 Abs. 1 SGB V versicherungsfrei sind.

2.1.4 Freiwillig versicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 KVLG.

Bei den in § 32 Abs. 2 Nr. 4 benannten freiwillig Versicherten handelt es sich um Personen, die bei Erfüllung der in § 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 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 3 Monaten nach dem maßgebenden Ereignis** möglich.

2.1.5 Freiwillig weiterversicherte Personen nach § 188 Abs. 4 SGB V

Seit dem 01.08.2013 setzt sich gem. § 188 Abs. 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 Abs. 4 SGB V ist kraft Gesetz 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 Abs. 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.

2.2 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 Abs. 1 Nr. 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 3. oder 4. Kapitel; (außerhalb von Einrichtungen sowie in Einrichtungen gem. § 13 Abs. 2 SGB XII) gilt als beitragspflichtige Einnahmen das 2,67-fache der Regelbedarfsstufe 1.

Für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG Versicherungspflichtigen wird die Beitragsbemessung gem. § 43 KVLG i. V. m. § 46 KVLG durch die Satzung geregelt.

3 Zusatzbeitragssatz (Abs. 3)

Die Angemessenheit der Beiträge für Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst auch den Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 1 SGB V.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind ab dem 01.01.2015 berechtigt, neben dem gesetzlichen Beitragssatz einen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zu erheben, wenn sie mit den aus dem Gesundheitsfond zugewiesenen Mitteln nicht auskommen.

Die Krankenkassen melden ihre Zusatzbeitragssätze dem GKV-Spitzenverband, der eine aktuelle Übersicht auf seiner Internetseite führt (§ 242 Abs. 5 SGB V).

https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp?pageNo=2#krankenkassen

Die Übernahme des gesetzlichen und des kassenindividuellen Beitrages erfolgt in einer Summe.

4 Private Krankenversicherung - PKV (Abs 4)

Beiträge für in der PKV versicherte Personen werden anerkannt, soweit sie angemessen sind.

Angemessen sind Beiträge

- bis zur Höhe des sich nach § 152 Abs. 4 VAG ergebenden halbierten monatlichen Beitrages für den **Basistarif**, sofern die Versicherungsverträge der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG genügen oder
- für eine Versicherung im brancheneinheitlichen **Standardtarif** nach § 257 Abs. 2 a SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung.

Besteht die Leistungsberechtigung nach dem Dritten Kapitel voraussichtlich nur für einen Zeitraum von drei Monaten, weil z. B. der Zufluss von bedarfsdeckenden Einkünften oder ein Vermögenszufluss absehbar ist, kann ein höherer Beitrag als angemessen anerkannt werden.

In begründeten Ausnahmen kann auf Antrag ein höherer Beitrag bis zu sechs Monate als angemessen anerkannt werden, wenn bei Antragstellung oder vor Ablauf der drei Monate davon auszugehen ist, dass die Leistungsberechtigung für einen begrenzten Zeitraum, aber länger als drei Monate, bestehen wird. Dieses kann der Fall sein, wenn das

Versicherungsunternehmen längere Zeit benötigt, das Versicherungsverhältnis auf den Basistarif umzustellen.

4.1 Basistarif

Für Personen, die der PKV zuzuordnen sind, ist die Krankenversicherung seit dem 01.01.2009 verpflichtend (§ 193 VVG).

Die Versicherungsunternehmen der PKV haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Versicherungsleistungen vergleichbar sind mit den Leistungen in der GKV.

Die Versicherer haben den in § 152 Abs. 2 VAG genannten Personen eine Versicherung im Basistarif zu gewähren.

Da die Versicherungsleistungen mit den Leistungen der GKV vergleichbar sind, ist ein Wechsel für bereits in der PKV Versicherte in den Basistarif zumutbar. Der Wechsel innerhalb des jeweiligen Versicherungsunternehmens unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Altersrückstellung ist gem. § 204 VVG u. a. nur möglich, wenn der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder dieses Buches ist.

Der Beitrag, der im Rahmen des Basistarifs erhoben wird, vermindert sich um die Hälfte für die Dauer der Hilfebedürftigkeit. (§ 152 Abs. 4 Satz 3 VAG)

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags im Basistarif wird auch von Alter und Vorversicherung in der PKV beeinflusst. Daher muss der individuelle Beitrag im Basistarif nicht zwingend auch dem Höchstbeitrag im Basistarif entsprechen.

Leistungsberechtigte Personen, die die Übernahme eines Beitrages für einen anderen Tarif als den Basistarif beantragen, haben einen Nachweis über ihren individuellen Beitrag im Basistarif vorzulegen.

Der Beitrag kann als angemessen angesehen werden, wenn seine Höhe die Hälfte des individuellen Beitrages im Basistarif nicht übersteigt und ein vollwertiger Krankenschutz sowohl für ambulante als auch für stationäre Behandlung gewährleistet ist.

Bei einem höheren Beitrag ist zu prüfen, ob er durch Wechsel der Tarife auf das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Basistarifs gesenkt werden kann. Auf die Zumutbarkeit eines Wechsels in den Basistarif ist zu verweisen.

Privat versicherte Rentner haben die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe allein zu tragen und selbst anzuweisen. Allerdings können privat Versicherte

gemäß § 106 Abs. 1 SGB VI beim Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen der Krankenversicherung beantragen, der zusammen mit der Rente ausgezahlt wird. Dieser ist bei der Bedarfsberechnung bedarfsmindernd einzusetzen.

4.2 Standardtarif für sonstige privatversicherte Personen (§ 257 Abs. 2 a SGB V i. d. F. bis 31.12.2008)

Der Standardtarif gem. § 257 Abs. 2 a i. d. F. bis 31.12.2008 besteht seit 1994 und ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag, dessen Versicherungsschutz vergleichbar mit demjenigen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist. Er erfüllt in der PKV eine soziale Schutzfunktion und ist daher nur für bestimmte Personengruppen geöffnet.

So sind i.d.R. nur Personen zur Versicherung im Standardtarif berechtigt, die seit mind. zehn Jahren privat vollversichert sind und das 65. Lebensjahr vollendet haben oder das 55. Lebensjahr vollendet haben und über ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze gem. § 6 Abs. 7 SGB V verfügen. Der Standardtarif darf dabei nicht mit Zusatzversicherungen verbunden werden.

Der Beitrag darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für Ehegatten oder Lebenspartner darf der Beitrag insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt.

4.3 Sozialklausel

Der Beitrag, der im Rahmen des Basistarifs erhoben wird, vermindert sich um die Hälfte, wenn durch die Zahlung des Beitrages Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder diesem Buch entsteht (§ 152 Abs. 4 Satz 1 und 2 VAG). Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang.

5 Pflegeversicherung

5.1 Soziale Pflegeversicherung (Abs. 5)

Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind für gesetzlich Krankenversicherte Pflichtbeiträge; aus der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse folgt mithin die Mitgliedschaft in der Pflegekasse.

Bei Personen in der sozialen Pflegeversicherung gilt der monatliche Beitrag als angemessen. Hierzu gehören:

1. Pflichtversicherte gem. §§ § 20 SGB XI und § 21 SGB XI
2. Weiterversicherte Personen gem. § 26 SGB XI
3. Personen, die gem. § 26a SGB XI der sozialen Versicherung beigetreten sind.

5.2 Private Pflegeversicherung (Abs. 6)

Bei Personen in der privaten Pflegeversicherung, die pflichtversichert nach § 23 SGB XI oder der privaten Pflegeversicherung gem. § 26a SGB XI beigetreten sind, gilt der Beitrag als angemessen

- bis zur Höhe des nach § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI halbierten Höchstbeitrages in der sozialen Pflegeversicherung oder
- bei Versicherung im brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a SGB V in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung.

Liegen Gründe vor für die befristete Anerkennung eines höheren Beitrages in der privaten Krankenversicherung vor, gelten diese für die private Pflegeversicherung entsprechend.

ausserkraft