

Hinweise zur Durchführung der Sozialhilfe

Nr. 4/2021

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

Diese Hinweise gelten ab 15.03.2021 und ersetzen die Hinweise 9/2019.

Impressum:

SGB XII

Fachdienst: 50.60

Ansprechpartner/In: Frau Jahn / Frau Krohn-Tollschnibbe

04551 951-9717/-9682

Stand: **15.03.2021**

Inhaltsverzeichnis

1	Gesetzestext § 32 SGB XII	5
2	Grundsatzregelung (§ 32 Abs. 1) SGB XII.....	6
3	Übernahme der Beiträge für eine gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung gem. § 32 Abs. 2 und 5 SGB XII.....	7
4	Übernahme des Zusatzbeitragssatzes nach § 242 SGB V gem. § 32 Abs. 3 SGB XII	8
5	Beitragsübernahme für privat kranken- und pflegeversicherte Sozialhilfeempfänger gem. § 32 Abs. 4 und 6 SGB XII	9
6	Private Zusatzversicherung (KV/PV).....	10
7	Krankenbehandlungskosten aufgrund vereinbarter Selbstbeteiligung in einer privaten KV.....	11
8	Gesetzestext § 32a SGB XII.....	11
9	Zeitliche Zuordnung und Zahlung von Beiträgen für eine Kranken- und Pflegeversicherung, Meldepflicht – § 32 a SGB XII	11
9.1	Fälligkeit der Beiträge bei Direktzahlung	12
10	Beitragsschulden	13

1 Gesetzestext § 32 SGB XII

§ 32 Bedarfe für eine Kranken- und Pflegeversicherung

(1) Angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung sind als Bedarf anzuerkennen, soweit Leistungsberechtigte diese nicht aus eigenem Einkommen tragen können. Leistungsberechtigte können die Beiträge soweit aus eigenem Einkommen tragen, wie diese im Wege der Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 abzusetzen sind. 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 7 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) Bei Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind angemessene Beiträge nach den Sätzen 2 und 3 anzuerkennen. 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.

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

2 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 Erwerbstitigenfreibetrag (oder Freibetrag für ehrenamtliche Tätigkeiten) dem Leistungsberechtigten tatsächlich verbleibt (siehe auch Ziffer 5.1.3 Bearbeitungshinweise Einkommen).

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 nach 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 **Freibeträge** und weitere Absetzbeträge verbleiben. **Die Absetzung der Krankenversicherungsbeiträge ist nachrangig gegenüber den weiteren Absetzbeträgen.**

3 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 (freiw. versichert in der GKV) i. S. d. § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V oder
- weiterversichert (freiw. 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.

Die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung gelten ihrer Höhe nach stets als angemessen.

Unberücksichtigt bleiben Beiträge, die bereits vor Auszahlung des Einkommens direkt an die Krankenkasse abgeführt werden, z.B. vom Arbeitgeber oder Rententräger.

Zu Prüfen ist allerdings immer, ob ein anderer (vorrangiger) Versicherungsanspruch besteht (Familienversicherung, KVdR etc.)

4 Übernahme des Zusatzbeitragssatzes nach § 242 SGB V gem. § 32 Abs. 3 SGB XII

Seit 1. Januar 2015 können Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, zusätzlich zum einheitlichen Beitragssatz von 14,6 Prozent einen prozentulen **Zusatzbeitragssatz** erheben (§ **242**, § 242a **SGB V**).

Diese **Zusatzbeitragssätze** werden als angemessener Bedarf anerkannt, soweit sie nicht vom Einkommen abgesetzt werden können (s. Ziffer 1).

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

5 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.

Darüber hinaus kann nur noch der angemessene Beitrag übernommen werden, auch dann, wenn ein Wechsel noch nicht vollzogen ist.

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, können, 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

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).

Werden Versicherungsbeiträge nicht oder nicht vollumfänglich übernommen, ist dies im Bescheid unter Ausübung des Ermessens zu begründen.

6 Private Zusatzversicherung (KV/PV)

Die Kosten für eine private Zusatzkranken- oder Zusatzpflegeversicherung können nicht als Bedarf nach § 32 anerkannt werden.¹

¹ Min.-SH 05.07.2019

7 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.

8 Gesetzestext § 32a SGB XII

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

- (1) Die Bedarfe nach § 32 sind unabhängig von der Fälligkeit des Beitrags jeweils in dem Monat als Bedarf anzuerkennen, für den die Versicherung besteht.
- (2) Die Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung, die nach § 82 Absatz 2 Nummer 2 und 3 vom Einkommen abgesetzt und nach § 32 als Bedarf anerkannt werden, sind als Direktzahlung zu leisten, wenn der Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 größer oder gleich der Summe dieser Beiträge ist. Die Zahlung nach Satz 1 erfolgt an diejenige Krankenkasse oder dasjenige Versicherungsunternehmen, bei der beziehungsweise dem die leistungsberechtigte Person versichert ist. Die Leistungsberechtigten sowie die zuständigen Krankenkassen oder die zuständigen Versicherungsunternehmen sind über Beginn, Höhe des Beitrags und den Zeitraum sowie über die Beendigung einer Direktzahlung nach den Sätzen 1 und 2 schriftlich zu unterrichten. Die Leistungsberechtigten sind zusätzlich über die jeweilige Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen zu informieren, die zuständigen Krankenkassen und Versicherungsunternehmen zusätzlich über Namen und Anschrift der Leistungsberechtigten.
- (3) Die Zahlung nach Absatz 2 hat in Fällen des § 32 Absatz 2, 3 und 5 bis zum Ende, in Fällen des § 32 Absatz 4 und 6 zum Ersten des sich nach Absatz 1 ergebenden Monats zu erfolgen.

9 Zeitliche Zuordnung und Zahlung von Beiträgen für eine Kranken- und Pflegeversicherung, **Meldepflicht – § 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. Der Beitrag für den Monat Juni ist daher auch dann im Juni als Bedarf zu berücksichtigen, wenn er

erst im Juli fällig wird.

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).



Bitte achten Sie insbesondere bei Leistungseinstellung an die erforderliche Mitteilung an die Kranken- bzw. Pflegeversicherung, damit diese die Weiterversicherung des Mitglieds sowie ggf. erforderliche Änderungen in der Beitragsbemessung und Beitragszahlung klären können.

Bei einer Direktzahlung an die Kranken- oder Pflegeversicherung bleibt der Leistungsberechtigte weiterhin Beitragsschuldner, das Sozialamt leistet an die KV/PV mit befreiender Wirkung für den Beitragsschuldner.

Wurden Leistungen rechtswidrig erbracht und der Bescheid wird gemäß §§ 45, 48 SGB X aufgehoben, erfolgt eine Rückforderung nach § 50 SGB X auch hinsichtlich der direkt geleisteten Beiträge gegen den Leistungsempfänger, nicht gegen die Krankenkasse bzw. das Versicherungsunternehmen.

9.1 Fälligkeit der Beiträge bei Direktzahlung

Bei Direktzahlung ist der für den jeweiligen Monat fällige Beitrag in der **gesetzlichen** Kranken- und Pflegeversicherung zum Ende des Monats zu leisten (§ 32a Abs. 3).

Beispiel:

Der Leistungsanspruch des LB im April beträgt insgesamt 430,- €, Der KV/PV-Beitrag beträgt 200,- €. Die Beiträge sind daher direkt an die Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen zu leisten.

230,- € sind an den LB zum 01.04. auszuführen, der KV/PV-Beitrag erst zum 30.04..

Bei Direktzahlung der Beiträge in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist der Beitrag zum Ersten des Monats zu leisten.

Beispiel:

Bei einem Bedarf von 430,- € und Beiträgen in Höhe von 200,- € sind jeweils zum 01.04. 230,- € an den LB und 200,- € an das Versicherungsunternehmen auszuführen.

10 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.