

Hinweise
zur Durchführung der Sozialhilfe

Nr. 9/2019

Übernahme von Beiträgen für die
Kranken- und Pflegeversicherung gem. §§
32 und 32a SGB XII

Diese Hinweise gelten ab 01.01.2020 und ersetzen die Hinweise 9/2017.

Impressum:

SGB XII

Fachdienst: 50.60

Ansprechpartner/In: Frau Jahn / Frau Krohn-Tollschnibbe

04551 951-9717/-9682

Stand: 01.01.2020

Inhaltsverzeichnis

1	Grundsatzregelung (§ 32 Abs. 1) SGB XII	5
2	Übernahme der Beiträge für eine gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung gem. § 32 Abs. 2 und 5 SGB XII	6
3	Übernahme der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V gem. § 32 Abs. 3 SGB XII....	6
4	Beitragsübernahme für privat kranken- und pflegeversicherte Sozialhilfeempfänger gem. § 32 Abs. 4 und 6 SGB XII	7
5	Krankenbehandlungskosten aufgrund vereinbarter Selbstbeteiligung in einer privaten KV	8
6	Zeitliche Zuordnung und Zahlung von Beiträgen für eine Kranken- und Pflegeversicherung - § 32 a SGB XII.....	9
7	Beitragsschulden.....	9

1 Grundsatzregelung (§ 32 Abs. 1) SGB XII

Seit der Rechtsänderung zum 01.01.2017 ist klargestellt, dass ein Bedarf für Krankenversicherungsbeiträge nur dann anerkannt werden kann, soweit die Kosten nicht vom Einkommen abgesetzt werden können.

Hier ergaben sich in der Praxis Probleme bei der Reihenfolge der Absetzungen. Zur Vermeidung von Nachteilen soll jetzt klargestellt werden, dass eine Bereinigung um die KV/PV-Beiträge nur soweit erfolgt, dass z.B. der Erwerbstätigenfreibetrag (oder Freibetrag für ehrenamtliche Tätigkeiten) dem Leistungsberechtigten tatsächlich verbleibt.

Mit dem „Gesetz zur Änderung des Neunten und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Rechtsvorschriften“ wurde § 32 Absatz 1 daher nochmal neu gefasst. Es wurde ausgeführt, dass die Beiträge dann als **Bedarf** zu berücksichtigen sind, wenn bei der Einkommensbereinigung für das Einkommen geltende Absetzbeträge nach § 82 Abs. 2 Satz 2 und Absatz 3 bis 6 zu berücksichtigen sind.

Erneut nicht eingeschlossen hat der Gesetzgeber Nummer 4 (Arbeitsmittel). Um eine Schlechterstellung der Hilfeempfänger mit Erwerbseinkommen zu vermeiden, ist das Einkommen jedoch zuerst um alle anderen Absetzbeträge der Nummern 1 bis 4 zu bereinigen, bevor eine Absetzung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt (wenn nicht bereits direkt abgezogen), da der Gesetzgeber ausschließlich für diese Beiträge auch eine Berücksichtigungsoption auf der Bedarfsseite geschaffen hat.

Beispiel:

Ein Grundsicherungsempfänger erhält ein Einkommen von 200,- € aus einer Erwerbstätigkeit.

Sein Krankenversicherungsbeitrag beträgt ebenfalls 200,- €. Seine Haftpflichtversicherung kostet monatlich 5,- €.

Das Einkommen reicht dem Grunde aus, den KV-Beitrag zu decken.

Es soll sichergestellt werden, dass dem LB der Freibetrag und weitere Absetzbeträge verbleiben. In diesem Fall kann daher lediglich ein Betrag von 129,80 € für den KV-Beitrag vom Einkommen abgesetzt werden.

Einkommen	200,00 €
./. Freibetrag	60,00 €
./. Arbeitsmittel	5,20 €
./. Haftpflicht	<u>5,00 €</u>
Restl. EK	129,80 €
./. Bereinigung KV	129,80 €

einzusetzendes EK 0,00 €

Es verbleibt **ein Bedarf gem. § 32** in Höhe von 70,20 €.

Achtung:

Bitte im Einzelfall prüfen und sicherstellen, dass dem LB der Freibetrag und weitere Absetzbeträge verbleiben.

2 Übernahme der Beiträge für eine gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung gem. § 32 Abs. 2 und 5 SGB XII

Beiträge für eine gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung werden übernommen, wenn die oder der Leistungsberechtigte im Sinne des § 27 Abs. 1 und 2 SGB XII entweder

- pflichtversichert im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder
- pflichtversichert im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) oder
- weiterversichert (freiwillig versichert in der GKV) i. S. d. § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V oder
- weiterversichert (freiwillig versichert in der GKV) i. S. d. § 6 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 2 bis 8 SGB V oder § 6 Abs. 1 Nr. 2 KVLG ist.

3 Übernahme der Zusatzbeiträge nach § 242 SGB V gem. § 32 Abs. 3 SGB XII

Die **Zusatzbeiträge** nach [§ 242 SGB V](#) werden als angemessener Bedarf anerkannt

Für Beschäftigte in der **Werkstatt für behinderte Menschen** werden gem. § 242 SGB V keine Zusatzbeiträge erhoben, solange keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen bezogen werden.

4 Beitragsübernahme für privat kranken- und pflegeversicherte Sozialhilfeempfänger gem. § 32 Abs. 4 und 6 SGB XII

Seit dem 01.01.2009 besteht unter den Voraussetzungen des § 178a Abs. 5 VVG eine Pflicht zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages, der zumindest die Basissicherung i.S.d. § 12 Abs. 1a VAG erfasst (Basistarif).

Bei Empfängern von Leistungen nach dem SGB XII verringert sich der Beitrag im Basistarif gemäß § 12 VAG um die Hälfte. Dies gilt auch, wenn Hilfsbedürftigkeit allein durch den zu leistenden Krankenversicherungsbeitrag entsteht.

Gemäß § 32 Abs. 4 SGB XII werden für Leistungsberechtigte im Sinne des § 27 Abs. 1 oder 2 SGB XII die Beiträge für eine private Kranken- und Pflegeversicherung übernommen, soweit sie angemessen sind.

Angemessen sind gem. § 32 Abs. 4 SGB XII Krankenversicherungsbeiträge

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

Angemessen sind zudem gem. § 32 Abs. 6 SGB XII Pflegeversicherungsbeiträge

- bis zur Höhe des nach § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI halbierten Höchstbeitrags in der sozialen Pflegeversicherung
- für eine Pflegeversicherung im brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a SGB V

Ein höherer Beitrag kann als angemessen anerkannt werden

- wenn der Leistungsbezug voraussichtlich nur bis zu 3 Monate andauern wird, in begründeten Ausnahmefällen bis zu 6 Monate
- wenn der Versicherte einen Wechsel in den Basistarif verlangen kann, der Tarifwechsel jedoch einige Zeit in Anspruch nimmt. Auf die Mitwirkungspflichten ist hinzuweisen.

Erläuterungen:

Der **Standardtarif** ist in der Regel deutlich günstiger als der Basistarif, aber der Tarif umfasst nicht alle Leistungen, die für gesetzlich versicherte von den gesetzli-

chen Kassen gewährt werden (Kur/Reha, Zahnersatz zu 100% bei Regelversorgung, Haushaltshilfe, Fahrkosten und Soziotherapie werden nicht erbracht).

Der Standardtarif wird von der PKV jenen Mitgliedern angeboten, die bereits vor Januar 2009 und seit mindestens 10 Jahren privat versichert sind.

Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Alter des Versicherten mind. 65 Jahre
- bei einem Alter ab 55 Jahren muss das Einkommen unterhalb der jew. Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen
- Bezug von gesetzlicher Rente wie Altersrente, Erwerbsminderungsrente oder Beamtenpension

Privatversicherte, die ihren Versicherungsvertrag 2009 oder später abgeschlossen haben können jederzeit bei ihrem aktuellen oder auch einem anderen PKV-Unternehmen in den **Basistarif** wechseln. Privatversicherte, die vor 2009 ihren Versicherungsvertrag abgeschlossen haben, wenn sie

- mindestens 55 Jahre alt sind oder
- eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
- hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Diese Personengruppen können bei ihrem Versicherungsunternehmen in den Basistarif wechseln.

Eine Kostenübernahme der durch den Standardtarif nicht gedeckten Kosten durch den Sozialhilfeträger erfolgt nicht.

Hierüber sollten die Leistungsberechtigten auch im Hinblick auf die eingeschränkten Leistungen beraten werden.

Im Einzelfall ist zu prüfen, ob ein Wechsel vom Standard- in den Basistarif im Rahmen der Selbsthilfemöglichkeiten zu fordern ist (weitere Infos hierzu im Skript zum Seminar).

5 Krankenbehandlungskosten aufgrund vereinbarter Selbstbeteiligung in einer privaten KV

Privat krankenversicherte Personen können einen Anspruch auf Übernahme der nicht durch den gewählten Tarif abgedeckten Behandlungskosten haben, solange es dem Hilfebedürftigen nicht möglich ist, in den Basistarif zu wechseln. Eine Übernahme erfolgt jedoch nicht über § 32 SGB XII sondern über eine individuelle Anpassung des Regelbedarfs. Weitere Ausführungen hierzu in den Hinweisen zum Regelbedarf.

Alle Leistungsberechtigten Personen mit einer privaten Krankenversicherung sind jedoch mit der Beratung zum Wechsel in den Basistarif auch darauf hinzuweisen, dass eine Berücksichtigung der Kosten nur in Betracht kommt, wenn und solange ein Wechsel nicht möglich ist.

6 Zeitliche Zuordnung und Zahlung von Beiträgen für eine Kranken- und Pflegeversicherung - § 32 a SGB XII

Bedarfe nach § 32 sind unabhängig von der Fälligkeit des Beitrages jeweils in dem Monat als Bedarf anzuerkennen, für den die Versicherung besteht.

Beiträge, die nach § 82 SGB XII vom Einkommen abgesetzt und nach § 32 als Bedarf anerkannt werden, sind als Direktzahlung zu leisten, wenn der Zahlungsanspruch nach § 43 a Abs. 2 größer oder gleich der Summe dieser Beiträge ist.

Die Leistungsberechtigten und die zuständige Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen sind über Beginn, Höhe des Beitrags und den Zeitraum sowie über die Beendigung einer Direktzahlung schriftlich zu informieren (siehe auch Landkreis Info 0430/2017).



I-0430.pdf



I-0430A.pdf

7 Beitragsschulden

Ist jemand mit seinen Versicherungsbeiträgen in Höhe von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, ruht das Versicherungsverhältnis gem. § 16 SGB V bzw. § 193 VVG.

Das Ruhen bedeutet nicht, dass kein Krankenversicherungsschutz besteht.

Die Leistungen sind lediglich eingeschränkt.

In der *gesetzlichen Krankenversicherung* sind vom Ruhen ausgeschlossen Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände dienen. Dies gilt sowohl für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder krankheitsfolgen erforderlicher Leistungen. Weiterhin vom Ruhen ausgenommen sind Leistungen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Auch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten gem. §§ 25 und 26 SGB V sind vom Ruhen ausgeschlossen.

Das Ruhen endet, wenn die säumigen Beiträge und die Beiträge für die Zeit des Ruhens gezahlt worden sind oder **wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden** (siehe auch Skript zum Seminar „Strategien und Wege zur Senkung von Krankenhilfekosten in der SGB XII-Bearbeitung, Nr. 2.14.11).

In der *privaten Krankenversicherung* sind vom Ruhen ausgenommen Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (§ 193 VVG).

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallende Beiträge gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder XII **werden** (siehe auch Skript zum Seminar „Strategien und Wege zur Senkung von Krankenhilfekosten in der SGB XII-Bearbeitung, Nr. 7.4.5).

Es besteht daher **kein Anspruch auf Übernahme rückständiger Beiträge**, da bei bestehender aktueller Hilfebedürftigkeit das Ruhen endet.

Bei fehlender Hilfebedürftigkeit besteht ebenfalls kein Hilfsanspruch, da der überwiegende Bedarf über die Krankenkasse weiterhin gedeckt wird.

Im Auftrage