

Verwaltungsanweisung zu § 32 SGB XII

Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

Inkrafttreten: 06.12.2016

Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

Die Verwaltungsanweisung zu § 32 SGB XII (Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung) vom 06.12.2016 wurde mit den Referatsleiter/innen des Fachdienstes Soziales im Rahmen der Fachkonferenz Soziales abgestimmt.

Die Verwaltungsanweisung tritt am 06.12.2016 in Kraft.

Verwaltungsanweisung zu § 32 SGB XII

Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis:

1	Grundsatz	3
1.1	Beitragsrückstände	3
2	Personenkreis nach § 32 Abs. 1 SGB XII	3
2.1	Umfang der Leistungen	4
2.1.1	Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V / § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG	4
2.1.2	Freiwillig „Weiter“-Versicherte nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V/§ 6 Abs. 1 Nr. KVLG/ Rentenantragsteller	5
3	Personenkreis nach § 32 Abs. 2 SGB XII	6
3.1	Umfang der Leistungen	6
4	Personenkreis nach § 32 Abs. 5 SGB XII	7
4.1	Basistarif	7
4.2	Umfang der Leistungen	7
4.3	Sozialklausel	8
5	Pflegeversicherung	8
6	Zusatzbeitragssatz	8

1 Grundsatz

Der § 32 regelt die Übernahme von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen für die nachstehend unter 2. bis 4. aufgeführten Personenkreise.

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

Für alle Personenkreise gilt ebenfalls, dass die zu übernehmenden Beiträge dem Bedarf hinzugerechnet und nicht nach § 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 bei der Bereinigung des Einkommens berücksichtigt werden.

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 zwei Monatsbeiträge umfasst. Ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 25 Gesundheitsuntersuchungen und § 26 Kinderuntersuchung) 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. 3a Satz 2 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 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 VAG).

2 Personenkreis nach § 32 Abs. 1 SGB XII

Beiträge für

- Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- Pflichtversicherte Landwirte nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG (Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)
- freiwillig weiterversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG
- Rentenantragsteller/innen, die nach § 189 SGB V als Mitglied einer Krankenkasse gelten

werden übernommen, soweit die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 bzw. Abs. 2 erfüllt sind, also Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung besteht.

2.1 Umfang der Leistungen

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 Versicherungspflichtigen (§ 227 SGB V) und für die Rentenantragsteller (§ 239 SGB V) gilt § 240 SGB V entsprechend.

Für Leistungsberechtigte außerhalb von Einrichtungen erfolgt die Festlegung des Beitrages individuell auf Basis der versicherungspflichtigen Einnahmen.

Für die Beitragsbemessung von Empfängern von Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel; die in Einrichtungen gem. § 13 Abs. 2 leben, gilt als beitragspflichtige Einnahmen das 3,2-fache der Regelbedarfsstufe 3.

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

2.1.1 Pflichtversicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V / § 2 Abs. 1 Nr. 7 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.

Nach § 32 Abs. 1 Satz 3 sind die Beiträge von Pflichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG, die nur wegen der Zahlung der Pflichtbeiträge nach § 19 Abs. 1 bzw. Abs. 2 leistungsberechtigt sind, auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an diese zu zahlen.

Die direkte Zahlung der vollen Beiträge an die gesetzliche Krankenkasse setzt voraus, dass die Krankenkasse schriftlich nachweist, dass die Pflichtversicherten ihrer Verpflichtung zur Zahlung der laufenden monatlichen Beiträge nicht oder nicht in vollem Umfang nachkommen, Beitragszuschüsse der Sozialhilfe nicht zweckentsprechend verwendet werden und dadurch Beitragsschulden aufgelaufen sind.

Die Leistungsberechtigten sind von der Überweisung des vollen Beitrages an die gesetzliche Krankenversicherung und von der Verpflichtung nach § 19 Abs. 5, einen entsprechenden Anteil am Krankenversicherungsbeitrag dem Sozialhilfeträger zurückzuzahlen, innerhalb eines angemessenen Zeitraumes durch einen Leistungsbescheid schriftlich zu unterrichten (V 113c).

Die Umsetzung erfolgt zum nächstmöglichen Monatsersten mit der Zahlung des laufenden monatlichen Beitrags.

2.1.2 Freiwillig „Weiter“-Versicherte nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V/§ 6 Abs. 1 Nr. KVLG/ Rentenantragsteller

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.

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).

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.

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 beim Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen der Krankenversicherung beantragen, der zusammen mit der Rente ausgezahlt wird. Dieser ist bei der Bedarfsberechnung bedarfsmindernd einzusetzen.

3 Personenkreis nach § 32 Abs. 2 SGB XII

Beiträge für

- freiwillig versicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 8 SGB V bzw. § 6 Abs. 1 Nr. 2 KVLG

können übernommen werden, soweit die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 bzw. Abs. 2 erfüllt sind, also Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung besteht.

Zur Aufrechterhaltung einer freiwilligen Krankenversicherung werden solche Beiträge übernommen, wenn Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nur für kurze Dauer zu leisten ist.

Bei den in § 32 Abs. 2 benannten freiwillig Versicherten handelt es sich um Personen, die bei Erfüllung der in § 9 Abs. 2 bis 8 SGB V 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.

3.1 Umfang der Leistungen

Die Festlegung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrages für freiwillig Versicherte 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).

Für Leistungsberechtigte außerhalb von Einrichtungen erfolgt die Festlegung des Beitrages individuell auf Basis der versicherungspflichtigen Einnahmen.

Für die Beitragsbemessung von Empfängern von Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel; die in Einrichtungen gem. § 13 Abs. 2 leben, gilt als beitragspflichtige Einnahmen das 3,2-fache der Regelbedarfsstufe 3.

4 Personenkreis nach § 32 Abs. 5 SGB XII

Beiträge für

- in der privaten Krankenversicherung (PKV) versicherte Personen

werden übernommen, soweit sie angemessen sind und die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 bzw. Abs. 2 erfüllt sind, also Anspruch auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung besteht.

4.1 Basistarif

Für Personen, die der PKV zuzuordnen sind, ist die Krankenversicherung seit dem 01.01.2009 verpflichtend (allgemeine Versicherungspflicht).

Die Versicherungsunternehmen der PKV haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif (bis 31.12.2008 Standardtarif) anzubieten, dessen Versicherungsleistungen vergleichbar sind mit den Leistungen in der GKV. Die bis zum 31.12.2008

abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden gem. § 315 Abs. 4 SGB V zum 01.01.2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 VAG umgestellt.

Die Versicherer haben den in § 152 Abs. 2 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).

Eine Versicherung im Basistarif (bis 31.08.2008 Standardtarif) ist eine angemessene Versicherung gem. § 32 Abs. 5.

4.2 Umfang der Leistungen

Beiträge im Basistarif können als angemessen anerkannt werden.

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 nachzuweisen.

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.

Bei kurzzeitiger Hilfebedürftigkeit können auch höhere Aufwendungen übernommen werden.

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.

4.3 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 besteht (§ 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

Die Beiträge zur Pflegeversicherung sind für gesetzlich Krankenversicherte Pflichtbeiträge; aus der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse folgt mithin die Mitgliedschaft in der Pflegekasse. Daher werden Beiträge für Pflegekassen bei Hilfebedürftigkeit ebenfalls übernommen.

Die Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung können übernommen werden, wenn sie angemessen sind.

6 Zusatzbeitragssatz

Die Übernahme der Beiträge für Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst auch den Zusatzbeitragssatz nach § 242 Abs. 1 SGB V (§ 32 Abs. 4).

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.

