

Fachanweisung zu §§ 32 und 32a SGB XII

Berücksichtigung der Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung für Leistungsberechtigte des SGB XII vom 01.09.2019

(Gz.: SI 222 / 112.30-10-2-19) Stand: 13.08.2019

Inhalt

A. Ziele	2
B. Vorgaben.....	2
1. Einleitung und Inhalt	2
2. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.....	2
2.1 Berücksichtigung der Beiträge	2
2.2 Wahl einer Kranken- und Pflegeversicherung	3
2.3 Beitrittsfristen.....	3
2.4 Vorversicherungszeiten bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht	3
2.5 Vorversicherungszeiten bei Ausscheiden aus der Familienversicherung	4
2.6 Wahltarife	4
2.7 Höhe der Beiträge.....	4
3. Private Kranken- und Pflegeversicherung	4
3.1 Berücksichtigung der Beiträge	4
3.2 Wahl einer Kranken- und Pflegeversicherung	5
3.3 Höhe der Beiträge.....	5
3.3.1 Basistarif.....	5
3.3.2 Private Pflegepflichtversicherung.....	6
4. Zahlung der Beiträge	6
4.1 Säumniszuschläge, Mahngebühren, Prämienzuschläge, rückständige Beiträge ..	6
4.2 Direkte Zahlung der Beiträge an die Krankenversicherung	7
5. Absetzbarkeit der Beiträge und Beitragssätze.....	7
C. Berichtswesen	7
D. Inkrafttreten	7

A. Ziele

Mit dieser Fachanweisung soll die Übernahme von Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherung für Leistungsberechtigte nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) und nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einheitlich geregelt werden. Weiterhin soll die Sachbearbeitung dabei unterstützt werden, vorrangige Krankenversicherungsansprüche zu identifizieren.

B. Vorgaben

1. Einleitung und Inhalt

Die Leistungsberechtigten des [SGB XII](#) sind im Regelfall gesetzlich oder privat krankenversichert. Sollte keine Krankenversicherung vorliegen oder diese aufgrund eines Rechtskreiswechsels entfallen, sind die vorrangigen Ansprüche auf Gesundheitsversorgung im Rahmen einer Krankenversicherung zu prüfen. Das Schema zur Prüfung von Ansprüchen auf Krankenversicherung ist Anlage 1 zu entnehmen. Erst, wenn keine Krankenversicherung realisiert werden kann, werden die Leistungsberechtigten zu einer Betreuung gemäß § 264 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) angemeldet.

Leistungen im Einzelfall nach dem [Fünften Kapitel SGB XII](#) (Hilfen zur Gesundheit) sind regelhaft nicht zu bewilligen (siehe [Fachliche Regelungen zum 5. Kapitel SGB XII](#)).

Diese Fachanweisung beinhaltet Hinweise zur Übernahme der Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung für die Leistungsberechtigten des Dritten und Vierten Kapitels SGB XII. Die Leistungsberechtigung nach dem Dritten Kapitel folgt direkt aus §§ 32, 32a SGB XII, die nach dem Vierten Kapitel ergibt sich aus [§ 42 Nr. 2 SGB XII](#), der auf die §§ 32, 32a SGB XII verweist.

2. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

Vor der Berücksichtigung von Beiträgen ist die Durchsetzung der vorrangigen Inanspruchnahme beitragsfreier Versicherungsverhältnisse im Sinne des [§ 10 SGB V](#) (Familienversicherung) zu beachten, siehe auch Anlage 1. Bei Ausscheiden aus der Familienversicherung kommt gemäß § 9 Absatz 1 Nr. 2 SGB V eine freiwillige Versicherung in Betracht (Vgl. [Ziffer 2.5](#)).

2.1 Berücksichtigung der Beiträge

Beiträge für eine gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie ein Zusatzbeitrag nach [§ 242 SGB V](#) werden übernommen, wenn der Leistungsberechtigte im Sinne des [§ 19 Absatz 1 und 2 SGB XII](#) entweder

- pflichtversichert im Sinne des [§ 5 Absatz 1 Nr. 13 SGB V](#) bzw. [§ 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte \(KVLG\)](#) oder
- weiterversichert im Sinne des [§ 9 Absatz 1 Nr. 1 SGB V](#) bzw. [§ 6 Absatz 1 Nr. 1 KVLG](#) oder
- Rentenantragsteller / -in, der / die nach [§ 189 SGB V](#) als Mitglied einer Krankenkasse gilt, oder
- freiwillig versichert im Sinne des [§ 9 Absatz 1 Nr. 2 bis 7 SGB V](#) oder [§ 6 Absatz 1 Nr. 2 KVLG](#), oder
- weiterversichert nach [§ 188 Absatz 4 SGB V](#) oder [§ 22 Absatz 3 KVLG](#) (Obligatorische Anschlussversicherung) ist.

Leistungsberechtigte, die eine Rente beziehen und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten gemäß [§ 106 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB VI\)](#) einen Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung. Dieser ist bei der Berücksichtigung der Beiträge zu berücksichtigen.

2.2 Wahl einer Kranken- und Pflegeversicherung

Bei der Wahl einer gesetzlichen Krankenkasse sollen die Leistungsberechtigten beraten und beim Beitritt bzw. Wechsel in die gewählte Krankenkasse unterstützt werden. Eine Beratung kann beispielsweise dahingehend erfolgen, dass auf die Vielfalt der verschiedenen Krankenversicherungen, deren Leistungsumfänge und die regionale Verbreitung von Geschäftsstellen hingewiesen wird. Das Wahlrecht der Leistungsberechtigten darf hierbei nicht eingeschränkt werden; auch dann nicht, wenn die Wahl auf eine Krankenkasse mit höheren Beiträgen fällt. Auf die Einhaltung der Kündigungsfristen des [§ 175 Absatz 4 SGB V](#) ist hinzuwirken.

Eine Kündigung ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt.

2.3 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 Nr. 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 der GS-Dienststelle aufgenommen und an die Krankenkasse weitergeleitet werden. Besteht ein nachhaltiger Verdacht, dass dem Fristablauf eine Falschberatung der Krankenkasse zugrunde liegt, kann eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach [§ 27 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB X\)](#) verlangt werden. In strittigen Fällen ist das zuständige Rechtsamt und bei grundsätzlichen Problemen das Fachreferat SI 22 der BASFI zu beteiligen.

Wichtig:

Im Rahmen des Renteneintritts ist es möglich, dass der Rentenbescheid den Abzug von KV- und PV-Beiträgen ausweist, obwohl das Bestehen einer Pflichtversicherung in der KVdR (noch) nicht festgestellt ist (s. Anlage 1). Wenn nicht eindeutig eine Pflichtversicherung in der KVdR besteht, sollte daher vorsorglich eine Beitrittserklärung für die freiwillige Versicherung erfolgen.

2.4 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 Nr. 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.

Im Rahmen der Vorversicherungszeiten sind auch Zeiten des SGB II-Leistungsbezugs zu berücksichtigen, für die nachträglich festgestellt wurde, dass keine Erwerbsfähigkeit vorlag. Dies gilt allerdings nur, sofern der dem Leistungsbezug zugrunde liegende Bewilligungsbescheid von Jobcenter team.arbeit.hamburg nicht zurückgenommen, widerrufen oder aufgehoben worden ist. In diesen Fällen sind die Leistungen nach dem SGB II nicht „zu Unrecht“ im Sinne des [§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 SGB V](#) bezogen worden.

2.5 Vorversicherungszeiten bei Ausscheiden aus der Familienversicherung

Nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung kann eine freiwillige Weiterversicherung nach [§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 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 (Vgl. [Ziffer 2.4](#)).

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.

2.6 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 etc.), sofern die Versicherungsbeiträge vollständig vom Träger der Sozialhilfe übernommen werden (siehe [§ 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V](#)).

2.7 Höhe der Beiträge

Seit dem 1. Januar 2019 gelten einheitliche Beitragssätze für freiwillig versicherte Leistungsberechtigte. Für die Beitragsbemessung wird als beitragspflichtige Einnahme pauschal das 2,67-fache des Regelsatzes in der Regelbedarfsstufe 1 nach der [Anlage zu § 28 SGB XII](#) festgeschrieben.

Die Höhe der Beiträge ergibt sich aus der Anwendung des ermäßigten Beitragssatzes in Höhe von 14 % und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag auf die beitragspflichtige Einnahme.

Die beitragspflichtige Einnahme für die Kranken- und Pflegeversicherung und die sich daraus resultierenden Beiträge sind der Ergänzung zur Fachanweisung (Anlage 4) zu entnehmen.

3. Private Kranken- und Pflegeversicherung

3.1 Berücksichtigung der Beiträge

Beiträge für eine private Kranken- und Pflegeversicherung werden nur für eine Versicherung im **Basistarif** ([§ 152 Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG](#)) bzw. bei älteren Versicherungsverträgen im brancheneinheitlichen **Standardtarif** ([§ 257 Absatz 2a des SGB V](#)) übernommen.

Die Beiträge für eine Versicherung im Basistarif bzw. Standardtarif gelten als angemessen im Sinne des [§ 32 Absatz 4 SGB XII](#). Der Basistarif entspricht in etwa der GKV, denn er darf den Höchstbetrag der GKV nicht überschreiten und ist mit seinem Leistungsumfang mit dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar.

Ausnahmen:

Wenn die Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nicht länger als drei Monate gewährt werden muss, werden zur Aufrechterhaltung eines bestehenden teureren bzw. umfangreicheren Versicherungsschutzes neben den Beiträgen für die Versicherung im Basistarif auch Beiträge übernommen, die gegebenenfalls für das Ruhen des teureren bzw. umfassenderen Versicherungsschutzes anfallen (Anwartschaftsversicherung). Im begründeten Einzelfall kann dieser Zeitraum auf 6 Monate verlängert werden.

Höhere Beiträge können ebenfalls übernommen werden, wenn dies aus wirtschaftlichen Gründen geboten ist (z.B. höhere Beteiligung der Krankenkasse an Behandlungs- oder Pflegekosten, die im Basistarif nicht enthalten wären und sonst vom Sozialhilfeträger übernommen werden müssten). Dies ist im Einzelfall ausführlich zu begründen.

Nicht angemessen sind Beiträge für Versicherungsverträge, die einen **Selbstbehalt** der Versicherten vorsehen. Diese werden nicht übernommen und es ist auf einen Tarif- oder Versicherungswechsel hinzuwirken.

3.2 Wahl einer Kranken- und Pflegeversicherung

Leistungsberechtigte ohne bestehenden Krankenversicherungsschutz, die nicht nach [§ 193 Absatz 3 Satz 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag \(VVG\)](#) von der Versicherungspflicht befreit sind, sind auf die Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung hinzuweisen und beim Abschluss eines Vertrages mit angemessenen Beiträgen (Basistarif) zu unterstützen. Die Frist des [§ 193 Absatz 4 VVG](#) (ein Monat) zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist zu beachten. Die Leistungsberechtigten sind im Übrigen darauf hinzuweisen, dass sie mit den Versicherungsunternehmen **keine Selbstbehalte** vereinbaren dürfen.

Leistungsberechtigte, die bereits privat kranken- und pflegeversichert sind, haben das Recht, unter Anrechnung der aus dem bestehenden Vertrag erworbenen Rechte und Altersrückstellungen in den Basistarif zu wechseln ([§ 204 Absatz 1 Nummer 1b VVG](#)). Ihnen soll daher schriftlich (Anlage 2 - [Musterschreiben 1](#)) mit einer Fristsetzung von drei Monaten empfohlen werden, ihre Versicherung entsprechend umzustellen. **Nach dem Wechsel in den Basistarif bzw. spätestens nach Ablauf der dreimonatigen Frist sind nur noch die Beiträge zu übernehmen bzw. zu berücksichtigen, die im Falle einer Versicherung im Basistarif gezahlt werden müssen.** Gleichzeitig sind die Leistungsberechtigten, die ihre Versicherung nicht umgestellt haben, mit gesondertem Schreiben (Anlage 3 - [Musterschreiben 2](#)) darauf hinzuweisen, dass der Träger der Sozialhilfe über den Beitrag für den Basistarif hinaus keine weiteren Aufwendungen übernehmen wird.

3.3 Höhe der Beiträge

3.3.1 Basistarif

Der Basistarif darf maximal so teuer sein wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe Anlage im Downloadbereich) und keine Risikozuschläge, Wartezeiten oder Leistungsausschlüsse enthalten.

Der Beitrag für eine Versicherung im Basistarif verringert sich gemäß [§ 152 Absatz 4 VAG](#) um **die Hälfte**, wenn und solange Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII besteht bzw. durch die Beitragspflicht entsteht. Auf Antrag des Versicherten ist die Hilfebedürftigkeit vom Träger der Sozialhilfe zu prüfen und zu bescheinigen.

Bleibt die Hilfebedürftigkeit trotz dieser Beitragskürzung bestehen, beteiligt sich der Träger der Sozialhilfe auf Antrag der versicherten Person im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Von dem um die Hälfte reduzierten Krankenversicherungsbeitrag ist also nur der Anteil zu übernehmen, für den ein sozialhilferechtlicher Bedarf besteht.

Wenn bei vorhandenem Einkommen durch die Beitragspflicht Hilfebedürftigkeit entsteht, diese jedoch durch die Reduzierung der Beiträge um die Hälfte wieder entfällt, besteht kein sozialhilferechtlicher Bedarf.

Das Entfallen der Hilfebedürftigkeit durch die Halbierung der Beiträge hat keinen erneuten Einfluss auf die Beitragshöhe, sondern diese verbleibt halbiert, solange durch die Zahlung der vollen Beiträge Hilfebedürftigkeit entstehen würde. Eine Gegenrechnung gegen das durch die Halbierung wieder zur Verfügung stehende Einkommen ist nicht vorgesehen.

3.3.2 Private Pflegepflichtversicherung

Wenn der / die Leistungsberechtigte im Basistarif versichert ist, dürfen die Beiträge für eine private Pflegepflichtversicherung den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung nicht überschreiten (siehe Anlage im Downloadbereich).

Darüber hinaus vermindert sich der Pflegepflichtversicherungsbeitrag für im Basistarif Versicherte um die Hälfte, wenn und solange Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII besteht bzw. durch die Zahlung der Krankenversicherungs- **oder** Pflegepflichtversicherungsbeiträge entsteht ([§ 110 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB XI\)](#) i.V.m. [§ 152 Absatz 4 VAG](#)). Auf Antrag des Versicherten ist die Hilfebedürftigkeit vom Träger der Sozialhilfe zu prüfen und zu bescheinigen.

Bleibt die Hilfebedürftigkeit trotz dieser Beitragskürzung bestehen, beteiligt sich der Träger der Sozialhilfe auf Antrag der versicherten Person im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird.

Von dem um die Hälfte reduzierten Pflegepflichtversicherungsbeitrag ist also nur der Anteil zu übernehmen, für den ein sozialhilferechtlicher Bedarf besteht.

Wenn bei vorhandenem Einkommen durch die Beitragspflicht Hilfebedürftigkeit entsteht, diese jedoch durch die Reduzierung der Beiträge um die Hälfte wieder entfällt, besteht kein sozialhilferechtlicher Bedarf.

Das Entfallen der Hilfebedürftigkeit durch Halbierung der Beiträge hat keinen erneuten Einfluss auf die Beitragshöhe, sondern diese verbleibt halbiert, solange durch die Zahlung der vollen Beiträge Hilfebedürftigkeit entstehen würde. Eine Gegenrechnung gegen das durch die Halbierung wieder zur Verfügung stehende Einkommen ist nicht vorgesehen.

4. Zahlung der Beiträge

4.1 Säumniszuschläge, Mahngebühren, Prämienzuschläge, rückständige Beiträge

Die Beitragsberücksichtigung umfasst nur laufende Beiträge.

Säumniszuschläge, Mahngebühren, rückständige Beiträge und Prämienzuschläge für einen verspäteten Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach [§ 193 Absatz 4 VVG](#) werden dagegen **grundsätzlich nicht übernommen** (Grundsatz: „Keine Hilfe für die Vergangenheit“).

Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Sozialhilfebedarf bereits bekannt war (Kenntnis der Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe gemäß [§ 18 SGB XII](#)) und auch weiterhin fortbesteht.

Exkurs rückständige Beiträge / Beitragsschulden:

Rückständige Beiträge bzw. Beitragsschulden sind für das Bestehen des Versicherungsverhältnisses unschädlich. Ein bestehendes Versicherungsverhältnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht aufgrund von Beitragsschulden einseitig gekündigt werden.

Sobald und soweit die betroffene Person hilfebedürftig im Sinne des SGB XII ist, haben Beitragsschulden keine Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis.

Ist die Person nicht hilfebedürftig im Sinne des SGB XII führen Beitragsschulden ab einer Höhe von zwei Monatsbeiträgen zu einem Ruhen des Leistungsanspruches gemäß [§ 16 Absatz 3a SGB V](#). Während des ruhenden Anspruches erhalten die Personen weiterhin Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, bei Schwangerschaft und Mutterschaft und zur Früherkennung von Krankheiten (analog § 4 AsylbLG). Eine gesundheitliche Basisversorgung ist somit sichergestellt.

4.2 Direkte Zahlung der Beiträge an die Krankenversicherung

Die Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung sind – unabhängig davon, ob sie vom Einkommen abgesetzt oder als Bedarf anerkannt werden – gemäß § 32a SGB XII als **Direktzahlung** zu leisten, wenn der Zahlungsanspruch an Geldleistungen größer oder gleich der Summe der insgesamt zu zahlenden, angemessenen Versicherungsbeiträge ist.

Die Zahlung erfolgt an die Krankenkasse, bei der die leistungsberechtigte Person versichert ist. Die Leistungsberechtigten sowie die zuständigen Krankenkassen oder die zuständigen Versicherungsunternehmen sind über den im Fachverfahren hinterlegten Vordruck über Beginn, Höhe des Beitrags, den Zeitraum, die Beendigung einer Direktzahlung sowie Name und Adresse der Krankenkasse bzw. des Leistungsberechtigten schriftlich zu informieren.

5. Absetzbarkeit der Beiträge und Beitragssätze

Die Beiträge für eine gesetzliche oder private Krankenversicherung sind gemäß § 32 Absatz 1 SGB XII vom um die Absetzbeträge nach [§ 82 Absatz 2 Nr. 1 bis 3 SGB XII](#) und dem Freibetrag nach § 82 Absatz 3 SGB XII bereinigten Einkommen abzusetzen. Soweit das Einkommen nicht auskömmlich ist, sind die Beiträge als Bedarf zu berücksichtigen.

Lediglich bei Leistungsberechtigten, denen in stationären Einrichtungen Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt und deren Einkommen auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet wurde, bleibt es bis zur Ablösung von PROSA bei der Ansetzung des vollen Beitrages als Bedarf.

C. Berichtswesen

Die für das Controlling benötigten Daten werden aus dem Datawarehouse entnommen.

D. Inkrafttreten

Diese Fachanweisung tritt am 01.09.2019 in Kraft und ersetzt die Arbeitshilfe zu §§ 32 und 32a SGB XII vom 16.09.2009.