Freie Hansestadt Bremen

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

Inkrafttreten: 01.11.2021

außer Kraft

Bei den in dieser Verwaltungsanweisung grau hinterlegten Texten handelt es sich Ausführungen, die abschließend zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Ministerien/Ressorts der Länder abgestimmt sind.

Diese Verwaltungsanweisung tritt zum 01.11.2021 in Kraft.

Inhalt

Gesetzestext:		2
Zu Absatz 1:		2
32a.1.0	(Regelungsziel)	2
32a.1.1	(Zeitliche Zuordnung des Bedarfs)	2
Zu Absatz 2:		3
32a.2.0	(Regelungsziel)	3
32a.2.1	(Direktzahlungspflicht des Trägers der Sozialhilfe)	4
32a.2.2	(Verzicht auf eine nur einmalige Direktzahlung)	6
32a.2.3	(Adressat der Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe)	7
32a.2.4	(Verhältnis zur Krankenkasse bzw. zum Versicherungsunternehmen)	7
32a.2.5	(Informationspflichten zu Beginn, Ende der Direktzahlung und Höhe der Beiträge)	7
32a.2.6	(Weitere Informationspflichten)	7
Zu Absatz 3:		8
32a.3.0	(Regelungsziel)	8
32a.3.1	(Auszahlungszeitpunkte)	8
Anlage 1		9
Anlage 2		10

Gesetzestext:

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

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

(2) 1 Die Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung, die nach § 82 Absatz 2 Nummer 2 und 3 vom Einkommen abgesetzt und nach § 32 als Bedarf anerkannt werden, sind als Direktzahlung zu leisten, wenn der Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 größer oder gleich der Summe dieser Beiträge ist. 2 Die Zahlung nach Satz 1 erfolgt an diejenige Krankenkasse oder dasjenige Versicherungsunternehmen, bei der beziehungsweise dem die leistungsberechtigte Person versichert ist. 3 Die Leistungsberechtigten sowie die zuständigen Krankenkassen oder die zuständigen Versicherungsunternehmen sind über Beginn, Höhe des Beitrags und den Zeitraum sowie über die Beendigung einer Direktzahlung nach den Sätzen 1 und 2 schriftlich zu unterrichten. 4 Die Leistungsberechtigten sind zusätzlich über die jeweilige Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen zu informieren, die zuständigen Krankenkassen und Versicherungsunternehmen zusätzlich über Namen und Anschrift der Leistungsberechtigten.

(3) Die Zahlung nach Absatz 2 hat in Fällen des § 32 Absatz 2, 3 und 5 bis zum Ende, in Fällen des § 32 Absatz 4 und 6 zum Ersten des sich nach Absatz 1 ergebenden Monats zu erfolgen.

außer Kraft

Zu Absatz 1:

32a.1.0 (Regelungsziel)

Absatz 1 regelt, in welchem Monat Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung unabhängig von ihrer Fälligkeit als Bedarf zu berücksichtigen sind.

32a.1.1 (Zeitliche Zuordnung des Bedarfs)

(1) 1 Die Bedarfe nach § 32 – dies sind angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung – sind dem **Monat** als Bedarf zuzuordnen, **für** den der Beitrag erhoben wird. 2 Der Beitragsmonat (also der Monat, für den der Beitrag erhoben wird) entspricht somit stets dem Monat, für den Grundsicherung erbracht wird. 3 Auf die **Fälligkeit** der Beiträge kommt es für die zeitliche Zuordnung als Bedarf nicht an.

Beispiel:
Zwar ist die Zahlung des Beitrags zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung für den Monat Juni gemäß § 23 Absatz 1 Satz 5 SGB IV i. V. m. § 10 Absatz 1 Satz 2 BVSzGs erst bis 15. Juli an die Krankenversicherung zu leisten; gemäß Absatz 1 ist der Beitrag für den Monat Juni aber der Anspruchsprüfung des Monats Juni (und nicht des Monats Juli) zugrunde zu legen.

4 Aus Absatz 1 folgt somit auch, dass in jedem Monat, für den Grundsicherung zu erbringen ist, auch **nur ein** Beitragsmonat berücksichtigt werden kann.

(2) 1 Sofern gemäß § 186 Absatz 11 SGB V (Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) rückwirkend ein Versicherungsverhältnis von einer Krankenkasse festgestellt wird, sind die Beiträge als Bedarf soweit rückwirkend anzuerkennen, als diese auf Monate eines Bewilligungszeitraums nach § 44 Absatz 3 entfallen. 2 Hierzu bedarf es keiner erneuten Antragstellung durch die leistungsberechtigte Person, sondern allein der Mitteilung im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I. 3 Durch die spätere Geltendmachung von Beiträgen wird der bereits gestellte Antrag auf Grundsicherung lediglich weiter konkretisiert, weil sich ein Bedarf in Form einer Beitragspflicht erst während des laufenden Leistungsbezuges ergibt. 4 Der der Leistung zugrundeliegende Verwaltungsakt ist in diesem Fall nach Maßgabe des SGB X (unter Beachtung der Einschränkung von § 116a) zugunsten der leistungsberechtigten Person insoweit aufzuheben und die Leistung monatlich neu festzusetzen.

Beispiel:
Es wird aufgrund eines Antrags vom 2. Juli 2020 Grundsicherung ab Juli 2020 bezogen (Bewilligungsbescheid vom 6. Juli 2020 für den Zeitraum vom 1. Juli 2020 bis 30. Juni 2021). Am 3. Dezember 2020 wird von einer Krankenkasse festgestellt, dass mit Wirkung vom 1. April 2007 ein Versicherungsverhältnis nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V besteht. Der Bewilligungsbescheid vom 6. Juli 2020 ist gemäß § 44 Absatz 1 SGB X mit Wirkung ab 1. Juli 2020 aufzuheben und die Beiträge, die für die Monate ab Juli 2020 erhoben werden, als Bedarf der Leistung monatlich zugrunde zu legen und eine dementsprechende Nachzahlung gemäß § 44 Absatz 4 SGB X zu erbringen. Hierbei ist die Direktzahlungspflicht nach Absatz 2 (vgl. 32a.2.1 f.) zu beachten.

5 Sofern ein Antrag auf Grundsicherung abgelehnt wurde, weil die leistungsnachsuchende Person im Hinblick darauf, dass sie im Zeitpunkt der Entscheidung des Trägers der Sozialhilfe keiner Beitragspflicht ausgesetzt war, ihren notwendigen Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln decken konnte und sich erst rückwirkend eine Beitragspflicht ergibt und in deren Folge Hilfebedürftigkeit entsteht, ist bei einem Überprüfungsantrag nach § 44

außer Kraft

SGB X für den sich daraus ergebenden Grundsicherungsanspruch (ggf. unter Berücksichtigung der Einschränkungen von § 116a) entsprechend Satz 4 zu verfahren.

(3) 1 Da bei dem monatlich festzusetzenden Anspruch auf Grundsicherung gemäß Absatz 1 ausschließlich nur die **für** den jeweiligen Monat erhobenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zugrunde gelegt werden dürfen, kommt eine Berücksichtigung von Beiträgen, die zeitlich außerhalb eines Bewilligungszeitraums liegen, nicht in Betracht. 2 Solche (Beitrags-)Schulden können auch nicht nach § 36 übernommen werden, da durch diese keine dem Verlust des Wohnraums vergleichbare Notlage entstehen kann.

Fortsetzung des Beispiels zu (2):
Die Beiträge zur Krankenversicherung für den Zeitraum April 2007 bis Juni 2020 können in dem Bewilligungszeitraum 1. Juli 2020 bis 30. Juni 2021 nicht als Bedarf anerkannt werden. Absatz 1 lässt nur die Berücksichtigung eines Monatsbeitrags in dem monatlich festzusetzenden Leistungsanspruch zu; es darf nur der Beitrag zugrunde gelegt werden, der **für** den jeweiligen Monat des vorgenannten Bewilligungszeitraums erhoben wird. Die Tatsache, dass das Bestehen des Krankenversicherungsverhältnisses von der Krankenkasse in dem Bewilligungszeitraum rückwirkend festgestellt wird, ändert nichts an der monatlichen Zuordnung der Beiträge im SGB XII.

außer Kraft

Zu Absatz 2:

32a.2.0 (Regelungsziel)

1 Absatz 2 regelt, unter welchen Voraussetzungen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Krankenkasse bei gesetzlich versicherten Leistungsberechtigten bzw. an Versicherungsunternehmen bei privat versicherten Leistungsberechtigten zu zahlen sind. 2 Hiermit wird das Risiko des Beitragsausfalls zulasten der Krankenkassen und Versicherungsunternehmen minimiert.

32a.2.1 (Direktzahlungspflicht des Trägers der Sozialhilfe)

(1) 1 Ist der Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 mindestens so hoch wie der Gesamtbetrag aus Kranken- und Pflegeversicherung, so sind diese Beiträge gemäß Absatz 2 Satz 1 vom Träger der Sozialhilfe direkt an die Krankenkasse oder das Versicherungsunternehmen zu zahlen.

Beispiel:
Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35 Euro (fiktive Beträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beträgt 250 Euro. Da aus der Grundsicherung der Gesamtbeitrag an die Krankenkasse

vollständig überwiesen werden kann, ist der Träger der Sozialhilfe zur Direktzahlung verpflichtet. In der Folge wird der leistungsberechtigten Person dann noch der verbleibende Differenzbetrag von 50 Euro ausgezahlt; sie ist jedoch von ihrer Zahlungspflicht gegenüber der Krankenkasse für diesen Monat aufgrund der Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe befreit.

2 Nicht von Bedeutung für die Direktzahlungspflicht ist es, ob die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ganz oder teilweise nach § 43 i. V. m. § 82 Absatz 2 Nummer 2 und 3 vom Einkommen abzusetzen oder ganz oder teilweise als Bedarf nach § 32 (vgl. 32.1.1) anzuerkennen sind.

(2) 1 Ist der monatliche Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 geringer als der Gesamtbetrag aus Kranken- und Pflegeversicherung, gilt die Direktzahlungspflicht für den Träger der Sozialhilfe nicht. 2 In solchen Fällen erfolgt durch den Träger der Sozialhilfe auch keine anteilige bzw. teilweise Zahlung von Beiträgen („*ganz oder gar nicht*“).
3 Vielmehr hat die leistungsberechtigte Person dann die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe selber zu entrichten.

<u>Beispiel 1</u>:
Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35 Euro (fiktive Beträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich auf 30 Euro. Da die Gesamtsumme aus Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag nicht in voller Höhe aus der Grundsicherung an die Krankenkasse überwiesen werden kann, erfolgt keine Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe. Der leistungsberechtigten Person wird über den Zahlungsanspruch der auf die Bedarfe für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entfallende rechnerische Anteil in Höhe von 30 Euro ausgezahlt; die Beitragszahlung an die Krankenkasse obliegt ihr selbst.

<u>Beispiel 2</u>:
Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35 Euro (fiktive Beträge). Von der Krankenkasse der leistungsberechtigten Person wird ein monatlicher Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung von 20 Euro erhoben (fiktiver Betrag) - es sind insgesamt also monatlich 220 Euro an die Krankenkasse zu entrichten. Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich auf 210 Euro. Da aus diesem Betrag die Gesamtsumme aus Krankenversicherung (inklusive Zusatzbeitrag) und Pflegeversicherung nicht in voller Höhe an die Krankenkasse überwiesen werden kann, erfolgt keine Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe. Der

außer Kraft

leistungsberechtigten Person wird somit die Leistung in Höhe von 210 Euro ausgezahlt; die Beitragszahlung an die Krankenkasse obliegt ihr selbst.

4 Sollte ein Sachverhalt vorliegen, in dem entweder nur der Beitrag für die Krankenversicherung oder nur der Beitrag für die Pflegeversicherung aus dem monatlichen Zahlungsanspruch in voller Höhe überwiesen werden könnte, erfolgt ebenfalls keine Direktzahlung durch den Träger der Sozialhilfe (vgl. (2)).

Beispiel 3:
Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35 Euro (fiktive Beträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich auf 170 Euro. Somit könnte entweder nur der Beitrag für die Krankenversicherung oder nur der Beitrag für die Pflegeversicherung in voller Höhe, jedoch nicht der Gesamtbetrag aus beiden Versicherungen direkt gezahlt werden. Da aber nicht beide Versicherungsbeiträge als Gesamtsumme in voller Höhe an das Versicherungsunternehmen aus dem monatlichen Zahlungsanspruch überwiesen werden können, gilt die Direktzahlungspflicht des Trägers der Sozialhilfe nicht. In der Folge hat die leistungsberechtigte Person die Beiträge eigenverantwortlich an das Versicherungsunternehmen zu entrichten.

(3) 1 Vom Träger der Sozialhilfe ist zu prüfen, ob sich infolge der Erhöhung des monatlichen Zahlungsanspruchs eine Direktzahlungspflicht neu ergibt oder infolge einer Minderung des monatlichen Zahlungsanspruchs eine Direktzahlungspflicht entfällt. 2 Auf die Ursache der Veränderung des monatlichen Zahlungsanspruchs kommt es für das Eintreten bzw. Entfallen der Direktzahlungspflicht nicht an. 3 Es sind hierzu die Informationspflichten zu beachten, die sich aufgrund des Entstehens oder des Wegfalls der Direktzahlungspflicht während eines Bewilligungszeitraums ergeben (vgl. 32a.2.5 f.). 4 Eine Direktzahlung kommt allerdings für die Monate eines Bewilligungszeitraums nicht mehr in Betracht, in denen sich der bereits verbeschiedene Zahlungsanspruch so erhöht, dass erst nachträglich eine Direktzahlung aufgrund der Änderung des Zahlungsanspruchs rechnerisch tatsächlich möglich wäre (für diese zurückliegenden Monate wurde die Leistung bereits ohne eine sich für den fraglichen Zeitraum aus der Höhe des Zahlungsanspruchs ergebende, verpflichtende Direktzahlung erbracht; eine rückwirkende Direktzahlung ist daher ausgeschlossen). 5 In diesen Fällen ist die Direktzahlung erst mit Wirkung für die Zukunft umzusetzen.

Beispiel:
Eine leistungsberechtigte Person hat unter Berücksichtigung der Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung (165 Euro) und zur sozialen Pflegeversicherung (35 Euro) (fiktive Beträge) Anspruch auf Grundsicherung in Höhe von 180 Euro (Bewilligung

außer Kraft

im Januar für den Bewilligungszeitraum Januar bis Dezember). Eine Direktzahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ist gemäß Absatz 2 Satz 1 unzulässig, da nicht der Gesamtbetrag beider Versicherungen aus dem Anspruch an die Krankenkasse entrichtet werden kann.

Die leistungsberechtigte Person teilt am 3. März mit, dass sich ihre Miete ab 1. März um 30 Euro erhöht hat. Der Bewilligungsbescheid wird daraufhin mit Wirkung ab März zugunsten der leistungsberechtigten Person aufgehoben und der Grundsicherungsanspruch auf 210 Euro festgesetzt. Zugleich wird für den Monat März eine Nachzahlung von 30 Euro veranlasst.
Zwar ist der Leistungsanspruch ab März 210 Euro höher als der Gesamtbeitrag aus Kranken- und Pflegeversicherung, allerdings ist eine Direktzahlung aufgrund der zeitlich getrennten Zahlungen der Grundsicherung für den Monat März tatsächlich nicht mehr möglich. Folglich ist die Direktzahlung hier erst ab April umzusetzen.

(4) Sofern der monatliche Zahlungsanspruch parallel nicht mehrere Direktzahlungen zulässt, ist die **Direktzahlung** von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung **nach Absatz 2** im Verhältnis zu anderen Direktzahlungen (bspw. nach § 35 Absatz 1) **vorrangig** umsetzen.

Beispiel:
Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35 Euro (fiktive Beträge), während der Bedarf für Unterkunft und Heizung 300 Euro beträgt. Der monatliche Leistungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich nach Berücksichtigung aller Bedarfe und des Einkommens auf 400 Euro. Eine Direktzahlung der vorgenannten Bedarfe (insgesamt 500 Euro) ist in voller Höhe somit nicht möglich. In dieser Konkurrenzsituation ist die Direktzahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach Absatz 2 vorrangig gegenüber anderen Direktzahlungen umzusetzen.

außer Kraft

32a.2.2 (Verzicht auf eine nur einmalige Direktzahlung)

(1) $_1$ In Fällen, in denen bspw. aufgrund einer Betriebskostennachzahlung lediglich für einen Monat Grundsicherung zu bewilligen ist und die Voraussetzungen der Direktzahlung nach Absatz 2 [vgl. 32a.2.1 (1)] rechnerisch vorliegen, kann **ausnahmsweise** von einer Direktzahlung abgesehen werden; es sei denn, dass diese von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird. $_2$ Wegen eines **lediglich einmonatigen** Leistungsbezuges bzw. einer **einmaligen** Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe soll die leistungsberechtigte Person ihre bisherigen Beitragszahlungsmodalitäten (bspw. Dauerauftrag) nicht abändern müssen.$_3$ Sofern von der Direktzahlung in diesem Einzelfall abgesehen wird, ist die

leistungsberechtigte Person ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese Beiträge nicht direkt vom Träger der Sozialhilfe überwiesen werden und ihr deswegen die Zahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung selber obliegt.

Beispiel:
Eine Person kann ihren notwendigen Lebensunterhalt aus ihrem Einkommen in voller Höhe decken. Unter Berücksichtigung der Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung (165 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35 Euro (fiktive Beträge)), besteht ein Einkommensüberschuss von 100 Euro.
Durch eine Betriebskostennachforderung in Höhe von 400 Euro besteht in dem Monat, in dem diese fällig ist, ein Grundsicherungsanspruch in Höhe von 300 Euro.
Zwar ist hier eine Direktzahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 rechnerisch möglich, aufgrund des lediglich einmonatigen Anspruchs kann jedoch von dieser abgesehen werden.

(2) Die Ausführungen in (1) gelten entsprechend in den Fällen eines laufenden Leistungsbezuges, in denen eine Direktzahlung aufgrund eines zu geringen Zahlungsanspruchs grundsätzlich unzulässig ist - vgl. 32a.2.1 (2) - und diese dann nur aufgrund einer einmaligen Erhöhung des Zahlungsanspruchs rechnerisch möglich wird (z. B. einmalige Bedarfsspitze wegen einer Betriebskostennachforderung).

Beispiel:
Eine leistungsberechtigte Person hat unter Berücksichtigung der Beiträge zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung (165 Euro) und zur sozialen Pflegeversicherung (35 Euro) (fiktive Beträge) Anspruch auf Grundsicherung in Höhe von 100 Euro. Eine Direktzahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ist gemäß Absatz 2 Satz 1 unzulässig, da nicht der Gesamtbetrag beider Versicherungen aus dem Leistungsanspruch an die Krankenkasse entrichtet werden kann.

Durch eine Betriebskostennachforderung in Höhe von 200 Euro erhöht sich in dem Monat, in dem diese fällig ist, der Grundsicherungsanspruch einmalig auf 300 Euro (ab dem Folgemonat besteht wieder ein Anspruch auf 100 Euro).

Zwar ist eine Direktzahlung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 in dem Monat des erhöhten Grundsicherungsanspruchs rechnerisch möglich, jedoch kann von dieser abgesehen werden, da diese nur einmalig erfolgen würde.

32a.2.3 (Adressat der Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe)

1 Gemäß Absatz 2 Satz 2 hat der Träger der Sozialhilfe die Direktzahlung an die jeweilige Krankenkasse oder das jeweilige Versicherungsunternehmen, bei der bzw. dem eine

außer Kraft

leistungsberechtigte Person versichert ist, zu leisten. 2 Wechselt die leistungsberechtigte Person die Krankenkasse bzw. das Versicherungsunternehmen, ist dies in den Monaten, für die die Beiträge direkt gezahlt werden, vom Träger der Sozialhilfe zu beachten.

32a.2.4 (Verhältnis zur Krankenkasse bzw. zum Versicherungsunternehmen)

(1) 1 Das Rechtsverhältnis zwischen der leistungsberechtigten Person und ihrer Krankenkasse bzw. ihrem Versicherungsunternehmen bleibt durch die Direktzahlungspflicht nach § 32a jedoch unberührt. 2 Beitragsschuldner bleibt auch bei einer Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe somit weiterhin die versicherte und zugleich nach dem Vierten Kapitel leistungsberechtigte Person. 3 Der Träger der Sozialhilfe rückt hierdurch nicht in dieses Rechtsverhältnis ein. 4 Die Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe erfolgt deswegen für die leistungsberechtigte Person nur mit befreiender Wirkung (§ 362 BGB).

(2) Soweit Grundsicherung rechtswidrig erbracht wurde und der der Leistung zugrundeliegende Verwaltungsakt nach Maßgabe der §§ 45, 48 SGB X deswegen aufgehoben wird, kann der Erstattungsanspruch nach § 50 Absatz 1 SGB X nur gegenüber der aus dem Bescheid begünstigten Person, nicht jedoch gegenüber der Krankenkasse bzw. dem Versicherungsunternehmen festgesetzt und vollzogen werden.

(3) 1 Hat der Träger der Sozialhilfe versehentlich auch noch nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beiträge im Wege der Direktzahlung an die bisherige Krankenkasse überwiesen, besteht ein Erstattungsanspruch für zu Unrecht entrichtete Beiträge gemäß § 26 Absatz 2 SGB IV. 2 Soweit der Träger der Sozialhilfe im Wege der Direktzahlung nach Absatz 2 die Beiträge anstelle der leistungsberechtigten Person tatsächlich getragen hat, ist dieser auch insoweit erstattungsberechtigt (§ 26 Absatz 3 Satz 1 SGB IV). 3 Rückflüsse, die dem Träger der Sozialhilfe aus einem solchen Erstattungsverfahren zufließen, sind als Einnahme i. S. d. § 46a Absatz 2 der Bundeserstattung zugrunde zu legen.

32a.2.5 (Informationspflichten zu Beginn, Ende der Direktzahlung und Höhe der Beiträge)

1 Der Träger der Sozialhilfe hat gemäß Absatz 2 Satz 3 sowohl der leistungsberechtigten Person als auch ihrer Krankenkasse bzw. ihrem Versicherungsunternehmen Beginn und Ende der Direktzahlung sowie die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung schriftlich mitzuteilen. 2 Sofern diese Hinweise aus dem Bewilligungs- bzw. Aufhebungsbescheid deutlich für die leistungsberechtigte Person hervorgehen, ist eine separate Information entbehrlich.

außer Kraft

32a.2.6 (Weitere Informationspflichten)

1 Zusätzlich ist der leistungsberechtigten Person vom Träger der Sozialhilfe mitzuteilen, an welche Krankenkasse bzw. welches Versicherungsunternehmen die Beiträge direkt gezahlt werden (Absatz 2 Satz 4). 2 Auch hier ist eine Umsetzung im Bewilligungsbescheid durch einen für die leistungsberechtigte Person deutlichen Hinweis ausreichend. 3 Der Krankenkasse oder dem Versicherungsunternehmen ist vom Träger der Sozialhilfe wiederum Name und Anschrift der versicherten Person mitzuteilen, für die die Beiträge gezahlt werden (Absatz 2 Satz 4).

Zu Absatz 3:

32a.3.0 (Regelungsziel)

Absatz 3 benennt in den Fällen, in denen sich für den Träger der Sozialhilfe eine Direktzahlungsverpflichtung nach Absatz 2 ergibt, den Zeitpunkt, bis zu welchem die Beitragszahlungen an die Krankenkasse oder an das private Kranken- bzw. Pflegeversicherungsunternehmen zu erfolgen haben.

32a.3.1 (Auszahlungszeitpunkte)

(1) 1 Sofern die Beiträge zur **gesetzlichen** Kranken- und **sozialen** Pflegeversicherung (§ 32 Absatz 2, 3 oder 5) vom Träger der Sozialhilfe direkt an die Krankenkasse zu zahlen sind, hat die Auszahlung bis Ende des Monats zu erfolgen, für den die Zahlung geleistet wird (Absatz 3). 2 Die Regelung des § 23 Absatz 1 Satz 5 SGB IV i. V. m. § 10 Absatz 1 Satz 2 BVSzGs, nach der gesetzlich Versicherte ihre Beiträge bis 15. des Folgemonats zu leisten haben, ist für Direktzahlungen des Trägers der Sozialhilfe nach Absatz 2 nicht anzuwenden.

Beispiel:
Gemäß § 32a Absatz 1 ist der Beitrag für den Monat April der Anspruchsberechnung des Monats April zugrunde zu legen und gemäß § 32a Absatz 3 vom Träger der Sozialhilfe bis 30. April an die Krankenkasse zu zahlen (ungeachtet seiner Fälligkeit nach § 23 Absatz 1 Satz 5 SGB IV i. V. m. § 10 Absatz 1 Satz 2 BVSzGs für selbstzahlende Personen bis 15. Mai).

(2) Zahlt der Träger der Sozialhilfe hingegen die Beiträge an **private** Kranken- (§ 32 Absatz 4) und Pflegeversicherungsunternehmen (§ 32 Absatz 6) direkt, so hat dies im Hinblick auf § 8 Absatz 1 MB/KK, der auch für den Basis- und den Standardtarif Anwendung findet, bis zum Ersten des Monats zu erfolgen, für welchen die Leistung bestimmt ist.

außer Kraft

Beispiel:
Gemäß § 32a Absatz 1 ist der Beitrag zur privaten Krankenversicherung für den Monat April der Anspruchsberechnung des Monats April zugrunde zu legen und gemäß § 32a Absatz 3 vom Träger der Sozialhilfe (§ 8 Absatz 1 MB/KK) bis 1. April an das Versicherungsunternehmen zu zahlen.

(3) 1 Sofern keine Direktzahlungspflicht des Trägers der Sozialhilfe besteht und die leistungsberechtigte Person ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung selbst zu entrichten hat, ist für diese Absatz 3 unbeachtlich, da diese allein eine Zahlungsfrist für den Träger der Sozialhilfe bestimmt. 2 Es verbleibt dennoch auch für diesen Adressatenkreis bei der zeitlichen Zuordnung nach Absatz 1 der Beiträge zum jeweiligen Monat, für den sie zu zahlen sind (vgl. 32a.1.1).

* * *

Anlage 1

Formularvorschlag - Mitteilung an die Krankenkasse bzw. das Versicherungsunternehmen über den Beginn der Direktzahlung:

Anschrift Krankenkasse / Versicherungsunternehmen

Information über Beginn und Höhe der Direktzahlung an die zuständige Kranken- und Pflegeversicherung gemäß § 32a Absatz 2 Satz 3 SGB XII

Hiermit informiere ich Sie über den **Beginn** der Direktzahlung der Beiträge für die Kranken-und Pflegeversicherung für:

Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Krankenversicherungsnummer:	
Beitragshöhe zur Krankenversicherung	
Beitragshöhe zur Pflegeversicherung	
Beginn der Direktzahlung	

Anlage 2

Formularvorschlag - Mitteilung an die Krankenkasse bzw. das Versicherungsunternehmen über das Ende der Direktzahlung:

Anschrift Krankenkasse / Versicherungsunternehmen

außer Kraft

Information über das Ende der Direktzahlung an die zuständige Kranken- und Pflegeversicherung gemäß § 32a Absatz 2 Satz 3 SGB XII

Hiermit informiere ich Sie über das **Ende** der Direktzahlung der Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung für:

Name:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Krankenversicherungsnummer:	
Beitragshöhe zur Krankenversicherung	
Beitragshöhe zur Pflegeversicherung	
Ende der Direktzahlung zum	

* * *

außer Kraft