Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

Infoline Sozialhilfe

Arbeitshilfe zu § 32 SGB XII

Übernahme der Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung für Leistungsberechtigte des SGB XII vom 16.09.2009 (Gz.: SI 25 / 112.30-10-2)

1. Einleitung und Inhalt

Die Leistungsberechtigten des SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/index.html) werden entweder gemäß § 264 Abs. 2 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__264.html) von einer Krankenkasse betreut (siehe Hinweis 1 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391322/data/ah-sgbxii-32-faq01.pdf)) oder sind gesetzlich bzw. privat kranken- und pflegeversichert.

Leistungen im Einzelfall nach dem Fünften Kapitel SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/BJNR302300003.html#BJNR302300003BJNG000900000) (Hilfen zur Gesundheit) sind nur noch in Ausnahmefällen zu bewilligen (siehe Hinweis 2 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391330/data/ah-sgbxii-32-faq02.pdf)).

Diese Arbeitshilfe beinhaltet Hinweise zur Übernahme der Beiträge einer gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung für die Leistungsberechtigten des Dritten (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/BJNR302300003.html#BJNR302300003BJNG000500000) und Vierten Kapitels (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/BJNR302300003.html#BJNR302300003BJNG000600000) SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/index.html).

2. Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

2.1 Übernahme der Beiträge

Beiträge für eine gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung sowie ein Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__242.html) werden übernommen, wenn die oder der Leistungsberechtigte im Sinne des § 19 Abs. 1 und 2 SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/__19.html) entweder

- pflichtversichert im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__5.html) (siehe Hinweis 3 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391332/data/ah-sgbxii-32-faq03.pdf)) oder
- pflichtversichert im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) (http://www.gesetze-im-internet.de/kvlg_1989/__2.html) oder
- weiterversichert im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__9.html) oder
- weiterversichert im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 KVLG (http://www.gesetze-im-internet.de/kvlg_1989/__6.html) oder
- Rentenantragsteller / -in, der / die nach § 189 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__189.html) als Mitglied einer Krankenkasse gilt, oder
- freiwillig versichert im Sinne des § 9 Abs. 1 Nr. 2 bis 8 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__9.html) oder § 6 Abs. 1 Nr. 2 KVLG (http://www.gesetze-im-internet.de/kvlg_1989/__6.html) ist.

2.2 Wahl einer Kranken- und Pflegeversicherung

Bei der Wahl einer gesetzlichen Krankenkasse sollen die Leistungsberechtigten insbesondere unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit - d. h. hinsichtlich niedriger Zusatzbeiträge - beraten und beim Beitritt bzw. Wechsel in die gewählte Krankenkasse unterstützt werden (siehe Hinweis 4 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391334/data/ah-sgbxii-32-faq04.pdf)). Auf die Einhaltung der Kündigungsfristen des § 175 Abs. 4 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__175.html) ist hinzuwirken.

Kommt eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht, sind die Leistungsberechtigten auf die Einhaltung der Beitrittsfristen der § 9 Abs. 2 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__9.html) und § 6 Abs. 2 Nr. 1 KVLG (http://www.gesetze-im-internet.de/kvlg_1989/__6.html) (jeweils drei Monate) hinzuweisen und dabei zu unterstützen, eine entsprechende Beitrittsanzeige gegenüber der Krankenkasse abzugeben.

Im Rahmen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__9.html) (freiwillige Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei bestimmten Vorversicherungszeiten) sind auch Zeiten des Arbeitslosengeld (ALG) 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 team.arbeit.hamburg („ARGE") nicht zurückgenommen, widerrufen oder aufgehoben worden ist. In diesen Fällen ist das ALG II nicht „zu Unrecht" im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__9.html) bezogen worden.

Leistungsberechtigte, die bereits gesetzlich krankenversichert sind oder sich gesetzlich krankenversichern können, dürfen nur den Wahltarif gemäß § 53 Abs. 3 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__.html) abschließen. Alle anderen Wahltarife des § 53 SGB V (http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__53.html) sind ihnen verschlossen (Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattung u. s. w.), sofern die Versicherungsbeiträge vollständig vom Träger der Sozialhilfe übernommen werden, § 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__53.html).

Im Übrigen ist die Durchsetzung der vorrangigen Inanspruchnahme beitragsfreier Versicherungsverhältnisse im Sinne des § 10 SGB V (http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/__10.html) zu beachten.

3. Private Kranken- und Pflegeversicherung

3.1 Übernahme der Beiträge

Private Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge einer / eines Leistungsberechtigten im Sinne des § 19 Abs. 1 und 2 SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/__19.html) werden **nur für eine Versicherung im Basistarif** (§ 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (http://www.gesetze-im-internet.de/vag/__12.html)) übernommen (siehe Hinweis 5 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391336/data/ah-sgbxii-32-faq05.pdf)).

Die Beiträge für eine Versicherung im Basistarif werden als angemessen im Sinne des § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/__32.html) eingestuft, da dieser Tarif in etwa zu den gleichen Beiträgen, wie sie auch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten wären, einen Leistungsumfang bei Krankheit vorsieht, den auch die gesetzliche Krankenversicherung abdeckt.

> **Ausnahme**:
> Wenn die Hilfe zum Lebensunterhalt voraussichtlich nicht länger als sechs 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 ggf. für das Ruhen des teureren bzw. umfassenderen Versicherungsschutzes anfallen (Anwartschaftsversicherung).

Nicht angemessen sind Beiträge für Versicherungsverträge, die einen **Selbstbehalt** der Versicherten vorsehen. Diese werden nicht übernommen (siehe Hinweis 8 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391342/data/ah-sgbxii-32-faq08.pdf)).

3.2 Wahl einer Kranken- und Pflegeversicherung

Leistungsberechtigte ohne bestehenden Krankenversicherungsschutz, die nicht nach § 193 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) (http://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/__193.html) 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 Abs. 4 VVG (http://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/__193.html) (ein Monat) zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung ist zu beachten (siehe Hinweis 6 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391338/data/ah-sgbxii-32-faq06.pdf) und Hinweis 7 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391340/data/ah-sgbxii-32-faq07.pdf)). 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 (http://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/__204.html)). Ihnen soll daher schriftlich (Musterschreiben 1 (http://www.hamburg.de/contentblob/1791664/data/ah-sgbxii-32-muster01.doc)) 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 (Musterschreiben 2 (http://www.hamburg.de/contentblob/1791662/data/ah-sgbxii-32-muster02.doc)) darauf hinzuweisen, dass der Träger der Sozialhilfe über die Beiträge für den Basistarif hinaus keine weiteren Aufwendungen übernehmen wird (siehe Hinweis 8 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391342/data/ah-sgbxii-32-faq08.pdf)).

3.3 Höhe der Beiträge

3.3.1 Basistarif

Der Basistarif darf maximal so teuer sein wie der Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (Höchstbeiträge 2011 (http://www.hamburg.de/contentblob/2700098/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2011.pdf), Höchstbeiträge 2012 (http://www.hamburg.de/contentblob/3195098/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2012.pdf), Höchstbeträge 2013 (http://www.hamburg.de/contentblob/3724158/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2013.pdf), Höchstbeträge 2014 (http://www.hamburg.de/contentblob/4145620/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2014.pdf)) und keine Risikozuschläge, Wartezeiten oder Leistungsausschlüsse enthalten (siehe Hinweis 9 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391346/data/ah-sgbxii-32-faq09.pdf)).

Außerdem vermindert sich der Beitrag für eine Versicherung im Basistarif um die Hälfte, wenn und solange Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/index.html) 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 (siehe Hinweis 10 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391348/data/ah-sgbxii-32-faq10.pdf)).

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 (Höchstbeiträge 2011 (http://www.hamburg.de/contentblob/2700098/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2011.pdf), Höchstbeiträge 2012 (http://www.hamburg.de/contentblob/3195098/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2012.pdf), Höchstbeträge 2013 (http://www.hamburg.de/contentblob/3724158/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2013.pdf), Höchstbeträge 2014 (http://www.hamburg.de/contentblob/4145620/data/ah-sgbxii-32-hoechstbeitraege2014.pdf)) nicht überschreiten.

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. 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 (siehe Hinweis 10 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391348/data/ah-sgbxii-32-faq10.pdf)).

4. Zahlung der Beiträge

4.1 Säumniszuschläge, Mahngebühren, Prämienzuschläge, rückständige Beiträge

Die Beitragsübernahme umfasst nur laufende Beiträge. Säumniszuschläge, Mahngebühren, rückständige Beiträge und Prämienzuschläge für einen verspäteten Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach § 193 Abs. 4 VVG (http://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/__193.html) werden dagegen **grundsätzlich nicht übernommen** (siehe Hinweis 11 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391328/data/ah-sgbxii-32-faq11.pdf)) (Grundsatz „Keine Hilfe für die Vergangenheit").

Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Sozialhilfebedarf bereits bekannt war (Kenntnis der Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe) und auch weiterhin fortbesteht.

4.2 Direkte Zahlung der Beiträge an die Krankenversicherung

Bei den unter Punkt 2.1. Nr. 1 und 2 genannten Pflichtversicherten, die die Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 und 2 SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/__19.html) nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, sind die Beiträge auf Anforderung der Krankenversicherung **unmittelbar und in voller Höhe** an diese zu zahlen (siehe Hinweis 12 (http://www.hamburg.de/contentblob/1391324/data/ah-sgbxii-32-faq12.pdf)). Die Leistungsberechtigten sind hiervon sowie von einer Verpflichtung nach § 19 Abs. 5 SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/__19.html) schriftlich zu unterrichten. Die Anforderung der Krankenversicherung hat einen Nachweis darüber zu enthalten, dass eine zweckentsprechende Verwendung der Leistungen für Beiträge durch die Leistungsberechtigten nicht gesichert ist.

In **allen** anderen Fällen soll eine direkte Überweisung der vom Träger der Sozialhilfe zu übernehmenden Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bzw. Beitragsanteile an die Krankenversicherungen dann vorgenommen werden, wenn tatsächliche Anhaltspunkte für eine nicht zweckentsprechende Verwendung gegeben sind. Dies ist insbesondere dann der Fall,

- wenn Beiträge an die Krankenversicherung nicht rechtzeitig überwiesen wurden und dies von der / dem Leistungsberechtigten zu vertreten ist,
- wenn bereits in der Vergangenheit während des Bezugs von Leistungen Beitragsrückstände bei einer Krankenversicherung aufgetreten sind oder aktuell bestehen und der / die Leistungsberechtigte dies zu vertreten hatte oder hat,
- bei unwirtschaftlichem Verhalten der / des Leistungsberechtigten (unwirtschaftliches Verhalten ist gegeben bei wiederholtem verschwenderischen, sinnlosen Verbrauchsverhalten trotz Belehrung über die Rechtsfolgen. Dies kann zum Beispiel gegeben sein aufgrund akuter Suchterkrankungen wie Drogen- oder Alkohol-abhängigkeit oder Spielsucht sowie wiederholt geltend gemachter Mittellosigkeit) oder
- wenn medizinische Gutachten oder Stellungnahmen von Sozialen Diensten vorliegen, wonach die / der Leistungsberechtigte aus persönlichen oder psychischen Gründen nicht in der Lage ist, ihre / seine wirtschaftlichen Angelegenheiten selbst zu regeln.

Bestehen begründete Zweifel an der zweckentsprechenden Verwendung der ausgezahlten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bzw. Beitragsanteile, soll die / der Leistungsberechtigte aufgefordert werden, geeignete Belege (z. B. Kontoauszüge) vorzulegen.

Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge bzw. Beitragsanteile sollen auch dann direkt an die Krankenversicherung überwiesen werden, wenn dies von der / dem Leistungsberechtigten gewünscht wird. Hierzu bedarf es einer schriftlichen Einverständniserklärung. Auf die Abgabe einer solchen Einverständniserklärung zur Direktüberweisung ist hinzuwirken.

5. Absetzbarkeit der Beiträge und Beitragssätze

Die Beiträge für eine gesetzliche oder private Krankenversicherung sind bei der Ermittlung der Hilfebedürftigkeit nicht vom Einkommen abzusetzen, weil es auf den Bedarf zur Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen ankommt und daher diese Belastung nicht bereits vorweg durch Absetzung vom Einkommen berücksichtigt werden kann.

Die jeweils geltenden Beitragssätze der einzelnen Krankenkassen werden über das PROSA-System aktualisiert.

6. Berichtswesen

Die durchführenden Dienststellen berichten der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) quartalsweise anhand der gebildeten Kennzahlen und Strukturdaten wie folgt:

Gesamtvolumen der gewährten Leistungen gemäß § 32 SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/__32.html) und je Person, gestaffelt nach Altersklasse (0 bis unter 18, 18 bis unter 25, 25 bis unter 40, 40 bis unter 60, über 60 Jahre), Geschlecht, Bezirk und Ortsteil, Krankenkasse

Anzahl der Leistungsberechtigten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (gegliedert nach pflicht- und freiwillig Versicherten), in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung und mit Krankenhilfeanspruch nach §§ 47 ff. SGB XII (http://bundesrecht.juris.de/sgb_12/BJNR302300003.html#BJNR302300003BJNG000900000), jeweils gestaffelt nach Geschlecht, Altersklasse (0 bis unter 18, 18 bis unter 25, 25 bis unter 40, 40 bis unter 60, über 60 Jahre), Bezirk und Ortsteil, Krankenkasse

Durchschnittliche Beitragshöhe für krankenversicherte Leistungsberechtigte, differenziert nach Krankenkassen und Kassenart sowie nach Art des Versicherungsverhältnisses (Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, freiwillige gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, private Kranken- und Pflegeversicherung).

Weitere Kennzahlen zur Steuerung können zwischen den Bezirken und der BSG vereinbart werden. Die durchführenden Dienststellen berichten unverzüglich, wenn außergewöhnliche Entwicklungen deutlich werden.

7. Inkrafttreten

Diese Arbeitshilfe tritt am 01.10.2009 in Kraft.

DOWNLOADS

Fragen- und Antwortenkatalog (Hinweise) zur Arbeitshilfe zu § 32 SGB XII. Stand 04.11.2009 »(PDF, 39,5 KB)
(http://www.hamburg.de/contentblob/1391982/data/ah-sgbxii-32-faq00.pdf)

Musterschreiben 1 »(MSWORD, 26 KB)
(http://www.hamburg.de/contentblob/1791664/data/ah-sgbxii-32-muster01.doc)

Musterschreiben 2 »(MSWORD, 24,5 KB)
(http://www.hamburg.de/contentblob/1791662/data/ah-sgbxii-32-muster02.doc)

WEITERE LINKS

Infoline im FHH-Intranet

(Nur für den FHH-internen Dienstgebrauch)

(http://fhhportal.stadt.hamburg.de/websites/0014/zusammen/infoline/SitePages/Homepage.aspx)

Eingliederungshilfe in Hamburg

Angebote und Einrichtungen

(https://gateway.hamburg.de/HamburgGateway/FVP/Application/DienstEinstieg.aspx?fid=101)

Pflegedienste in Hamburg

Ambulant und teilstationär (Tagespflege)

(https://gateway.hamburg.de/HamburgGateway/FVP/Application/DienstEinstieg.aspx?fid=98)

Bundesrecht: Gesetze und Verordnungen

Ein Angebot des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH

(http://www.gesetze-im-internet.de/index.html)

ANZEIGE

DasTelefonbuch

Wer / Was

Finden

URHEBER DER BILDER

Auf dieser Seite werden Bilder von folgenden Urhebern genutzt:

Tim Heisler - www.Fotografie-Heisler.de, Andres Lehmann, Patrick Ludolph - neunzehn72.de, rubysoho - Fotolia.com, hamburg.de

Fragen- und Antwortenkatalog zur Arbeitshilfe zu § 32 SGB XII
(Gz.: SI 25 / 112.30-10-2) Stand 04.11.2009

Inhaltsverzeichnis

1. Fragen zu Punkt 1 der Arbeitshilfe („Einleitung und Inhalt“)
2. Fragen zu Punkt 2 der Arbeitshilfe („Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“)
3. Fragen zu Punkt 3 der Arbeitshilfe („Private Kranken- und Pflegeversicherung“)
4. Fragen zu Punkt 4 der Arbeitshilfe („Zahlung der Beiträge“)

---

1. Fragen zu Punkt 1 der Arbeitshilfe („Einleitung und Inhalt“)

Frage:

Welche SGB XII-Leistungsberechtigten werden gemäß § 264 Absatz 2 SGB V von einer Krankenkasse „betreut“?

Antwort:

Grundsätzlich werden alle Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel SGB XII und Empfänger laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz von einer Krankenkasse gemäß § 264 Absatz 2 SGB V betreut. Für diese Personengruppen greift weder die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V (§ 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V) noch die Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung (PKV), § 193 Absatz 3 Nummern 3 und 4 Versicherungsvertragsgesetz - VVG. Wenn die genannten Leistungsempfänger jedoch bereits über einen bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutz verfügen, werden die Beiträge gemäß den Vorgaben der Arbeitshilfe zu § 32 SGB XII übernommen.

Nicht in der GKV versicherte oder versicherungspflichtige Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII, deren Leistungsbezug nach dem 31. Dezember 2008 begonnen hat bzw. bei vorherigem Beginn in der Zeit nach dem 1. Januar 2009 mindestens einen Monat unterbrochen war, sind in der PKV versicherungspflichtig; sie werden daher nicht gemäß § 264 Absatz 2 SGB V betreut.

Empfänger von Leistungen nach dem Fünften, Achten und Neunten Kapitel SGB XII werden ebenfalls nicht nach § 264 Absatz 2 SGB V von einer Krankenkasse betreut, da sie vom Wortlaut des § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V bzw. § 193 Absatz 3 Satz 2 VVG nicht erfasst werden und daher der Versicherungspflicht unterliegen. Diese Personen sind daher entsprechend § 264 Absatz 5 SGB V bei der betreuenden Krankenkasse abzumelden und auf ihre Versicherungspflicht hinzuweisen.

Zukünftig dürfte die Gruppe der nach § 264 Absatz 2 SGB V betreuten Leistungsberechtigten kleiner werden, da jeder neue SGB XII-Leistungsberechtigte aufgrund der umfassenden Versicherungspflicht bereits einen bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutz "mitbringt", so dass eine Kostenübernahme nach § 32 SGB XII erfolgt.

Frage:

In welchen Ausnahmefällen sind Leistungen im Einzelfall nach dem Fünften Kapitel SGB XII (Hilfen zur Gesundheit) zu bewilligen?

Antwort:

Da die Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 51 SGB XII) den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (§ 52 Absatz 1 Satz 1 SGB XII), sind bei gesetzlich versicherten Leistungsberechtigten keine zusätzlichen Leistungen im Einzelfall nach dem Fünften Kapitel SGB XII zu erbringen. Denkbar ist die Gewährung von ergänzenden Leistungen im Einzelfall nach dem Fünften Kapitel SGB XII nur bei privat versicherten Leistungsberechtigten:

Der Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz sieht einen Leistungsumfang vor, der in Art, Umfang und Höhe den Leistungen des Dritten Kapitels SGB V (Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung) vergleichbar ist. Das bedeutet aber nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen. In Einzelfällen kann es also sein, dass es zu Abweichungen von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung kommt, so dass ergänzend Leistungen nach dem Fünften Kapitel SGB XII erbracht werden müssen. In diesen Fällen müsste aufsichtsrechtlich geprüft werden, ob die Abweichungen beim Leistungsumfang der Intention des Gesetzgebers zu wider laufen, dass Versicherte im Basistarif einen vergleichbaren Schutz wie im Falle der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung garantiert werden soll. Hierzu sind die Fälle der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz zu melden.

2. Fragen zu Punkt 2 der Arbeitshilfe („Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“)

Frage:

Wann beginnt / endet die Mitgliedschaft von gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung? In welcher Krankenkasse werden sie Mitglied?

Antwort:

Eine Person, die die Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V erfüllt, wird gemäß § 186 Absatz 11 SGB V mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland bzw. am 1. April 2007 (sofern zu diesem Zeitpunkt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht) Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Mitgliedschaft dieser Personen endet gemäß § 190 Absatz 1 SGB V mit dem Tode oder gemäß § 190 Absatz 13 SGB V durch Begründung eines anderweitigen Anspruches auf Absicherung im Krankheitsfall oder Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass der Leistungsbezug allein nach §§ 47 ff. SGB XII (Fünftes Kapitel, Hilfen zur Gesundheit) keinen „anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V darstellt.

Abweichend von dem allgemeinen Wahlrecht (§ 173 SGB V) werden Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V gemäß § 174 Absatz 5 SGB V Mitglied der Krankenkasse oder des Rechtsnachfolgers der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Absatz 1 SGB V gewählten Krankenkasse.

Wird eine nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V pflichtversicherte Person hilfebedürftig und erhält daher Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel SGB XII, entfällt die Mitgliedschaft in der GKV trotz der Regelung in § 5 Absatz 8a SGB V nicht. Dies ergibt sich aus § 190 Absatz 13 Satz 2 SGB V.

Frage:

Können in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte SGB XII-Leistungsempfänger gezwungen werden, in eine andere Krankenkasse mit niedrigeren oder keinen Zusatzbeiträgen zu wechseln?

Antwort:

Nein.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können selbständig entscheiden, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern wollen, § 173 Absatz 1 SGB V. Dieses Wahlrecht gilt auch für die SGB XII-Leistungsempfänger, da es den Voraussetzungen des § 9 Absatz 2 Satz 1 SGB XII entspricht. Nach dieser Vorschrift soll den Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das Wahlrecht der Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz **1** Nummer 13 SGB V durch § 174 Absatz 5 SGB V nicht eingeschränkt wird. Dies ergibt sich aus der Formulierung „; § 173 gilt" am Ende von § 174 Absatz 5 SGB V.

Das Wahlrecht darf im Übrigen auch nicht durch den Träger der Sozialhilfe eingeschränkt werden. Vor dem Hintergrund der Anforderungen der LHO (sparsame und wirtschaftliche Mittelverwendung) soll allerdings im Rahmen der Beratung der Leistungsberechtigten bei der Wahl einer Krankenkasse durch die Fachämter für Grundsicherung und Soziales der Bezirksämter auf Krankenkassen mit niedrigen oder keinen Zusatzbeiträgen hingewiesen werden. Für die Leistungsberechtigten entsteht dadurch kein Nachteil.

3. Fragen zu Punkt 3 der Arbeitshilfe („Private Kranken- und Pflegeversicherung")

Frage:

Warum werden nur die Beiträge für eine Versicherung im Basistarif übernommen?

Antwort:

Aus Sicht der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz sollen nur die Beiträge für eine Versicherung im Basistarif übernommen werden, weil gemäß § 32 Absatz 5 Satz 1 SGB XII nur Aufwendungen für private Krankenversicherungen übernommen werden können, die angemessen sind. Maßstab für die Angemessenheit ist ein Vergleich mit den Beiträgen und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), denn das SGB XII gewährt Leistungen im Krankheitsfall allein nach den Grundsätzen der GKV: Nach § 52 Absatz 1 Satz 1 SGB XII entsprechen die Hilfen nach den §§ 47 bis 51 SGB XII (Fünftes Kapitel - Hilfen zur Gesundheit) den Leistungen der GKV und nach § 48 Satz 1 SGB XII werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel, Fünfter Abschnitt, Erster Teil des SGB V erbracht.

Die Beiträge für eine Versicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung (PKV) werden als angemessen eingestuft, weil dieser Tarif zu in etwa den gleichen Beiträgen, wie sie auch in der GKV zu entrichten wären, einen Leistungsumfang bei Krankheit vorsieht, den auch die GKV abdeckt. Dies ist bei anderen Tarifen der PKV nicht der Fall. Beiträge für Tarife, die Leistungen im Krankheitsfall abdecken, die über das Leistungsniveau der GKV hinausgehen, sind niemals angemessen, denn es ist nicht Sinn einer Sozialhilfeleistung, Leistungen zu gewähren, die über einen typischerweise als für eine menschenwürdige Lebensführung notwendigen Standardbedarf hinausgehen (siehe hierzu auch z.B. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22.05.2006, Az.: L 20 SO 11/05). Der Standard der Behandlung im Krankheitsfall in der Bundesrepublik Deutschland ist durch den

Leistungskatalog der GKV definiert, der für den Großteil der Bevölkerung bzw. SGB XIILeistungsempfänger die alleinige Versicherungsleistung im Krankheitsfall bietet.

Ergänzend wird darauf hingewiesen,

- dass viele Tarife der PKV zwar in den meisten Fällen mehr Leistungen als die GKV bieten, in bestimmten Fällen jedoch hinter dem Leistungsniveau der GKV zurückbleiben (Bsp: psychische Erkrankungen). In solchen Fällen müsste der Träger der Sozialhilfe wieder mit Leistungen im Einzelfall nach dem Fünften Kapitel SGB XII einspringen. Durch eine Versicherung im Basistarif wird dies vermieden.

- dass nur für Versicherungen im Basistarif eine Deckelung des Pflegepflichtversicherungsbeitrags auf die Hälfte des Beitrags der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen ist (§ 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI),

- dass die Beiträge für den Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung nicht angemessen im Sinne von § 32 Absatz 5 Satz 1 SGB XII sind und daher auch nicht übernommen werden, weil mit dem Basistarif zum 1. Januar 2009 ein Tarif eingeführt worden ist, der nicht nur einen Versicherungsschutz in der PKV bietet, der in Art, Umfang und Höhe mit dem der GKV vergleichbar ist, sondern auch für SGB XIILeistungsempfänger besonders günstige Konditionen vorsieht. Der Basistarif darf maximal so teuer sein wie der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV und keine Risikozuschläge, Wartezeiten oder Leistungsausschlüsse enthalten. Außerdem vermindert sich der Versicherungsbeitrag um die Hälfte, wenn und solange Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII besteht bzw. durch die Beitragspflicht entsteht. Darüber hinaus ist der Leistungskatalog des Basistarifs im Vergleich zum Standardtarif erweitert und noch mehr dem SGB V angepasst worden. So erhalten im Basistarif Versicherte Leistungen insbesondere für Kuren und Rehabilitation, Haushaltshilfen, Soziotherapie, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, bei künstlicher Befruchtung, Krankengeld und Mutterschaftsgeld. Der Standardtarif sieht diese Leistungen nicht vor. Da es seit dem 1. Januar 2009 also ein Tarifangebot der PKV gibt, das für SGB XIILeistungsempfänger sowohl vom Leistungsumfang als auch von der Beitragshöhe her der Versicherung in der GKV weit mehr entspricht als der Standardtarif, können auch nur noch die Beiträge für den Basistarif als angemessen im Sinne des § 32 Absatz 5 Satz 1 SGB V angesehen werden. Ein Wechsel in den Basistarif unter Anrechnung bereits erworbener Rechte und Altersrückstellungen ist für SGB XII-Leistungsempfänger jederzeit möglich (§ 204 Absatz 1 Nummer 1b Versicherungsvertragsgesetz).

Frage:

Ist es zulässig, dass private Krankenversicherungsunternehmen für im Basistarif versicherte Personen eine Risikoprüfung durchführen?

Antwort:

Ja.

Obwohl Risikozuschläge im Basistarif nicht erhoben werden dürfen, sind die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) berechtigt, eine Gesundheitsprüfung durchzuführen, soweit sie für Zwecke des Risikoausgleichs innerhalb der PKV oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist, § 203 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Ergibt die Gesundheitsprüfung, dass ein erhöhtes Risiko besteht, kalkuliert der Versicherer einen fiktiven Risikozuschlag, der zur Durchführung des Ausgleichssystems in der PKV verwendet wird. In der Prämie für den Basistarif findet er keinen Niederschlag.

Frage:

Wer muss die Kosten für die Gesundheitsprüfung übernehmen?

Antwort:

Nach Auffassung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz wird ein ärztliches Gutachten für die Risikoprüfung überwiegend im Interesse der Versicherung erstellt, so dass diese auch die dafür entstehenden Kosten tragen muss.

Dies gilt insbesondere für SGB XII-Leistungsempfänger, die einen Anspruch auf einen risikozuschlagsfreien Abschluss der Versicherung im Basistarif haben, so dass die Risikoprüfung hauptsächlich dem PKV-internen Finanzausgleich dient. Im Übrigen hat der Verband der privaten Krankenversicherung seinen Mitgliedsunternehmen die Übernahme der Kosten für die Risikoprüfungen empfohlen.

Frage:

Warum können Beiträge für Tarife mit Selbstbehalten nicht übernommen werden?

Antwort:

Leistungsberechtigte, die gesetzlich krankenversichert sind oder sich gesetzlich krankenversichern können, dürfen keinen Wahltarif mit Selbstbehalten abschließen, sofern die Versicherungsbeiträge vom Träger der Sozialhilfe übernommen werden, § 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V. Da ein Versicherungstarif der privaten Krankenversicherung (PKV) nur dann angemessen im Sinne des § 32 Absatz 5 Satz 1 SGB XII ist, wenn seine Beiträge und seine Leistungen in etwa denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, dürfen auch die privat versicherten Leistungsberechtigten keine Tarife mit Selbstbehalten abschließen.

Außerdem führt die Vereinbarung eines Selbstbehaltes zu höheren Kosten für den Träger der Sozialhilfe. Nach den bisherigen Erfahrungen erhebt die PKV für Versicherte im Basistarif - unabhängig von vereinbarten Selbstbehalten - immer den möglichen Höchstbeitrag, so dass sich ein Selbstbehalt nicht beitragsmindernd, sondern beitragserhöhend auswirkt. Die Deckelung des Beitrags für den Basistarif auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. für SGB XII-Leistungsempfänger auf 50 % des Höchstbeitrages der GKV wird somit durch Selbstbehalte umgangen.

Frage:

Kann für eine Versicherung im Basistarif immer der Höchstbeitrag gefordert werden?

Antwort:

Nein.

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) können nicht immer den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die im Basistarif versicherten Personen fordern. Insbesondere bei jüngeren Versicherten müsste ein niedrigerer Beitrag verlangt werden. Fälle, in denen die PKV für im Basistarif versicherte (sehr) junge SGB XII-Leistungsempfänger den halbierten Höchstbeitrag der GKV verlangt, sind daher der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz zu melden.

Frage:

Wird für im Basistarif versicherte SGB XII-Leistungsempfänger, die unabhängig von der Verpflichtung zur Zahlung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen hilfebedürftig sind, nur der Betrag übernommen, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist?

Antwort:

Nein.

In § 12 Absatz 1c Satz 6 Versicherungsaufsichtsgesetz ist vorgesehen, dass in den Fällen, in denen unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB XII besteht, der Träger der Sozialhilfe nur den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu tragen ist. Gemäß § 110 Absatz 2 Satz 4 SGB XI gilt dies entsprechend auch für die Pflegepflichtversicherungsbeiträge.

Das Gesetz regelt allerdings nicht, wer einen Differenzbetrag zwischen der halbierten Versicherungsprämie und dem Beitrag, den ein ALG II-Bezieher in der GKV zu tragen hat, übernehmen muss. Da die Unternehmen der privaten Krankenversicherung nicht bereit sind, diesen Betrag zu übernehmen, müssten die Hilfebedürftigen selbst zahlen. Dies ist Ihnen jedoch nicht möglich. Die BSG hat sich daher entschieden, nicht nur den ALG II-Beitrag, sondern den Anteil des um die Hälfte reduzierten Versicherungsbeitrags zu übernehmen, für den ein sozialhilferechtlicher Bedarf besteht. Dieses Vorgehen wird im Übrigen durch Rechtsprechung gestützt (Bsp.: LSG Baden-Württemberg, Beschlüsse vom 30. Juni 2009, L 2 SO 2529/09 ER-B und 08. Juli 2009, L 7 SO 2453/09 ER-B).

4. Fragen zu Punkt 4 der Arbeitshilfe („Zahlung der Beiträge“)

Frage:

Kann die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder eine Versicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung gekündigt oder der Leistungsumfang reduziert werden, wenn rückständige Beiträge nicht übernommen werden?

Antwort:

Nein.

Die Kündigung einer **Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV) aufgrund von Beitragsrückständen ist nicht vorgesehen. Dies entspricht der Zielsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVWSG), wonach alle Menschen eine Absicherung im Krankheitsfall haben sollen.

Wenn ein in der GKV Versicherter mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung nicht zahlt, reduziert sich der Anspruch auf Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind (Ruhen des Anspruchs, § 16 SGB V). Das Ruhen endet aber, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB XII wird. Letzteres gilt trotz des nicht ganz eindeutigen Wortlautes nach Auffassung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz auch für Personen, die bereits hilfebedürftig sind (so z. B. auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. April 2009, L 2 SO 1678/09 ER-B).

Eine **Versicherung im Basistarif der privaten Krankenversicherung** (PKV) für SGB XIILeistungsberechtigte, die in der PKV versicherungspflichtig sind, kann nicht gekündigt werden, § 206 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Etwas anderes gilt für SGB XIILeistungsempfänger, die nicht in der PKV versicherungspflichtig sind; ihre Verträge könnten bei Beitragsrückständen gekündigt werden. Betroffen sind hiervon insbesondere Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII für die Dauer ihres Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat, § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 VVG. Da aber für diese Personen die Beiträge für den Basistarif übernommen werden, ist eine derartige Kündigung nicht zu erwarten.

Für im Basistarif versicherte SGB XII-Leistungsempfänger, die in der PKV versicherungspflichtig sind, treten bei rückständigen Beiträgen die Folgen des § 193 Absatz 6 VVG ein: Ist der Versicherungsnehmer (...) mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. (...). Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des SGB XII wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger (...) zu bescheinigen.(...). Das Enden bzw. Nichteinsetzen des Ruhens gilt trotz des nicht ganz eindeutigen Wortlautes nach Auffassung der BSG auch für Personen, die bereits hilfebedürftig sind (so z. B. auch LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 30. April 2009, L 2 SO 1678/09 ER-B).

Frage:

Warum sind für die unter Punkt 2.1 Nummern 1 und 2 der Arbeitshilfe genannten Pflichtversicherten, die die Voraussetzungen des § 19 SGB XII nur wegen der Zahlung der Beiträge erfüllen, die Beiträge auf Anforderung der Krankenversicherung unmittelbar und in voller Höhe an diese zu zahlen?

Antwort:

Der Gesetzgeber hat zum Schutz der Krankenkassen in § 32 Absatz 1 Satz 3 SGB XII ausdrücklich vorgesehen, dass der Träger der Sozialhilfe Beiträge für Pflichtversicherte im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die nur wegen der Zahlung der Beiträge hilfebedürftig werden, auf Anforderung der zuständigen Krankenkasse unmittelbar und in voller Höhe an die Krankenkasse zu zahlen hat. Die Krankenkasse muss allerdings nachweisen, dass eine zweckentsprechende Verwendung (Zahlung an die Krankenkasse) nicht gesichert ist.

Unabhängig davon besteht die Verpflichtung der Leistungsberechtigten nach § 19 Absatz 5 SGB XII zum Ersatz der dem Träger der Sozialhilfe entstandenen Aufwendungen. Der Träger der Sozialhilfe tritt gegenüber der Krankenkasse also erst einmal in Vorleistung und holt sich dann den Teil der Beiträge von dem Leistungsberechtigten zurück, den dieser hätte selbst tragen müssen.

Entwurf eines Schreibens an die privat versicherten SGB XII-Leistungsempfänger, die nicht im Basistarif versichert sind

Briefkopf des zuständigen Fachamtes für Grundsicherung und Soziales

Übernahme Ihrer Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
Wechsel in den Basistarif

Sehr geehrte / -er Frau / Herr (...),

Ihnen werden gegenwärtig laufende Leistungen nach den Bestimmungen des 3. bzw. des 4. Kapitels Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) bewilligt. Dabei werden auch Ihre privaten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge berücksichtigt.

Das Gesetz sieht in § 32 Absatz 5 SGB XII (ggf. in Verbindung mit § 42 Satz 1 Nummer 4 SGB XII) vor, dass Aufwendungen für eine Versicherung nur dann übernommen werden, soweit sie angemessen sind. Maßstab für die Angemessenheit ist ein Vergleich mit den Beiträgen und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), denn das SGB XII gewährt Leistungen im Krankheitsfall allein nach den Grundsätzen der GKV, § 52 Absatz 1 Satz 1 und § 48 Satz 1 SGB XII.

Durch den Träger der Sozialhilfe Hamburg werden daher grundsätzlich nur noch private Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge für eine Versicherung in dem zum 1. Januar 2009 eingeführten Basistarif (§ 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz) übernommen. Die Beiträge und der Leistungsumfang des Basistarifs entsprechen in etwa denen der GKV.

Vor diesem Hintergrund empfehlen wir Ihnen, spätestens bis zum (...) in den Basistarif zu wechseln und dies uns gegenüber zu belegen. Nach Ihrem Wechsel in den Basistarif bzw. nach Ablauf der genannten Frist werden wir nur noch die Beiträge übernehmen bzw. berücksichtigen, die Sie im Falle einer Versicherung im Basistarif zahlen müssen.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass der Träger der Sozialhilfe über die Beiträge für den Basistarif hinaus keine weiteren Aufwendungen übernehmen wird, die durch die Vereinbarung von Selbstbehalten, Zuschlägen, Leistungsausschlüssen, Wartezeiten oder gegenüber dem Leistungsniveau der GKV geringeren Leistungen Ihres Versicherungstarifes entstehen; insbesondere werden keine Leistungen im Einzelfall nach dem Fünften Kapitel SGB XII erbracht. Gleiches gilt auch für Beitragsrückstände, Säumniszuschläge oder Mahngebühren.

Für Ihre Bemühungen bedanken wir uns im Voraus und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Entwurf eines Schreibens an die privat versicherten SGB XII-Leistungsempfänger, die nicht den Tarif gewechselt haben

Briefkopf des zuständigen Fachamtes für Grundsicherung und Soziales

Schreiben vom (...) mit der Empfehlung zum Wechsel in den Basistarif und Bescheid vom (...)

Sehr geehrte / -er Frau / Herr (...),

mit dem im Betreff genannten Schreiben haben wir Ihnen empfohlen, Ihre bisherige private Krankenversicherung auf den Basistarif umzustellen und dies uns gegenüber zu belegen.

Dieser Empfehlung sind Sie nicht nachgekommen. In dem im Betreff genannten Bescheid wurde daher - entsprechend unserer Ankündigung - der Beitrag berücksichtigt, den Sie im Falle einer Versicherung im Basistarif zahlen müssten.

Ergänzend weisen wir erneut darauf hin, dass der Träger der Sozialhilfe über die Beiträge für den Basistarif hinaus keine weiteren Aufwendungen übernehmen wird, die durch die Vereinbarung von Selbstbehalten, Zuschlägen, Leistungsausschlüssen, Wartezeiten oder gegenüber dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung geringeren Leistungen Ihres Versicherungstarifes entstehen; insbesondere werden keine Leistungen im Einzelfall nach dem Fünften Kapitel SGB XII erbracht. Gleiches gilt auch für Beitragsrückstände, Säumniszuschläge oder Mahngebühren.

Wir machen vor diesem Hintergrund darauf aufmerksam, dass durch einen Wechsel in den Basistarif Beitragsrückstände und Versorgungslücken vermieden werden.

Mit freundlichen Grüßen