

PKV – der Basistarif gemäß § 152 VAG

Von Claudia Mehlhorn, Dipl.-Verwaltungswirtin (FH), Berlin

Der Basistarif (§ 152 VAG, bis 31.12.15 § 12 Absätze 1a – 1c VAG, MB-BT 2009)¹, Wechsel in den Basistarif (§ 193 (5) i.V.m. § 204 (1) VVG)

Die Pflicht zu Versicherung gem. § 193 VAG wird grundsätzlich in jedem Krankheitskostenvolltarif, auf jeden Fall aber im **Basistarif** (BT) gem. § 152 VAG (bis 31.12.15 § 12 Absätze 1a und 1b VAG) erfüllt und gewährt. Für unversicherte Menschen, die der PKV zuzuordnen sind, besteht für die PKV-Unternehmen aber nur bei Anträgen im BT ein Kontrahierungszwang (= eine Aufnahmeverpflichtung).

Verträge im Basistarif erkennt man an den Buchstaben BT oder BTN bzw. BTB (für Beihilfeberechtigte); seitdem es die Unisex-Tarife gibt bei manchen Unternehmen (z.B. Axa) auch BTN-U.

Die Leistungen sind brancheneinheitlich bei jedem PKV-Unternehmen gleich und in den MB-BT 2009 festgelegt.

Bei zuvor langjährig in Normaltarifen Versicherten ergibt sich bei einem Wechsel in den Basistarif unter Berücksichtigung der Alterungsrückstellungen oft ein deutlich geringerer Beitrag als der Höchstbeitrag. Ein Wechsel ist jederzeit möglich ab Vollendung des 55. Lebensjahres oder vor Vollendung des 55. Lebensjahres bei Renten- bzw. Pensionsbezug und bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII. Im SGB II gelten Leistungsempfänger*innen (LE) auch bei Darlehensgewährung als bedürftig (§ 9 (4) SGB II). S.a. Ausführungen weiter unten.

Hinsichtlich des procedere für die PKV-Unternehmen bei einem Tarifwechsel hat der PKV-Verband „Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“ herausgegeben.²

Auf Seite 5 unter Nr. 7 der Leitlinien sind die PKV-Unternehmen aufgeführt, die ihren Beitritt zu diesen Leitlinien gegenüber dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. erklärt haben.

Verträge im BT für Kinder und Jugendliche (§ 152 (1) Nr. 1 VAG)

Für **Kinder und Jugendliche** unter 21 Jahren muss eine Variante ohne Alterungsrückstellungen angeboten werden (§ 152 (1) Nr. 1 VAG (bis 31.12.15 § 12 (1a) VAG) i.V.m. § 8a (3) MB-BT 2009). Zur Höhe der Beiträge s. weiter unten. Diese Beträge müssen dann noch halbiert werden, wenn Bedürftigkeit nach dem SGB II oder XII vorliegt.

Risikozuschläge / Leistungsausschlüsse

Im BT gibt es keine Leistungsausschlüsse. Selbst bei Vertragsbeginn bereits laufende Behandlungen/Erkrankungen sind nicht ausgeschlossen (§ 2 (1) MB-BT 2009 hebt § 2 MB-KK 2009³ aus).

Risikozuschläge dürfen nicht erhoben werden (§ 8a (4) MB-BT 2009).

¹ https://www.online-pkv.de/wp-content/uploads/2021/07/AVB_BT_2009.pdf

² https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/b_Wissen/PDF/Leitlinien_Tarifwechsel_0722.pdf

³ https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/b_Wissen/PDF/MB-KK_11-2022.pdf

Achtung: Nur die tatsächlichen Verträge im Basistarif (BT) dürfen keine Leistungsausschlüsse/Risikozuschläge vorsehen. Die DKV bietet z.B. einen Normaltarif „BSK (Basis spezial kompakt)“ – das hört sich ja so ähnlich an wie Basistarif - an. Den bietet sie vorzugsweise Kund*innen an, die einen Vertrag im Basistarif verlangen. Aber der BSK ist ein Normaltarif und es gelten die allgemeinen AVB's (mit Ausschluss Vorerkrankungen, Risikozuschlägen etc.). Die Kund*innen denken, sie sind im BT versichert und werden dann plötzlich mit Restkosten bzw. Ablehnungen konfrontiert.

Leistungen im BT – vergleichbar der GKV (§ 152 (1) Satz 1 VAG)

Die **Leistungen** im BT sind nicht identisch mit denen der GKV, aber fast: Die Leistungen sollen den Leistungen der GKV vergleichbar sein („...dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind“).

Zahnersatz wird daher im Regelfall nur zu 65% gewährt; in Härtefällen aber wie in der GKV zu 100% (Leistungen C, 2 (5) im Anhang MB-BT 2009). Weiterhin **Krankengeld, Mutterschaftsgeld** sowie in begrenztem Umfang auch **Leistungen im EU-Ausland** (Anhang Tarif BT in den MB-BT 2009, A-I).

Da die Leistungen im BT vergleichbar sind den Leistungen in der GKV, besteht auch kein Anspruch auf Übernahme von Kosten bzw. Restkosten (z.B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Brillen, Differenzbeiträge, wenn die Ärzt*innen/Zahnärzt*innen zum 2,3fachen Satz abgerechnet haben), die vom BT nicht übernommen werden. LSG Bayern, Urteil v. 21.10.2016 – L 8 SO 246/15⁴: „Die Erstattung des Basistarifes deckt den Bedarf in der Sozialhilfe. Die Sozialhilfe übernimmt für privat Krankenversicherte nur den Basistarif, nicht aber einen Wahltarif.“ Mit Wahltarif ist hier ein Normaltarif gemeint.

Kur und Reha

Im Basistarif wurden nun auch **Kur- und Rehamassnahmen** in den Leistungskatalog aufgenommen.

Achtung: Im § 5 (1d) MB-BT 2009 sind sie ausgeschlossen, mit Hinweis: „außer wenn der Tarif es vorsieht“. Dieser taucht dann im Anhang, Tarif BT, Leistungen des Versicherers A-I auf.

Fahrkosten zur medizinischen Rehabilitation (früher hieß das Kur) werden lt. MB-BT 2009 nicht übernommen. Dort finden sich im Anhang unter E zwar Fahrkosten. Die Regelungen dort entsprechen inhaltlich im Wesentlichen dem § 60 SGB V. Fahrkosten zur medizinischen Rehabilitation sind lt. § 60 (5) gem. § 73 (1-3) SGB IX zu übernehmen. Dort heißt das "Reisekosten".

Medizinische Rehabilitation findet sich inhaltlich im Abschnitt D der MB-BT 2009. Dort fängt es mit Krankenhausbehandlung an (Nr. 1), Nr. 2 ist dann stationäre Vorsorge, Nr. 3 und 5 sind Mutter/Vater-Kind Maßnahmen und Nr. 4 Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation. Dort findet sich nichts zu

⁴ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/153389>

Fahrkosten. Unter der Nr. 6 ist dann der Umfang beschrieben: Auch hier nichts zu Fahrkosten.

Zu prüfen wäre daher, ob § 73 SGB IX auch für PKV-Unternehmen greift. Aber im § 6 SGB IX sind die Rehabilitationsträger aufgeführt und die PKV-Unternehmen stehen dort nicht.

Allerdings können die einzelnen PKV-Unternehmen von den Bestimmungen der Musterbedingungen abweichen (allerdings nur "besser" und nicht "schlechter"). Ich habe z.B. im Tarif BT der LKH gefunden, dass Reisekosten zur medizinischen Rehabilitation dort erstattet werden. Daher sollte man sich in jedem Fall konkret die Bedingungen im Tarif BT (oder BTN oder BTNX) der betreffenden PKV angucken.

Krankentagegeld

Im Basistarif besteht gem. § 1 (2) MB-BT 2009 grundsätzlich ein Anspruch auf **Krankentagegeld (KGT)** - entsprechend dem Krankengeld im SGB V -, der in den MB-BT 2009 unter Buchstabe F erläutert wird. Das gilt sowohl für abhängig Beschäftigte (z.B. versicherungspflichtig Beschäftigte, die unter die sog. 55er-Regelung gem. § 6 (3a) SGB V gefallen und damit versicherungsfrei sind) als auch für Selbstständige bzw. freiberuflich Tätige. Der Zusatz für Selbstständige unter Punkt F. Abs. 1c „soweit sie Krankengeld gewählt haben“, kann lt. Auskunft des PKV-Verbandes ignoriert werden. Da gem. § 44 (2) Nr. 2 SGB V Selbstständige in der GKV für einen Anspruch auf Krankengeld eine „Wahlerklärung Krankengeld“ abgeben müssen, wurde dies bei Einführung des BT „übernommen“. Eine gesonderte Erklärung der Versicherten in Bezug auf Krankentagegeld sei jedoch nicht notwendig meint der PKV-Verband – ich empfehle trotzdem, eine derartige Erklärung gegenüber der PKV abzugeben. Der Anspruch auf Krankentagegeld (auch für Selbstständige) erhöht den KV-Beitrag nicht. Ein Leistungsanspruch entsteht ab dem 43. Tag der (nachgewiesenen) Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe ist in den MB-BT, Buchstabe F, konkret geregelt.

KTG wird auf Sozialleistungen voll angerechnet.

Kinderpflegekrankengeld (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes)

Gem. MB-BT 2009 Buchstabe F Abs. 5 besteht auch Anspruch auf **Kinderpflegekrankengeld**, wenn der/die Versicherte im BT als Arbeitnehmer*in gegen Arbeitsentgelt und das Kind in der PKV vollversichert (das muss nicht im BT sein) sind. Die Bedingungen für den Bezug entsprechen den Bedingungen für gesetzlich Versicherte im § 45 SGB V.

Zuzahlungen und Belastungsgrenzen

Gem. § 152 (1) VAG entsprechen die Leistungen im BT den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das III. Kapitel SGB V umfasst die §§ 11 – 68 und damit auch die **Zuzahlungen und Belastungsgrenzen** (Anhang I (5) MB-BT 2009). Allerdings müssen die Versicherten im BT für das Kalenderjahr vollständig in Vorleistung gehen und erhalten dann die überzahlten Beträge im Nachhinein rückerstattet. Eine Befreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze ist leider nicht vorgesehen.

Die Beträge für die Zuzahlungen weichen etwas von denen der GKV ab: Arzneimittel

max. 6,00 € pro Medikament, Heilmittel 10,00 € pro Verordnung und 2,00 € je Heilmittel, Hilfsmittel 8-10,00 €, häusliche Krankenpflege 8,00 € je Therapieeinheit, Haushaltshilfe 8,00 € pro Tag, Fahrkosten 10,00 € pro Fahrt.

Direktabrechnung im BT von den Leistungserbringenden (§ 192 (7) VVG)

Im Basistarif kann von den Leistungserbringenden (Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Krankenhäusern etc.) auch **direkt mit der Privatkasse abgerechnet werden (§ 192 (7) VVG)**. Gem. § 6 (3) MB-BT 2009 genügt es, wenn die Rechnungsstellenden dazu die Rechnung direkt an das PKV-Unternehmen schicken. Gem. § 6 (4) MB-BT 2009 muss das PKV-Unternehmen direkt an die Rechnungsstellenden erstatten, wenn die/der Versicherte bei der Einreichung der Rechnung keinen Zahlungsnachweis beifügt. Rechnungen müssen bis zum 31.3. des auf die Rechnungsstellung folgenden Jahres eingereicht werden (§ 8 (1d) MB-BT 2009).

Zusatzversicherungen (§ 193 (11) VVG)

Wenn der Basistarif halbiert wird, kann der Versicherer verlangen, dass abgeschlossene **Zusatzversicherungen** ruhen (§ 193 (11) VVG i.V.m. § 8a (7) MB-BT 2009).

Wechsel in den Basistarif (§ 204 (1) VVG)

Im Zeitraum vom 1.1.09 – 30.6.09 konnte jede*r, die/der in einem „normalen“ PKV-Tarif oder im bisherigen „alten“ Standardtarif gem. § 257 (2a) Nr. 3 SGB V versichert war, in den **Basistarif (auch zu einem anderen Versicherer) wechseln** und dabei die Alterungsrückstellungen mitnehmen (damals § 12 (1c) VAG a.F.). Dabei war zu beachten, dass Kündigungen für PKV-Verträge (bei Wechsel zu einem anderen Versicherer) i.d.R. nur zum Ende eines Kalenderjahres erfolgen können. Damit in diesen Fällen ein Wechsel bereits zum 1.1.09 in den Basistarif erfolgen konnte, musste die Kündigung daher zum 31.12.08 beim PKV-Unternehmen eingegangen sein. Ging die Kündigung nach dem 1.1.09 ein, wurde sie erst zum 31.12.09 wirksam. Bei Wechsel in den Basistarif beim gleichen Versicherer musste keine Kündigung erfolgen.

Ein Wechsel in den Basistarif nach dem 1.7.09 erfolgt zu bestimmten Bedingungen:

- Die Alterungsrückstellung bleibt nur bei einem Wechsel im gleichen Unternehmen erhalten (Ausnahme: Der Vertrag wurde erst nach dem 1.1.09 abgeschlossen)
- gem. § 204 (1) VVG
- wenn der „normale“ Vertrag nach dem 1.1.09 abgeschlossen wurde oder
- ab Vollendung des 55. Lebensjahres oder
- vor Vollendung des 55. Lebensjahres bei Renten- bzw. Pensionsbezug oder
- bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII (im SGB II gelten LE auch bei Darlehensgewährung als bedürftig (§ 9 (4) SGB II)).

Verwirrung stiftet § 152 (2) Satz 2 VAG: „Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder bei einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 des

Versicherungsvertragsgesetzes nicht verlangt werden.“

Im § 204 (1) Buchstabe a) steht das sinngemäß auch so, unter Buchstabe b) werden dann aber die o.a. Ausnahmen aufgeführt, unter denen ein Wechsel in den BT auch bei sog. Altverträgen möglich ist, die vor dem 1.1.09 abgeschlossen wurden.

Im Rundschreiben des BMAS vom 9.9.21 zum § 32 SGB XII⁵ steht das leider unter Nr. 32.4.1 Absatz 3 Satz 5 nur verkürzt und missverständlich: „Gemäß § 152 Absatz 2 VAG besteht für Personen, die in den Standardtarif wechseln können, kein Anspruch auf einen Wechsel in den Basistarif.“ Für mich ist nicht nachvollziehbar, woher das BMAS diese Aussage zieht.

Auch das BMG äußert sich zum Wechsel in den BT bei Altverträgen:⁶

"PKV-Versicherte mit einem vor 2009 geschlossenen Vertrag können ab Vollendung des 55. Lebensjahres, bei Bezug einer Rente bzw. Pension oder im Falle finanzieller Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende bzw. SGB XII - Sozialhilfe) eine Versicherung im Basistarif ihres Versicherers verlangen. PKV-Versicherte, deren Vertrag nach dem 31.12.2008 geschlossen wurde, können ohne weitere Voraussetzungen in diesen Tarif wechseln."

Im SGB XII haben die meisten LE Altverträge - wenn die dann nicht zum Wechsel in den BT informiert werden würden, hätte das wirklich weitreichende Folgen, insbes. beim Verbleib im Normaltarif, wenn dort nicht alle Leistungen bzw. Leistungen nur teilweise erfasst sind.

Ähnliche Informationen auf der Website vom PKV-Verband⁷:

"Wer seine private Krankenversicherung nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen hat, kann jederzeit in den Basistarif eines beliebigen PKV-Unternehmens wechseln. Wenn die PKV-Versicherung schon länger besteht, ist ein Wechsel in den Basistarif des aktuellen Versicherers nur möglich

- nach dem 55. Geburtstag oder
- bei Bezug einer Rente bzw. einer Pension oder
- bei Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts."

Ich habe mich daher konkret an den PKV-Verband gewandt, der mir per Email geantwortet hat, Auszug:

„In § 152 Abs. 2 S. 2 VAG geht es nicht um den Kontrahierungszwang im vertragsrechtlichen Sinn, sondern um die Mitgabe der Alterungsrückstellungen. Im Falle eines Vertragsschlusses vor dem 1.1.2009 kann der VN (*Anm. d. Verf. Versicherungsnehmer*) bei einem Wechsel oder einer Kündigung eine Mitgabe der Alterungsrückstellungen nicht fordern. Die Vorschrift ist indes nicht so zu lesen, als sei ein Wechsel in den Basistarif grundsätzlich ausgeschlossen.

Die oben zitierte Aussage des BMAS, für Personen, die in den Standardtarif

⁵ https://tacheles-sozialhilfe.de/files/redakteur/DA_Sozi_Wpt/21-09-09_BMAS_Rundschreiben_2021_4_zu___32_SGB_XII.pdf

⁶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/basistarif-in-der-privaten-krankenversicherung.html>

⁷ <https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/brancheneinheitliche-tarife/#c711>

wechseln können, bestehe nach § 152 Abs. 2 VAG kein Anspruch auf einen Wechsel in den Basistarif, trifft so mithin nicht zu. Unter den oben genannten Voraussetzungen (Vollendung des 55. Lebensjahres oder Rente oder Hilfebedürftigkeit) können auch Versicherte mit Vertragsschluss vor dem 1.1.2009 einen Anspruch auf Wechsel in den Basistarif haben.“

Wechsel in den BT lediglich für eine*n mitversicherte*n Angehörige*n, nicht aber für die/den Hauptversicherte*n

Da mitversicherte Angehörige nicht „familienversichert“ sind wie in der GKV, sondern rechtlich lediglich mehrere Verträge in einem Vertrag zusammengefasst werden, kann ein Wechsel in den BT auch lediglich für einen im Vertrag mitversicherten Angehörigen erfolgen, wenn der Hauptversicherte im Normaltarif verbleibt.

Dieser Sachverhalt kann sich dann ergeben, wenn ein Kind/Jugendlicher/erwachsenes Kind mit Behinderungen Leistungen nach dem SGB XII bezieht, die Eltern aber nicht. Dann wäre ja die Übernahme des KV-Beitrags begrenzt auf den halbierten BT (bzw. bei Beihilfeansprüchen prozentual vom halbierten BT). Ein Wechsel lediglich des Kindes in den BT ist dann bei SGB XII-Bezug jederzeit möglich.

Zeitpunkt der Umstellung des Vertrages

Leider sehen weder das Gesetz noch die MB-BT konkret vor, **ab wann nach Eingang des Antrags auf Tarifwechsel der Tarif dann auch tatsächlich auf den BT umgestellt werden muss.** Der PKV-Verband sieht sogar bei Neuansträgen nur einen Zeitraum von 1-2 Wochen als angemessen an und hat daher auch max. diesen Zeitraum für eine Umstellung des Tarifs als angemessen betrachtet. Dies kann in der Praxis relevant werden, wenn die/der Versicherte im Normaltarif im Krankenhaus liegt und z.B. nach einem Herzinfarkt/Schlaganfall etc. eine medizinische Rehabilitation anschließend zwingend nötig ist, der Normaltarif aber keine medizinische Rehabilitation vorsieht. Dann kann ein Antrag auf Tarifwechsel in den BT vom Sozialdienst des Krankenhauses per Fax zwar an das PKV-Unternehmen geschickt werden, die Tarifumstellung ist aber damit noch nicht erfolgt.

Umstellung vom BT mit Selbstbeteiligung auf „ohne“ Selbstbeteiligung (§ 152 (1) Satz 4 VAG)

Ein Wechsel aus einem Basistarif mit **Selbstbeteiligung** in einen Basistarif mit einer geringeren/höheren oder mit keiner Selbstbeteiligung ist erst nach dem Ablauf einer Mindestbindungsfrist von 3 Jahren unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten möglich. Führt der vereinbarte Selbstbehalt jedoch nicht zu einer angemessenen Reduzierung des Beitrags, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrags in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen (§ 152 (1) Satz 4 VAG (bis 31.12.15 § 12 (1a) VAG)).

Achtung: Bei allen Personen, die gem. § 402 SGB V (bis 19.10.20 § 315 SGB V) im modifizierten Standardtarif beigetreten sind, wurde der Vertrag zum 1.1.09 „automatisch“ umgestellt (§ 402 (4) SGB V, bis 19.10.20 § 315 (4) SGB V). Da im modifizierten Standardtarif immer ein Selbstbehalt vorgesehen war, sind diese

Selbstbehalte genauso „automatisch“ mit umgestellt worden. Ein Selbstbehalt von 300,00 € im Basistarif bringt aber entweder lediglich 3,00 € Beitragsersparnis oder gar keine Ersparnis und sollte daher unbedingt herausgenommen werden. Das sollte unbedingt schriftlich geschehen, da die PKV-Unternehmen telefonisch oft erklären, ein Selbstbehalt sei zwingend vorgeschrieben.

Wechsel vom Basistarif in einen Normaltarif bzw. Rückkehr aus dem Basistarif in den Ursprungstarif (§ 204 VVG a.F. für Wechsel in den BT vor dem 15.3.20)

Der Wechsel aus einem Basistarif in einen „Normaltarif“ war erst nach 18 Monaten Mindestbindungsfrist möglich (§ 204 (1) VVG i.V.m. § 13 (1a) KalV (Kalkulationsverordnung a.F.⁸; die KalV ist eine Durchführungsverordnung zum VAG) und § 13 (1) MB-BT 2009).

Unabhängig von der Mindestbindungsfrist war eine Rückkehr in einen Normaltarif nicht in jedem Fall möglich. Das PKV-Unternehmen konnte eine neue Gesundheitsprüfung veranlassen, das Eintrittsalter war dann höher und aufgrund von Vorerkrankungen konnten Risikozuschläge und/oder Leistungsausschlüsse verhängt werden. Daher war eine Rückkehr aus dem BT theoretisch zwar möglich, in der Praxis aber nur bei jungen, gesunden Personen umsetzbar.

Rückkehrmöglichkeiten bei einem Wechsel in den BT nach dem 15.3.20 (§ 204 VVG n.F. seit 23.5.20)

Erfolgte der Wechsel in den BT nicht aufgrund von bestehender Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII, greifen die Bedingungen vor dem 15.3.20 (s.o. vorheriger Absatz). Erfolgte der Wechsel aufgrund von Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII, gelten seit dem 23.5.20 neue Bedingungen für alle Wechsel in den BT nach dem 15.3.20.

Das "2. Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite" ist am 23.5.20 in Kraft getreten. Relevant ist die Änderung im § 204 VVG (**Rückkehr aus dem Basistarif in den vorherigen Normaltarif**) im Artikel 6 des o.a. Gesetzes:

Neuer Text im § 204 VVG n.F.:

1. Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Ist der Versicherungsnehmer aufgrund bestehender Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch nach dem 15. März 2020 in den Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gewechselt und endet die Hilfebedürftigkeit des Versicherungsnehmers innerhalb von zwei Jahren nach dem Wechsel, kann er innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit in Textform vom Versicherer verlangen, den Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortzusetzen, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war.

Eintritt und Beendigung der Hilfebedürftigkeit hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers durch geeignete Unterlagen nachzuweisen; die Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch

⁸ <https://www.buzer.de/gesetz/5735/a78720.htm>

Sozialgesetzbuch gilt als Nachweis.

Beim Wechsel ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Basistarif stand; die im Basistarif erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen sind zu berücksichtigen. Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer vor dem Wechsel in den Basistarif versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung des Vertrages in diesem Tarif. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Versicherungsnehmer, bei denen allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entstehen würde. Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 letzter Teilsatz gilt nicht.“

2. Die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden die Absätze 3 bis 5.“

Die Rückkehrmöglichkeit in den Ursprungstarif nach dem Wechsel in den BT gilt daher für jeden Wechsel in den BT, der nach dem 15.3.20 aufgrund von Hilfebedürftigkeit erfolgte und greift unabhängig davon, aus welchen Gründen die Hilfebedürftigkeit eingetreten ist. Die Rückkehr zu den o.a. Bedingungen ist nur möglich, wenn die Hilfebedürftigkeit innerhalb von 2 Jahren nach dem Wechsel endet.

Was passiert, wenn Versicherte im Normaltarif oder im Standardtarif bei Leistungsbezug von SGB II/XII nicht in den Basistarif (BT) wechseln möchten?

Nur die Versicherung im BT sichert Leistungen wie in der GKV. Insbes. Kur und medizinische Rehabilitation, Zahnersatz zu 100% als Härtefall, Haushaltshilfe, Soziotherapie und Fahrkosten sind im Standardtarif nicht enthalten und in Normaltarifen nur in Extra-Bausteinen (sog. Kur-Tarife). Ein Wechsel in den BT führt daher zu einem abgesicherten Leistungsangebot. Allerdings empfinden etliche Versicherte diesen Wechsel als nachteilig, da im Normaltarif „bessere“ Leistungen gewährt werden (z.B. die Übernahme von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten, Brillen, keine Zuzahlungen, Heilpraktiker-Leistungen etc.) als im BT. Etliche LE kommen daher der Bitte, in den BT zu wechseln, nicht nach.

Der Sozialhilfeträger (SHT) kann niemanden zu einem Wechsel zwingen, allerdings sollte sich dieser dann absichern, in dem ein Bescheid mit dem Hinweis erlassen wird, dass dann künftig keine Krankenhilfeleistungen übernommen werden, die im Normaltarif bzw. im Standardtarif nicht abgesichert sind. Insbes. der Hinweis auf hohe Restkosten bei Zahnersatz führt dann in vielen Fällen doch zu einem Wechsel. Der Nachrang der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) greift in diesen Fällen, da die LE in der Lage sind, sich durch einen Tarifwechsel selbst zu helfen und sich die – ggf. künftig - erforderlichen Krankenhilfeleistungen durch Leistungen von anderen (hier: PKV im BT) zu sichern.

Rechtsprechung dazu:

Das LSG Baden-Württemberg entscheidet am 23.2.17 unter L 7 SO 4844/16⁹, dass ein Wechsel aus einem Normaltarif in den Basistarif bei SGB XII-Bezug zumutbar ist. Der SHT hatte lediglich den halbierten Beitrag im BT übernommen, da der LE sich

⁹ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/191168>

weigerte, aus seinem Normaltarif (über 800,00 € Beitrag monatlich) in den BT zu wechseln.

Weitere Rechtsprechungen, die einen Wechsel in den BT als zumutbar sehen: LSG Bayern, L 8 SO 295/14 vom 27.1.14¹⁰, LSG Berlin-Brandenburg, L 23 SO 268/12 vom 18.6.15¹¹, LSG NRW, L 9 SO 619/11 vom 27.6.13¹², LSG Bayern, L 8 SO 236/10 vom 19.7.11¹³ (Beschwerde beim BSG unter B 8 SO 41/12 B¹⁴ wurde am 21.6.12 als unzulässig verworfen) und L 8 SO 26/11 vom 21.07.2011¹⁵.

Das LSG Niedersachsen-Bremen entscheidet am 22.07.2021 unter L 8 SO 246/19, Rz. 41¹⁶:

„Die Übernahme höherer Aufwendungen für die private Krankenversicherung ist auch nicht aus anderen - u.a. verfassungsrechtlichen - Gründen gerechtfertigt. Dem Kläger ist trotz seiner schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere der ausgeprägten Angststörung und der rezidivierenden depressiven Störung, ein Wechsel in den Basistarif zumutbar, auch unter Berücksichtigung der von ihm im Einzelnen dargelegten Besonderheiten in der medizinischen Versorgung, etwa der ärztlichen und therapeutischen Hausbesuche. Insbesondere ist eine Beeinträchtigung des vom menschenwürdigen Existenzminimum aus Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) i.V.m. Art. 20 Abs. 1 GG umfassten Anspruchs auf eine ausreichende medizinische Versorgung bei einem Wechsel in den Basistarif einer privaten Krankenversicherung (ohne Selbstbehalt) ausgeschlossen, weil den im Einzelfall gebotenen Standard auch die gesetzliche Krankenversicherung gewährleisten muss. Der Wechsel in den Basistarif ist daher Leistungsberechtigten nach dem SGB II bzw. SGB XII zumutbar (vgl. BSG, Urteil vom 29.4.2015 - B 14 AS 8/14 R - juris Rn. 24 m.w.N.).“

Ein Wechsel in den BT kann vom SHT nicht erzwungen werden - auf keinen Fall durch vollständige Verweigerung der Übernahme der Kosten für eine PKV, so auch das LSG Bayern, L 8 SO 26/11 vom 19.7.11¹⁷ und das LSG Hessen, L 7 SO 165/09 B ER vom 14.12.09¹⁸. Sollten LE trotz Beratung und Hinweis auf die Folgen einen Wechsel in den BT weiterhin verweigern, müssen vom SHT daher trotzdem Beiträge für den bisherigen Tarif übernommen werden, **solange sie angemessen sind**.

Die Angemessenheit war bis zum 31.12.17 im § 32 (5) SGB XII derart geregelt, dass der Beitrag den halbierten Vergleichsbetrag im BT nicht übersteigen durfte. Dies galt sowohl für Verträge im Normaltarif als auch für Verträge im Standardtarif ST.

Zum 1.1.18 sind dann die neuen § 32 und 32a SGB XII in Kraft getreten:

Die Angemessenheit des PKV-Beitrags ist nun im § 32 (4) SGB XII geregelt. Angemessen sind Beiträge im Standardtarif (§ 257 (2a) SGB V) und Beiträge bis zu der Höhe des sich nach § 152 (4) VVG ergebenden individuell zu zahlenden

¹⁰ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/153388>

¹¹ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/179684?modul=esgb&id=179684>

¹² <https://openjur.de/u/640808.html>

¹³ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/150975>

¹⁴ https://www.prinz.law/urteile/bundessozialgericht/BSG_Az_B-8-SO-41-12-B-2012-02-21

¹⁵ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/150904>

¹⁶ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/170436>

¹⁷ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/150904>

¹⁸ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/125348?modul=esgb&id=125348>

halbierten monatlichen Beitrags für den Basistarif und nunmehr konkret auch im Standardtarif (ST, § 404 SGB V).

Bei **SGB II-Bezug** sollten die LE vom Jobcenter unbedingt beraten werden – sowohl hinsichtlich des ggf. nicht ausreichenden Leistungsschutzes im Normaltarif als auch hinsichtlich der gedeckelten Bezuschussung (s.a. fachliche Weisungen der BA zu § 26 SGB II, Rz. 26.24¹⁹). Der Beratungspflicht ist nachgekommen, wenn das Merkblatt „Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen der Kranken- und Pflegeversicherung (§ 26 SGB II)“²⁰ ausgehändigt wird und dessen Erhalt von der leistungsberechtigten Person durch Unterschrift bestätigt ist. Denn das BSG-Urteil B 14 AS 8/14 R vom 29.4.15²¹ sieht bei im Normaltarif versicherten Antragstellenden eine konkrete Beratungspflicht über die Folgen bei Verbleib im BT vor (die Entscheidung betraf Selbstbehaltkosten, ist aber auch grundsätzlich anwendbar).

Behandlungspflicht Ärzt*innen / Zahnärzt*innen für Versicherte im BT

In der Praxis gibt es massive Probleme für Patient*innen, die im Basistarif versichert sind. Insbes. Zahnärzt*innen verweigern die Behandlung bei Zahnersatz (z.B. Zahnprothesen).

Es gibt dazu bereits 2 kleine Anfragen von Abgeordneten mit Antworten der Bundesregierung:

BT-DS 19/13403 vom 1.10.19, „Ärztliche und zahnärztliche Versorgung von PKV-Versicherten im Basistarif“²².

BT-DS 19/21667 vom 14.8.20: „Leistungsverweigerung im Basistarif der Privaten Krankenversicherung“²³.

Nun ja, ist ja alles nicht so schlimm, meint die Bundesregierung. Es gibt so gut wie keine Beschwerden! Die Bundesregierung sieht keine Probleme und schon gar keinen Handlungsbedarf.

Beiträge (= Prämien), Übernahme und Direktzahlung, Prämienzuschläge (§ 152 (3) VAG, § 193 (4) VVG)

In der PKV heißen die zu zahlenden Beiträge nicht Beiträge, sondern Prämien (z.B. § 163 VVG). Trotzdem werden die PKV-Prämien im Folgenden auch weiterhin Beiträge genannt.

Beitragsberechnung KV im Basistarif (§ 152 (3) VAG)

Der Pflicht zur Versicherung kann auch im Normaltarif nachgekommen werden. Die Beiträge dort berechnen sich dann nach Alter und Risiko (d.h. Vorerkrankungen) und können dann günstig bis sehr teuer sein. Ein Kontrahierungszwang (= Aufnahmeverpflichtung) besteht aber nur bei Anträgen im Basistarif (BT).

¹⁹ https://www.arbeitsagentur.de/datei/fw-sgb-ii-26_ba015865.pdf

²⁰ https://www.arbeitsagentur.de/datei/merkblatt-zuschusskvpv_ba034865.pdf

²¹ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/180481?modul=esgb&id=180481>

²² <https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/134/1913403.pdf>

²³ <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/216/1921667.pdf>

Der Basistarif ist – wie beim bisherigen Standardtarif – auf den Höchstbeitrag GKV begrenzt (§ 152 (3) VAG, bis 31.12.15 § 12 (1c) VAG). Dieser Höchstbeitrag wird wie folgt errechnet:

Gem. § 223 (3) SGB V werden die Einnahmen nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) berücksichtigt Gem. § 152 VAG (bis 31.12.15 § 12 (1c) VAG) sollte bis zum 31.12.2010 mit dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenversicherung vom 1.1. des Vorjahres gerechnet werden; abweichend zum 1.1.09 wurde der allgemeine Beitragssatz vom 1.1.09 genommen. Zum 1.7.2010 konnte der Höchstbeitragssatz um den prozentualen Fehlbedarf im Rahmen des Gesundheitsfonds erhöht werden.

Ab dem 1.1.2011 erfolgt die Ermittlung des Höchstbeitragssatzes unter Berücksichtigung des aktuell gültigen allgemeinen Beitragssatzes. Der Höchstbeitragssatz wird um den vom BMG festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrag in der KV erhöht (2011/2012 = 0 €).

Datum	Beitragsbemessungsgrenze	allg. KV-Satz	zzgl. Erhöhung / durchschnittlicher Zusatzbeitrag	voller Höchstbeitrag	halbierter Höchstbeitrag
01.01.2009	3.675,00 €	15,5 %		569,63 €	284,82 €
01.01.2010	3.750,00 €	15,5 %		581,25 €	290,63 €
01.07.2010	3.750,00 €	15,5 %	8,78 €	590,03 €	295,02 €
01.01.2011	3.712,50 €	15,5 %		575,44 €	287,72 €
01.01.2012	3.825,00 €	15,5 %		592,88 €	296,44 €
01.01.2013	3.937,50 €	15,5 %		610,31 €	305,15 €
01.01.2014	4.050,00 €	15,5 %		627,75 €	313,88 €
01.01.2015	4.125,00 €	14,6 %	0,9 %	639,38 €	319,69 €
01.01.2016	4.237,50 €	14,6 %	1,1 %	665,29 €	332,64 €
01.01.2017	4.350,00 €	14,6 %	1,1 %	682,95 €	341,48 €
01.01.2018	4.425,00 €	14,6 %	1,0 %	690,31 €	345,16 €
01.01.2019	4.537,50 €	14,6 %	0,9 %	703,32 €	351,66 €
01.01.2020	4.687,50 €	14,6 %	1,1 %	735,94 €	367,97 €
01.01.2021	4.837,50 €	14,6 %	1,3 %	769,16 €	384,58 €
01.01.2022	4.837,50 €	14,6 %	1,3 %	769,16 €	384,58 €
01.01.2023	4.987,50 €	14,6 %	1,6 %	807,98 €	403,99 €

Der Basistarif kann gem. § 152 (1) Satz 3 VAG (bis 31.12.15 § 12 (1a und 1c Satz 1) VAG) **ohne Selbstbehalt** oder mit Selbstbehaltstufen von 300, 600, 900 oder 1200 € abgeschlossen werden. Ein Selbstbehalt im BT führt allerdings nicht oder nur minimal (3 € mtl.) zu einer Beitragssenkung!

Der Basistarif ist unterkalkuliert, d.h., die Versicherten im BT in den einzelnen PKV-Unternehmen decken die Kosten nicht durch die Beitragszahlungen. In der GKV werden in solchen Fällen Bundeszuschüsse aus Steuermitteln ausgeschüttet, die PKV erhält derartige Zuschüsse nicht. Daher werden die tatsächlichen Kosten in einem 1. Schritt auf alle BT-Versicherten in allen PKV-Unternehmen „umverteilt“ (Umlagemechanismus). Wenn das nicht reichen würde, müssten alle PKV-Versicherten (auch die in Normaltarifen) die ungedeckten Kosten mittragen.

Obwohl gem. § 152 (2) Satz 2 VAG bei Altverträgen die **Mitnahme der Alterungsrückstellungen** nicht verlangt werden kann („Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder bei einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme

der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes nicht verlangt werden“) gewähren nach meiner Erfahrung aus der Praxis viele PKV-Unternehmen bei einem Wechsel aus einem Normaltarif in den BT bei SGB XII-Bezug offensichtlich doch die Mitnahme von Alterungsrückstellungen, denn die Beiträge unterschreiten in vielen Fällen den Höchstbeitrag.

Die Alterungsrückstellungen, die ggf. - in sehr unterschiedlicher Höhe in den jeweiligen Normaltarifen – aufgelaufen sind, werden bei einem Wechsel aus einem Normaltarif auf jeden Fall bei einem Wechsel innerhalb des PKV-Unternehmens berücksichtigt, weil sie in diesen Fällen immer mit in den BT genommen werden können (§ 204 (1) Nr. 1 VVG). Die angesammelten Alterungsrückstellungen wirken sich auf den Betrag aus, der eigentlich rein rechnerisch zu zahlen wäre (Kalkulationsbeitrag). Wenn dieser feststeht, wird er gekappt auf den Höchstbeitrag GKV (§ 152 VAG, bis 31.12.15 § 12 (1c) VAG). Daher wirken sich Alterungsrückstellungen nur dann aus, wenn sie sehr hoch sind und dann i.d.R. ab dem 80. Lebensjahr merklich (ich hatte Kenntnis von einem Wechselangebot eines 80jährigen langjährig PKV-Versicherten mit 125,00 € halbiertem BT in der KV plus 40,99 € PV von der Central).

Auch hierfür wird das *procedere* für die PKV-Kassen in den „Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“²⁴ auf S. 1 unter der Nr. 1 (und auf S. 3 unter der Nr. 3) beschrieben.

Damit haben Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand bei der individuellen Berechnung des Beitrags keinen Einfluss auf die Höhe. Sondern nur auf die Kosten, die alle BT-Versicherten „verbrauchen“ (da „verbrauchen“ dann viele junge Gesunde eben weniger) und damit dann auf die Gesamtkosten im BT. Der BT berechnet sich daher nicht aus dem Risiko des einzelnen Versicherten (Kalkulationsbeitrag), sondern nur aus dem Risiko des Tarifs als solchem. Damit muss der Betrag, denn alle BT-Versicherten insgesamt verursachen, quasi „verteilt“ werden. Der Gesundheitszustand wird zwar abgefragt, darf sich aber nicht im Beitrag widerspiegeln, sondern ist z.B. dann relevant, wenn später in einen „normalen“ Tarif gewechselt werden möchte.

Beitragshalbierung (§ 152 (4) VAG)

Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder XII (Bescheinigung des SGB II oder -XII-Trägers), muss der Versicherer den Beitrag halbieren. Besteht auch bei halbiertem Beitrag Hilfebedürftigkeit, trägt der zuständige Träger den Differenzbeitrag.

Eine Halbierung kann nur im Basistarif vorgenommen werden, nicht in Normaltarifen, auch nicht im Standardtarif (ST). Wenn durch die Zahlung des Höchstbeitrages Hilfebedürftigkeit entsteht, reduziert sich der Beitrag um die Hälfte (§ 152 (4) VAG (bis 31.12.15 § 12 (1c) Satz 4 bis 6 VAG). Entsteht auch durch die Zahlung des halbierten Beitrags Hilfebedürftigkeit, so beteiligt sich der SGB XII- bzw. der SGB II-Träger im erforderlichen Umfang an dem Beitrag, wenn dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird, d.h., der tatsächliche Beitrag wird der Berechnung zugrunde gelegt

²⁴ https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/b_Wissen/PDF/Leitlinien_Tarifwechsel_0722.pdf

(§§ 32 (4) SGB XII bzw. 26 (1) SGB II). Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch wird der Beitrag natürlich ebenfalls halbiert.

Grundgedanke des Gesetzgebers bei der Halbierung war die Vermeidung von Bedürftigkeit durch die Zahlung des KV-Beitrages. Daher verbleibt es bei dem halbierten Beitrag, wenn der Versicherte damit nicht mehr bedürftig ist. Anderenfalls würde es ja zu einem Zirkelschluss kommen – mit Höchstbeitrag bedürftig, Halbierung, nicht mehr bedürftig, Halbierung wird aufgehoben ... manche Privatkassen gehen leider so vor.

Seit 1.1.17 ist nun eine neue Fassung des § 152 VAG in Kraft, die Klarheit schafft:

„(4) Besteht Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde allein durch die Zahlung des Beitrags nach Absatz 3 Satz 1 oder 3 Hilfebedürftigkeit entstehen, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde, um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.“

Die **Feststellung der Bedürftigkeit** trifft der jeweilige Träger des SGB II oder XII (§ 152 (4) VAG, bis 31.12.15 § 12 (1c) VAG):

Die Bedürftigkeit im **SGB XII** ist ein Einzelanspruch (Horizontalberechnung). In den §§ 19, 27 und 41 SGB XII ist ausschließlich von „Personen“ die Rede; eine Regelung wie im § 9 (2) SGB II (alle Mitglieder einer BG gelten als bedürftig, wenn der Gesamtbedarf nicht gedeckt ist), gibt es im SGB XII nicht. Ergibt die Berechnung allerdings, dass z.B. bei Ehepaaren einer der Eheleute einen rechnerischen Überhang erzielt, muss dieser Überhang auf den anderen Ehepartner übertragen werden und dann ist dieser ggf. nicht mehr bedürftig.

Im **SGB II** gelten gem. § 9 (2) SGB II alle Mitglieder einer BG als bedürftig, wenn der Gesamtbedarf nicht gedeckt ist. Bsp.: Der Vater und Ehemann verdient so viel, dass er „eigentlich rechnerisch selber nicht bedürftig ist“. Das Einkommen wird dann aber so auf die BG verteilt, dass alle bedürftig sind (BSG B 7b AS 10/06 R vom 7.11.06²⁵). Kinder können allerdings separat durch Einkommen/Vermögen nicht bedürftig sein. Damit kann es Fälle geben, in denen die gesamte Familie zwar privat versichert ist, einzelne Familienmitglieder aber nicht bedürftig sind und damit keinen Anspruch auf eine Beitragshalbierung haben.

Nach dem Wortlaut des § 152 (4) VAG (bis 31.12.15 § 12 (1c) VAG) „vermindert (i.d.F. bis 31.12.16: reduziert) sich der Beitrag ...“ – damit sind Beitragshalbierungen auch **rückwirkend** vorzunehmen, wenn entsprechende Nachweise der SGB II- oder XII-Behörden vorliegen. Ebenso auch gem. § 8a (6) MB-BT 2009: „vermindert sich der Beitrag um die Hälfte“.

Die **Bescheinigung über die Bedürftigkeit** wird von manchen PKV-Unternehmen bald monatlich verlangt. Im § 8a (6) MB-BT 2009 steht, „der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen“.

²⁵ <https://openjur.de/u/169091.html>

Zumindest bei Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII genügt ein Nachweis alle 12 Monate, da die Bescheide i.d.R. für 12 Monate erteilt werden (§ 44 SGB XII). Für Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB XII gibt es keine grundsätzliche Zeitregel.

Im SGB II werden die Bescheide i.d.R. für 12 (in besonderen Fällen 6) Monate erteilt (§ 41 (3) SGB II), daher genügt der Nachweis dann auch alle 6 bzw. 12 Monate.

Bei Ablehnung von Leistungen aufgrund von **Vermögen** besteht keine Hilfebedürftigkeit (§ 19 (1) und (2) SGB XII bzw. § 9 (1) SGB II) und damit auch kein Halbierungsanspruch. Werden allerdings Leistungen nach dem **SGB II als Darlehen** gewährt, weil das Vermögen nicht sofort verwertbar ist, liegt Hilfebedürftigkeit vor (§ 9 (4) SGB II).

Die **Halbierung erfolgt nur für den KV-Beitrag, nicht für den PV-Beitrag**, da es einen Basistarif in der privaten Pflegeversicherung nicht gibt und die Halbierungsvorschriften sich ausschließlich auf den Basistarif beziehen.

Für **Kinder und Jugendliche** unter 21 Jahren, muss eine Variante ohne Alterungsrückstellungen angeboten werden (§ 152 (1) Nr. 1 VAG, bis 31.12.15 § 12 (1a) VAG) i.V.m. § 8a (3) MB-BT 2009). Diese Beträge müssen dann noch halbiert werden, wenn Bedürftigkeit nach dem SGB II oder XII vorliegt.

Anspruch auf Beitragshalbierung auch für Leistungsempfänger*innen nach dem SGB VIII (z.B. für ein Kind bei Heimunterbringung)?

Leider wurden bei der Gesetzgebung – mal wieder – die SGB VIII Empfänger*innen vergessen. Der § 152 (4) VAG (bis 31.12.15 § 12 (1c) VAG) spricht von "Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch" und nicht „Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch“. Aufgrund dieser Formulierung wäre eine analoge Anwendung im SGB VIII denkbar, daher könnte man analog auch die Heimkinder dazurechnen.

Allerdings muss gem. § 152 (1) Nr. 1 VAG (bis 31.12.15 § 12 (1a) VAG) für Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren eine Variante (ohne Alterungsrückstellungen) angeboten werden.

Beitragsberechnung Pflegeversicherung (PV) im Basistarif (§ 110 (2) SGB XI i.V.m. § 8a (1) MB-PPV 2022)

In der privaten Pflegeversicherung (PPV) muss der Beitrag bei Bedürftigkeit nicht halbiert werden, sondern ist auf 50 % des Höchstbeitrages GPV begrenzt (§ 110 (2) SGB XI i.V.m. § 8a (1) MB-PPV 2022²⁶, dort Zusatzvereinbarung für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gem. § 193 (5) VVG). Das ist ein Unterschied, da bei einem Wechsel aus langjährigen Verträgen mit Normaltarif der Beitrag aus der PPV übernommen wird und oft bereits unter dem rechnerisch halbierten Höchstbetrag GPV liegt. Dieser Betrag wird dann folgerichtig nicht mehr „halbiert“.

Genau wie in der PKV wird der Beitrag in der der PPV nach Eintrittsalter und Gesundheitszustand berechnet; auch hier sind Risikozuschläge möglich. Somit gibt

²⁶ https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/b_Wissen/PDF/AVB-PPV.pdf

es in der PPV auch keine Unterscheidung zwischen kinderlos und mit Kind(ern). Es gibt daher weder Zu- noch Abschläge hinsichtlich der Zahl der Kinder.

Die Begrenzung errechnet sich wie folgt:

Datum	Beitragsbemessungsgrenze	PV-Satz	Gesamt Höchstbeitrag	Begrenzung im Basistarif
01.01.2009	3.675,00 €	1,95 %	71,66 €	35,83 €
01.01.2010	3.750,00 €	1,95 %	73,13 €	36,57 €
01.01.2011	3.712,50 €	1,95 %	72,39 €	36,20 €
01.01.2012	3.825,00 €	1,95 %	74,59 €	37,30 €
01.01.2013	3.937,50 €	2,05 %	80,72 €	40,36 €
01.01.2014	4.050,00 €	2,05 %	83,03 €	41,51 €
01.01.2015	4.125,00 €	2,35 %	96,94 €	48,47 €
01.01.2016	4.237,50 €	2,35 %	99,58 €	49,79 €
01.01.2017	4.350,00 €	2,55 %	110,92 €	55,46 €
01.01.2018	4.425,00 €	2,55 %	112,84 €	56,42 €
01.01.2019	4.537,50 €	3,05 %	138,39 €	69,20 €
01.01.2020	4.687,50 €	3,05 %	142,96 €	71,48 €
01.01.2021	4.837,50 €	3,05 %	147,54 €	73,77 €
01.01.2022	4.837,50 €	3,05 %	147,54 €	73,77 €
01.01.2023	4.987,50 €	3,05 %	152,12 €	76,06 €

Rückblick: Übernahme und Direktzahlung im SGB XII vom 1.4.12 bis 31.12.17 (§ 32 (5) a.F.)

Seit 1.4.12 war mit der Neufassung des § 32 (5) letzter Satz SGB XII der vom SHT gewährte Beitrag zur PKV an diese direkt zu überweisen. Stand nicht genügend Hilfe zur Verfügung, um den gesamten Beitrag zu überweisen, konnte auch nur der Betrag an das PKV-Unternehmen überwiesen werden, der an Hilfe zur Verfügung stand.

§ 152 (4) VAG a.F. (bis 31.12.15 § 12 (1c) Satz 1 VAG) war da eindeutig: „...beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten **im erforderlichen Umfang**, ...“

Weiterhin der § 32 (5) SGB XII a.F.: „Die zu **übernehmenden** Aufwendungen für eine Krankenversicherung nach Satz 1 und die entsprechenden Aufwendungen für eine Pflegeversicherung nach Satz 4 sind an das Versicherungsunternehmen zu zahlen, bei dem die leistungsberechtigte Person versichert ist.“

Übernahme und Direktzahlung im SGB XII seit 1.1.18 (§ 32 und 32a SGB XII)

Zum 1.1.18 sind die neuen § 32 und 32a SGB XII in Kraft getreten. Die Angemessenheit des PKV-Beitrags ist nun im § 32 (4) SGB XII geregelt. Angemessen sind Beiträge im Standardtarif (§ 257 (2a) SGB V) und Beiträge bis zu der Höhe des sich nach § 152 (4) VVG ergebenden individuell zu zahlenden halbierten monatlichen Beitrags für den Basistarif.

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

Die als Bedarf anerkannten Beiträge sind bei vorhandenem Einkommen von diesem abzusetzen. Weiterhin sind die Beiträge direkt an das PKV-Unternehmen zu zahlen, wenn die Höhe der Hilfe ausreicht (§ 32a (2) SGB XII). Die Leistungsberechtigten sowie 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.

Beamt*innen mit Beihilfeansprüchen

Für **Beihilfeempfänger*innen** tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht (§ 152 (1) Nr. 2 VAG, bis 31.12.15 § 12 (1c) Satz 3 VAG).

Beispiel: Bei einem Beihilfeanspruch von 70% (Versorgungsempfänger*in) liegt der Höchstsatz im BT damit auch nur bei 30 % (2023: 242,39 €). Bei Bedürftigkeit muss dieser Betrag noch einmal halbiert werden und liegt dann bei 15% (121,20 €). Damit ist nach der aktuellen Rechtsprechung bei Beamt*innen im SGB XII-Bezug auch nur max. dieser Betrag zu übernehmen.

Übernahme (Beitragszuschuss gem. § 26 SGB II) und Direktzahlung (§ 26 (5) SGB II) bei Leistungen nach dem SGB II

Das BSG hat am 16.10.12 entschieden, dass Alg II-Empfänger*innen nur die Übernahme max. des halbierten BT zusteht (B 14 AS 11/12 R²⁷). Grundsätzlich sei dem Kläger ein Wechsel in den Basistarif seiner privaten Krankenversicherung zumutbar gewesen, auch wenn ihm später eine Rückkehr in den alten Tarif gegebenenfalls nicht mehr möglich sei. Die über den halben Basistarif hinausgehenden Kosten einer privaten Krankenversicherung können nach Auffassung des BSG auch nicht als angemessene Kosten einer Versicherung nach § 11b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB vom Einkommen eines Alg II-Beziehers abgesetzt werden.

In der aktuellen Fassung des § 26 (1) SGB II ist nun geregelt, dass nur dann ein Zuschuss erbracht werden darf, wenn der PKV-Vertrag der Pflicht zur Versicherung im § 193 (3) VVG genügt. Weiterhin ist der Zuschuss begrenzt auf den individuell zu zahlenden halben Beitrag im Basistarif gem. § 152 (4) VAG.

Auch die PKV-Versicherten, die nur durch den Beitrag bedürftig werden, sind im § 26 (2) SGB II konkret erfasst worden. Auch hier die Begrenzung auf den individuell zu zahlenden halben Beitrag im BT und auch hier nur für Verträge, die der Pflicht zur Versicherung im § 193 (3) VVG genügen.

Keine Absetzung vom Einkommen gem. § 11b SGB II

Der Beitrag wird ausschließlich als Zuschuss gem. § 26 SGB II gewährt, eine Absetzung vom Einkommen wird nicht mehr vorgenommen. Insbes. können Beträge, die über den halbierten Beitrag im BT hinausgehen, nicht mehr vom Einkommen abgesetzt werden (fachliche Weisungen der BA zu § 26 SGB II²⁸, Rz. 26.25 und 26.33), der Beitrag im BT gilt als angemessen). Eine Absetzung kommt nur in

²⁷ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/157636?modul=esgb&id=157636>

²⁸ https://www.arbeitsagentur.de/datei/fw-sgb-ii-26_ba015865.pdf

Betracht, wenn der Leistungsbezug definitiv absehbar kurz (bis zu 3 Monaten) ist und ein Wechsel des Tarifs daher unbillig wäre (fachliche Weisungen der BA zu § 26 SGB II, Rz. 26.34).

Die FW der BA zum § 11, 11a und 11b wurden in der Fassung vom 19.8.22²⁹ unter Rz. 11.132 aktualisiert:

„Nach § 26 geleistete Zuschüsse zur freiwilligen/privaten KV oder PV mindern den Absetzbetrag. Die Einschränkung des Satzes § 11b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 ("soweit die Beiträge nicht nach § 26 bezuschusst werden") ist nicht dahingehend zu verstehen, dass eine Nachrangigkeit der Regelung aus § 11b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 im Verhältnis zu § 26 besteht. Vielmehr wird lediglich ausgedrückt, dass eine doppelte Berücksichtigung des Beitrages ausgeschlossen werden soll. Wurde der Beitrag bereits über § 26 bezuschusst, darf er nicht noch einmal bei § 11b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 als Absetzbetrag berücksichtigt werden.“

Seit 1.4.12 ist mit der Änderung des § 26 SGB II – Einfügung des Absatzes 4 – der Zuschuss **direkt an das PKV-Unternehmen zu überweisen**. Seit 1.8.16 ist die Direktüberweisung nun im neuen § 26 (5) SGB II geregelt.

Bei **Tarifen mit Selbstbeteiligung** kann der Selbstbeteiligungsbetrag nicht bezuschusst werden, auch wenn der Tarif monatlich unter dem halbierten Tarif im BT liegen sollte (fachliche Weisungen der BA zu § 26 SGB II, Rz. 26.22).

Für **Beamt*innen mit Beihilfeansprüchen** liegt der Höchstbetrag im BT gem. § 152 (1) Nr. 2 VAG (bis 31.12.15 § 12 (1c) Satz 3 VAG) bei dem jeweils ergänzend nötigen Prozentsatz.

Bsp.: Bei einem Beihilfeanspruch von 50% liegt der Höchstsatz im BT damit auch nur bei 50% (2023: 403,99 €). Bei Bedürftigkeit muss dieser Betrag noch einmal halbiert werden und liegt dann bei 25% (202,00 €). Damit ist nach der aktuellen Rechtsprechung bei Beamt*innen auch nur max. dieser Betrag zu bezuschussen.

Für **Altfälle mit Vorlage einer Befreiung von der Versicherungspflicht** gibt es den Beschluss des LSG Hessen, L 9 AS 570/09 B ER vom 22.3.10³⁰, der die Übernahme des Differenzbetrages zurückgewiesen hat. Ich denke, dies hat auch mit dem BSG-Urteil Bestand, weil in diesen Fällen die LE mit dem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht eine aktive Entscheidung getroffen haben und die ggf. entstehenden Folgen, nämlich die Übernahme nur eines Teils der Beiträge, in Kauf genommen haben.

Seit 1.1.09 wird **der Zuschuss für jedes privat versicherte Mitglied der Bedarfsgemeinschaft** geprüft und ggf. gewährt (also auch für Ehegatten und Kinder separat (fachliche Weisungen der BA zu § 26 SGB II, Nr. 26.3)). Dies war ja bei Fällen mit Befreiung von der Versicherungspflicht nicht so (kein Zuschuss für Ehegatten und Kinder, die ohne Befreiung von der Versicherungspflicht Anspruch auf kostenlose Familienversicherung gehabt hätten).

Werden von **anderen Stellen ebenfalls Zuschüsse** zur PKV erbracht (z.B. aufgrund des Bezuges von Alg I gem. § 174 SGB III oder auch gem. § 106 SGB VI bei

²⁹ https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba015901.pdf

³⁰ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/128207?modul=esgb&id=128207>

Rentenbezug) sind diese Zuschüsse gem. § 11a (3) Satz 1 SGB II auf die Zuschüsse gem. § 26 SGB II anzurechnen.

Prämienzuschlag (§ 193 (4) VVG)

Zeigen Versicherungsnehmer*innen ihre Versicherungspflicht erst nach dem 1.1.09 (bzw. erst nach Eintritt der persönlichen Versicherungspflicht) an, wird ein **Prämienzuschlag (§ 193 (4) VVG)** fällig (das ist eine Art "Strafbeitrag" als Sanktion, weil man der Pflicht zur Versicherung nicht nachgekommen ist). Dieser ist heftig hoch und beträgt 1 Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung. Ab dem 6. Monat der Nichtversicherung beträgt er dann „nur“ noch ein Sechstel des Monatsbeitrages. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist pauschal von einer Nichtversicherung von 5 Jahren auszugehen. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie (= Beitrag) zu entrichten. Allerdings muss das PKV Unternehmen die aufgelaufenen Prämienzuschläge **stunden**, wenn eine besondere Härte vorliegt und eine angemessene Ratenzahlung vereinbart wird. Der gestundete Betrag muss dann aber verzinst werden.

Die meisten PKV-Unternehmen setzen bei der Berechnung des Prämienzuschlags grundsätzlich den vollen und nicht den halbierten Beitrag an. Laut Auskunft des BMJ und des BMG berechnet sich der Prämienzuschlag hinsichtlich der Bedürftigkeit nach den Verhältnissen, die bei Beginn der Versicherung vorlagen. Wenn die/der Versicherte schon zu Beginn der Versicherung bedürftig nach dem SGB II oder XII gewesen ist oder durch die Berücksichtigung des Höchstbeitrags im BT bedürftig geworden wäre (bedürftig heißt rechnerisch bedürftig, das setzt keinen Leistungsbezug voraus), berechnet sich der Prämienzuschlag aus dem halbierten Beitrag.

Der PKV-Verband ist der Meinung, dass der Prämienzuschlag in allen Fällen nur für max. 5 Jahre nachzuzahlen sei:

„Das Gesetz sieht in § 193 Abs. 4 S. 3 VVG vor, dass für den Fall, dass die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden kann, davon auszugehen ist, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Im Umkehrschluss lässt sich hieraus eine Begrenzung des Prämienzuschlags auf fünf Jahre im Allgemeinen ziehen. Uns ist nicht bekannt, dass Versicherungsunternehmen auf die Erhebung eines Prämienzuschlags auch für einen längeren Zeitraum bestehen.

Das wirtschaftliche Risiko für Personen, die der Versicherungspflicht nicht rechtzeitig nachkommen, ist somit in einem Zeitraum von fünf Jahren auf 14 Monatsprämien beschränkt.“

In den mir bekannten Fällen beschränkt lediglich die Hallesche Nationale den Prämienzuschlag tatsächlich auf nur 5 Jahre. Alle anderen PKV-Kassen, mit denen ich zu tun hatte, verlangen den Prämienzuschlag ohne eine zeitliche Begrenzung.

Der Prämienzuschlag ist Teil der zu zahlenden Prämie (im Gegensatz zum Säumniszuschlag). Bei Rückständen, die z.T. oder vollständig aus dem Prämienzuschlag bestehen, setzt daher auch ein Ruhen des Leistungsanspruchs ein.

Berechnung des Prämienzuschlags bei Zustandekommen eines Vertrags in 12-

2022 und Pflicht zur Versicherung ab 1.1.09:

Berechnung mit vollem Höchstbeitrag:

Die Berechnung fußt auf der Höhe des letztlich abgeschlossenen Beitrags zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses, ändert sich also nicht rückwirkend für jedes Jahr.

Im § 193 (4) VVG steht: „(4) 1Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. 2Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags.“

Daraus entnehme ich, dass Monat 1 der Nichtversicherung kostenlos ist, Monat 2-5 kostet den vollen Monatsbeitrag und ab Monat 6 nur noch ein Sechstel. Daher hier eine Nachberechnung (Regelfall Pflicht zur Versicherung ab dem 1.1.2009):

1/09 ist frei. Von 2/09 bis 5/09 ist der volle Beitrag zu zahlen, ab dem 6. Monat der Nichtversicherung nur noch 1/6 (d.h. ab 6/09 nur 1/6). Verjährt ist nichts.

Bsp. bei Vertragsabschluss ab 1.12.2022 (ab 1.12.22 ist der reguläre Beitrag zu zahlen):

1/09 = kostenlos

2/09 – 5/09 = Höchstbeitrag 807,98 € x 4 Monate = 3331,92 €

6/09 – 11/22 = 807,98 €, davon 1/6 = 134,66 x 162 Monate = 21.814,92 €

Macht zusammen 25.146,84 €

Berechnung mit halbiertem Höchstbeitrag:

Der Betrag wird halbiert, d.h. 12.573,42 €

Der PKV-Verband ist hierzu anderer Auffassung:

Berechnung des Prämienzuschlags für die ersten sechs Monate der Nicht-Versicherung:

Hinsichtlich dieser Berechnung gibt es in der Fachwelt verschiedene Auffassungen, die verbandsseitig in der Vergangenheit auch kommuniziert wurden. Bitte beachten Sie nunmehr unsere zuletzt übermittelte Ansicht, wonach erst ab dem siebten Monat ein Sechstel des Monatsbeitrags geschuldet wird (also 1. Monat frei, Monate 2-6 jeweils ein Monatsbeitrag, ab 7. Monat jeweils 1/6 Monatsbeitrag). Die Formulierung im Gesetz (§ 193 Abs. 4 S.2 VVG) lautet: „(...) *ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat ein Sechstel eines Monatsbeitrags.*“ Wollte man die andere Ansicht vertreten, müsste es unseres Erachtens heißen: „...ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung und für jeden weiteren angefangenen Monat ein Sechstel eines Monatsbeitrags“.

Gelten Verjährungsfristen für den Prämienzuschlag?

Die Berechnung des Prämienzuschlags ist im § 193 (4) VVG geregelt. Nun stellt sich die Frage, für welchen Zeitraum rückwirkend der Prämienzuschlag erhoben werden darf. Aus dem § 193 (4) VVG ergibt sich keine Einschränkung. Daher könnten nur die Verjährungsfristen nach dem BGB (§§ 195 und 199 BGB) greifen. Diese Verjährungsfristen beginnen leider erst mit dem Zustandekommen des Vertrages. Im Gegensatz zur Auffang-Pflichtversicherung (§ 5 (1) Nr. 13 SGB V / OAV (§ 188 /4) SGB V) in der GKV beginnt ja die Mitgliedschaft in der PKV nicht rückwirkend, sondern erst mit Zustandekommen des Vertrages. Der Prämienzuschlag ist daher kein rückwirkender Beitrag, sondern ein „Strafzuschlag“, der erst mit Zustandekommen des Vertrages fällig wird. Damit beginnt eine Verjährungsfrist auch erst mit Zustandekommen des Vertrages zu laufen.

Übernahme des Prämienzuschlags bei Bezug von Leistungen nach dem SGB II?

Eine Übernahme bei Bezug von Leistungen nach dem SGB II kommt nicht infrage: Ein Beitragszuschuss gem. § 26 SGB II scheidet aus, weil dieser nur für Bezieher*innen gewährt werden kann, „die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind“. Der Prämienzuschlag wird aber gerade für Zeiten der Nichtversicherung erhoben (§ 193 (4) VVG). Die Notwendigkeit eines Darlehens ist auch nicht gegeben, weil während des Bezuges von Leistungen nach dem SGB II kein Ruhen des Leistungsanspruchs eintritt (§ 193 (6) Satz 5 VVG).

Es kursiert der Beschluss des SG Hildesheim vom 8.12.11, S 55 AS 1910/11 ER³¹, der das Jobcenter verpflichtet, die Prämienzuschläge zu übernehmen. Die Begründung ist für mich nicht nachvollziehbar. Ich halte die Entscheidung auch nicht für anwendbar, zumal die LE im Jahre 2009 wegen Beitragsrückständen von ihrer PKV gekündigt wurde, obwohl eine Kündigung wegen Beitragsrückständen seit 1.1.09 nicht mehr möglich ist.

Übernahme des Prämienzuschlags bei SGB XII Bezug?

Auch eine Rechtsgrundlage für die Übernahme bei SGB XII-Bezug sehe ich nicht: § 32 (4) SGB XII: „(4) 1Bei Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sind **angemessene Beiträge** nach den Sätzen 2 und 3 anzuerkennen. 2Angemessen 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.“

Der gesamte Prämienzuschlag wird zusammen mit der 1. laufenden Prämie, d.h. dem 1. Beitrag für eine bestehende Versicherung, fällig, ist aber kein Beitrag, weil diesen Beträgen keine Mitgliedschaft zugrunde liegt. Auch wenn der Prämienzuschlag inhaltlich zur Prämie gehört, stellt er doch einen „Strafzuschlag“ für die verspätete Anzeige der Versicherungspflicht dar. Weiterhin bietet der § 193 (4) VVG eine Stundungsmöglichkeit. Damit handelt es sich nicht um einen

³¹ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/147808?modul=esgb&id=147808>

angemessenen Beitrag i.S.d. § 32 SGB XII.

Das sieht auch das BMAS so und führt im Rundschreiben zum § 32 SGB XII vom 9.9.21³², dort unter 32.4.1 Satz 3: "3 Prämienzuschläge für einen verspäteten Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach § 193 Absatz 4 VVG können nicht als Bedarf nach Absatz 4 anerkannt werden."

Dazu entscheidet auch das LSG NRW, L 9 SO 124/16 vom 11.5.17³³: „Sollte die Klägerin den Zuschlag (*Anm. der Verf.: Gemeint ist der Prämienzuschlag*), der nicht zum laufenden Bedarf gehört und durch die Beklagte (*Anm. der Verf.: Gemeint ist der SHT*) nicht zu übernehmen wäre, ... „.

Die Klage wurde endgültig am 5.9.19 vom BSG unter B 8 SO 15/18 R³⁴ entschieden: Die Klägerin ist gem. § 264 anzumelden. Sie hatte sich geweigert, einen PKV-Vertrag abzuschließen. Der SHT muss ggf. Kostenersatz prüfen.

Rückblick: Sonderregelung bis zum 31.12.13 (kompletter Schuldenerlass gem. § 193 (4) Satz 7 VVG)

Der in den Absatz 4 § 193 VVG eingefügte Satz 7 sah eine befristete Sonderregelung vor:

„Wird der Vertragsabschluss bis zum 31. Dezember 2013 beantragt, ist kein Prämienzuschlag zu entrichten. Dies gilt für bis zum 31. Juli 2013 abgeschlossene Verträge für noch ausstehende Prämienzuschläge nach Satz 1 entsprechend.“

Bei allen Verträgen, die nach dem 31.12.2013 abgeschlossen wurden/werden, ist wieder der volle Prämienzuschlag zu entrichten.

Rückblick: Die Deckungslücke (§ 152 VAG a.F. bis 31.12.16)

Deckungslücke KV-Beitrag:

§ 152 VAG a.F. (bis 31.12.15 § 12c Satz 6 VAG) sagte: Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit, so beteiligt sich der SGB II/XII-Träger lediglich in Höhe des Beitrages, der für einen Alg II-LE vom SGB II zu zahlen ist. Trotz des BSG-Urteils B 4 AS 108/10 R vom 18.1.11³⁵, welches die Deckungslücke bei SGB II Empfänger*innen „abschafft“, bestand der Wortlaut des Gesetzes im VAG bis zum 31.12.16; erst zum 1.1.17 wurde dann auch das Gesetz geändert.

Der KV-Beitrag im SGB II errechnet sich gem. § 232a SGB V. Zwischen dem 1.1.2009 und dem 31.12.2016 ergab sich ein KV-Beitrag zwischen 129,54 € und 145,73 € bzw. dann für 2016 nur noch 90,36 € mtl.

Deckungslücke PV-Beitrag:

³² https://tacheles-sozialhilfe.de/files/redakteur/DA_Sozi_Wpt/21-09-09_BMAS_Rundschreiben_2021_4_zu___32_SGB_XII.pdf

³³ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/164236>

³⁴ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/210647?modul=esgb&id=210647>

³⁵ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/140327>

Der PV-Beitrag im SGB II errechnet sich gem. § 57 (1) SG. Zwischen dem 1.1.2009 und dem 31.12.2016 ergab sich ein PV-Beitrag zwischen 17,79 € mtl. und 24,12 € bzw. dann für 2016 nur noch 14,83 € mtl.

Deckungslücke gesamt:

Da aufgrund der Beitragskalkulation lt. Auskunft des PKV-Verbandes bereits bei einem 32jährigen Mann der Höchstbeitrag berechnet wurde (und wird), entstand in den meisten Fällen eine **Deckungslücke** i.H.d. Differenzbetrages zwischen dem halbierten PKV-Beitrag im Basistarif und dem im Alg II zu zahlenden Beitrag zzgl. des Differenzbetrages zwischen dem Alg II-Pflichtbeitrag PV und dem auf 50% des GPV-Beitrages begrenzten und zu zahlenden Beitrag in der PPV.

Zur **Deckungslücke in der PV** entschied das BSG unter B 14 AS 11/12 R³⁶ am 16.10.12, dass vom Jobcenter der Beitrag zur PV zu übernehmen ist, den das private Pflegeversicherungsunternehmen unter Beachtung von § 110 Abs. 2 Satz 4 SGB XI nach § 55 SGB XI von einem privat Pflegeversicherten fordern kann (Werte s.o. Tabelle Beitragsberechnung PV Begrenzung im Basistarif).

Eine Übernahme von Differenzbeträgen KV/PV aus dem SGB XII für Alg II-Empfänger bzw. für erwerbsfähige Menschen schied aufgrund von § 19 SGB XII aus (dazu auch SG Karlsruhe, S 5 AS 2121/09 vom 10.8.09³⁷ und BSG B 14/7b AS 28/06 vom 6.9.07³⁸).

Rückblick Deckungslücke Entwicklung im SGB XII (§ 32 (4) SGB XII)

Das BMAS äußerte sich in div. Antwortschreiben immer gleich: „Die Regelung ist politisch so entschieden worden. Eine abschließende Lösung der in der Frage angesprochenen Problematik war auf politischer Ebene in den Verhandlungen zum GKV-WSG nicht zu erzielen. Vor diesem Hintergrund ist darauf hinzuweisen, dass das soziokulturelle Existenzminimum in jedem Einzelfall gewährleistet werden muss“.

Das führte deutschlandweit zu einem „Wildwuchs“ hinsichtlich der Bewilligung von PKV-Beiträgen. Am 10.6.09 hatte sich das BMAS³⁹ mit einem Schreiben dahingehend geäußert, den halbierten Beitrag als angemessen i.S.d. § 32 (5) SGB XII anzusehen und zu übernehmen. Nach div. Rechtsprechungen auf SG und LSG – Ebene entschied dann am 10.11.11 das BSG unter B 8 SO 21/10 R⁴⁰ zur Deckungslücke bei SGB XII-Empfänger*innen. Das BSG bestätigte die Ausführungen im Urteil B 4 AS 108/10 R vom 18.1.11⁴¹ zur Deckungslücke bei SGB II-Empfänger*innen. Maximal sei der halbierte Beitrag im BT zu übernehmen, eine Deckelung habe nicht zu erfolgen.

Rückblick Deckungslücke Entwicklung im SGB II (Zuschuss gem. § 26 SGB II)

³⁶ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/157636?modul=esgb&id=157636>

³⁷ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/121215?modul=esgb&id=121215>

³⁸ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/76827?modul=esgb&id=76827>

³⁹ leider nicht im Internet

⁴⁰ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/149341?modul=esgb&id=149341>

⁴¹ <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/140327>

Für **Alg II**-Bezieher*innen war die Regelung im § 26 SGB II a.F. ursprünglich eindeutig, es hatte eine klare Begrenzung des Zuschusses auf den gesetzlichen Pflichtbeitrag zu erfolgen.

Am 18.1.11 entschied das BSG unter B 4 AS 108/10, dass maximal der halbierte Beitrag im BT zu übernehmen sei, eine Deckelung habe nicht zu erfolgen. Die BA hatte dann in der Verfahrensinformation vom 27.1.11⁴² entschieden, dass max. der „volle“ halbierte Betrag im Basistarif übernommen wird. Ist der vom LE zu zahlende Beitrag geringer, wird dieser übernommen.

M.W.v. 1.8.2016 wurde nun im § 26 (1) SGB II die Übernahme auf max. den individuell zu zahlenden halbierten Beitrag im Basistarif auch gesetzlich begrenzt.

Rückblick: Schuldenerlass für Beitragsschulden aus der Deckungslücke - Niederschlagung der Beitragsrückstände durch die PKV-Unternehmen

Der PKV-Verband hatte dann mit den beteiligten Bundesministerien folgende Verfahrensweise (offensichtlich im Gegenzug mit der Direktüberweisung der PKV-Beiträge an die jeweiligen Unternehmen durch die SGB II- und –XII-Behörden) abgestimmt: Die privaten Versicherungsunternehmen waren bereit, die Beitragsschulden aller privat krankenversicherter Hilfeempfänger*innen (nach dem SGB II und SGB XII) niederzuschlagen. Voraussetzung war, dass die Schulden zwischen Januar 2009 und Januar 2011 und ausschließlich aufgrund der Deckungslücke entstanden sind. Jeder betroffene Leistungsberechtigte musste sich nun schriftlich an sein PKV-Unternehmen wenden (formloser Antrag), um einen Verzicht auf die Beitragsforderungen zu erwirken (Schreiben des Deutschen Städtetages vom 17.2.12⁴³ i.V.m. Schreiben des BMAS vom 14.2.12⁴⁴).

⁴² Leider nicht mehr im Internet

⁴³ leider nicht im Internet

⁴⁴ leider nicht im Internet