

VORBLATT

Weisungsänderung – Stand 01.06.2025

- Die Beträge in Anlage 3 - Bedarfsgegenstände - wurden aktualisiert.
- Kap. 31.1.2.1.1 (Allgemeines) Absatz 1 wurde gestrichen. Wenn im Rahmen des betreuten Wohnens erstmals eine eigene Wohnung bezogen wird und eine Erstausrüstung notwendig ist, sind entsprechende Anträge zukünftig nicht mehr dem Kreis zur Bearbeitung vorzulegen. Rundverfügung 02/2011 wird insofern aufgehoben.
- Anlage 4 (Prüfschema Krankenversicherung) wurde redaktionell angepasst.

Weisungsänderung – Stand 01.01.2025

- Die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Umsetzung der Bundesauftragsverwaltung in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mit den Ländern erarbeiteten verbindlichen überarbeiteten Verwaltungsvorschriften zu § 32 und § 32a SGB XII ersetzen die bisherigen Weisungen (meine RV 02/2025). Es haben sich Änderungen in den nachfolgenden Kapiteln ergeben: 32.1.1 (Beispiele), 32.2.2 (Abs. 1), 32.3.0, 32.4.1 (Abs. 2 u. 3), 32.4a.0 – 32.4a.3 (neu eingefügt), 32.5.1 (Abs. 2), 32.6.1 (Abs. 2), 32.7.2 (Abs. 2), 32.7.4, 32.7.5 (Abs. 3 geändert, Abs. 4 – 6 neu eingefügt), 32.7.8.4 (neu eingefügt), 32.8.0 (neu eingefügt), 32a.2.1 (Abs. 5 neu eingefügt), 32a.2.2 (Abs. 2 Beispiel), 32a.3.1 (Abs. 3 Änderung Verweis).
- Das bisherige Kap. 32.7.8.4 wurde inhaltsgleich zu Kap. 32.7.8.5 („Ausschlusstatbestand nach § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V“). Das bisherige Kap. 32.7.8.5 wurde inhaltsgleich zu Kap. 32.7.8.6 („Krankenversicherung für Haftentlassene“).
- Anlagen 5 bis 10 (Gutscheine, Datenschutzerklärungen und Checklisten zu Erstausrüstungen) wurden entnommen. Anlagen 11 und 12 (Formularvorschlag Beginn und Ende Direktzahlung KV) wurden aufgrund der neuen Weisungen des BMAS aktualisiert.
- Es wurden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Weisungsänderung – Stand 01.10.2024

- In Kap. 32a.4.3 wurden Ausführungen zur Verfahrensweise vor einer Anmeldung einer Person nach § 264 SGB V ergänzt. Es ist darauf zu achten, dass stets eine Durchschrift der An- bzw. Abmeldung an das Kreissozialamt übersandt wird. Bei einem Umzug innerhalb des Kreisgebietes bedarf es ebenfalls einer An- bzw. Abmeldung der jeweiligen Kommune sowie einer erneuten Prüfung durch das Kreissozialamt.
- Anlage 4 wurde aktualisiert.

Weisungsänderung – Stand 01.11.2023

- Die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Umsetzung der Bundesauftragsverwaltung in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mit den Ländern erarbeiteten verbindlichen überarbeiteten Verwaltungsvorschriften zu § 30 SGB XII ersetzen die bisherigen Weisungen (meine RV 06/2023). Der Zusatz zum Mehrbedarf bei Merkzeichen G in den Verwaltungsvorschriften bleibt bestehen.
- Es wurden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Weisungsänderung – Stand 01.01.2023

- Die Kooperationsvereinbarungen mit den Möbelhäusern über die Gewährung einer Wohnungserstausstattung wurden zum 31.12.2022 gekündigt.
- Die Gutscheinregelungen in den Kap. 2.1.1 - 2.1.5 wurden daher vollständig entnommen.
- Ab dem 01.01.2023 sind Anträge auf eine Wohnungserstausstattung wieder im Rahmen der Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung der Gegenstände und Preise in Anlage 3 zu bearbeiten, vgl. Kap. 2.1.1 neu.
- Die Beträge in Anlage 3 - Bedarfsgegenstände - wurden aktualisiert.
- Die Anlagen 5 - 10 wurden auf Grund des Wegfalls der Gutscheinregelung entnommen.
- Mit Inkrafttreten des Bürgergeld-Gesetzes zum 01.01.2023 gibt es einen neuen Mehrbedarf, § 30 Abs. 10 SGB XII, für einmalige und unabweisbare Bedarfe. Ausführungen hierzu wurden in Kap. 1, 30.10. aufgenommen. Diese gelten bis zur Ergänzung der Verwaltungsvorschriften des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

Weisungsänderung – Stand 01.01.2022

- In Kap. 1, 30.1.3, Mehrbedarf bei Merkzeichen G, wird hinsichtlich einer rückwirkenden Anerkennung des Mehrbedarfs ein Zusatz in den Verwaltungsvorschriften des Bundesministeriums für die Fälle im 3. Kapitel aufgenommen.
- Die in Kap. 2.1.1, Wohnungserstausstattung – Zahlungsabwicklung, aufgeführte Pauschale für Lieferung und Montage beträgt ab dem 01.01.2022 **585,00 €** (inkl. MwSt. und Anfahrtspauschale).

Weisungsänderung – Stand 01.11.2021

- Die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Umsetzung der Bundesauftragsverwaltung in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung mit

den Ländern erarbeiteten verbindlichen Verwaltungsvorschriften ersetzen die bisherigen Weisungen (meine RV 14/2021).

- In Anlage 11 und 12 werden zwei Formularvorschläge des BMAS zur Mitteilung über den Beginn bzw. das Ende der Direktzahlung in Fällen der freiwilligen Krankenversicherung an die Krankenkasse neu aufgenommen.

Weisungsänderung – Stand 01.08.2021

- Kap. 2.4.4, die Ansprechpartner der kaufbar gGmbH wurden aktualisiert.

Weisungsänderung – Stand 01.07.2021

- Kap. 1.2.1, letzter Absatz, wurde überarbeitet. Auch Personen, bei denen eine volle Erwerbsminderung *auf Zeit* vorliegt, können einen Anspruch auf einen Mehrbedarf gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XII („Merkzeichen G“) haben.

Weisungsänderung – Stand 01.06.2021

- Kap. 2.3 – Gewährung von Beihilfen ohne laufende Leistungen – wurde um die Anwendung des § 19 Abs. 5 SGB XII hinsichtlich der Berücksichtigung des einzusetzenden Einkommens für die auf den Auszahlungsmonat folgenden sechs Monate ergänzt.
- Kap. 2.4 – Darlehensweise Hilfestellung – wurde ersatzlos gestrichen.

Weisungsänderung – Stand 01.04.2021

- Die Diakonie Krefeld & Viersen ist nicht länger Kooperationspartner bei der Beschaffung von Wohnungserstaussstattung. Kap. 2.5 sowie die Mustergutscheine wurden entsprechend überarbeitet.

Weisungsänderung – Stand 01.03.2021

- In Kap. 2.8.3 wird als weiterer möglicher Bedarf für eine Säuglingserstaussstattung ein Auto-Kindersitz aufgenommen.
- Kap. 4.2.1.1, Direktzahlungs- und Informationspflicht, § 32a Abs. 2 SGB XII, wird neu eingeführt.

Weisungsänderung – Stand 01.01.2021

- In die Weisung zu Kap. 2.2.1 (Mehrbedarf wegen Alter und Erwerbsminderung) wurde eine aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus April 2018 aufgenommen.

- Nach Neufassung des § 30 Abs. 2, Abs. 5 und Abs. 7 SGB XII zum 01.01.2021 wurden die Kap. 2.3 (Mehrbedarf für werdende Mütter), 2.6 (ernährungsbedingter Mehrbedarf) und 2.8 (Mehrbedarf Warmwasser) überarbeitet. Kap. 2.8.4 wurde gestrichen.
- Kap. 2.9 (Mehrbedarf für Schulbücher) wurde nach Einführung des § 30 Abs. 9 SGB XII zum 01.01.2021 neu eingefügt.
- Wohnungserstaussstattungen gemäß § 31 Abs. 1 SGB XII werden ab dem 01.01.2021 ausschließlich als Sachleistung in Form der bereits für anerkannte Flüchtlinge seit einigen Jahren angewandten Gutscheinregelung gewährt.
- Kap. 3.5. wurde entsprechend überarbeitet.
- Die von den Kooperationspartnern abzurechnenden Pauschalen (insb. für Lieferung und Montage) wurden ebenfalls aktualisiert (Kap. 3.5.3).
- Die überarbeiteten Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung des Mehrbedarfes bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß § 30 Abs. 5 SGB XII (DV 12/20) vom 16.09.2020 ersetzen die bisherige Fassung vom 10.12.2014 in Anlage 1 (vgl. auch RV 24/2020).
- Anlage 2 (Antrag auf Mehrbedarf) wurde an die neue Begrifflichkeit des „ernährungsbedingten Mehrbedarfs“, § 30 Abs. 5 SGB XII, angepasst.

24. Ergänzungslieferung, Stand 01.01.2020

- In Kapitel 2.5 „Mehrbedarf für behinderte Menschen“ wird der Verweis auf § 42b SGB XII aufgenommen.
- Es sind hier künftig die Arbeitshinweise zu § 42b SGB XII in II - §§ 41 ff. SGB XII Kap. 7.4.2.2 anzuwenden.

22. Ergänzungslieferung, Stand 01.01.2019

- In Kapitel 3.5.2.3 zur Wohnungserstaussstattung bei anerkannten Flüchtlingen wurde die Pauschale für den Kooperationspartner SB Aktionshalle Wehnen GmbH & Co. KG erweitert.

21. Ergänzungslieferung, Stand 01.07.2018

- Die neu eingefügte Bestimmung des § 32 a SGB XII (zeitliche Zuordnung und Zahlung von Beiträgen für eine Kranken- und Pflegeversicherung) wurde aufgenommen.

- Der zu bewilligende Betrag für einen Zwillingsskinderwagen wurde unter 3.9.2. neu aufgenommen.
- Unter 4.1. wurden erstmals Ausführungen zur Anschaffung und Reparatur von Brillen aufgenommen.
- Aufgrund der Neufassung des § 33 Abs. 2 SGB XII wurden unter 7. Ausführungen zu Sterbegeldversicherungen aufgenommen.

20. Ergänzungslieferung – Stand 01.07.2017

- Das Kapitel 3.6.2 wurde um vier neue Kooperationspartner für die Wohnungserstaussstattung bei anerkannten Flüchtlingen in den Rechtskreisen SGB II und SGB XII erweitert. Gleichzeitig wurden diesbezüglich die Anlagen 5 und 6 sowie 8 und 9 aktualisiert. Als Anlage 7 wurde eine Checkliste für die Wohnungserstaussstattung für drei Kooperationspartner neu eingefügt. Die Pauschalen für Personal- und Sachkosten wurden geändert.
- Es wurden in Folge der Gesetzesänderung zum 01.07.2017 redaktionelle Änderungen im Gesetzestext vorgenommen. Die Möglichkeiten der Anerkennung von Sterbegeldversicherungen wurde entsprechend gesetzlich konkretisiert (§ 33 Abs. 2).

17. Ergänzungslieferung – Stand 01.06.2016

- Im Zuge der Flüchtlingssituation wurde das Kapitel 3.6.2 neu eingefügt. Das Kapitel beschreibt die Vorgehensweise der Wohnungserstaussstattung bei anerkannten Flüchtlingen in den Rechtskreisen SGB II und SGB XII. Gleichzeitig wurden diesbezüglich die Anlagen 5 bis 8 neu eingefügt. An der Gewinnung weiterer Partner neben der kaufbar wird z. Zt. noch gearbeitet.

14. Ergänzungslieferung – Stand 01.01.2015

- Die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung eines Mehrbedarfes wegen kostenaufwändiger Ernährung wurden zum 10.12.2014 neu aufgelegt. Die neuen Empfehlungen beinhalten erstmals auch Aussagen zu einem Mehrbedarf bei einigen häufiger auftretenden Nahrungsmittelintoleranzen sowie bei Mukoviszidose. Die Empfehlungen sind als Anlage 1 in der neuen Fassung beigelegt und ab sofort zu beachten (vgl. auch Rundschreiben BMAS 2015/01- Bundesauftragsverwaltung).
- Die Regelung zur Übernahme von Krankenkassenbeiträgen (Kapitel 5.) wurde überarbeitet.
- Anträge auf Übernahme von rückständigen Krankenversicherungsbeiträgen sind dem Kreissozialamt zur weiteren Veranlassung zu übersenden.

- Die Regelungen zur privaten Krankenversicherung wurden der aktuellen Rechtsprechung des BGH angepasst. Hiernach ist für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel kein Anspruch auf Versicherung im Basisstarif gegeben, wenn ohne den Sozialhilfebezug eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 lit. B) in der GKV bestehen würde.
- Das Verfahren zur Versorgung von nicht versicherten Leistungsempfängern (Kapitel 6) wurde neu aufgenommen. Das Verfahren zur Anmeldung nach § 264 SGB wird unter Ziff. 6.3 erläutert. Fälle, in denen eine Anmeldung nach § 264 SGB V notwendig erscheint, sind dem Kreissozialamt zur Entscheidung vorzulegen. Auf die Benutzung der ebenfalls neu erstellten Anlage 4 wird hingewiesen.

12. Ergänzungslieferung - Stand 01.01.2014

- Das Kapitel 3.6.2 wurde hinsichtlich der Abgrenzung zwischen Erstausrüstung und Ersatzbeschaffung überarbeitet.
- Das Kapitel 3.9.2 wurde um die Anschaffung eines Kleiderschranks im Rahmen der Babyerstausrüstung ergänzt.
- Das Kapitel wurde hinsichtlich der Beträge an die neuen Werte der Regelbedarfsstufen angepasst.

10. Ergänzungslieferung - Stand 01.01.2013

- Das Kapitel wurde hinsichtlich der Beträge an die neuen Werte der Regelbedarfsstufen angepasst.

9. Ergänzungslieferung - Stand 01.07.2012

- Das Kapitel 2.2.1, vorletzter Absatz wurde redaktionell überarbeitet.
- Das Kapitel 2.5 wurde redaktionell überarbeitet.
- Aufnahme des Kapitels unter Ziffer 2.6.3.4.
- In dem neuen Kapitel 5 werden Ausführungen zur Beitragsübernahme von Beiträgen für die Kranken- und Pflegeversicherungen gemacht.

8. Ergänzungslieferung - Stand 01.01.2012

- Das Kapitel wurde hinsichtlich der Beträge an die neuen Werte der Regelbedarfsstufen angepasst.

- Die Anlage 4 „Übersicht über die Möbel- und Kleiderkammern, Second-Hand-Shops für Kinderbekleidung und sonstige Betriebe“ wurde entnommen. Die Adressen sind in das Kapitel III - 03 „Adressen von Sozialeinrichtungen“ aufgenommen worden.

7. Ergänzungslieferung - Stand 01.07.2011

- Das 3. Kapitel SGB XII wurde durch Artikel 3 des Gesetzes zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 24.03.2011 neu gefasst.
- Die früheren Ausführungen zu den §§ 30 und 31 SGB XII sind jetzt in den Ausführungen zum Zweiten Abschnittes des Dritten Kapitels SGB XII „Zusätzliche Bedarfe“ enthalten.
- Die bisherigen Ausführungen zu den §§ 30 und 31 SGB XII wurden an die neuen gesetzlichen Regelungen angepasst und um neue Tatbestände erweitert sowie redaktionell überarbeitet.
- Das Kapitel wurde um neue Tatbestände erweitert.

INHALTSVERZEICHNIS

30 Mehrbedarf nach § 30 SGB XII	5
30.0 (Übersicht Mehrbedarfe)	5
30.1.0 (Regelungsziel)	5
30.1.1 (Verhältnis zum Mehrbedarf für Menschen mit Behinderung in Ausbildung und zur Blindenhilfe)	6
30.1.2 (Altersgrenze oder volle Erwerbsminderung)	6
30.1.3 (Nachweis Merkzeichen „G“)	6
30.1.4 (Höhe des Mehrbedarfs)	8
30.2.0 (Regelungsziel)	8
30.2.1 (Voraussetzungen)	8
30.2.2 (Höhe des Bedarfs)	9
30.3.0 (Regelungsziel)	9
30.3.1 (Voraussetzungen)	9
30.3.2 (Höhe des Mehrbedarfs)	10
30.4 (Mehrbedarf für Menschen mit Behinderung in Schul- oder Hochschulausbildung im Dritten Kapitel)	12
30.5.0 (Regelungsziel)	12
30.5.1 (Voraussetzungen)	13
30.5.2 (Verfahren)	13
30.5.3 (Höhe des Mehrbedarfs)	14
30.6.0 (Regelungsziel)	15
30.6.1 (Zusammentreffen von mehreren Mehrbedarfen)	15
30.7.0 (Regelungsziel)	16
30.7.1 (Voraussetzungen)	16
30.7.2 (Höhe des Mehrbedarfs)	16
30.8.0 Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung	17
30.9.0 (Regelungsziel)	17
30.9.1 (Anerkennung des Mehrbedarfs)	17
30.10.0 (Regelungsziel)	17
30.10.1 (Voraussetzungen)	18
31 Einmalige Bedarfe nach § 31 SGB XII	19
31.1.0 (Regelungsziel)	19

Zusätzliche Bedarfe

31.1.1 (Verfahren)	19
31.1.2 (Erstausstattung der Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten)	19
31.1.3 (Erstausstattung Bekleidung).....	22
31.1.4 (Erstausstattung Schwangerschaft und Geburt).....	25
31.1.5 (Anschaffung und Reparatur orthopädischer Schuhe)	28
31.1.6 (Reparatur und Miete von therapeutischen Geräten sowie Miete von Ausrüstungen)	29
31.2.0 (Einmalige Bedarfe ohne laufenden Leistungsbezug - Regelungsziel)	30
31.2.1 (Persönliche Voraussetzungen).....	30
31.2.2 (Hilfebedürftigkeit im Entscheidungsmonat)	30
31.2.3 (Einsatz von Einkommen nach dem Entscheidungsmonat).....	32
31.3.0 (Pauschalierung von Leistungen - Regelungsziel).....	34
31.3.1 (Voraussetzungen und Grenzen der Pauschale)	34
32 Bedarfe für Kranken- und Pflegeversicherung.....	35
32.1.0 (Regelungsziel)	35
32.1.1 (Verhältnis Bedarf und Einkommen)	35
32.2.0 (Regelungsziel)	38
32.2.1 (Angemessenheitsfiktion der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung)	38
32.2.2 (Angemessenheit von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung)	38
32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung)	39
32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)	39
32.3.0 (Regelungsziel)	40
32.3.1 (Abgrenzung Zusatzbeitrag und regulärer Krankenversicherungsbeitrag).....	40
32.3.2 (Anerkennung des Zusatzbeitrags als Bedarf)	40
32.3.3 (Höhe des Zusatzbeitrages als Bedarf).....	40
32.3.4 (Verfahren zur Berücksichtigung des Zusatzbeitrags als Bedarf)	40
32.4.0 (Regelungsziel)	41
32.4.1 (Angemessenheitsfiktion der Beiträge in der privaten Krankenversicherung).....	41
32.4.2 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung)	42
32.4.3 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen bei kurzzeitiger Leistungsberechtigung von bis zu drei Monaten)	42
32.4.4 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen in Ausnahmefällen bei kurzzeitiger Leistungsberechtigung von bis zu sechs Monaten).....	43
32.4a.0 (Regelungsziel)	45
32.4a.1 (Vom BMG bestätigte Solidargemeinschaften)	45
32.4a.2 (Berücksichtigungsfähige Beitragshöhe).....	45

32.4a.3 (Zeitlicher Anwendungsbereich)	45
32.5.0 (Regelungsziel)	45
32.5.1 (Berücksichtigungsfähige Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung als Bedarf)	45
32.5.2 (Nachweis des Bestehens des Bedarfs / Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)	46
32.6.0 (Regelungsziel)	46
32.6.1 (Berücksichtigungsfähige Beiträge zur privaten Pflegeversicherung als Bedarf)	46
32.6.2 (Private Zusatzversicherung zur Pflege-Pflichtversicherung)	46
32.6.3 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen in Ausnahmefällen)	47
32.6.4 (Nachweis des Bestehens des Bedarfs / Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)	47
32.7.0 (Anlage 1: Erläuterungen zu den in § 32 Absatz 2 genannten Versicherungsverhältnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung)	47
32.8.0 (Anlage 2: Liste der Solidargemeinschaften nach § 176 Absatz 1 SGB V)	52
32a (Zeitliche Zuordnung und Zahlung von Beiträgen für eine Kranken- und Pflegeversicherung)	53
32a.1.0 (Regelungsziel)	53
32a.1.1 (Zeitliche Zuordnung des Bedarfs)	53
32a.2.0 (Regelungsziel)	55
32a.2.1 (Direktzahlungspflicht des Trägers der Sozialhilfe)	55
32a.2.2 (Verzicht auf eine nur einmalige Direktzahlung)	57
32a.2.3 (Adressat der Direktzahlung des Trägers der Sozialhilfe)	58
32a.2.4 (Verhältnis zur Krankenkasse bzw. zum Versicherungsunternehmen)	59
32a.2.5 (Informationspflichten zu Beginn, Ende der Direktzahlung und Höhe der Beiträge)	59
32a.2.6 (Weitere Informationspflichten)	59
32a.3.0 (Regelungsziel)	60
32a.3.1 (Auszahlungszeitpunkte)	60
32a.4.0 (Versorgung von nicht versicherten Leistungsempfängern)	60
32a.4.1 (Anmeldung nach § 264 SGB V)	61
32a.4.2 (Umgang mit bereits nach § 264 SGB V versicherten Personen)	61
32a.4.3 (Verfahren der Anmeldung nach § 264 SGB V)	61
33 Bedarfe für die Vorsorge (§ 33 SGB XII)	62
33.1.0 (Regelungsziel)	62
33.1.1 (Angemessene Alterssicherung)	62
33.1.2 (Arten der Aufwendungen zur Alterssicherung)	62
33.1.3 (Erforderlichkeit der Aufwendungen)	63

33.1.4 (Verhältnis Bedarf und Einkommen)	65
33.1.5 (Ermessen).....	66
33.2.0 (Regelungsziel)	67
33.2.1 (Sterbegeld).....	67
33.2.2 (Vor Beginn der Leistungsberechtigung).....	68
33.2.3 (Angemessenheit der Höhe des Sterbegeldes).....	68
33.2.4 (Angemessenheit der Höhe der Aufwendungen).....	68
33.2.5 (Verhältnis Bedarf und Einkommen)	69
33.2.6 (Gebundene Entscheidung).....	69

30 Mehrbedarf nach § 30 SGB XII**30.0 (Übersicht Mehrbedarfe)**

¹ Das Gesetz erkennt für die nachstehenden typisierten Bedarfslagen einen Mehrbedarf an.
² Dabei handelt es sich um Bedarfslagen, die grundsätzlich über die Regelbedarfe abgedeckt werden.
³ Unter den in § 30 genannten besonderen Voraussetzungen ist jedoch davon auszugehen, dass der besondere Bedarf nicht vollständig aus den Regelbedarfen gedeckt werden kann.
⁴ Eine Übersicht gibt die folgende Tabelle:

§ 30	Mehrbedarf	Höhe des Mehrbedarfs
Absatz 1	Mehrbedarf für Menschen mit Gehbehinderung	17 Prozent der maßgebenden RBS
Absatz 2	Mehrbedarf für werdende Mütter	17 Prozent der maßgebenden RBS
Absatz 3	Mehrbedarf für Alleinerziehende	12 bis 60 Prozent der RBS 1 vgl. Tabelle unter 30.3.2 (2)
Absatz 4	Mehrbedarf für (hoch-) schulische Ausbildung	Siehe 30.4 und VV 42b. 3
Absatz 5	Ernährungsbedingter Mehrbedarf	Einzelfallbezogen, angemessene Höhe, in der Praxis Empfehlung DV maßgeblich
Absatz 7	Mehrbedarf für dezentrale Warmwassererzeugung	2,3 Prozent der RBS 1 oder RBS 2
Absatz 8	Mehrbedarf wegen gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung	Siehe 30.8 und VV 42b. 2
Absatz 9	Mehrbedarf für Schulbücher	Einzelfallbezogen
Absatz 10	Mehrbedarf für einmaligen, unbeweisbaren, besonderen Bedarf	Einzelfallbezogen

⁵ Der Antrag auf Grundsicherung nach § 44 Absatz 1 umfasst auch die Mehrbedarfe.
⁶ Die Mehrbedarfe nach Absatz 2, Absatz 3 und Absatz 7 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen, ggf. auch rückwirkend ab Antragstellung zu berücksichtigen.
⁷ Zur rückwirkenden Berücksichtigung des Mehrbedarfs nach Absatz 1 vgl. 30.1.3 (3) und (4); zur rückwirkenden Berücksichtigung des Mehrbedarfs nach Absatz 5 vgl. 30.5.2 (3).
⁸ Die Mehrbedarfe sind bei Vorliegen der Voraussetzungen grundsätzlich nebeneinander anzuerkennen.

30.1.0 (Regelungsziel)

¹ Absatz 1 regelt einen Mehrbedarf für Menschen mit einer Gehbehinderung.
² Mit dem Mehrbedarf soll ein Ausgleich dafür geschaffen werden, dass die bei der Ermittlung der Regelbedarfe zugrunde gelegten durchschnittlichen Verbrauchsausgaben für Mobilität mit

den Mobilitätsausgaben von Menschen mit Gehbehinderung nicht vergleichbar sind. ³ Menschen ohne Gehbehinderung können Wegstrecken zu Fuß, per Fahrrad und mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurücklegen. ⁴ Für Menschen mit Gehbehinderung sind diese Fortbewegungsmöglichkeiten nicht oder nur eingeschränkt möglich. ⁵ Die dadurch entstehenden erhöhten individuellen Aufwendungen deckt der pauschalierte Mehrbedarf ab. ⁶ Zu diesen Aufwendungen zählen insbesondere Kosten für Taxifahrten oder auch finanzielle Ausgleich für Mitnahmen in einem Fahrzeug von Verwandten, Nachbarn oder Freunden („Benzingeld“).

30.1.1 (Verhältnis zum Mehrbedarf für Menschen mit Behinderung in Ausbildung und zur Blindenhilfe)

(1) Der Mehrbedarf nach Absatz 1 Nummer 2 ist nicht anzuerkennen, solange der leistungsberechtigten Person nach Absatz 1 Nummer 2 ein Mehrbedarf wegen Schul- oder Hochschulausbildung nach § 42b Absatz 3 anerkannt wird (vgl. 42b.3.1).

(2) Der Mehrbedarf nach Absatz 1 Nummer 2 ist nach § 72 Absatz 4 Satz 2 und Satz 3 nicht anzuerkennen, wenn die leistungsberechtigte Person Blindenhilfe nach § 72 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält, wie z. B. Pflegezulage für Kriegsblinde, Pflegegeld nach § 44 SGB VII, und die volle Erwerbsminderung ausschließlich aufgrund der Blindheit besteht.

30.1.2 (Altersgrenze oder volle Erwerbsminderung)

¹ Voraussetzung für die Anerkennung des Mehrbedarfs ist das Erreichen der Altersgrenze nach § 41 Absatz 2 (vgl. 41.20) oder - sofern diese noch nicht erreicht wurde - das Vorliegen einer vollen Erwerbsminderung (vgl. 41.34). ² Diese Voraussetzungen bedürfen keiner weiteren Prüfung, wenn der personale Anwendungsbereich der Grundsicherung eröffnet ist. ³ Auch Personen nach § 41 Absatz 3a (vgl. 41.3a) erfüllen die Voraussetzungen einer vollen Erwerbsminderung für die Anerkennung des Mehrbedarfs.

30.1.3 (Nachweis Merkzeichen „G“)

(1) Weitere Voraussetzung für die Anerkennung eines Mehrbedarfs ist der Nachweis der Feststellung des Merkzeichens „G“ durch einen Bescheid nach § 152 Absatz 4 SGB IX (Feststellungsbescheid) oder einen Ausweis nach § 152 Absatz 5 SGB IX (Schwerbehindertenausweis).

(2) ¹ Eine Feststellung des Merkzeichens „G“ erfolgt dann, wenn die leistungsberechtigte Person in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist und infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit) nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden. ² Die Voraussetzung des Merkzeichens „G“ ist auch erfüllt, wenn mit dem Merkzeichen „aG“ eine außergewöhnliche Gehbehinderung festgestellt wurde. ³ Denn das Merkzeichen „aG“ stellt im Vergleich zum Merkzeichen „G“ gesteigerte Anforderungen.

(3) ¹ Zur Anerkennung des Mehrbedarfs muss das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen des Merkzeichens „G“ bzw. „aG“ durch einen Feststellungsbescheid oder

den Schwerbehindertenausweis festgestellt sein. ² In der Regel ist auf den Feststellungsbescheid abzustellen, da der Erlass der Ausstellung des Schwerbehindertenausweises zeitlich vorgelagert ist. ³ Der Feststellungsbescheid und der Schwerbehindertenausweis sind für den Sozialhilfeträger bindend. ⁴ Die Feststellung kann nicht durch den Sozialhilfeträger erfolgen. ⁵ Der Mehrbedarf ist daher erst ab dem Monat anzuerkennen, in dem der Feststellungsbescheid bekannt gegeben oder der Schwerbehindertenausweis ausgestellt wurde. ⁶ Auch, wenn die Feststellung rückwirkend erfolgt, ist eine rückwirkende Anerkennung des Mehrbedarfs für den Zeitraum vor dem Monat der Bekanntgabe bzw. der Ausstellung ausgeschlossen. ⁷ Die Prüfung ist in der Leistungsakte zu dokumentieren. ⁸ Sind die Nachweise veraltet (z. B. Ablauf der Gültigkeit eines zeitlich befristeten Feststellungsbescheids mit Merkzeichen „G“ oder abgelaufener Schwerbehindertenausweis) ist ein neuer Nachweis anzufordern.

(4) ¹ Existiert der Feststellungsbescheid oder der Schwerbehindertenausweis dagegen und war dem Träger der Sozialhilfe dies im Zeitpunkt seiner Entscheidung über die Grundsicherung nur nicht bekannt, besteht grundsätzlich auch rückwirkend ein Anspruch auf Anerkennung des Mehrbedarfs. ² In diesem Fall prüft der Träger der Sozialhilfe nach den allgemeinen Vorschriften des SGB X, inwieweit der Bewilligungsbescheid zurückzunehmen ist und Leistungen der Grundsicherung unter Beachtung von § 116a rückwirkend zu erbringen sind.

(5) Zusatz Kreis Viersen: ¹ In Fällen des 3. Kapitels SGB XII ist ebenso zu verfahren. ² Zwar gilt für diese Leistungen der Kenntnisgrundsatz des § 18 SGB XII, hierdurch sollten die Betroffenen allerdings nicht schlechter gestellt werden als beim Antragserfordernis im 4. Kapitel. ³ Der Kenntnisgrundsatz ist daher mehr im Sinne einer Kenntnis des Gesamtfalls als einer Kenntnis sämtlicher tatbestandlicher Voraussetzungen aller in Betracht kommender Einzelleistungen zu verstehen.¹

Beispiel:

Eine seit 2015 im Leistungsbezug nach dem Vierten Kapitel stehende Person erleidet am 1. Mai 2020 einen Autounfall, bei dem sie beide Beine verliert. Am 1. August 2020 wird die Schwerbehinderung sowie das Merkzeichen „aG“ rückwirkend zum 1. Mai 2020 festgestellt. Der Bescheid wird am gleichen Tag bekannt gegeben. Am 1. Oktober 2020 wird der Bescheid dem Grundsicherungsträger vorgelegt. Der Mehrbedarf wegen Gehbehinderung kann in diesem Fall rückwirkend seit dem Monat der Bekanntgabe des Feststellungsbescheides anerkannt werden. Für den Zeitraum vom 1. Mai 2020 bis zum 31. Juli 2020 ist dies jedoch ausgeschlossen. Dies gilt auch, wenn - wie hier - rückwirkend die Schwerbehinderung zum 1. Mai 2020 festgestellt wurde.

(5) ¹ Verursacht eine Gehbehinderung deutlich überdurchschnittliche Aufwendungen für Mobilität, die der Regelbedarf nicht abdeckt, ist für den Zeitraum vor Bekanntgabe des Feststellungsbescheides eine abweichende Regelsatzfestsetzung möglich. ² Dies setzt jedoch nicht nur voraus, dass die Voraussetzungen für eine den Regelsatz erhöhende abweichende Regelsatzfestsetzung vollständig vorliegen (vgl. 27a.4.2), sondern zusätzlich auch, dass die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“ offensichtlich vorliegen. ³ Deshalb liegen die Voraussetzungen einer abweichenden Regelsatzfestsetzung **nicht**

¹ vgl. Simon in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 30 SGB XII, Rz. 58

regelmäßig in diesen Fallkonstellationen vor. ⁴ Insbesondere ist eine rückwirkende abweichende Regelsatzfestsetzung (bspw. nach Bekanntgabe des Feststellungsbescheides für davorliegende Zeiträume) typischerweise ausgeschlossen, weil Mehraufwendungen, soweit sie überhaupt entstanden sind, über den Regelsatz in der Vergangenheit anderweitig ausgeglichen wurden.

30.1.4 (Höhe des Mehrbedarfs)

(1) Der Mehrbedarf für Menschen mit Gehbehinderung beträgt 17 Prozent der Regelbedarfsstufe, die für die leistungsberechtigte Person individuell zugrunde zu legen ist (maßgebende Regelbedarfsstufe).

(2) ¹ Es besteht die Möglichkeit, die Höhe des Mehrbedarfes anzupassen, soweit im Einzelfall ein abweichender Bedarf besteht. ² Der Mehrbedarf wird trotz dieser Möglichkeit von der Rechtsprechung als Pauschale verstanden, welche die verschiedensten Bedarfe abdeckt, die in Folge einer Gehbehinderung entstehen können. ³ Aufgrund dieses weiten Verständnisses ist selbst bei Personen, die vollständig immobil sind, von einer Absenkung des Mehrbedarfes abzusehen. ⁴ Eine Erhöhung des Mehrbedarfes kann in seltenen Ausnahmefällen in Betracht kommen, wenn ein erhöhter Bedarf aufgrund des im Einzelfall bestehenden Behinderungsbildes gegenüber einer Gehbehinderung im Allgemeinen konkret nachgewiesen wird. ⁵ Die entscheidungserheblichen Tatsachen sind zu dokumentieren.

30.2.0 (Regelungsziel)

Mit dem Mehrbedarf sollen die erhöhten Bedarfe in der Schwangerschaft, insbesondere an Nahrungsmitteln, Körperpflege, Reinigung der Wäsche, erhöhten Fahrtkosten und Informationsbedarf zur Vorbereitung auf die Mutterschaft gedeckt werden.

30.2.1 (Voraussetzungen)

¹ Der Mehrbedarf ist bei werdenden Müttern nach Ende der zwölften Schwangerschaftswoche anzuerkennen. ² Der Anspruchsbeginn ist ausgehend vom voraussichtlichen Entbindungstermin (Ende 40. Schwangerschaftswoche) zu berechnen, indem von diesem 28 Wochen zurückgerechnet werden (Ende 12. Schwangerschaftswoche). ³ Der Anspruch endet mit dem Ende des Monats, in den die Entbindung fällt. ⁴ Nachgewiesen werden können beide Termine über den Mutterpass oder ärztliche Bescheinigungen. ⁴ Die Prüfung der Nachweise ist zu dokumentieren.

Beispiel 1:

Eine leistungsberechtigte Person teilt im Oktober dieses Jahres ihre Schwangerschaft mit. Voraussichtlicher Geburtstermin ist nach dem Mutterpass der 23. Mai des nächsten Jahres. Die 12. Schwangerschaftswoche endet am 8. November dieses Jahres. Der Mehrbedarf ist damit für den Zeitraum vom 9. November dieses Jahres bis einschließlich 31. Mai des nächsten Jahres anzuerkennen.

⁵ Werden Kinder vor dem errechneten Geburtsmonat geboren, besteht ab dem Folge- monats des tatsächlichen Geburtsmonats kein Anspruch (mehr) auf eine Berücksichtigung des Mehrbedarfes.

Beispiel 2:

Eine leistungsberechtigte Person teilt im Oktober dieses Jahres ihre Schwangerschaft mit. Voraussichtlicher Entbindungstermin ist nach dem Mutterpass der 23. Mai des nächsten Jahres. Die 12. Schwangerschaftswoche endet am 8. November dieses Jahres. Das Kind wird am 19. April des nächsten Jahres geboren. Der Mehrbedarf ist damit für den Zeitraum vom 9. November dieses Jahres bis einschließlich 30. April des nächsten Jahres anzuerkennen.

⁶ Für den Zeitraum von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Geburt ist ein Unterhaltsanspruch der Kindsmutter gemäß § 1615I Absatz 1 BGB gegenüber dem Kindesvater zu prüfen.

30.2.2 (Höhe des Bedarfs)

¹ Die Höhe des Mehrbedarfs beträgt 17 Prozent der für die schwangere Frau maßgebenden Regelbedarfsstufe. ² Soweit im Einzelfall ein abweichender Bedarf besteht, ist der Mehrbedarf zu Gunsten (Erhöhung) oder zu Lasten (Absenkung) der leistungsberechtigten Person abweichend festzusetzen. ³ Die entscheidungserheblichen Tatsachen sind zu dokumentieren.

30.3.0 (Regelungsziel)

¹ Absatz 3 regelt einen Mehrbedarf für Alleinerziehende, die mit einem minderjährigen Kind oder mehreren minderjährigen Kindern zusammenleben. ² Mit dem Mehrbedarf werden Unterschiede bei den Bedarfen und deren Deckung zwischen Alleinerziehenden und anderen erwachsenen Leistungsberechtigten ausgeglichen. ³ Alleinerziehende leben in der Sonderkonstellation, dass sie als erwachsene Person allein für die Fixkosten eines Mehrpersonenhaushalts aufkommen müssen. ⁴ Ihnen steht nur ein Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 zur Verfügung, während einem Elternpaar zwei Regelsätze der Regelbedarfsstufe 2 zur Verfügung stehen. ⁵ Ein finanzieller Ausgleich ist auch deshalb erforderlich, weil erhöhte Aufwendungen für die Bedarfsdeckung hinzukommen können, bspw. weil Alleinerziehende weniger Zeit haben preisbewusst einzukaufen und zugleich höhere Aufwendungen zur Kontaktpflege oder für die Gewährleistung einer zeitweisen Kinderbetreuung haben.

30.3.1 (Voraussetzungen)

(1) ¹ Voraussetzung für die Anerkennung des Mehrbedarfs ist, dass die leistungsberechtigte Person mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern gemeinsam in einer Haushaltsgemeinschaft lebt und die alleinige Verantwortung für deren Pflege und Erziehung trägt. ² In der Regel ist dies gleichbedeutend damit, dass keine weitere erwachsene Person im gemeinsamen Haushalt lebt [vgl. 30.3.1_(4)]. ³ Indiz für das Vorliegen der Voraussetzungen nach Absatz 3 ist die bisherige Anerkennung der Regelbedarfsstufe 1 für die leistungsberechtigte Person und ihr Zusammenleben im Haushalt mit mindestens einem minderjährigen Kind. ⁴ Zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzung ist ausschließlich auf die tatsächlichen Verhältnisse und nicht auf die rechtliche Verpflichtung zur Personensorge abzustellen. ⁵ Ein Verwandtschaftsverhältnis der leistungsberechtigten Person zu den Kindern ist nicht erforderlich.

(2) ¹ Die leistungsberechtigte Person trägt dann die alleinige Verantwortung für Pflege und Erziehung eines Kindes, wenn keine andere Person an dieser in erheblichem Umfang mitwirkt. ² Andere Personen können sowohl eine neue Lebensgefährtin oder ein neuer Lebensgefährte oder Ehepartnerin bzw. Ehepartner als auch Großeltern, Geschwister, Stief- oder Pflegeeltern oder Dritte wie Paten oder enge Freunde der Familie sein.

(3) ¹ Ein Elternteil trägt dann die alleinige Verantwortung für Erziehung und Pflege, wenn die Eltern für nicht unerhebliche Zeit räumlich getrennt leben, das Kind überwiegend bei diesem Elternteil lebt und dieser bei der Erziehung und Pflege des Kindes vom anderen Elternteil nicht wesentlich unterstützt wird. ² Der andere Elternteil erfüllt in diesen Fällen die Voraussetzungen für den Mehrbedarf nicht. ³ Ein gemeinsames Sorgerecht steht der Anerkennung dieses Mehrbedarfs grundsätzlich nicht entgegen.

Beispiel 1:

Eine Mutter ist leistungsberechtigt in der Grundsicherung, der Vater ist nach dem SGB II leistungsberechtigt. Beide leben nach der Scheidung getrennt. Das gemeinsame Kind lebt unter der Woche bei der Mutter und an den Wochenenden beim Vater. In diesem Fall ist, weil das Kind überwiegend bei der Mutter lebt, nur für diese ein Mehrbedarf nach Absatz 3 anzuerkennen.

Beispiel 2:

Gleiche Ausgangslage wie Beispiel 1. Im Unterschied hält sich der Vater regelmäßig an verschiedenen Tagen in der Woche im Haushalt der Mutter auf. Er erklärt auf Nachfrage, dass er die Mutter bei der Kindesbetreuung zeitweilig unterstütze, da diese mit der WfbM-Tätigkeit und Kinderbetreuung sonst überfordert sei. Er bleibe aber nie über Nacht. Auch in diesem Fall ist, weil das Kind überwiegend bei der Mutter lebt und von ihr betreut und erzogen wird, nur für diese ein Mehrbedarf nach Absatz 3 anzuerkennen.

⁴ Der Mehrbedarf kann auf beide Elternteile hälftig aufgeteilt werden, wenn diese sich in zeitlichen Intervallen von mindestens einer Woche bei der Pflege und Erziehung des gemeinsamen Kindes abwechseln und die anfallenden Kosten in etwa hälftig teilen.

(4) ¹ Leben andere volljährige Personen dauerhaft im Haushalt, so ist im Einzelfall zu prüfen, ob diese Personen bei der Erziehung und Pflege so erheblich mitwirken, dass ihre Betreuungsleistung der eines Elternteils gleichkommen. ² Ein bloßes Zusammenleben ohne Betreuungsleistungen im selben Haushalt lässt den Mehrbedarf für den Elternteil nicht entfallen; eine wesentliche Mitbetreuung durch andere volljährige Personen hingegen schon.

(5) Eine professionelle Unterstützung in der Pflege und Erziehung der Kinder, bspw. durch das Jugendamt, in einem Mutter-Kind-Heim oder Frauenhaus, lassen den Mehrbedarf ebenfalls nicht entfallen.

30.3.2 (Höhe des Mehrbedarfs)

(1) ¹ Die Höhe des Mehrbedarfs ergibt sich abhängig vom Alter und der Anzahl der im Haushalt lebenden minderjährigen Kinder in Abhängigkeit von der Regelbedarfsstufe 1 entweder nach Absatz 3 Nummer 1 oder nach Absatz 3 Nummer 2. ² Nach Absatz 3 Nummer 1 ist ein Mehrbedarf in Höhe von 36 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 anzuerkennen, wenn

Zusätzliche Bedarfe

- entweder ein Kind, das jünger als sieben Jahre ist
- oder zwei oder drei Kinder, die jünger als 16 Jahre sind,

im Haushalt leben. ³ Wenn Absatz 3 Nummer 1 nicht anzuwenden ist, legt Absatz 3 Nummer 2 als Höhe des Mehrbedarfs 12 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 pro minderjährigem Kind fest. ⁴ Absatz 3 Nummer 1 ist dabei ab einer Anzahl von vier minderjährigen Kindern grundsätzlich nicht anzuwenden, sondern Absatz 3 Nummer 2.

Beispiel 1:

In einem Haushalt lebt eine Mutter mit einem sechsjährigen, einem achtjährigem, einem 15-jährigen und einem 17-jährigen Kind zusammen. Da vier minderjährige Kinder im Haushalt leben, beträgt der Mehrbedarf nach Absatz 3 Nummer 2 in diesem Fall 48 Prozent der Regelbedarfsstufe 1.

Beispiel 2:

In einem Haushalt lebt eine Mutter mit einem sechsjährigen und einem 17-jährigen Kind zusammen. Da die Voraussetzungen von Absatz 3 Nummer 1 bereits durch das sechsjährige Kind vorliegen, beträgt der Mehrbedarf nach Absatz 3 Nummer 1 in diesem Fall 36 Prozent der Regelbedarfsstufe 1.

- ⁵ Die Höhe des Mehrbedarfs ist auf 60 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 beschränkt.
⁶ Dieser Wert wird bei fünf minderjährigen Kindern im Haushalt erreicht.

Beispiel 3:

In einem Haushalt lebt eine Mutter mit sechs minderjährigen Kindern zusammen. Da die Voraussetzungen von Absatz 3 Nummer 1 nicht vorliegen, beträgt der Mehrbedarf nach Absatz 3 Nummer 2 erster Halbsatz rechnerisch 72 Prozent der Regelbedarfsstufe 1. Allerdings ist dieser nach Absatz 3 Nummer 2 zweiter Halbsatz auf 60 Prozent der Regelbedarfsstufe 1 begrenzt.

(2) Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die jeweils anzuerkennende Höhe des Mehrbedarfs.

Kinder	12 Prozent	24 Prozent	36 Prozent	48 Prozent	60 Prozent
1 Kinder jünger als 7 Jahre			X (nach Nr. 1)		
1 Kinder älter als 7 Jahre	X (nach Nr. 2)				
1 Kind jünger als 7 Jahre und 1 minderjähriges Kind älter als 16 Jahre			X (nach Nr. 1)		

2 Kinder jünger als 16 Jahre			X (nach Nr. 1)		
2 minderjährige Kinder älter als 16 Jahre		X (nach Nr. 2)			
1 minderjähriges Kind älter als 16 und 1 Kind zwischen 7 und 16 Jahren		X (nach Nr. 2)			
3 minderjährige Kinder			X (nach Nr. 1 oder Nr. 2)		
4 minderjährige Kinder				X (nach Nr. 2)	
Ab 5 minderjährigen Kindern					X (nach Nr. 2)

30.4 (Mehrbedarf für Menschen mit Behinderung in Schul- oder Hochschulbildung im Dritten Kapitel)

¹ Absatz 4 findet keine Anwendung auf Leistungsberechtigte nach dem Vierten Kapitel des SGB XII, da der Mehrbedarf für diesen Personenkreis abschließend in § 42b Absatz 3 geregelt ist. ² Absatz 4 erweitert für die Hilfe zum Lebensunterhalt den Anwendungsbereich auf Leistungsberechtigte, die das 15. aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben (vgl. 42b.3).

30.5.0 (Regelungsziel)

¹ Absatz 5 regelt die Anerkennung eines Mehrbedarfs für Personen, die aus medizinischen Gründen einer speziellen Form der Ernährung bedürfen, die deutlich höhere Aufwendungen zur Folge hat, als die in die Regelbedarfe eingehenden durchschnittlichen Verbrauchsausgaben für eine gesunde Vollkost. ² Der Absatz definiert den Begriff des ernährungsbedingten Mehrbedarfs abstrakt und benennt keine bestimmten Erkrankungen, die diesen begründen. ³ Das Vorliegen eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs ist stets nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu bestimmen. ⁴ Sowohl die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu der Art der Erkrankungen, für die ein Mehrbedarf anzuerkennen ist, als auch die konkreten Kostenfolgen spezifischer Ernährungsformen, die anerkannt werden, können sich im Zeitablauf erheblich verändern. ⁵ In der Praxis bieten die „Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß

§ 30 Abs. 5 SGB XII“ eine maßgebliche und anerkannt gerichtsfeste Beurteilungsgrundlage, für welche Krankheiten und in welcher Höhe ein Mehrbedarf anzuerkennen ist.²

30.5.1 (Voraussetzungen)

(1) Der Mehrbedarf wird für Personen anerkannt, die aus medizinischen Gründen im Vergleich zu anderen Leistungsberechtigten in mehr als geringem Umfang erhöhte Aufwendungen für Ernährung haben.

(2) ¹ Die Kosten für die benötigte Ernährung müssen deutlich höher sein als die einer gesunden Person. ² Für gesunde Personen gelten die allgemeinen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung durch Vollkost. ³ Diese lässt sich aus dem Regelsatz finanzieren.

(3) ¹ Neben den allgemeinen Kosten für Ernährung werden nach Absatz 5 Satz 2 auch Kosten für spezielle Lebensmittel oder auch Produkte zur erhöhten Versorgung mit Nähr- und Wirkstoffen wie Andickungsmittel oder Nahrungsergänzungsmittel berücksichtigt, wenn diese aufgrund einer Krankheit erforderlich sind. ² Es ist jedoch zu prüfen, ob für diesen Bedarf Ansprüche gegen vorrangige Leistungsträger wie insbesondere die Krankenversicherung bestehen.

(4) ¹ Die Anerkennung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs setzt einen unmittelbaren Kausalzusammenhang zwischen der medizinischen Ursache und der Notwendigkeit einer Ernährung voraus, die höhere Aufwendungen verursacht als eine gesunde Vollkosternährung. ² Deshalb begründet ein bestimmtes Ernährungsverhalten aufgrund einer psychischen Erkrankung grundsätzlich keinen Mehrbedarf.

(5) ¹ Liegen die Voraussetzungen für die Gewährung des ernährungsbedingten Mehrbedarfs aufgrund von mehreren Ursachen gleichzeitig vor, erfolgt keine pauschale Kumulation der jeweiligen Mehrbedarfe.³ ² Vielmehr ist durch ein amtsärztliches Gutachten oder differenzierte medizinische oder ernährungswissenschaftliche Stellungnahmen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand die Höhe der tatsächlichen ernährungsbedingten Mehrkosten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls festzustellen.

30.5.2 (Verfahren)

(1) ¹ Die Erforderlichkeit einer kostenaufwändigeren Ernährung aus medizinischen Gründen ist aufgrund aktueller medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse zu bestimmen. ² Die Erkrankung der leistungsberechtigten Person wird in der Regel durch ärztliches Attest nachgewiesen. ³ Sie kann jedoch auch durch andere Nachweise, wie insbesondere amtsärztliche Atteste, Entlassungsberichte oder Begutachtungen belegt werden. ⁴ Der Nachweis muss die genaue Bezeichnung der Erkrankung und die sich

² Der Inhalt der Empfehlungen basiert auf vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) für deren Erstellung in Auftrag gegebenen medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Untersuchungen. Da sich diese Untersuchungen auf Erwachsene beschränkten, sind die Empfehlungen unmittelbar nur für Erwachsene anwendbar. Für Kinder und Jugendliche wird der DV im Jahr 2021 eine spezielle Untersuchung in Auftrag geben. Nach Vorliegen und Auswertung der Ergebnisse ist von einer entsprechenden Ergänzung der Empfehlungen auszugehen.

³ Ausnahme bei Vorliegen einer Mangelernährung in Verbindung mit einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz (s. Empfehlungen DV, S. 1)

hieraus ergebende notwendige Ernährungsform enthalten. ⁵ Die Vorlage des Nachweises sowie die Angabe aller für die Leistungsgewährung relevanten Tatsachen obliegt der leistungsberechtigten Person im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht gemäß § 60 SGB I. ⁶ Der Nachweis der tatsächlichen Einhaltung einer besonderen Ernährungsform oder ggf. der Nachweis tatsächlicher Mehraufwendungen muss von der leistungsberechtigten Person hingegen nicht erbracht werden. ⁴ ⁷ Die notwendigen Aufwendungen für die Ausstellung eines vom Träger der Sozialhilfe verlangten Attests sind nach § 65a SGB I in angemessenem Umfang zu erstatten.

(2) ¹ Soweit die nachgewiesene Krankheit in den Empfehlungen des DV aufgeführt wird, hat die Entscheidung über den Mehrbedarf nach den Empfehlungen in der aktuellen Fassung zu erfolgen. ² Der DV gliedert seine aktuellen Empfehlungen nach Erkrankungen, bei denen ein Mehrbedarf bereits aufgrund der Erkrankung zu bewilligen ist, Erkrankungen, bei denen für die Gewährung des Mehrbedarfs nach Maßgabe der Empfehlungen des DV weitere Voraussetzungen hinzutreten müssen, und Erkrankungen, bei denen in der Regel kein Mehrbedarf anerkannt wird. ³ Die in den Empfehlungen des DV enthaltenen Erkrankungen stellen jedoch keinen abgeschlossenen Katalog dar. ⁴ Sofern eine nachfragende Person wegen einer in den Empfehlungen nicht enthaltenen Erkrankung einen ernährungsbedingten Mehrbedarf begehrt, so ist nach Erbringung des Nachweises nach Absatz 1 das Erfordernis einer speziellen und zugleich mit höheren Aufwendungen als bei einer gesunden Vollkost verbundenen Ernährung anhand amtsärztlicher Atteste oder differenzierten medizinischen oder ernährungswissenschaftlichen Stellungnahmen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu prüfen.

(3) ¹ Der Mehrbedarf ist frühestens ab dem Zeitpunkt der nachgewiesenen erstmaligen ärztlichen Diagnose zu anzuerkennen. ² Eine rückwirkende Anerkennung eines ernährungsbedingten Mehrbedarfs für die Zeit vor Kenntnis der leistungsberechtigten Person von der Erkrankung kommt nicht in Betracht. ³ Für die Anerkennung des Mehrbedarfs muss die betroffene Person selbst Kenntnis des Zusammenhangs zwischen ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einem hierdurch bedingten besonderen Ernährungsbedürfnis, also der bedarfsauslösenden Umstände, haben.

(4) ¹ Die Anerkennung des Mehrbedarfes ist für jeden Bewilligungszeitraum zu prüfen und spätestens nach zwölf Monaten erneut durch ein ärztliches Attest zu belegen. ² Der Vorlage eines neuen ärztlichen Attestes bedarf es nicht, wenn eine unheilbare Krankheit vorliegt und dies, sowie die Notwendigkeit einer dauerhaften kostenaufwändigen Ernährung, durch amtsärztliches Attest bescheinigt wurde. ³ Soweit es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Erkrankung (z. B. aufgrund medizinischen Fortschritts) nicht mehr unheilbar oder zumindest keine kostenaufwändige Ernährung erforderlich sein könnte, kann ein erneutes Attest angefordert werden. ⁴ Die entscheidungserheblichen Tatsachen und Erwägungen (30.5.1 und 30.5.2) sind bei jeder Prüfung zu dokumentieren.

30.5.3 (Höhe des Mehrbedarfs)

(1) Die Höhe des Mehrbedarfs ist aufgrund aktueller medizinischer und ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse zu bestimmen und in angemessener Höhe anzuerkennen.

⁴ BSG, 20.2.2014 - B 14 AS 65/12 R

(2) ¹ Die Empfehlungen des DV zur Gewährung des Mehrbedarfs bei kostenaufwändiger Ernährung gemäß § 30 Absatz 5 SGB XII in der jeweils aktuellen Fassung sind für die Feststellung der angemessenen Höhe des Mehrbedarfs eine geeignete Grundlage. ² Ein Abweichen von diesen Empfehlungen sollte ausnahmsweise nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall aufgrund besonderer Umstände ein vom typischen Fall abweichender erkrankungsbedingter Bedarf besteht.

(3) ¹ Im Falle eines Abweichens von den Empfehlungen oder bei Vorliegen einer Erkrankung, die in den Empfehlungen nicht aufgeführt wird, ist die Höhe des Mehrbedarfs im Einzelfall festzulegen. ² Hierzu sind differenzierte medizinische oder ernährungswissenschaftliche Stellungnahmen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand oder amtsärztliche Atteste einzuholen. ³ Hierbei können auch Nachweise über die Aufwendungen der leistungsberechtigten Person hilfreich sein.

30.6.0 (Regelungsziel)

¹ Ziel der Regelung ist es, die Summe mehrerer gleichzeitig anzuerkennender Mehrbedarfe zu begrenzen. ² Diese dürfen insgesamt die für die Person maßgebende Regelbedarfsstufe nicht übersteigen.

30.6.1 (Zusammentreffen von mehreren Mehrbedarfen)

¹ Absatz 6 und § 42b Absatz 4 regeln, dass die Summe der folgenden Mehrbedarfe die Höhe der für die leistungsberechtigte Person maßgebenden Regelbedarfsstufe nicht übersteigen darf: Mehrbedarf für Menschen mit Gehbehinderung, werdende Mütter, Alleinerziehende, Menschen mit Behinderung in Schul- oder Hochschulausbildung sowie ernährungsbedingter Mehrbedarf.

Beispiel 1:

Eine alleinerziehende Mutter (RBS 1) lebt mit fünf minderjährigen Kindern zusammen und leidet an Zöliakie sowie einer Gehbehinderung. Aufgrund der alleinigen Erziehung von fünf Kindern wird ein Mehrbedarf in Höhe von 60 Prozent der RBS 1 anerkannt, aufgrund der Zöliakie ein Mehrbedarf von 20 Prozent der RBS 1 und aufgrund der Gehbehinderung von 17 Prozent der RBS 1 (97 Prozent insgesamt). Wird die Frau erneut schwanger (und die vorgenannten Mehrbedarfe bestehen noch), ist der Mehrbedarf für werdende Mütter nur noch bis zur Differenz zwischen bereits anerkannten Mehrbedarfen und der RBS 1 anzuerkennen. Also werden hierfür lediglich 3 Prozent der RBS 1 anerkannt.

² Für den Mehrbedarf für dezentrale Warmwassererzeugung nach Absatz 7, den Mehrbedarf für die Anschaffung oder Ausleihe von Schulbüchern oder gleichstehenden Arbeitsheften nach Absatz 9, den im Einzelfall bestehenden Mehrbedarf nach Absatz 10 und den Mehrbedarf für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung nach § 42b Absatz 2 gilt die Regelung nicht.

Beispiel 2:

Wie Beispiel 1, für die alleinerziehende Mutter ist aber zusätzlich noch ein Mehrbedarf wegen dezentraler Warmwassererzeugung anzuerkennen. Dieser ist in vollem Umfang in Höhe von 2,3 Prozent der RBS 1 zusätzlich anzuerkennen. Die Beschränkung nach Absatz 6 greift hinsichtlich dieses Mehrbedarfs nicht.

30.7.0 (Regelungsziel)

¹ Mit dem Mehrbedarf nach Absatz 7 soll in pauschalierter Form der Bedarf an Energie, der durch die dezentrale Warmwassererzeugung entsteht, gedeckt werden. ² Sofern Warmwasser über die zentrale Heizungsanlage erzeugt und über die Heizkosten abgerechnet oder im Rahmen einer Warmmiete berücksichtigt wird, wird dieser Bedarf als Bedarf für Unterkunft und Heizung (§§ 42a Absatz 1 i. V. m. § 35 Absatz 5) anerkannt. ³ Dezentrale Warmwassererzeugung im Sinne des Absatz 7 liegt dagegen vor, wenn das Warmwasser gesondert vom Heizkörperkreislauf durch bei den Verbrauchsstellen und damit in der Wohnung installierte Geräte erzeugt wird, z. B. über einen Durchlauferhitzer oder einen Boiler. ⁴ In den Fällen dezentraler Warmwassererzeugung erfolgt die Abrechnung nicht über die Heizkosten mit der Vermieterin oder dem Vermieter, sondern in der Regel direkt mit den Energielieferanten. ⁵ Grund für die Anerkennung des Mehrbedarfs ist, dass der Bedarf an Haushaltsenergie im Regelbedarf nur den allgemeinen Stromverbrauch aber nicht die auf die Warmwassererzeugung entfallenden Anteile erfasst.

30.7.1 (Voraussetzungen)

(1) ¹ Voraussetzung für die Anerkennung des Mehrbedarfs ist die Erzeugung von Warmwasser durch in der Unterkunft installierte Vorrichtungen. ² Beispiele hierfür sind Durchlauferhitzer und Boiler. ³ Weitere Voraussetzung ist zudem, dass aufgrund der dezentralen Warmwassererzeugung diese Kosten für Warmwasser im Rahmen des Unterkunftsbedarfs nicht bereits nach § 35 Absatz 5 anerkannt werden. ⁴ Dies lässt sich mithilfe der Nebenkostenabrechnungen, des Mietvertrages, wenn er entsprechende Regelungen enthält, oder einer Bescheinigung des Vermieters über das Vorliegen einer dezentralen Warmwassererzeugung ermitteln. ⁵ Die entsprechenden Nachweise sind zu dokumentieren.

(2) ¹ Eine dezentrale Warmwassererzeugung kann durch einen Durchlauferhitzer oder Boiler erfolgen, der mit Strom oder Gas betrieben wird, wenn diese nicht mit der zentralen Heizungsanlage verbunden sind. ² Der pauschalisierte Mehrbedarf gilt für den hierauf entfallenden Strom- bzw. Gasverbrauch.

Beispiel:

In einer Wohnung wird Warmwasser mit einem Boiler erzeugt, der mit Strom betrieben wird. Das Vertragsverhältnis über die Versorgung mit Strom besteht unmittelbar zwischen der leistungsberechtigten Person und dem Energieversorger. Die Kosten für die allgemeine Stromversorgung sind aus dem Regelsatz zu finanzieren. Für die zusätzlichen Kosten der dezentralen Warmwassererzeugung wird jedoch ein Mehrbedarf anerkannt.

30.7.2 (Höhe des Mehrbedarfs)

(1) ¹ Die Höhe des Mehrbedarfs nach Absatz 7 richtet sich nach der maßgebenden Regelbedarfsstufe der leistungsberechtigten Person. ² In den Regelbedarfsstufen 1 und 2 beträgt die Höhe des Mehrbedarfs 2,3 Prozent der jeweiligen Regelbedarfsstufe.

(2) ¹ Abweichende höhere Bedarfe können im Einzelfall anerkannt werden. ² Voraussetzung für die Anerkennung eines abweichenden Bedarfs ist, dass ein angemessener, höherer Bedarf tatsächlich besteht und dieser durch einen Strom- oder Gaszähler nachgewiesen ist, der nur den für die Erzeugung von Warmwasser entstandenen Verbrauch

misst. ² Die Angemessenheit eines erhöhten Bedarfs kann vorliegen, wenn bei durchschnittlichem Wasserverbrauch der Energieaufwand aufgrund veralteter Installationen erhöht ist. ³ Ein überdurchschnittlicher Verbrauch von Warmwasser kann auch bei krankheitsbedingt erhöhtem Hygienebedarf angemessen sein. ⁴ Hierfür ist ein entsprechender Nachweis (ärztliches Attest) erforderlich.

(3) ¹ Wird Warmwasser teils zentral und teils dezentral erzeugt, erfolgt die Anerkennung des Mehrbedarfs in Höhe des pauschalierten Mehrbedarfs nach Absatz 7 Satz 2. ² Der volle Mehrbedarf ist also auch anzuerkennen, wenn zum Beispiel für Bad oder Küche die Warmwasserbereitungskosten nach § 35 Absatz 5 berücksichtigt werden.

30.8.0 Gemeinschaftliche Mittagsverpflegung

¹ Absatz 8 findet auf Leistungsberechtigte nach dem Vierten Kapitel keine Anwendung, da § 42b Absatz 2 für diese den Mehrbedarf abschließend regelt (vgl. 42b.2). ² Der Absatz verweist lediglich für die Hilfe zum Lebensunterhalt auf den Mehrbedarf für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung nach § 42b Absatz 2.

30.9.0 (Regelungsziel)

¹ Mit dem Mehrbedarf für Schulbücher soll ein erhöhter Bedarf von Schülerinnen und Schülern für Lernmittel gedeckt werden, der entsteht, wenn diese die Kosten für die Anschaffung von Schulbüchern oder Arbeitsheften selbst zu tragen haben. ² Hintergrund für die Einführung dieses Mehrbedarfs ist, dass für die Mehrzahl der Schülerinnen und Schüler Lernmittelfreiheit besteht. ³ Deshalb enthalten die durchschnittlichen Verbrauchsausgaben bei der Ermittlung der Regelbedarfe keine nennenswerten Ausgaben für Lernmittel (statistische Untererfassung). ⁴ Ist die Anschaffung des Schulbuches im Einzelfall nicht von der Lernmittelfreiheit umfasst, ist eine Finanzierung der entsprechenden Aufwendungen aus dem Regelsatz nicht möglich bzw. nicht zumutbar.

30.9.1 (Anerkennung des Mehrbedarfs)

(1) ¹ Voraussetzung für die Anerkennung des Mehrbedarfs ist, dass die Nutzung von Schulbüchern aufgrund schulrechtlicher oder schulischer Vorgaben bspw. vom Fachlehrer vorgegeben ist. ² Arbeitshefte stehen Schulbüchern gleich, soweit sie über eine ISBN-Nummer verfügen. ³ Der leistungsberechtigten Person müssen für die Anschaffung oder Ausleihe der Schulbücher Aufwendungen entstehen. ⁴ Dies ist dann der Fall, wenn für das konkrete Schulbuch keine Möglichkeit zur kostenfreien Ausleihe der Schulbücher oder keine vorrangige Finanzierung durch einen Schulträger besteht. ⁵ Zu den zu erstattenden Aufwendungen der leistungsberechtigten Person zählen ebenfalls die Kosten für eine entgeltliche Ausleihe dieser Schulbücher (und ggf. Arbeitshefte).

(2) ¹ Der Mehrbedarf ist in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen anzuerkennen. ² Soweit die Möglichkeit besteht, die Bücher gebraucht anzuschaffen, ist die leistungsberechtigte Person auf diese Möglichkeit zu verweisen. ³ Eine solche Möglichkeit kann beispielsweise entweder lokal durch Organisation der Schule oder im Internet bestehen.

30.10.0 (Regelungsziel)

¹ Im Rahmen der Rechtsvereinheitlichung zum 1. Januar 2023 wurde in Absatz 10 aus der Regelung des § 21 Absatz 6 SGB II der einmalige Härtefallmehrbedarf übernommen. ² Nicht

übertragen wurde der laufende Härtefallmehrbedarf, da für solche Fälle im Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII die abweichende Regelsatzfestsetzung nach § 27a Absatz 4 greift.

30.10.1 (Voraussetzungen)

(1) ¹ Absatz 10 ermöglicht im Einzelfall die Anerkennung eines Mehrbedarfs für einen einmaligen, unabweisbaren, besonderen Bedarf, der auf keine andere Weise gedeckt werden kann (vgl. 37.1.4) und bei dem entweder ein Regelsatzdarlehen nach § 37 Absatz 1 nicht zumutbar oder wegen der Art des Bedarfs nicht möglich ist.

(2) Unabweisbar nach den Besonderheiten des Einzelfalls ist die Deckung eines Bedarfs i. d. R. dann, soweit sie zeitlich unaufschiebbar, also akut erforderlich ist und ohne die Leistung ein erheblicher Nachteil für die hilfeschuchende Person entstehen würde (vgl. 37.1.3).

(3) ¹ Daneben muss es sich um einen besonderen Bedarf handeln. ² Dies ist der Fall, wenn der Bedarf dem Grunde nach nicht bereits in anderen Leistungsnormen – auch außerhalb dieses Gesetzes – berücksichtigt wird. ³ Zudem muss er durch eine außergewöhnliche Lebenssituation veranlasst worden sein. ⁴ Diese liegt vor, wenn ohne die Bedarfsdeckung verfassungsrechtlich geschützte Güter gefährdet wären.

(4) ¹ Weitere Voraussetzung ist, dass ein Darlehen nach § 37 Absatz 1 ausnahmsweise nicht zumutbar oder wegen der Art des Bedarfs nicht möglich ist. ² Letzteres ist der Fall bei Bedarfen, die zwar Teil der jeweils aktuellen Einkommens- und Verbrauchsstichprobe sind, jedoch nicht vom Regelbedarf erfasst werden (vgl. 27a.2.2 (3); 37.1.2).

Beispiel:

A bezieht laufende Leistungen der Grundsicherung und ist (im Standardtarif) privat krankenversichert. Die Beiträge sind i. S. v. § 32 Absatz 4 angemessen. Es ist hier ein jährlicher Selbstbehalt von 300,00 Euro vorgesehen, der nicht als Bedarf nach § 32 Absatz 4 anerkennungsfähig ist [vgl. 32.4.1 (4)]. Infolge einer schweren Erkrankung ist A gehalten, jeden Monat sehr teure Medikamente zu kaufen, wodurch der Selbstbehalt bereits im Januar in einer Summe von A aufzubringen ist. Da der Selbstbehalt abgesehen von den Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) nicht Bestandteil des Regelbedarfs ist, kommt ein Darlehen nach § 37 Absatz 1 zur Deckung dieses Bedarfs nicht in Betracht. Da in diesem konkreten Einzelfall eine Unabweisbarkeit gesehen werden kann, kommt ein Mehrbedarf nach Absatz 10 unter Berücksichtigung der Belastungsgrenze in Betracht (= 300,00 Euro abzüglich Zuzahlung bis zur Belastungsgrenze). Sofern die Zuzahlung bis zur Belastungsgrenze nicht selbst direkt aufgebracht werden kann, ist zu prüfen, ob insoweit ein Anspruch auf ein Darlehen nach § 37 Absatz 1 besteht.

³ Bei einmaligen Bedarfen, die vom Regelbedarf erfasst sind, kommt grundsätzlich ein Darlehen nach § 37 Absatz 1 in Betracht. ⁴ Dieses kann aber ausnahmsweise nicht zumutbar sein, insbesondere wenn die leistungsberechtigte Person aufgrund eines nicht absehbaren und nicht selbst zu verantwortenden Notfalls einen außergewöhnlich hohen Finanzbedarf hat. ⁵ Eine Unzumutbarkeit kommt auch in Betracht, wenn die leistungsberechtigte Person bereits mit ihrem Leistungsanspruch hohe Rückzahlungsverpflichtungen gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu tilgen hat und hierdurch die Rückzahlung des für die einmalige Bedarfsspitze nach § 37 Absatz 1 zu gewährenden Darlehens nicht realistisch erscheint, ohne das Existenzminimum zu gefährden.

Beispiel:

Der 77-jährige B bezieht laufende Leistungen der Grundsicherung. B tilgt aufgrund einer nach § 26 Absatz 3 festgesetzten Aufrechnung mit einem Betrag in Höhe von 15% der RBS 1 ein Darlehen für Mietschulden (Restdarlehenssumme 4.000,00 Euro) und mit einem Betrag in Höhe von je 5% der RBS 1 ein Darlehen nach § 37 Absatz 1 für die Ersatzbeschaffung von Möbeln und Haushaltsgroßgeräten (restliche Darlehenssumme insgesamt 1.200,00 Euro). Zudem hat der Träger der Sozialhilfe nach § 26 Absatz 2 eine monatliche Aufrechnung in Höhe von 10% der RBS 1 festgesetzt. B befindet sich wegen Schulden aus der Zeit vor dem Leistungsbezug bereits in der Beratung einer Schuldnerberatungsstelle. B teilt seiner Leistungssachbearbeitung mit, dass er eine zusätzliche Geldleistung in Höhe von 1.000,00 Euro benötige, um eine neue Waschmaschine und ein neues altersgerechtes Bett kaufen zu können, da sowohl seine bisherige Waschmaschine als auch sein 15 Jahre altes Bett irreparabel beschädigt seien. Im Hinblick auf den hohen Finanzbedarf, die bestehenden Verbindlichkeiten, die Finanzsituation, die bereits von B laufend geleisteten Tilgungen seiner Verbindlichkeiten in Höhe von insgesamt 30 % der RBS 1 und sein hohes Alter ist ein Darlehen nach § 37 Absatz 1 nicht zumutbar und daher ein Mehrbedarf nach Absatz 10 anzuerkennen.

31 Einmalige Bedarfe nach § 31 SGB XII**31.1.0 (Regelungsziel)**

¹ Absatz 1 regelt abschließend die Bedarfe, für die einmalige Leistungen zusätzlich erbracht werden. ² Grundsätzlich sind mit dem Regelbedarf auch größere Anschaffungen abgedeckt, die durch Ansparung zu finanzieren sind. ³ Für solche Ausgaben sind gewisse Rücklagen zu bilden, indem das über die Regelsätze zur Verfügung stehende Budget nicht regelmäßig in jedem Monat vollständig ausgegeben wird. ⁴ Die hier aufgeführten Bedarfe sind ausdrückliche Ausnahmen, die nicht vom Regelbedarf erfasst und deshalb nicht aus dem monatlichen Regelsatz zu finanzieren sind. ⁵ Aufgrund des abschließenden Charakters der Vorschrift können diese Ausnahmen nicht ausgeweitet werden.

31.1.1 (Verfahren)

¹ Leistungen nach § 42 Nummer 2 in Verbindung mit § 31 werden nur auf gesondert zu stellenden Antrag gewährt. ² Soweit ein beantragter einmaligen Bedarf mangels notwendiger Voraussetzungen nicht bewilligt wird, ist eine darlehensweise Gewährung zu prüfen.

31.1.2 (Erstausstattung der Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten)

(1) ¹ Für die Anerkennung des einmaligen Bedarfs für die Erstausstattung einer Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten ist Voraussetzung, dass der Bedarf tatsächlich besteht, also die Wohnungsausstattung bzw. das einzelne Haushaltsgerät nicht vorhanden ist. ² Dies ist nicht der Fall, solange die Erstausstattung bzw. Teile der Erstausstattung von Dritten wie dem Vermieter oder haushaltsangehörigen Personen der leistungsberechtigten Person zur Verfügung gestellt werden. ³ Weitere Voraussetzung ist die erstmalige Anschaffung der Wohnungsausstattung oder einzelner für das Wohnen erforderlicher Gegenstände. ⁴ Diese liegt dann vor, wenn die leistungsberechtigte Person vorher nicht im Besitz einer Wohnungsausstattung oder einzelner für das Wohnen erforderlicher Gegenstände war. ⁵ Typischer Fall der Erstausstattung ist der erstmalige Bezug einer Woh-

nung nach Auszug aus dem Elternhaus. ⁶ Einer Erstausstattung bedarf es auch bei Auszug aus einer teilmöblierten Wohnung oder einer Einrichtung, in der die Wohnungsausstattung gestellt wurde, wie beispielsweise in besonderen Wohnformen, Frauenhäusern oder Haftanstalten. ⁷ Auch nach einer Trennung und dem folgenden Bezug einer Wohnung kann der Bedarf für eine Erstausstattung bestehen, wenn die Wohnungsausstattung oder Teile davon beim Partner oder der Partnerin verbleiben und sich ein etwaiger Anspruch auf Herausgabe nicht zeitnah realisieren lässt.

(2) ¹ Die Erstausstattung ist von der notwendigen Ersatzbeschaffung einzelner Einrichtungsgegenstände nach Verschleiß, Weggabe oder Zerstörung durch die leistungsberechtigte Person oder Haushaltsangehörige abzugrenzen. ² Dieser Bedarf ist vom Regelbedarf gedeckt. ³ Es ist kein Bedarf für eine Erstausstattung anzuerkennen.

(3) ¹ Kein Fall der Ersatzbeschaffung, sondern der anzuerkennenden Erstausstattung liegt vor, wenn von außen einwirkende außergewöhnliche Umstände auftreten, in deren Folge die Zerstörung oder die Unbrauchbarkeit der gesamten wohnraumbezogenen Gegenstände oder eines erheblichen Teils eingetreten ist. ² Solche außergewöhnlichen Umstände sind bspw. ein Wohnungsbrand, ein Wasserschaden, Schädlingsbefall oder die Zerstörung des Wohnungsinventars durch Dritte. ³ Dabei ist zunächst zu prüfen, ob Ansprüche gegen eine (Hausrat-) Versicherung oder Schadensersatzansprüche gegen Dritte bestehen.

(4) ¹ Eine Wohnungsausstattung umfasst die wohnraumbezogenen Gegenstände, die eine geordnete Haushaltsführung und ein an den herrschenden Lebensgewohnheiten orientiertes Wohnen ermöglichen. ² Der Anspruch muss sich nicht auf eine komplette Ausstattung beziehen, sondern kann sich auch auf Einzelgegenstände beschränken, wenn nur diese erstmalig oder nach einem Schadensereignis (siehe Absatz 3 Satz 2) benötigt werden. ³ Im Einzelnen können von der Erstausstattung insbesondere umfasst sein: Gardinen, Lampen, die Küchenausstattung (einschließlich Kühlschrank und einer Grundausstattung an Kochgeschirr und Küchengeräten), Möbel, eine Grundausstattung an sonstigen Haushaltsgeräten wie Staubsauger und Bügeleisen, Matratze und Bettzeug und eine Waschmaschine. ⁴ Geschirrspülmaschine und Trockner sind für eine geordnete Haushaltsführung und ein an den herrschenden Lebensgewohnheiten orientiertes Wohnen regelmäßig nicht erforderlich und daher üblicherweise vom Bedarf nicht erfasst. ⁵ Ein Fernseher gehört ebenso nicht zur Erstausstattung einer Wohnung, da es sich weder um einen Einrichtungsgegenstand noch ein Haushaltsgerät handelt. ⁶ Nicht unter die Norm fallen auch die Kosten der Einzugsrenovierung (Teppichboden, Tapeten, etc.). ⁷ Ist die leistungsberechtigte Person im Rahmen ihrer Selbsthilfeverpflichtung nicht in der Lage, die gewährten Gegenstände selbst zu transportieren und/oder anzuschließen, so sind auch diese Kosten im Rahmen der Erstausstattung zu übernehmen.

(5) ¹ Zur Bedarfsbemessung ist es ausreichend, wenn die Ausstattung grundlegenden Bedürfnissen genügt und im unteren Segment des Einrichtungsniveaus liegt. ² Es kann daher auf die Anschaffungskosten entweder für neue einfache Möbel im unteren Preissegment oder für gut erhaltene gebrauchte Möbel und Haushaltsgeräte abgestellt werden. ³ Insbesondere bei der Möbel- und Haushaltsgeräteanschaffung greifen auch Personen unterer Einkommensgruppen auf Gebrauchtmöbel zurück. ⁴ Durch die vorhandenen Strukturen von Sozialkaufhäusern und durch den Zuwachs von Privatverkäufen im Internet ist von einem ausreichenden Markt für Gebrauchtmöbel und Haushaltsgeräte

auszugehen. ⁵ Hinsichtlich Haushaltsgroßgeräten wie z. B. Kühlschrank, Waschmaschine und Herd kann abweichend bei der Bedarfsbemessung berücksichtigt werden, dass Geräte mit einer guten Energiebilanz angeschafft werden können. ⁶ Zur pauschalierten Leistungserbringung vgl. 31.3.

31.1.2.1 (Verfahren der Erstaussstattung im Kreis Viersen)

31.1.2.1.1 (Allgemeines)

(1) ¹ Zur Erstaussstattung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte gehören alle Einrichtungsgegenstände, die für eine geordnete Haushaltsführung notwendig sind und die dem Leistungsberechtigten ein an den herrschenden Lebensgewohnheiten orientiertes Wohnen ermöglicht. ² Hinsichtlich der im Einzelnen zu berücksichtigenden Gegenstände und deren Preise wird auf die Anlage 3 verwiesen.

(2) Maßnahmen zur Instandhaltung der Wohnung für turnusmäßig anfallende Schönheitsreparaturen sowie Einzugs- und Auszugsrenovierungen, soweit sie an die Stelle der turnusmäßigen Renovierungen treten, gehören nicht zu den Kosten für die Erstaussstattung, sondern zu den Kosten der Unterkunft und sind im dortigen Kapitel geregelt (I - § 22 SGB II).

31.1.2.1.2 (Einzelfragen)

31.1.2.1.2.1 (Ersatzbeschaffungen und Reparaturen)

(1) ¹ Kosten für die Ersatzbeschaffungen und Reparaturen der Geräte (Geräte waren alt, unmodern, defekt o.ä.) sind aus dem Regelsatz zu tragen, da Leistungen für einmalige Bedarfe grundsätzlich nur für Erstaussstattungen gewährt werden. ² Eine Ersatzbeschaffung stellt keine Erstaussstattung dar, wenn einzelne, bereits unmittelbar vor dem Einzug in einer Wohnung vorhanden gewesene Gegenstände zwar weiterhin funktionsfähig sind, ihrem Besitzer jedoch nicht mehr gefallen oder sie nicht mehr optimal zur neuen Wohnung passen⁵. ³ Ist eine Deckung der Kosten aus dem Regelsatz tatsächlich allerdings nicht möglich, könnte ein Darlehen nach § 37 SGB XII in Betracht kommen.

(2) ¹ In diesem Zusammenhang ist die Anschaffung eines Jugendbettes nicht als Ersatzbeschaffung anzusehen, da die Notwendigkeit eines der Körpergröße angepassten Bettes im Falle der vorherigen Beschaffenheit eines Kinderbettes als erstmalige und notwendige Anschaffung anzusehen ist. ² Anders wäre die Sachlage im Falle des Vorhandenseins eines Jugendbettes, das bereits im Kleinkinderalter angeschafft wurde, jedoch den geschmacklichen Vorstellungen des Jugendlichen nicht mehr entsprechen würde.⁶

31.1.2.1.2.2 (Fernsehgerät)

(1) ¹ Zur Erstaussstattung für die Wohnung gehören nach der Rechtsprechung des BSG⁷ wohnraumbezogene Gegenstände, die für eine geordnete Haushaltsführung und ein an den herrschenden Lebensgewohnheiten orientiertes Wohnen erforderlich sind. ² Hierzu

⁵ vgl. LSG, Urteil vom 29.08.2013, Az.: L 19 AS 999/13 B

⁶ Vgl. BSG Urteil vom 23.05.2013, Az.: B 4 AS 79/12 R

⁷ vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2011, Az.: B 14 AS 75/10 R, BSG, Urteil vom 09.06.2011, Az.: B 8 SO 3/10 R

zählt ein Fernsehgerät nicht.⁸ ³ Es ist weder ein Einrichtungsgegenstand noch ein Haushaltsgerät. ⁴ Die auf die Wohnung bezogenen Leistungen des SGB XII dienen, insbesondere mit der Übernahme der angemessenen Kosten der Unterkunft (KdU), dem Zweck, dem Hilfebedürftigen ein menschenwürdiges Wohnen zu ermöglichen, das die grundlegenden Bedürfnisse Aufenthalt, Schlafen, Essen sicherstellt. ⁵ Fehlen dem Hilfebedürftigen bei Gründung eines eigenen Hausstandes die hierfür erforderlichen Gegenstände, so sind hierfür gesondert neben der pauschalierten Regelleistung Leistungen zu erbringen. ⁶ Aus der Tatsache, dass „Fernsehen“ ein elementarer Bestandteil der herrschenden Lebensgewohnheiten ist und etwa 95 % der Bevölkerung mit Möglichkeiten zum Empfang von Fernsehprogrammen ausgestattet sind, folgt nichts Anderes. ⁷ Die Sicherstellung von Freizeit-, Informations- und Unterhaltungsbedürfnissen, der das Fernsehen dient, soll grundsätzlich aus der Regelleistung erfolgen. ⁸ Insoweit erforderliche Konsumgegenstände, die wie das Fernsehgerät entsprechend verbreitet sind, aber nicht zur Erstausrüstung einer Wohnung zählen, können – im Gegensatz zum Rechtszustand unter dem Bundessozialhilfegesetz – nur noch darlehensweise erbracht werden (vgl. § 37 SGB XII).

(2) Die Leistungen zur Erfüllung persönlicher Bedürfnisse sind vollständig mit der Regelleistung abgegolten; ein Anspruch auf eine einmalige Leistung nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII besteht für diesen Bedarf nicht.

31.1.3 (Erstausrüstung Bekleidung)

(1) ¹ Für die Anerkennung eines Bedarfs für die Erstausrüstung mit Bekleidung ist es erforderlich, dass die vollständige Bekleidung erstmalig angeschafft werden muss. ² Dies ist regelmäßig der Fall, wenn außergewöhnliche Umstände zum Verlust der Bekleidung geführt haben. ³ In Betracht kommt dies bspw. nach einem Wohnungsbrand oder nach Obdachlosigkeit, soweit der Bedarf noch nicht angemessen aus einer Kleiderkammer gedeckt wurde. ⁴ Auch ein vollständig neuer Bedarf an Kleidung aufgrund von Krankheit die bspw. eine starke Gewichtsveränderung verursacht oder aufgrund des Auftretens einer Behinderung ist denkbar. ⁵ Nicht anzuerkennen ist eine Erstausrüstung für Bekleidung hingegen aufgrund allgemeinen Verschleißes oder Gewichtsveränderung aufgrund veränderten Ernährungsverhaltens.

(2) ¹ Einzelne Bekleidungsstücke sind dagegen grundsätzlich aus dem Regelsatz zu finanzieren. ² Die gilt auch für teurere Kleidungsstücke (z. B. Wintermantel) oder Kleidungsstücke für besondere Anlässe (z. B. Hochzeitskleid).

(3) ¹ Strafgefangenen wird bei Entlassung gemäß § 75 StVollzG erforderlichenfalls Bekleidung von den Justizvollzugsanstalten gestellt. ² Diese Bekleidung ist bei der Ermittlung des Bedarfs zu berücksichtigen.

(4) ¹ Der Bekleidungsbedarf umfasst eine Ausstattung an Sommer- und Winterbekleidung. ² Im Einzelnen können unter anderem vom Bedarf umfasst sein: Jacken, Hosen, Kleider, Röcke, Pullover, Hemden, Blusen, T-Shirts, Schuhe, Nachtwäsche, Unterwäsche, Strümpfe.

⁸ vgl. BSG, Urteil vom 24.02.2011, Az.: B 14 AS 75/10 R; BSG, Urteil vom 09.06.2011, Az.: B 8 SO 3/10 R

(5) ¹ Zur Bedarfsbemessung ist ausreichend, wenn die Ausstattung grundlegenden Bedürfnissen genügt. ² Die leistungsberechtigte Person kann daher auf die Anschaffungskosten entweder für neue Kleidung im unteren Preissegment oder für gebrauchte Kleidung (außer für Unterwäsche und Strümpfe/Strumpfhosen) verwiesen werden. ³ Auch ein Verweis auf bestehende Kleiderkammern der öffentlichen Hand ist zulässig. ⁴ Zur pauschalierten Leistungserbringung vgl. 31.3.

31.1.3.1 (Höhe der Beihilfen)

(1) Für die Höhe der Beihilfe können folgende Pauschalen gewährt werden:

Grundausrüstung an Bekleidung für Jungen	368,00 Euro
Grundausrüstung an Bekleidung für Mädchen	378,00 Euro
Grundausrüstung an Bekleidung für Frauen	450,00 Euro
Grundausrüstung an Bekleidung für Männer	430,00 Euro

(2) Die Details zur Bemessung der Aufwendungen für die Schwangerschaftsbekleidung und die Babyerstausrüstung ergeben sich aus den Ausführungen unter Ziffer 31.1.4.

(3) ¹ Die Ermittlung der Pauschalen erfolgt nach den nachfolgend abgedruckten Aufstellungen, die Grundlage für deren Ermittlung war. ² Für die Gewährung der Erstausrüstung ist zukünftig nur noch nach pflichtgemäßem Ermessen zu ermitteln, ob die fachlichen Voraussetzungen, also z.B. Schwangerschaft und Wohnungsbrand, für die Gewährung vorliegt. ³ Sollte dies bejaht werden, sind einmalig die obigen Pauschalen zu gewähren. ⁴ Sollte nur ein Teil der Gegenstände angeschafft werden müssen, sind die Pauschalen entsprechend zu kürzen.

31.1.3.2 (Grundausrüstung an Bekleidung für Mädchen und Jungen)

Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, danach sind die Übersichten für Damen- und Herrenbekleidung heranzuziehen.

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP ⁹ (Euro)	GP ¹⁰ (Euro)
Winterjacke	1	35	35
Sommerjacke	1	30	30
Rock oder Hose (Mädchen)	2	18	36
Hose (Jungen)	2	21	42
Pullover/ Sweatshirt/ Strickjacke	2	13	26
Hemd / Bluse	3	12	36
T-Shirt	2	8	16
Unterhemd	4	3	12

⁹ EP = Einzelpreis

¹⁰ GP = Gesamtpreis

Zusätzliche Bedarfe

Unterhose	6	3	18
Socken	6	3	18
Nachthemd/ Schlafanzug	2	10	20
Turnhose	1	8	8
Badeanzug/ Badehose	1	10	10
Trainingsanzug/ Jogginganzug	1	20	20
BH	2	8	16
Handschuhe/ Mütze/ Schal je	je 1	je 4	12
Schuhe	2	15	30
Gummistiefel mit Einlage	1	10	10
Turnschuhe	1	15	15
Hausschuhe	1	10	10
insgesamt	Jungen 368,00 Euro Mädchen 378,00 Euro		

31.1.3.3 (Grundausstattung an Bekleidung für Frauen)

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP¹¹ (Euro)	GP¹² (Euro)
Winterjacke / Wintermantel	1	45	45
Sommerjacke / Sommerjacke	1	35	35
Rock oder Hose	2	25	50
Pullover/ Sweatshirt/ Strickjacke	2	20	40
Bluse	2	18	36
T-Shirt	2	8	16
Unterhemd	4	3	12
Unterhose	5	3	15
Socken	5	3	15
Nachthemd	2	15	30
Turnhose	1	8	8
Badeanzug	1	15	15
Trainingsanzug / Jogginganzug	1	28	28
BH	2	10	20

¹¹ EP = Einzelpreis¹² GP = Gesamtpreis

Zusätzliche Bedarfe

Handschuhe/ Mütze/ Schal je	je 1	je 5	15
Schuhe	2	30	60
Hausschuhe	1	10	10
insgesamt	450,00 Euro		

31.1.3.4 (Grundausrüstung an Bekleidung für Männer)

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP ¹³ (Euro)	GP ¹⁴ (Euro)
Winterjacke / Wintermantel	1	55	55
Sommerjacke / Sommerjacke	1	40	40
Hose	2	25	50
Pullover/ Sweatshirt/ Strickjacke	2	20	40
Hemden	2	18	36
T-Shirt	2	8	16
Unterhemd	4	3	12
Unterhose	5	3	15
Socken	5	3	15
Schlafanzug	2	10	20
Turnhose	1	8	8
Badehose	1	10	10
Trainingsanzug / Jogginganzug	1	28	28
Handschuhe/ Mütze/ Schal je	je 1	je 5	15
Schuhe	2	30	60
Hausschuhe	1	10	10
insgesamt	430,00 Euro		

31.1.4 (Erstausrüstung Schwangerschaft und Geburt)

(1) ¹ Anlässlich von Schwangerschaft und Geburt ist ein einmaliger Bedarf für die Erstausrüstung des Kindes sowie Schwangerschaftsbekleidung anzuerkennen. ² Der Bedarf ist grundsätzlich bei jeder Geburt anzunehmen. ³ Ab der zweiten Schwangerschaft ist aber zu prüfen, ob Teile der Erstausrüstung (insbesondere Gegenstände mit längerer Haltbarkeitsdauer wie Kinderwagen etc.) und Schwangerschaftskleidung noch in Teilen vorhanden sind, sodass der Bedarf dann teilweise oder ganz bereits gedeckt ist. ⁴ Wenn

¹³ EP = Einzelpreis

¹⁴ GP = Gesamtpreis

die letzte Geburt noch nicht lange zurückliegt (typischerweise ein Zeitraum von weniger als drei Jahren), kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Schwangerschaftsbekleidung und Erstausrüstung noch **in Teilen** vorhanden ist. ⁵ Dies ist bei der Bemessung der Höhe des anzuerkennenden Bedarfs zu berücksichtigen. ⁶ Etwas anderes gilt nur, wenn die leistungsberechtigte Person nachweisen oder glaubhaft machen kann, dass tatsächlich keine Teile der Ausstattung mehr vorhanden - weil sie zum Beispiel weitergegeben worden sind - oder nicht mehr nutzbar sind.

(2) ¹ Der Bedarf umfasst die Schwangerschaftsbekleidung, die Bekleidung des neugeborenen Kindes sowie die Anschaffung aller Möbel und sonstigen Gegenstände, die für ein neugeborenes Kind benötigt werden. ² Insbesondere können vom Bedarf umfasst sein: Umstandskleid, Umstandshose, Umstandsbluse, Pullover, Unterwäsche, Kinderkleidung, Windeln, Strampler, Lätzchen, Schlafsack, Wickeltisch und Auflage, Kinderbett mit Matratze, Kinderbadewanne, Kinderwagen mit Zubehör. ³ Die leistungsberechtigten Personen können zur Deckung ihres Bedarfs entweder auf neue Ausstattungsgegenstände bzw. Kleidung im unteren Preissegment oder auf gebrauchte Ausstattungsgegenstände bzw. Kleidung (außer für Unterwäsche und Strümpfe) verwiesen werden. ⁴ Der nach § 30 Absatz 2 zu gewährende Mehrbedarf für werdende Mütter bleibt bei der Festsetzung der einmaligen Leistung außer Betracht.

(3) ¹ Der Bedarf für die Schwangerschaftskleidung und der Bedarf für das neugeborene Kind ist rechtzeitig zu erbringen. ² Der Bedarf für die Schwangerschaftsbekleidung kann ab der 13. Schwangerschaftswoche und der Bedarf für das neugeborene Kind sollte bis zu zwei Monate vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin erbracht werden. ³ Denn nur so können die erforderlichen Anschaffungen rechtzeitig erfolgen. ⁴ Soweit der Bedarf für die Erstausrüstung erst nach der Geburt des Kindes beantragt wird, ist dieser dem Kind zuzuordnen und damit kein Bedarf der Grundsicherung.

(4) ¹ Vorrangige Unterhaltsansprüche z. B. gegen den Vater des Kindes sind regelmäßig nach § 1615I BGB zu prüfen. ² Auf freiwillige Leistungen Dritter, wie z. B. der Bundesstiftung Mutter und Kind, kann nicht verwiesen werden. ³ Leistungen der Bundesstiftung Mutter und Kind sind zudem nicht als Einkommen anzurechnen. ⁴ Gewährte Leistungen können aber dazu führen, dass ein Bedarf bereits gedeckt und somit nicht mehr als Erstausrüstung zu berücksichtigen ist.

31.1.4.1 (Schwangerschaftsbekleidung)

Auf Antrag ist der werdenden Mutter ab dem 4. Schwangerschaftsmonat eine Beihilfe zur Anschaffung von Umstandskleidung zu gewähren. Die Höhe der Beihilfe beläuft sich auf 150,00 Euro (Pauschale), die in der Regel als Barleistung zu bewilligen ist.

31.1.4.2 (Babygrundausrüstung)

31.1.4.2.1 (Säuglingserstausrüstung - Bekleidung)

(1) ¹ Die notwendige Säuglingserstausrüstung ist ab dem 6. Schwangerschaftsmonat zu bewilligen. ² Hierfür ist eine einmalige Beihilfe in Höhe von 220,00 Euro zu gewähren. ³ Mit diesem Pauschbetrag sind Wäsche, Bekleidung, Pflege- und Hygieneartikel abgegolten.

(2) ¹ Bei Geburt eines Geschwisterkindes ist davon auszugehen, dass die mit der Grundausrüstung beschafften Gegenstände größtenteils noch vorhanden sind. ² In diesen Fällen ist zur Ergänzung der Grundausrüstung eine einmalige Beihilfe in Höhe von 80,00 Euro zu gewähren. ³ Sofern erst 3 Jahre nach der Geburt des jüngsten Kindes ein weiteres Kind geboren werden wird, ist davon auszugehen, dass die Grundausrüstung nicht mehr vorhanden ist, so dass hier wieder eine Beihilfe in Höhe von 220,00 Euro zu gewähren ist.

31.1.4.2.2 (Sonstige Säuglingserstausrüstung)

(1) ¹ Ab dem 6. Schwangerschaftsmonat ist auch eine einmalige Beihilfe für Kinderbett, Kinderwagen und Badewanne zu bewilligen. ² Die Beihilfe ist als Geldleistung zu erbringen, damit die Schwangere eigenverantwortlich und zugunsten von mehr Flexibilität und Dispositionsfreiheit verfügen kann. ³ Die Frauen sind nicht an SecondHand-Läden oder Kleider –bzw. Möbelkammern zu verweisen. ⁴ Eine Vorlage von Quittungen soll nur in begründeten Verdachtsfällen verlangt werden.

Für Bett mit Matratze, Bettwäsche und Oberbett sind 240,00 Euro zu bewilligen.

Für Kinderwagen mit Matratze, Wäsche und Oberbett sind 170,00 Euro zu bewilligen.

Für eine Kinderbadewanne sind 13,00 Euro zu bewilligen.

Für einen Kleiderschrank sind 86,00 Euro zu bewilligen.

Für einen Zwillingsskinderwagen/Geschwisterwagen mit Zubehör sind 200,00 Euro zu bewilligen.

(2) Erwartet die Frau ihr 2. Kind und beantragt im Zuge dessen einen Geschwisterwagen, kann der Verkauf des noch vorhandenen Kinderwagens verlangt werden, wenn dieser nicht mehr für das erstgeborene Kind benötigt wird.

(3) ¹ Mittel aus der Bundestiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ sind nachrangig. ² Die Frauen sind nur, wenn nach Bewilligung durch den SGB II oder SGB XII-Träger noch ein ungedeckter Bedarf übrigbleibt, auf diese Stiftung zu verweisen. ³ Hierüber entscheiden die örtlichen Schwangerschaftsberatungsstellen.

(4) Ergänzung der Grundausrüstung für jedes weitere Kind:

Art	Gesamtbedarf (Stück/Paar)	EP ¹⁵ (Euro)	GP ¹⁶ (Euro)
Mullwindeln	3	2,50	7,50
Frotteehöschen	6	3	18
Hemdchen	3	5	15
Jäckchen	2	5,50	11
Strampler	2	7,50	15

¹⁵ EP = Einzelpreis

¹⁶ GP = Gesamtpreis

(5) Darüber hinaus kann bei Bedarf bewilligt werden:

Art	Euro
Kindersportwagen	82
Fußsack für Sportwagen (Winter)	41
Faltwagen, ab 1 Jahr	51
Laufstall (nur in besonders begründeten Fällen)	74
Kinderhochstuhl	25
Auto-Kindersitz	40

(6) ¹ Diese Gegenstände sind bis auf besonders zu begründende Ausnahmen (z.B. Auto-Kindersitz aus Sicherheitsgründen) immer gebraucht zu erhalten. ² Die für gebrauchte Gegenstände geforderten Preise sind soweit angemessen zu übernehmen. ³ Bei der Beantragung von Kindersportwagen bzw. Faltwagen (Buggy) ist zu prüfen, ob der vorhandene Kinderwagen verkauft werden kann.

(7) ¹ Im Falle des Transports eines Kindes im Auto ist ein Auto-Kindersitz gesetzlich vorgeschrieben (§ 21 Abs. 1a StVO). ² Sofern die Schwangere angibt, den Säugling im vorhandenen eigenen PKW bzw. regelmäßig im Auto eines Dritten transportieren zu müssen und daher einen Auto-Kindersitz beantragt, zählt auch dieser zur notwendigen Erstausrüstung bei Geburt.¹⁷

31.1.5 (Anschaffung und Reparatur orthopädischer Schuhe)

(1) ¹ Für die Anschaffung von orthopädischen Schuhen und deren Reparatur ist ein einmaliger Bedarf anzuerkennen. ² Ein orthopädischer Maßschuh ist ein spezieller Schuh, der i. d. R. vom Orthopädietechniker angefertigt wird und die Aufgabe hat, gesundheitliche Beschwerden zu lindern. ³ Aber auch konfektionierte Spezialschuhe für einzelne Krankheitsbilder wie bspw. Rheuma, Diabetes mellitus oder Angioneuropathie sind vom Begriff des orthopädischen Schuhs umfasst. ⁴ Der Bedarf besteht, wenn die leistungsberechtigte Person die Erforderlichkeit der Anschaffung durch Attest oder den Reparaturbedarf durch Attest oder bei Offenkundigkeit Ermöglichung oder Inaugenscheinnahme nachweist.

(2) ¹ Vor der Anerkennung des Bedarfs ist die Leistungspflicht vorrangiger Leistungsträger, insbesondere der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung und anderer Rehabilitationsträger nach dem SGB IX zu prüfen. ² Für orthopädische Arbeitssicherheitsschuhe, die z. B. in einer WfbM benötigt werden, besteht eine vorrangige Leistungspflicht

¹⁷ Blügge in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 31 SGB XII, Rz. 40 sowie SG Heilbronn v. 28.07.2015, Az. S 11 AS 44/15

des jeweiligen Rehabilitationsträgers¹⁸. ³ Die Anschaffung und Reparatur von orthopädischen Maßschuhen gehören unter bestimmten Voraussetzungen zu den von der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen. ⁴ Die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt sich aber auf das eigentliche Hilfsmittel und umfasst nicht den Schuh als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. ⁵ Daher müssen gesetzlich Versicherte bei der Versorgung mit orthopädischen Schuhen sowohl einen Eigenanteil als auch eine gesetzliche Zuzahlung leisten. ⁶ Nur der Eigenanteil kann als Bedarf anerkannt werden. ⁷ Die gesetzliche Zuzahlung ist bereits durch den zugrunde zu legenden Regelbedarf gedeckt; hierzu besteht kein Anspruch auf eine Hilfeleistung nach § 31.

Beispiel:

Eine leistungsberechtigte Person erhält orthopädische Straßenschuhe. Der Eigenanteil für die betroffene Person beträgt entsprechend der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes 76,00 Euro; die gesetzliche Zuzahlung besteht in Höhe von 10,00 Euro. Da die Zuzahlung (10,00 Euro) bereits durch den Regelbedarf abgedeckt ist, kann nur der Eigenanteil von 76,00 Euro als Bedarf nach Absatz 1 Nummer 3 anerkannt werden.

31.1.6 (Reparatur und Miete von therapeutischen Geräten sowie Miete von Ausrüstungen)

(1) ¹ Für die Reparatur und Miete von therapeutischen Geräten sowie die Miete von Ausrüstungen ist ein einmaliger Bedarf anzuerkennen. ² Voraussetzung ist also die Reparaturbedürftigkeit oder die Miete eines erforderlichen Gerätes, die Anschaffung ist dagegen nicht vom Bedarf umfasst. ³ Die Ersatzbeschaffung von Verbrauchsmaterial (z. B. Batterien) stellt keine Reparatur i. S. v. Absatz 1 Nummer 3 dar.

(2) ¹ Der Begriff „therapeutische Geräte und Ausrüstungen“ entstammt der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe der amtlichen Statistik, auf deren Grundlage die Höhe der Regelbedarfe ermittelt wird. ² Hiernach können insbesondere vom Bedarf umfasst sein: elektrische und feinmechanische Gebrauchsgüter wie Hörgeräte, Massagegeräte, Blutzucker- und Blutdruckmessgeräte, Sehhilfen (vgl. Absatz 4) und andere therapeutische Geräte und Ausrüstungen. ³ Ebenso erfasst sind orthopädische Erzeugnisse wie Einlagen für Schuhe, Prothesen, Krankenfahrstühle, -betten, Gehstöcke.

(3) ¹ Vor der Anerkennung des Bedarfs ist die Leistungspflicht vorrangiger Leistungsträger, insbesondere der Krankenversicherung, des zuständigen Trägers der Rehabilitation und der Pflegeversicherung zu prüfen. ² Der Sozialleistungsträger, der die Erstbeschaffung des Therapiegeräts bewilligt hat, muss in der Regel auch die notwendigen Kosten zum Betrieb des Hilfsmittels übernehmen¹⁹. ³ Die Betroffenen sind daher zunächst an denjenigen Sozialleistungsträger zu verweisen, der die Erstbeschaffung des Therapiegeräts bewilligt hat. ⁴ Es ist auch zu klären, ob beim (ursprünglichen) Fachhändler möglicherweise eine kostenlose Reparatur möglich ist.

(4) ¹ Die Reparatur von Brillen und Kontaktlinsen ist vom einmaligen Bedarf umfasst. ² Die Kosten für den Erwerb der Sehhilfen werden bei der Ermittlung der Regelbedarfe

¹⁸ BSG, 26.7.1994 - 11 RAr 115/93

¹⁹ BSG, 6.2.1997 - 3 RK 12/96

berücksichtigt, weshalb deren Anschaffung typischerweise aus dem Regelsatz zu finanzieren ist. ³ Denn der Kauf wird nur in besonderen Ausnahmefällen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. ⁴ Weil die Reparaturkosten anders als die Anschaffungskosten als einmaliger Bedarf anerkannt werden, ist die Reparatur einer Brille regelmäßig von ihrer Anschaffung abzugrenzen. ⁵ Eine Reparatur liegt nur dann vor, wenn ein defektes Gerät in den ursprünglichen Zustand versetzt werden soll. ⁶ Keine Reparatur, sondern eine Neubeschaffung liegt vor, wenn neben einer erforderlichen Reparatur des Brillengestells der Austausch eines Brillenglases oder beider Brillengläser aufgrund einer Veränderung der Sehstärke von mindestens 0,5 dpt gemäß ärztlicher Verordnung erfolgt. ⁷ Ebenso liegt keine Reparatur der Brille vor, wenn ein Brillengestell neu angeschafft werden muss. ⁸ Auch für Kontaktlinsen sind - soweit möglich und üblich - nur Reparaturen vom einmaligen Bedarf umfasst. ⁹ Verbrauchsmittel wie Reinigungsmittel sind hingegen aus dem Regelsatz zu finanzieren.

31.2.0 (Einmalige Bedarfe ohne laufenden Leistungsbezug - Regelungsziel)

¹ Absatz 2 regelt den Anspruch auf einmalige Leistungen für Personen, die zwar ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht jedoch die in Absatz 1 genannten Bedarfe decken können. ² Voraussetzung ist, dass ihr Einkommen oder Vermögen nicht ausreichen, um den in der Sondersituation anfallenden, einmaligen Bedarf zu decken. ³ Überdies wird in Absatz 2 der besondere Einkommenseinsatz geregelt, der der nachfragenden Person zumutbar ist.

31.2.1 (Persönliche Voraussetzungen)

¹ Voraussetzung für die Anerkennung der einmaligen Bedarfe als Bedarfe der Grundsicherung ist, dass die nachfragende Person die persönlichen Voraussetzungen der Grundsicherung erfüllt. ² Sie muss daher die Altersgrenze überschritten haben oder dauerhaft voll erwerbsgemindert sein bzw. das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer WfbM durchlaufen oder in einem Ausbildungsverhältnis stehen, für das sie ein Budget für Ausbildung (§ 61a SGB IX) erhalten (vgl. 41.1 ff.).

31.2.2 (Hilfebedürftigkeit im Entscheidungsmonat)

(1) ¹ Weitere Voraussetzung ist, dass der einmalige Bedarf nicht vollständig aus eigenen Kräften und Mitteln erbracht werden kann. ² Absatz 2 richtet sich somit an Personen, die ihren notwendigen Lebensunterhalt i. S. d. § 27a Absatz 1 vollständig aus Einkommen und Vermögen bestreiten können und deren Hilfebedürftigkeit sich auf die atypischen Bedarfe nach Absatz 1 beschränkt, weshalb die Regelung im Klammerzusatz von Absatz 2 Satz 1 auch von „nachfragende“ und nicht „leistungsberechtigte“ Person spricht. ³ Die Prüfung erfolgt nach denselben Grundsätzen zur Ermittlung des Bedarfs und der Berechnung des einzusetzenden Einkommens und Vermögens wie bei erstmaliger Antragstellung von leistungsberechtigten Personen.

Beispiel:

Eine alleinstehende Person kann unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und des (bereinigten) Einkommens den laufenden monatlichen Lebensunterhalt selbst decken; sie ist damit i. S. d. § 41 Absatz 1 nicht leistungsberechtigt. Sie besitzt ein verwertbares Vermögen von 500,00 Euro.

Zusätzliche Bedarfe

Beispiel:	Bedarf	Eigene Mittel		
Regelsatz nach RBS 1	432,00			
Bedarf Unterkunft und Heizung	400,00			
Gesamtbedarf	832,00			
Abzüglich Einkommen	932,00	Anzurechnendes	Einkom-	932,00
		men		
Einkommensüberschuss	100,00	Einzusetzendes	Vermögen	500,00
		über	Vermögensscho-	
		trag	nbe-	

Nach einem Wohnungsbrand besteht ein Bedarf in Höhe von 2.000,00 Euro für die Erstausrüstung der Wohnung und Bekleidung. Ansprüche gegen Dritte bestehen nicht. Es ist zu prüfen, in welcher Höhe aufgrund des Brandes ein Anspruch auf einmalige Leistungen der Grundsicherung besteht. Da die nachfragende Person ihren laufenden notwendigen Lebensunterhalt aus eigenen Kräften bestreiten kann und lediglich eine Hilfe für die Erstausrüstung beantragt, ist der Anwendungsbereich von Absatz 2 eröffnet.

(2) ¹ Zur Bemessung der Höhe der Leistung ist auf die allgemeinen Regeln zur Ermittlung des Bedarfs und der Berechnung des einzusetzenden Einkommens und Vermögens zurückzugreifen. ² Das Einkommen im Entscheidungsmonat ist dabei vollständig anzurechnen und dem laufenden Bedarf zum Lebensunterhalt sowie dem einmaligen Bedarf gegenüberzustellen. ³ Kann der Bedarf für den Lebensunterhalt sowie der einmalige Bedarf vollständig aus dem Einkommen und Vermögen gedeckt werden, besteht kein Leistungsanspruch.

Beispiel:

In dem vorherigen Beispiel unter (1) ergibt sich nach Berücksichtigung des Einkommens und einzusetzenden Vermögens nachfolgender Zahlungsanspruch:

Beispiel:	Bedarf	Eigene Mittel		
Einmaliger Bedarf Erstausrüstung Wohnung und Bekleidung	2.000,00	Einkommensüberschuss		100,00
		Einzusetzendes	Vermögen	500,00
		über	Vermögensscho-	
		trag	nbe-	
Zahlungsanspruch	1.400,00			

31.2.3 (Einsatz von Einkommen nach dem Entscheidungsmonat)

(1) ¹ Abweichend vom Monatsprinzip kann überdies noch der Einsatz des übersteigenden Einkommens berücksichtigt werden, das die nachfragende Person in den sechs Monaten nach Ablauf des Monats, in dem über den Antrag auf Leistung zur Deckung des einmaligen Bedarfs vom Träger der Sozialhilfe entschieden wurde, erwirbt. ² Neben dem Einkommen aus dem Monat der Entscheidung kann daher das Einkommen für weitere sechs Monate berücksichtigt werden (insgesamt also sieben Monate). ³ Für die Entscheidung ist eine Prognose über den voraussichtlichen monatlichen Bedarf und das zu erwartende Einkommen zu treffen. ⁴ Der Einsatz des übersteigenden Einkommens für die sechs folgenden Monate steht im Ermessen des Trägers. ⁵ Sinn und Zweck der Norm ist es, die leistungsnachsuchende Person für die einmaligen Leistungen auf die Möglichkeit des Ansparens verweisen zu können. ⁶ Im Regelfall ist die Einkommensanrechnung daher nach Sinn und Zweck der Norm wie nachfolgend beschrieben vorzunehmen [vgl. hierzu (2) und (3)]. ⁷ Im Einzelfall kann im Rahmen der Ermessensausübung von der Anrechnung des Einkommens aber auch vollständig oder teilweise abgesehen werden [vgl. (4)].

(2) ¹ Bezüglich der Verfahrensweise zur Anrechnung ist zu unterscheiden, ob der Bedarf in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu decken ist (unausweichlicher Bedarf oder ob zwischen Antragstellung und Eintritt des Bedarfes noch Zeit liegt (ausweichlicher Bedarf)). ² Soweit der Bedarf ausweichlich ist, kann die Anrechnung des Einkommens in der Form erfolgen, dass das Einkommen, das voraussichtlich zwischen Entscheidungsmonat und Bedarfsfall erzielt wird, von der zu bewilligenden Leistung abgezogen wird.

Beispiel:

Eine alleinstehende schwangere Frau kann unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und des (bereinigten) Einkommens den laufenden monatlichen Lebensunterhalt selbst decken.

Beispiel:	Bedarf	Eigene Mittel	
Regelsatz nach RBS 1	432,00	Einkommen (bereinigt)	1.232,44
Mehrbedarf § 30 Abs. 2	73,44		
Bedarf Unterkunft und Heizung	400,00		
Gesamtbedarf	905,44		
Abzüglich Einkommen	1.232,44	Anzurechnendes Einkommen	1.232,44
Einkommensüberschuss	327,00		

Zusätzliche Bedarfe

Im vierten Schwangerschaftsmonat beantragt sie im Februar aufgrund der bevorstehenden Geburt ihres ersten Kindes eine Babyerstaussattung in Höhe von 580,00 Euro. Der Entbindungstermin liegt im August.

Es ist zu prüfen, in welcher Höhe ein Anspruch auf einmalige Leistungen der Grundsicherung besteht. Da die nachfragende Person ihren laufenden notwendigen Lebensunterhalt aus eigenen Kräften bestreiten kann und lediglich die Leistung der Babyerstaussattung beantragt, ist der Anwendungsbereich von Absatz 2 eröffnet.

Der Einkommensüberschuss (327,00 Euro) im Entscheidungsmonat ist gemäß Absatz 2 Satz 1 auf den Bedarf anzurechnen.

Bei dem Bedarf handelt es sich nicht um einen unmittelbar zu deckenden Bedarf. Eine Bedarfsdeckung ist erst zu Beginn des achten Schwangerschaftsmonats erforderlich. Damit ist der Einkommenseinsatz nach Absatz 2 Satz 2 zu prüfen. Sofern der Träger der Sozialhilfe noch im Februar über den Antrag entscheidet, ergäbe sich unter Zugrundelegung von sechs Monaten zunächst ein einzusetzendes Einkommen von weiteren 1.308,00 Euro (4 x 327,00 Euro Einkommensüberschuss für die Monate März bis Juni). Damit ist die nachfragende Person in der Lage, den Bedarf in Höhe von 580,00 Euro in vollem Umfang selbst zu decken und der Antrag dementsprechend abzulehnen.

(3) ¹ Soweit der Bedarf unausweichlich ist, also die Situation ein Zuwarten nicht zulässt, erfolgt die Berücksichtigung des Einkommens für die auf den Auszahlungsmonat folgenden sechs Monate in Form des Aufwendungsersatzes nach § 19 Absatz 5. ² Hierzu ist die Höhe des voraussichtlich einzusetzenden Einkommens in den auf den Auszahlungsmonat folgenden sechs Monaten zu bestimmen und eine Verpflichtung zum Aufwendungsersatz in dieser Höhe festzusetzen.

Beispiel:

Im Beispiel aus 31.2.3 (2) ergab sich ein Zahlungsanspruch von 1.400,00 Euro. Unter Anrechnung des den Freibetrag übersteigenden Einkommens besteht eine Verpflichtung zum Aufwendungsersatz von monatlich 100,00 Euro, also insgesamt 600,00 Euro.

(4) ¹ Im Einzelfall kann im Rahmen der Ermessenausübung von der Anrechnung des Einkommens vollständig oder teilweise abgesehen werden. ² Ein solcher Fall kann beispielsweise vorliegen, wenn das anzurechnende Einkommen so gering ist, dass der Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zur voraussichtlichen Einnahme steht.

Beispiel:	Bedarf	Eigene Mittel
Regelbedarf Stufe 1	432,00	Nach § 82 bereinigtes Einkommen = in den folgenden sechs Monaten voraussichtlich einzusetzendes Einkommen 932,00
Bedarf Unterkunft und Heizung	400,00	
Monatlicher Bedarf	832,00	

Monatlich einzusetzender 100,00
Einkommensüberschuss

6 mal 100 = 600,00 Euro

31.3.0 (Pauschalierung von Leistungen - Regelungsziel)

¹ Absatz 3 regelt, dass die Leistungen zur Deckung der Bedarfe für die Erstausrüstung der Wohnung, Erstausrüstung von Bekleidung (Absatz 1 Nummer 1) und die Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt (Absatz 1 Nummer 2) als pauschalisierte Geldleistungen erbracht werden können. ² Leistungen zur Deckung der Bedarfe für die Anschaffung und Reparatur orthopädischer Schuhe und die Reparatur und Miete von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen sind von dieser Pauschalierung ausgenommen und deshalb in Höhe des individuellen Bedarfs zu erbringen.

31.3.1 (Voraussetzungen und Grenzen der Pauschale)

(1) ¹ Die Leistungen nach Absatz 1 können im Rahmen des § 10 Absatz 3 sowohl als Geld- als auch als Sachleistungen erbracht werden. ² Soweit Leistungen als Geldleistungen erbracht werden, liegt es im Ermessen des Trägers der Sozialhilfe, die Leistungen für die Erstausrüstung der Wohnung, die Erstausrüstung von Bekleidung und die Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt als Pauschale zu leisten.

(2) ¹ Zur Bemessung der Pauschale sind geeignete Angaben über die erforderlichen Aufwendungen und nachvollziehbare Erfahrungswerte zu berücksichtigen. ² Die Pauschale muss dabei so bemessen sein, dass die leistungsberechtigte Person mit dem gewährten Betrag ihren Bedarf an Erstausrüstung in vollem Umfang decken kann. ³ Die innerhalb der einzelnen Pauschale angesetzten Preise können die marktüblichen Preise entweder für neue einfache Ausstattungsgegenstände bzw. Kleidung im unteren Preissegment oder für gut erhaltene gebrauchte Gegenstände widerspiegeln. ⁴ Auch eine Mischkalkulation aus Preisen für neue einfache Ausstattungsgegenstände bzw. neue Kleidung im unteren Preissegment und gut erhaltenen gebrauchten Gegenständen ist zur Bemessung der Pauschale möglich. ⁵ Die Höhe der Pauschalen muss z. B. auf der Grundlage von Bezugsquellen oder Preislisten nachvollziehbar sein.

(3) ¹ Es bestehen keine Bedenken, die bei Trägern der Sozialhilfe bereits ermittelten Pauschalen für Leistungsberechtigte nach dem SGB II und dem Dritten Kapitel anzuwenden, soweit diese den dargelegten Voraussetzungen sowie bei den jeweiligen Bedarfen dargestellten Grundsätzen zur Bemessung der Bedarfe entsprechen. ² Daher ist bei der Ermittlung einer Pauschale für die Erstausrüstung bei Schwangerschaft und Geburt [vgl. 31.1.3 (1)] das Vorhandensein von Ausstattungsgegenständen bei einer weniger als drei Jahren zurückliegenden Geburt zu berücksichtigen [vgl. 31.1.3 (1)].

(4) ¹ Wenn aufgrund der Besonderheiten des Einzelfalls ein von der Pauschale abweichender Bedarf besteht, ist der Bedarf nach den Besonderheiten des Einzelfalls zu bemessen. ² Dies kann insbesondere bei Menschen mit Behinderung in Betracht kommen, sofern aufgrund der Behinderung ein besonderer Bedarf besteht. ³ So kommt beispiels-

weise die Gewährung einer Geschirrspülmaschine abweichend von etwaigen Pauschalen in Betracht, wenn die leistungsberechtigte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, ihren Abwasch per Hand zu erledigen.

32 Bedarfe für Kranken- und Pflegeversicherung

32.1.0 (Regelungsziel)

Aus Absatz 1 folgt, in welchen Fällen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als Bedarf anzuerkennen sind.

32.1.1 (Verhältnis Bedarf und Einkommen)

(1) ¹ Angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind gemäß Absatz 1 Satz 1 monatlich nur insoweit als Bedarf anzuerkennen, als diese nicht aus dem Einkommen der leistungsnachsuchenden bzw. -berechtigten Person getragen werden können. ² Maßgeblich ist jedoch nur das nach § 43 i. V. m. § 82 einzusetzende Einkommen (zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden § 82 ohne die Verweisungsnorm des § 43 bezeichnet).

(2) Angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind zunächst vorrangig im Rahmen der Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 vom Einkommen abzusetzen und erst soweit eine Berücksichtigung in der Einkommensbereinigung nicht in vollem Umfang möglich ist, sind diese mit dem (insoweit verbleibenden) Restbetrag als Bedarf zu berücksichtigen.

Fallgruppe 1:

Die leistungsberechtigte Person erzielt kein Einkommen. Damit können die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (fiktiv 165,00 Euro KV und 35,00 Euro PV) in Gänze nicht aus eigenem Einkommen getragen werden und sind daher vollständig als Bedarf zu berücksichtigen.

Bedarfe

Regelsatz nach RBS 1	563,00
Bedarf Unterkunft und Heizung	300,00
Bedarf KV / PV	200,00
Gesamtbedarf	1.063,00
Abzüglich Einkommen	0,00
Leistungsanspruch	1.063,00

Fallgruppe 2:

Sollte die Summe der angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (fiktiv 165,00 Euro KV und 35,00 Euro PV) vollständig bei der Einkommensbereinigung berücksichtigt werden können, ergibt sich kein nach § 32 anzuerkennender Bedarf.

Zusätzliche Bedarfe

Bedarfe

Regelsatz nach RBS 1	563,00
Bedarf Unterkunft und Heizung	300,00
Bedarf KV / PV	0,00
Gesamtbedarf	1.063,00

Einkommen

Einkommen	300,00
Abzgl. § 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	200,00
Anzurechnendes Einkommen	100,00
Leistungsanspruch	763,00

Fallgruppe 3:

Soweit die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (fiktiv 165,00 Euro KV und 35,00 Euro PV) nur teilweise bei der Einkommensbereinigung berücksichtigt werden können, ist der verbleibende Restbetrag sodann als Bedarf nach § 32 der Berechnung zugrunde zu legen. Es ist also möglich, dass Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowohl zunächst teilweise in der Einkommensbereinigung als auch anschließend teilweise als Bedarf zu berücksichtigen sind.

Bedarfe

Regelsatz nach RBS 1	563,00
Bedarf Unterkunft und Heizung	300,00
Bedarf KV / PV	90,00
Gesamtbedarf	953,00

Einkommen

Einkommen	110,00
Abzgl. § 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	110,00
Anzurechnendes Einkommen	0,00
Leistungsanspruch	953,00

(3) ¹ Nach Absatz 1 Satz 3 erhöht sich der Bedarf entsprechend, wenn bei der Einkommensbereinigung für das Einkommen geltende Absetzbeträge nach § 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 bis 6 zu berücksichtigen sind. ² Soweit also die Berücksichtigung von angemessenen Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung beim Einkommen einer Bereinigung bzw. Berücksichtigung von Freibeträgen nach § 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 bis 6 rechnerisch entgegensteht, werden die Beiträge entsprechend als Bedarf berücksichtigt. ³ Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass durch die Bereinigung eines Einkommens nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 bspw. nicht die Freibeträge auf Erwerbseinkommen nach § 82 Absatz 3 Satz 1 unterlaufen werden. ⁴ Die Vorschriften des § 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 bis 6 gehen einer Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 insoweit vor. ⁵ Soweit ein solches Konkurrenzverhältnis besteht, werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung von der Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 in die Bedarfsberücksichtigung nach § 32 verlagert.

Fallgruppe 4:

Es wird ein Erwerbseinkommen von 250,00 Euro erzielt; der Freibetrag nach § 82 Absatz 3 beläuft sich auf 75,00 Euro (30 Prozent des Bruttoeinkommens). Die angemessenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung betragen insgesamt 200,00 Euro (165,00 Euro KV und 35,00 Euro PV). Eine vollständige Berücksichtigung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in der Einkommensbereinigung hätte zur Folge, dass sich der Erwerbseinkommensfreibetrag für die leistungsnachsuchende Person teilweise nicht realisieren würde. Daher ist zunächst der Freibetrag nach § 82 Absatz 3 in voller Höhe (75,00 Euro) zu berücksichtigen (§§ 82 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 bis 6 liegen hier nicht vor). Das dann verbleibende Einkommen (175,00 Euro) ist um die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu bereinigen. Soweit die Beiträge das Einkommen überschreiten, ist der Restbetrag (25,00 Euro) als Bedarf zu berücksichtigen.

Bedarfe

Regelsatz nach RBS 1	563,00
Bedarf Unterkunft und Heizung	300,00
Bedarf KV / PV	25,00
Gesamtbedarf	888,00

Einkommen

Einkommen	250,00
Abzgl. § 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	175,00
Abzgl. Freibetrag (§ 82 Abs. 3)	75,00
Anzurechnendes Einkommen	0,00
Leistungsanspruch	888,00

Bei allen Fallgruppen in 32.1.1 entspricht der Leistungsanspruch dem Zahlungsanspruch i. S. v. § 43a Absatz 2, aus dem gemäß § 32a Absatz 2 der Gesamtbeitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung direkt an die Krankenkasse zu zahlen ist (vgl. 32a.2.1 ff.), so dass sich die Auszahlung an die leistungsberechtigte Person noch um jeweils 200,00 Euro mindern würde.

(4) ¹ Es sind nur angemessene Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach den Absätzen 2 bis 6 als Bedarf anzuerkennen. ² Gemäß § 32a Absatz 1 kann für den Monat, für den Grundsicherung erbracht werden soll, auch zeitlich nur der Beitrag als Bedarf anerkannt werden, der für diesen Monat erhoben wird (vgl. 32a.1.1).

32.2.0 (Regelungsziel)

Aus Absatz 2 ergibt sich, welche Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung als angemessen gelten und somit gemäß Absatz 1 als Bedarf anzuerkennen sind.

32.2.1 (Angemessenheitsfiktion der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung)

¹ Absatz 1 Satz 1 gestattet nur die Berücksichtigung angemessener Krankenversicherungsbeiträge als Bedarf. ² Die monatlichen Beiträge zu den gesetzlichen Krankenversicherungsarten, die in Absatz 2 in den Nummern 1 bis 5 abschließend aufgezählt werden, gelten ihrer Höhe nach im Sinne von Absatz 1 Satz 1 stets als angemessen ³ Hinsichtlich der Berücksichtigung der Beiträge als Bedarf besteht kein Ermessen.

32.2.2 (Angemessenheit von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung)

(1) ¹ Absatz 2 nennt abschließend die gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnisse, bei denen der monatliche Beitrag stets als angemessen gilt. ² Das ist der Fall bei

1. Personen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des KVLG 1989 **pfllichtversichert** sind,
2. Personen, die nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 SGB V oder nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 KVLG 1989 **weiterversichert** sind,
3. Personen, die als Rentenantragstellerin oder Rentenantragsteller nach § 189 SGB V als Mitglied einer Krankenkasse **gelten**,
4. Personen, die nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 bis 8 SGB V oder nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 KVLG 1989 **freiwillig versichert** sind oder
5. Personen, die nach § 188 Absatz 4 SGB V oder nach § 22 Absatz 3 KVLG 1989 **weiterversichert** sind.

³ Erfasst werden von Absatz 2 sämtliche Versicherungsverhältnisse in der gesetzlichen Krankenversicherung, in denen die Beiträge von den versicherten Personen (ganz oder teilweise) selbst an ihre Krankenkasse zu zahlen sind (sog. Selbstzahler). ⁴ Gegenstand

von Absatz 2 sind demzufolge nicht Beiträge, die als Quellenabzug bspw. vom Rentenversicherungsträger aus der Rente oder von einem Arbeitgeber aus einem Erwerbseinkommen direkt an die Krankenkasse abgeführt werden.

(2) ¹ **Private Zusatzversicherungen** zur gesetzlichen Krankenversicherung können nicht als Bedarf nach Absatz 2 anerkannt werden. ² **Säumniszuschläge** und **Mahngebühren** können nur dann ausnahmsweise als Bedarf berücksichtigt werden, sofern der Träger der Sozialhilfe seiner Verpflichtung zur Beitragsübernahme bzw. Anerkennung der Beiträge nicht oder nicht zeitgerecht nachgekommen ist. ³ Zu **Beitragsschulden** wird auf 32a.1.1 verwiesen.

32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung)

(1) ¹ Das Bestehen einer Krankenversicherung und die monatliche Beitragshöhe sind von der leistungsnachsuchenden Person im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I nachzuweisen. ² Hierzu hat sich der Träger der Sozialhilfe eine schriftliche Bestätigung der Krankenversicherung (i. d. R. einen Beitragsbescheid der Krankenkasse) vorlegen zu lassen, bevor er den monatlichen Krankenversicherungsbeitrag als Bedarf nach § 32 anerkennen darf. ³ Im Übrigen hat der Träger der Sozialhilfe die leistungsnachsuchende Person hinsichtlich dieses Bedarfs zu beraten.

(2) ¹ Vor Anerkennung eines Bedarfs nach Absatz 1 und 2 ist allerdings zu prüfen, ob für die leistungsnachsuchende bzw. -berechtigte Person insbesondere

1. bei einem Rentenbezug eine Pflichtversicherung in der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 und 12 SGB V oder
2. eine Familienversicherung nach § 10 SGB V

bestehen könnte (ebenso sind während des Grundsicherungsbezuges bedarfsrelevante Änderungen in den krankenversicherungsrechtlichen Verhältnissen der leistungsberechtigten Person zu beachten). ² Sowohl die Versicherungspflicht nach § 5 SGB V (mit Ausnahme der Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13) als auch eine Familienversicherung nach § 10 SGB V sind im Krankenversicherungsrecht vorrangig gegenüber den in Absatz 2 genannten Versicherungsverhältnissen und stehen einem Bedarf nach Absatz 1 und 2 entgegen. ³ Liegen diese vorrangigen Versicherungsverhältnisse vor, ist die leistungsnachsuchende bzw. -berechtigte Person deshalb auf diese zu verweisen; ein finanzieller Nachteil entsteht leistungsnachsuchenden Personen nicht, denn die Beitragspflicht ist bereits mit den bestehenden Versicherungsverhältnissen erfüllt.

32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)

(1) ¹ Sollte sich während eines Bewilligungszeitraums die Höhe der monatlichen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ändern, obliegt es der leistungsberechtigten Person im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I, dies dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen. ² Soweit aus der Anpassung des monatlichen Krankenversicherungsbeitrags oder der Erhebung eines Zusatzbeitrages (vgl. 32.3.1 ff.) eine Änderung der Leistungshöhe folgt, ist der der Leistung zugrundeliegende Bewilligungsbescheid nach Maßgabe des SGB X abzuändern. ³ Zur Berücksichtigung eines erhöhten monatlichen Bedarfs ist jedoch keine erneute oder gesonderte Antragstellung beim Träger der Sozialhilfe nach

§ 44 Absatz 1 erforderlich. ⁴ Vielmehr beinhaltet ein bereits gestellter Antrag auf Grundversicherung nach dem Meistbegünstigungsgrundsatz diejenigen Leistungen, die im Einzelfall ernsthaft in Betracht kommen.

(2) Durch den Träger der Sozialhilfe ist zu prüfen, ob sich durch eine Änderung der Beiträge zur Kranken- oder Pflegeversicherung und damit des monatlichen Zahlungsanspruchs nach § 43a Absatz 2 Auswirkungen auf eine Direktzahlung nach § 32a (vgl. 32a.2.1) ergeben.

32.3.0 (Regelungsziel)

Absatz 3 regelt die Berücksichtigung von Zusatzbeiträgen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kassenindividuell erhoben werden können.

32.3.1 (Abgrenzung Zusatzbeitrag und regulärer Krankenversicherungsbeitrag)

¹ Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse nicht aus Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern gemäß § 242 SGB V einen in ihrer Satzung zu bestimmenden einkommensabhängigen Zusatzbeitrag zusätzlich zum gesetzlich festgelegten Beitrag zu erheben. ² Die Beiträge werden prozentual vom beitragspflichtigen Einkommen der versicherten Person erhoben. ³ Anders als der gesetzlich festgelegte Beitrag nach einem bundeseinheitlichen Beitragssatz wird der Zusatzbeitrag kassenindividuell erhoben. ⁴ Aus bundeseinheitlichem Beitragssatz und kassenindividuellem Zusatzbeitragssatz können sich im Einzelfall folglich in der Summe unterschiedliche Beitragssätze ergeben.

32.3.2 (Anerkennung des Zusatzbeitrags als Bedarf)

¹ In den Fällen, in denen ein Beitrag nach dem bundeseinheitlichen Beitragssatz zur Krankenversicherung nach Absatz 2 als Bedarf anzuerkennen ist, wird ein von der jeweiligen Krankenkasse erhobener Zusatzbeitrag ebenfalls als Bedarf anerkannt. ² Der Zusatzbeitrag ist allerdings ebenso wie der Beitrag nach dem bundeseinheitlichen Beitragssatz nur in dem Umfang als Bedarf anzuerkennen, in dem er nicht aus einem Einkommen getragen werden kann (§ 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 - vgl. 32.1.1).

32.3.3 (Höhe des Zusatzbeitrages als Bedarf)

¹ Sofern die Voraussetzung nach 32.3.2 erfüllt ist, gilt der Zusatzbeitrag in jedem Fall als angemessen und geht über den Bedarf nach § 32 in der tatsächlichen Höhe in den Gesamtbedarf ein.

32.3.4 (Verfahren zur Berücksichtigung des Zusatzbeitrags als Bedarf)

(1) Zur Berücksichtigung des Zusatzbeitrags als Bedarf nach Absatz 3 wird auf 32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und 32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

(2) Bei Leistungsberechtigten nach dem SGB II wird der Zusatzbeitrag bundeseinheitlich pauschaliert erhoben (§ 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 i. V. m. § 242a SGB V), sodass

sich bei einem Rechtskreiswechsel zum SGB XII die Höhe des Zusatzbeitrages i. d. R. ändern wird.

32.4.0 (Regelungsziel)

Aus Absatz 4 ergibt sich, wann Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung als angemessen anzusehen sind und in welchen Fällen ein erhöhter Beitrag zeitlich begrenzt als angemessen anerkannt werden kann.

32.4.1 (Angemessenheitsfiktion der Beiträge in der privaten Krankenversicherung)

(1) ¹ Absatz 4 Satz 2 nennt abschließend die privaten Krankenversicherungsverhältnisse, bei denen der monatliche Beitrag generell als angemessen gilt. ² Dies sind:

1. Beiträge bis zu der Höhe des sich nach § 152 Absatz 4 VAG ergebenden halbierten monatlichen Beitrags für den **Basistarif**, sofern die Versicherungsverträge der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG genügen, oder
2. Beiträge für eine Absicherung im brancheneinheitlichen **Standardtarif** nach § 257 Absatz 2a SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung.

³ Prämienzuschläge für einen verspäteten Abschluss einer privaten Krankenversicherung nach § 193 Absatz 4 VVG können nicht als Bedarf nach Absatz 4 anerkannt werden.

(2) ¹ Beiträge zur privaten Krankenversicherung sind nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 als angemessen anzusehen, wenn diese die Hälfte des monatlichen Beitrags für den Basistarif nicht überschreiten. ² Neben Beiträgen für den Basistarif gilt dies auch für Beiträge in anderen Tarifen einer privaten Krankenversicherung, solange diese nicht höher sind als der halbierte Beitrag im Basistarif. ³ Sofern eine Versicherung im bisherigen Tarif fortgeführt wird, wird der individuelle Beitrag herangezogen, höchstens jedoch der für die Person geltende halbierte Beitrag des Basistarifes. ⁴ Besteht eine Versicherung im Basistarif, vermindert sich gemäß § 152 Absatz 4 VAG der Beitrag für denjenigen Zeitraum um die Hälfte, für den entweder bereits Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII besteht oder allein durch die Zahlung des vollen Beitrags für den Basistarif ohne Selbstbehalt hypothetisch entstehen würde (sog. Würde-Fälle). ⁵ Die Träger der Sozialhilfe haben die Hilfebedürftigkeit auf Antrag der versicherten Person zu prüfen und zu bescheinigen. ⁶ Besteht auch bei einem halbierten Versichertenbeitrag Hilfebedürftigkeit, wird bis zu dieser Höhe ein Bedarf nach Absatz 4 anerkannt.

(3) Im Übrigen sind Beiträge zur privaten Krankenversicherung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 unabhängig von der jeweiligen Höhe angemessen, wenn die private Krankenversicherung durch eine Absicherung im brancheneinheitlichen **Standardtarif** nach § 257 Absatz 2a SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung erfolgt.

(4) Aufwendungen, die sich aufgrund eines vertraglich - meist zur Senkung der monatlichen Beitragshöhe - vereinbarten **Selbstbehalts** in der privaten Krankenversicherung ergeben, können nicht als Bedarf nach Absatz 4 anerkannt werden, da es sich hierbei nicht um Versicherungsbeiträge handelt.

(5) ¹ Eine Pflicht zum Wechsel in den Basistarif oder Standardtarif besteht auch bei Leistungsbezug nicht. ² Privat Krankenversicherte können während des Leistungsbezugs in

ihrem bisherigen Versicherungstarif versichert bleiben oder in den Basistarif bzw. ggf. in den Standardtarif ihres Versicherers wechseln. ³ Leistungsberechtigte Personen sind auf mögliche leistungsrechtliche Folgen eines Wechsels ebenso hinzuweisen, wie auf die Folgewirkungen eines Verbleibens im bisherigen Tarif, wenn der zu zahlende Beitrag höher als der hälftige Beitrag im Basistarif oder im Standardtarif liegt. ⁴ In diesem Fall ist eine vollständige Berücksichtigung dieser Beiträge als Bedarf nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 3 (vgl. 32.4.3) bzw. Satz 4 (vgl. 32.4.4) nur zeitlich begrenzt zulässig. ⁵ Ggf. ist die leistungsberechtigte Person auf Beratungsangebote der privaten Krankenversicherungsunternehmen hinzuweisen.

32.4.2 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung)

(1) Zur Berücksichtigung des Beitrags zur privaten Krankenversicherung als Bedarf nach Absatz 4 wird auf 32.2.3 (Nachweis des Bestehens als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und 32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

(2) Neben der Höhe der Angemessenheit der Beiträge ist zu prüfen, dass die Versicherungsverträge der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG genügen, also eine Krankheitskostenversicherung beinhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlungen umfasst.

32.4.3 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen bei kurzzeitiger Leistungsberechtigung von bis zu drei Monaten)

(1) Damit Personen, die sich gegen das Risiko Krankheit privat versichert haben, bei einer **voraussichtlich kurzen Leistungsberechtigung** in ihrem bisherigen Tarif verbleiben können und nicht in den Basistarif oder in den Standardtarif wechseln müssen, **kann** vom Träger der Sozialhilfe nach Absatz 4 **Satz 3 ein höherer Beitrag zur privaten Krankenversicherung anerkannt werden**, als dies in Absatz 4 Satz 2 vorgesehen ist (vgl. 32.4.1).

(2) Eine **Leistungsberechtigung** zur Grundsicherung liegt vor, wenn die Voraussetzungen des § 41 erfüllt sind (vgl. 41).

(3) ¹ Eine voraussichtlich kurze Leistungsberechtigung ist dann gegeben, wenn diese sich absehbar auf einen Zeitraum von **bis zu drei Monaten** beschränkt. ² Absehbar ist dies u. a., wenn der leistungsberechtigten Person erwartbar Einkommen zufließt, von der sie ihren notwendigen Lebensunterhalt unabhängig von Grundsicherungsleistungen bestreiten kann und der Leistungsbezug deswegen nicht länger als drei Monate andauert.

Beispiel:

Es wird im Juli Grundsicherung beantragt. Im Antragsverfahren weist die (privat krankenversicherte) leistungsnachsuchende Person nach, dass ihr ab September desselben Jahres eine bedarfsdeckende Betriebsrente (Versorgungsbezug i. S. v. § 229 SGB V) zufließt und sie somit nur für die Monate Juli und August Grundsicherung benötigt. Da in diesem Fall die Leistungsberechtigung absehbar nicht länger als drei Monate andauert, können

vom Träger der Sozialhilfe höhere Beiträge zur privaten Krankenversicherung berücksichtigt werden, als sich nach Absatz 4 Satz 2 grundsätzlich ergibt. Im Übrigen ist der Bewilligungszeitraum nach § 44 Absatz 3 Satz 1 entsprechend zu verkürzen.

³ Für die Berücksichtigung eines erhöhten Beitrags bedarf es nach Absatz 4 Satz 3 keines gesonderten Antrags der leistungsnachsuchenden Person nach § 44 Absatz 1 Satz 2. ⁴ Vielmehr ermittelt der Träger der Sozialhilfe im Hinblick auf den Meistbegünstigungsgrundsatz den Sachverhalt, d. h. das Bestehen der Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 3 von Amts wegen (§ 20 SGB X). ⁵ Es besteht hierbei eine Mitwirkungspflicht der leistungsnachsuchenden Person nach § 60 SGB I.

(4) ¹ Der Träger der Sozialhilfe hat bei Vorliegen der Voraussetzung einer kurzzeitigen Leistungsberechtigung sein **Ermessen** hinsichtlich der Rechtsfolge (Berücksichtigung höherer als in Absatz 4 Satz 2 vorgesehenen Krankenversicherungsbeiträgen) pflichtgemäß auszuüben. ² Hierbei sind durch den Träger der Sozialhilfe sämtliche Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. ³ In der Begründung des Verwaltungsaktes sind die Gesichtspunkte auszuführen, von denen der Träger der Sozialhilfe bei der Ausübung seines Ermessens ausgegangen ist (§ 35 Absatz 1 Satz 3 SGB X). ⁴ Sollte der Träger der Sozialhilfe dem Anliegen der leistungsnachsuchenden Person jedoch in vollem Umfang entsprechen, bedarf es ausnahmsweise keiner Begründung (§ 35 Absatz 2 Nummer 1 SGB X).

(5) ¹ Zentral für die Ausübung des Ermessens [siehe 32.4.3 (4)] ist die Frage, ob der bestehende Versicherungsvertrag den Wechsel in den Basistarif oder in einen vergleichbar ermäßigten Tarif kurzfristig (d. h. mit einer Beitragssenkung während des kurzfristigen Leistungsbezuges) ermöglicht. ² Ergänzend ist zu beachten, dass bei einem Wechsel in den Basistarif nach dem 15. März 2020 und einer Rückkehr in den vorherigen Tarif innerhalb von zwei Jahren die bereits vorher erworbenen Versicherungsrechte erhalten bleiben und somit **keine erneute Gesundheitsprüfung** erfolgt (§ 204 Absatz 2 VVG). ³ Soweit der Träger der Sozialhilfe dem Anliegen der leistungsnachsuchenden Person in vollem Umfang entspricht und es ausnahmsweise keiner Begründung bedarf, hat er allerdings die leistungsberechtigte Person über die zeitlich begrenzte und ausnahmsweise Anerkennung des Krankenversicherungsbeitrags zu beraten bzw. auf entsprechende Beratungsangebote des Krankenversicherungsunternehmens zu verweisen, sodass ihr keine leistungsrechtlichen Nachteile entstehen; ggf. ist sie auf die erweiterten Möglichkeiten des Absatzes 4 Satz 4 hinzuweisen.

(6) ¹ Die Berücksichtigung höherer Beiträge ist gemäß Absatz 4 Satz 3 auf drei Monate beschränkt. ² Eine längere Bedarfsberücksichtigung ist nur nach Maßgabe von Absatz 4 Satz 4 zulässig.

32.4.4 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen in Ausnahmefällen bei kurzzeitiger Leistungsberechtigung von bis zu sechs Monaten)

(1) Nach Absatz 4 **Satz 4** kann der Träger der Sozialhilfe bei einer Leistungsberechtigung von bis zu sechs Monaten in einem begründeten Ausnahmefall auf Antrag der leistungsberechtigten Person im Sinne von Absatz 4 Satz 1 unangemessene Beiträge zur privaten Krankenversicherung für bis zu sechs Monaten als Bedarf anerkennen.

(2) ¹ Höhere Beiträge werden nur **auf Antrag** der leistungsberechtigten Person für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten als Bedarf anerkannt. ² Der Antrag ist an **keine Form** gebunden. ³ Er kann sowohl mündlich als auch schriftlich gestellt werden. ⁴ Maßgeblich ist, dass der Wille der leistungsnachsuchenden bzw. -berechtigten Person, dass die höheren Beiträge für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten als Bedarf in tatsächlicher Höhe berücksichtigt werden, deutlich zum Ausdruck kommt. ⁴ Wegen des besonderen Ausnahmecharakters dieser Regelung ist der Antrag von der leistungsberechtigten Person dementsprechend zu begründen. ⁶ Die leistungsberechtigte Person ist insoweit zu **beraten** (§ 14 SGB I).

(3) ¹ Für die bis zu sechsmonatige Berücksichtigung unangemessener Beiträge zur privaten Krankenversicherung ist maßgeblich, dass entweder vor Ablauf der drei Monate (Absatz 4 Satz 3) oder bereits bei Antragstellung davon auszugehen ist, dass die Leistungsberechtigung für die Grundsicherung für einen begrenzten, aber mehr als drei Monate (höchstens jedoch sechs Monate) andauernden Zeitraum bestehen wird. ² Soweit davon auszugehen ist, dass die Leistungsberechtigung höchstens drei Monate andauern wird, ist Absatz 4 Satz 3 (vgl. 32.4.3) anzuwenden. ³ Sollten hingegen bereits bei Antragstellung Anhaltspunkte für eine Leistungsberechtigung von mindestens drei Monaten (höchstens jedoch sechs Monaten) vorliegen, so ist über die Anerkennung des Bedarfs sogleich nach Absatz 4 Satz 4 zu entscheiden. ⁴ Sollte der Antrag auf Anerkennung höherer Beiträge erst nach dem Drei-Monats-Zeitraum gestellt werden, ist eine Berücksichtigung nach Absatz 4 Satz 4 ausgeschlossen. ⁵ Darauf ist bei der Beratung ausdrücklich hinzuweisen.

Beispiel:

Es wird im Juli Grundsicherung beantragt. Im Antragsverfahren weist die (privat krankenversicherte) leistungsnachsuchende Person nach, dass ihr ab Januar des Folgejahres eine bedarfsdeckende Betriebsrente (Versorgungsbezug i. S. v. § 229 SGB V) zufließen wird und sie somit nur für die Monate Juli bis Dezember Grundsicherung benötigt. Da in diesem Fall bereits bei Antragstellung davon ausgegangen werden kann, dass die Leistungsberechtigung lediglich für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten bestehen wird, können vom Träger der Sozialhilfe höhere Beiträge zur privaten Krankenversicherung auf Antrag für sechs Monate berücksichtigt werden, als sich nach Absatz 4 Satz 2 grundsätzlich ergibt. Im Übrigen ist der Bewilligungszeitraum nach § 44 Absatz 3 Satz 1 entsprechend zu verkürzen.

(4) ¹ Die Berücksichtigung höherer Beiträge nach Absatz 4 Satz 4 bis zu sechs Monaten schließt sich zeitlich nicht an die Anerkennung nach Absatz 4 Satz 3 an, sodass nicht bis zu neun Monaten höhere Beiträge berücksichtigt werden können. ² Vielmehr verdrängt Absatz 4 Satz 4 bei Vorliegen seiner Voraussetzungen die Regelung nach Absatz 4 Satz 3.

(5) ¹ Auch bei höheren Beiträgen ist die Direktzahlungspflicht nach § 32a umzusetzen. ² Sofern der monatliche Zahlungsanspruch nach § 43a Absatz 2 mindestens so hoch wie die höheren Beiträge zur privaten Krankenversicherung zuzüglich der Beiträge zur Pflegeversicherung ist, sind diese vom Träger der Sozialhilfe gemäß § 32a Absatz 2 direkt an das Versicherungsunternehmen zu zahlen (vgl. 32a.2.1 ff.).

32.4a.0 (Regelungsziel)

Absatz 4a regelt die Anerkennung von Beiträgen von Mitgliedern der von § 176 Absatz 1 SGB V erfassten Solidargemeinschaften.

32.4a.1 (Vom BMG bestätigte Solidargemeinschaften)

¹ Nur Beiträge zu Solidargemeinschaften, für die das BMG gemäß § 176 Absatz 1 SGB V das Vorliegen eines testierten Gutachtens bestätigt hat und die damit als sog. anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gelten, sind als Bedarf nach Absatz 4a berücksichtigungsfähig. ² Eine Liste der bestätigten Solidargemeinschaften wird vom BMG erstellt (Liste in der aktuellen Fassung vom 2. Mai 2022 - vgl. Anlage 2).

32.4a.2 (Berücksichtigungsfähige Beitragshöhe)

¹ Beiträge zu vom BMG bestätigten Solidargemeinschaften werden bis zur Hälfte des nach § 152 Absatz 3 Satz 2 VAG berechneten Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung als angemessener Bedarf anerkannt. ² Diese Vorschrift entspricht Absatz 4 Satz 2, der die Anerkennung von Beiträgen regelt, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erhoben werden (vgl. 32.4.1).

32.4a.3 (Zeitlicher Anwendungsbereich)

¹ Absatz 4a trat am 1. Juli 2023 in Kraft (Artikel 13 Absatz 3 des Gesetzes zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts). ² Eine Berücksichtigung von Beiträgen, die für Zeiträume vor dem Inkrafttreten der Regelung (d. h. für Zeiträume bis 30. Juni 2023) erhoben wurden, ist gemäß § 32a Absatz 1 unzulässig (vgl. 32a.1.1).

32.5.0 (Regelungsziel)

In Absatz 5 wird geregelt, in welchen Fällen der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI, der vor allem für gesetzlich Krankenversicherte greift, als angemessen gilt.

32.5.1 (Berücksichtigungsfähige Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung als Bedarf)

(1) ¹ Die Beitragspflicht zur sozialen Pflegeversicherung ergibt sich aus einem Versicherungsverhältnis nach dem SGB XI. ² Angemessene monatliche Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung sind als Bedarf anzuerkennen, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen getragen werden können (Absatz 1 Satz 1 - vgl. 32.1.1).

(2) Nach Absatz 5 gilt bei Personen, die gemäß

1. §§ 20, 21 und 21a SGB XI **pflichtversichert** sind oder
2. § 26 SGB XI **weiterversichert** sind oder
3. § 26a SGB XI der sozialen Pflegeversicherung **beigetreten** sind

der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung als angemessen.

(3) ¹ Private Zusatzversicherungen zur sozialen Pflegeversicherung sind nicht von Absatz 5 umfasst und damit nicht berücksichtigungsfähig. ² Ebenso ist eine Berücksichtigung solcher privaten Zusatzversicherungen nach Absatz 6 nicht möglich [vgl. 32.6.2 (1)].

32.5.2 (Nachweis des Bestehens des Bedarfs / Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)

Zur Berücksichtigung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung als Bedarf nach Absatz 5 wird auf 32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und 32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

32.6.0 (Regelungsziel)

In Absatz 6 wird die Angemessenheit von Beiträgen zur privaten Pflegeversicherung normiert.

32.6.1 (Berücksichtigungsfähige Beiträge zur privaten Pflegeversicherung als Bedarf)

(1) ¹ Privat Krankenversicherte sind gemäß § 23 SGB XI verpflichtet, eine Pflegeversicherung bei ihrer privaten Krankenversicherung abzuschließen bzw. aufrecht zu erhalten. ² Entsprechendes gilt für Personen, die zwar gesetzlich krankenversichert sind, aber vom Recht zum Beitritt zur privaten Pflegeversicherung Gebrauch gemacht haben. ³ Angemessene monatliche Beiträge zur privaten Pflegeversicherung sind als Bedarf anzuerkennen, soweit sie nicht aus eigenem Einkommen getragen werden können (Absatz 1 Satz 1 - vgl. 32.1.1).

(2) ¹ Nach Absatz 6 gilt grundsätzlich der geschuldete Beitrag zur privaten Pflegeversicherung bei Personen als angemessen, deren Versicherungsverhältnis

1. die Versicherungspflicht nach § 23 SGB XI erfüllt oder
2. aufgrund eines Beitritts zur privaten Pflegeversicherung nach § 26a SGB XI besteht

und im brancheneinheitlichen Standardtarif (§ 257 Absatz 2a SGB V in der bis 31. Dezember 2008 geltenden Fassung) abgeschlossen wurde. ² Beiträge für alle übrigen Tarife gelten bis zur Höhe des halbierten Höchstbeitrags zur sozialen Pflegeversicherung (§ 110 Absatz 2 Satz 3 SGB XI) als angemessen.

32.6.2 (Private Zusatzversicherung zur Pflege-Pflichtversicherung)

(1) Private Zusatzversicherungen zur sozialen Pflegeversicherung (Absatz 5) können nicht als Bedarf nach Absatz 6 anerkannt werden; dies ergibt sich bereits daraus, dass die Bedarfe nach Absatz 5 und Absatz 6 nur alternativ anerkannt werden dürfen.

(2) ¹ Private Zusatzversicherungen zur privaten Pflegeversicherung (Absatz 6), die über den Standard der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, sind nicht als angemessene Beiträge anerkennungsfähig, da diese nicht von Absatz 6 Satz 1 umfasst sind. ² Sie

können somit auch nicht nach Absatz 4 Satz 3 und 4 übergangsweise als Bedarf anerkannt werden.

32.6.3 (Berücksichtigung von höheren Beiträgen in Ausnahmefällen)

¹ Auch für eine private Pflegepflichtversicherung können in Ausnahmefällen nach Absatz 6 Satz 2 zeitlich begrenzt höhere als die nach Absatz 6 Satz 1 zugrunde zu legenden Beiträge als Bedarf anerkannt werden. ² Hierzu sind gemäß Absatz 6 Satz 2 die Regelungen zur privaten Krankenversicherung nach Absatz 4 Satz 3 und 4 entsprechend anzuwenden (vgl. 32.4.3 f.).

32.6.4 (Nachweis des Bestehens des Bedarfs / Berücksichtigung von Beitragsanpassungen)

Zur Berücksichtigung des Beitrags zur privaten Pflegeversicherung als Bedarf nach Absatz 6 wird auf 32.2.3 (Verfahren zur Berücksichtigung als Bedarf im Rahmen der Antragstellung) und 32.2.4 (Berücksichtigung von Beitragsanpassungen) verwiesen, da insoweit dasselbe gilt.

32.7.0 (Anlage 1: Erläuterungen zu den in § 32 Absatz 2 genannten Versicherungsverhältnissen in der gesetzlichen Krankenversicherung)

32.7.1 (Pflichtversicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V und § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG (§ 32 Absatz 2 Nummer 1))

(1) ¹ Die Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bzw. § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG tritt bei Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, mit dem 1. April 2007 (rückwirkend) kraft Gesetzes ein. ² So kann es richtig sein, dass Krankenkassen Beiträge für einen zurückliegenden Zeitraum nachfordern. ³ Hierdurch können hohe Nachzahlungsforderungen (inklusive Säumniszuschläge) der Krankenkassen gegenüber bisher Nichtversicherten entstehen. ⁴ Der Sozialhilfeträger tritt jedoch erst dann ein, wenn die Voraussetzungen für die Zahlungen von Sozialhilfeleistungen vorliegen, rückständige Beiträge werden nicht als Bedarf anerkannt (vgl. 32a.1.1).

(2) ¹ Bei pflichtversicherten Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, übernimmt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte des nach der Rente zu bemessenden Beitrages. ² Er wird direkt von der Rente abgezweigt und der zuständigen Krankenkasse angewiesen; im Übrigen tragen die Rentner den Gesamtbeitrag bis zur Beitragshöhe der freiwillig Versicherten selbst.

32.7.2 (Freiwillig weiterversicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 SGB V und § 6 Absatz 1 Nummer 1 KVLG (§ 32 Absatz 2 Nummer 2))

(1) Bei den nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 SGB V bzw. § 6 Absatz 1 Nummer 1 KVLG freiwillig Versicherten handelt es sich um Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Vorversicherungszeiten erfüllen und sich innerhalb von drei Monaten nach Ende der Pflichtversicherung freiwillig weiterversichert haben.

(2) ¹ Freiwillig versicherte Rentnerinnen und Rentner haben die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe allein zu tragen und selbst anzuweisen. ² Allerdings können sie gemäß § 106 Absatz 1 SGB VI beim Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zu den Aufwendungen der Krankenversicherung beantragen, der zusammen mit der Rente ausgezahlt wird. ³ Dieser ist der Bedarfsberechnung zugrunde zu legen.

32.7.3 (Rentenantragsteller/innen, die nach § 189 SGB V als Mitglied einer Krankenkasse gelten (§ 32 Absatz 2 Nummer 3))

¹ Rentenantragstellerinnen und Rentenantragsteller gelten nach § 189 SGB V mit dem Tag der Stellung des Rentenantrags als Mitglieder der GKV, wenn sie die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2 SGB V, jedoch nicht die Voraussetzungen für den Bezug der Rente erfüllen. ² Das gilt nicht für Personen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder nach § 6 Absatz 1 SGB V versicherungsfrei sind.

32.7.4 (Freiwillig versicherte Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Absatz 1 Nummer 2 bis 7 SGB V bzw. § 6 Absatz 1 Nummer 2 KVLG (§ 32 Absatz 2 Nummer 4))

¹ Bei den in § 32 Absatz 2 Nummer 4 benannten freiwillig Versicherten handelt es sich um Personen, die bei Erfüllung der in § 9 Absatz 1 Nummer 2 bis 8 SGB V bzw. § 6 Absatz 1 Nummer 2 KVLG aufgeführten Voraussetzungen Mitglied in der freiwilligen Krankenversicherung werden können. ² Dies sind z. B. Personen, die wegen Scheidung oder Erreichung der Altersgrenze (Kinder) aus der Familienversicherung ausgeschieden sind. ³ Der Beitritt ist nur innerhalb von drei Monaten nach dem maßgebenden Ereignis möglich.

32.7.5 (Freiwillig weiterversicherte Personen nach § 188 Absatz 4 SGB V (§ 32 Absatz 2 Nummer 5))

(1) ¹ Seit 1. August 2013 setzt sich gemäß § 188 Absatz 4 SGB V für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort (obligatorische Anschlussversicherung). ² Dieses gilt jedoch nicht, wenn die Krankenkasse weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches ermitteln kann.

(2) ¹ Die obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V ist kraft Gesetzes ausgeschlossen bzw. kann im Wege einer Austrittserklärung verhindert werden, wenn nahtlos eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist. ² Dies Familienversicherung gilt nach dem Ende der Versicherungspflicht weiter vorrangig.

(3) ¹ Die obligatorische Anschlussversicherung scheidet gemäß § 188 Absatz 4 Satz 4 SGB V aus, sofern ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 SGB V besteht und im Anschluss daran – spätestens nach Ablauf eines Monats – das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (s. hierzu BSG, Urteil v. 29.06.2021, Az. B 12 KR 33/19 R). ² Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall stellt auch der Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB XII dar.

(4) Eine Versicherung nach § 188 Absatz 4 SGB V kommt somit in der Regel nur zustande, wenn zwischen dem Ende der Pflicht- bzw. Familienversicherung nahtlos mehr als ein voller Monat liegt, in dem keine Leistungen nach diesem Buch bezogen werden.

(5) Dies gilt nicht, sofern eine Familienversicherung beendet wird, weil die persönlichen Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht mehr erfüllt sind oder die persönlichen Voraussetzungen für in der Familienversicherung mitversicherte Personen während des Bestehens nachlaufender Ansprüche nach § 19 Absatz 2 SGB V wegfallen (z. B. Erreichen der Altersgrenzen aus § 10 Absatz 2 SGB V) und damit nachgehende Ansprüche für den Angehörigen sofort erlöschen.

(6) ¹ In diesen Fällen müsste sich der Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB XII unmittelbar mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung bzw. an den Tag des Erlöschens der Ansprüche nach § 19 Absatz 2 SGB V anschließen. ² Anderenfalls wird eine obligatorische Anschlussversicherung begründet.

32.7.6 (Beitriffsfristen)

(1) ¹ Kommt eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht (z. B. nach Ende eines SGB II-Bezuges und anschließendem SGB XII-Bezug), sind die Leistungsberechtigten auf die Einhaltung der Beitriffsfristen der § 9 Absatz 2 SGB V und § 6 Absatz 2 Nummer 1 KVLG hinzuweisen und dabei zu unterstützen, eine entsprechende Beitriffsanzeige gegenüber der Krankenkasse abzugeben. ² Der Beitritt ist der Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft anzuzeigen. ³ Bei Leistungsberechtigten, die ununterbrochen Leistungen beziehen bzw. nach dem Ende einer Pflichtversicherung (z. B. wegen SGB II-Bezuges) umgehend Sozialhilfeleistungen erhalten, scheidet die obligatorische Anschlussversicherung gemäß § 188 Absatz 4 SGB V aus, sodass eine Beitriffsanzeige zwingend erforderlich ist. ⁴ Nach Verstreichen dieser Frist ist ein freiwilliger Beitritt in der Regel nicht mehr möglich. ⁵ Die formlose Beitriffsanzeige kann bei einem Träger der Sozialhilfe aufgenommen und an die Krankenkasse weitergeleitet werden.

32.7.7 (Beitragsbemessung durch die Krankenkassen)

(1) Die Festlegung der Höhe des Krankenversicherungsbeitrages erfolgt von der jeweiligen Krankenkasse auf Grundlage der jeweils gültigen Fassung der Einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler).

(2) Diese Grundsätze regeln das Nähere zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe des § 240 SGB V und für andere Mitglieder, für die § 240 SGB V für entsprechend anwendbar erklärt wird.

(3) ¹ Für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen (§ 227 SGB V) und für die Rentenantragsteller (§ 239 SGB V) gilt § 240 SGB V entsprechend. ² Für die Beitragsbemessung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel; (außerhalb von Einrichtungen sowie in Einrichtungen gemäß § 13 Absatz 2) gilt als beitragspflichtige Einnahmen das 2,67-fache der Regelbedarfsstufe 1. ³ Die Bemessungsgrundlage ändert sich somit regelmäßig einmal im Jahr zum 1. Januar. ⁴ Bei freiwillig Versicherten / Versicherungspflichtigen i. S. v. § 5 Absatz 1 Nummer

13 SGB V ohne SGB VI-Rente ergeben sich dadurch einheitliche Beträge für die Krankenversicherung (ohne Zusatzbeitrag) / Pflegeversicherung mit Zuschlag für Kinderlose / Pflegeversicherung ohne Zuschlag für Kinderlose. ⁵ Hinzu kommt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, bei dem ebenfalls die o. a. Bemessungsgrundlage gilt. ⁶ Bei Versicherungspflichtigen i. S. v. § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V mit SGB VI-Rente(n) richtet sich die Angemessenheit der Beträge nach der Differenz zwischen Bruttorente(n) und der o. a. Bemessungsgrundlage.

(4) Für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 KVLG Versicherungspflichtigen wird die Beitragsbemessung gemäß § 43 KVLG i. V. m. § 46 KVLG durch die Satzung geregelt.

32.7.8 (Vorversicherungszeiten)

32.7.8.1 (Vorversicherungszeiten bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht)

(1) Für eine freiwillige Weiterversicherung nach dem Ausscheiden aus einer Versicherungspflicht können die Vorversicherungszeiten nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V in zwei Varianten erfüllt werden:

1. ununterbrochen 12 Monate vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht
2. insgesamt 24 Monate innerhalb von 5 Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht (Rahmenfrist)

(2) Die 24 Monate der Rahmenfrist können im Laufe der 5 Jahre gestückelt erworben werden, z. B. durch abwechselnde Zeiten von Beschäftigung und SGB II-Leistungsbezug.

32.7.8.2 (Vorversicherungszeiten bei Ausscheiden aus der Familienversicherung)

(1) ¹ Nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung kann eine freiwillige Weiterversicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V begründet werden. ² Der Grund für das Ausscheiden ist unerheblich (Ausscheiden des Stammversicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Überschreitung der Altersgrenze familienversicherter Kinder, rechtskräftige Scheidung).

(2) ¹ Für die Weiterversicherung nach dem Ausscheiden aus einer Familienversicherung entsprechen die geforderten Vorversicherungszeiten denen beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. ² Aus der Familienversicherung ausscheidende Kinder können die Vorversicherungszeiten durch Zeiten der eigenen Versicherung oder aber durch Versicherungszeiten des Stammversicherten, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, erfüllen.

32.7.8.3 (Wahltarife)

¹ Sollten sich Leistungsberechtigte, die bereits gesetzlich krankenversichert sind oder sich gesetzlich krankenversichern können, für einen Wahltarif entscheiden, dürfen sie nur einen Wahltarif gemäß § 53 Absatz 3 SGB V abschließen. ² Alle anderen Wahltarife des § 53 SGB V sind ihnen verschlossen (Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattung),

sofern die Versicherungsbeiträge vollständig vom Träger der Sozialhilfe übernommen werden (§ 53 Absatz 8 Satz 6 SGB V).

32.7.8.4 (Übersicht über die Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erheben)

Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht auf seinem Internetauftritt eine Liste mit den Krankenkassen, die gemäß § 242 Absatz 5 SGB V einen Zusatzbeitrag erheben. Diese ist über folgenden Internet-Link erreichbar:

<https://www.gkv-spitzenverband.de/service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp>

32.7.8.5 (Ausschlusstatbestand nach § 5 Absatz 8a Satz 2 SGB V)

(1) Nicht der Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V unterliegen nach § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V Empfänger von laufenden Leistungen nach dem 3., 4., 6. bzw. 7. Kapitel SGB XII.

(2) Im Sinne dieser Vorschrift empfangen werden laufende Leistungen der Grundsicherung nach dem 4. Kap. SGB XII in dem Zeitraum, für den sie durch Bescheid des Sozialhilfeträgers zuerkannt werden.²⁰

(3) ¹ Für Personen, die während des Bezugs von ALG II versicherungspflichtig in der GKV sind, besteht der Leistungsanspruch in der GKV auch nach Ende der Pflichtmitgliedschaft wegen des Endes des SGB II-Bezugs. ² Dies gilt aber für längstens eines Monats, wenn keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. ³ Werden innerhalb dieses Monats laufende Leistungen der Sozialhilfe bezogen bzw. rückwirkend gewährt, bewirkt dieser Bezug auch einen Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach dem SGB XII - aber erst im nächsten Monat, nach Ablauf der Pflichtversicherung nach § 19 Abs. 2 SGB V.

(4) Die über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zum Mitglied der GKV gewordene Personen bleiben auch dann weiterhin Mitglied, wenn sie nach dieser Unterbrechung der Hilfezahlung wieder sozialhilfebedürftig werden.

(5) Von Seiten der Sachbearbeitung ist somit in diesen Fällen darauf hinzuwirken, dass die Hilfebedürftigen eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bei der Krankenkasse anzeigen.

32.7.8.6 (Krankenversicherung für Haftentlassene)

(1) ¹ Personen, die ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sind und zuletzt Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz hatten, unterliegen bei Haftentlassung grundsätzlich der nachrangigen Versicherungspflicht des § 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a) SGB V, wenn sie vor der Inhaftierung zuletzt krankenversichert waren. ² Es kommt hierbei nicht darauf an, dass die Person unmittelbar vor der Inhaftierung gesetzlich krankenversichert war. ³ Entscheidend ist vielmehr, dass die Person irgendwann zuvor gesetzlich krankenversichert war (ggf. auch als Ehegatte oder

²⁰ vgl. BSG, Urteil vom 06.10.2010, B 12 KR 25/09 R

Kind im Rahmen der Familienversicherung) und zwischenzeitlich keine private Krankenversicherung abgeschlossen wurde.

(2) Für den Bereich der privaten KV gilt indes Entsprechendes; d. h., diese Personen sind zum Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet.

32.8.0 (Anlage 2: Liste der Solidargemeinschaften nach § 176 Absatz 1 SGB V)

Liste der Solidargemeinschaften, denen das Bundesministerium für Gesundheit das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen nach § 176 Absatz 1 SGB V und die Vorlage eines testierten Gutachtens über die dauerhafte Leistungsfähigkeit bestätigt hat (Stand: 2. Mai 2022):

1. Solidago – Bundesverband Solidargemeinschaft für Gesundheit e. V.
Kurpfalzring 77
69123 Heidelberg
(Registergericht: Amtsgericht Mannheim, Registernummer: VR 333711)
(Antragseingang am: 27.10.2021)
2. Samarita Solidargemeinschaft e. V.
Altenwall 17/18
28195 Bremen
(Registergericht: Amtsgericht Bremen, Registernummer: 7114 HB)
(Antragseingang am: 02.12.2021)
3. Werk gegenseitiger Hilfe des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V.
Stiftstraße 2
67655 Kaiserslautern
(Registergericht: Amtsgericht Kaiserslautern, Registernummer: VR 2400)
(Antragseingang am: 03.12.2021)
4. Spargemeinschaft und Unterstützungskasse der Polizei Münster von 1974 e. V.
Werneweg 83
48163 Münster
(Registergericht: Amtsgericht Münster, Registernummer: VR 5970)
(Antragseingang am: 20.12.2021)
5. Spar- und Unterstützungsverein von Polizeibeamten im Oldenburger-Münsterland e. V.
Bahnhofstraße 9

49377 Vechta

(Registergericht: Amtsgericht Oldenburg, Registernummer: VR 150500)

(Antragseingang am: 27.12.2021)

6. Unterstützungskasse der Bediensteten der Justizvollzugsanstalt e. V.

Postfach 12 03 28

33652 Bielefeld

(Registergericht: Amtsgericht Bielefeld, Registernummer: VR 4059)

(Antragseingang am: 14.01.2022)

7. Evangelischer Pfarrverein in Baden e. V.

Reinhold-Frank-Straße 35

76133 Karlsruhe

(Registergericht: Amtsgericht Mannheim, Registernummer: 100617)

(Antragseingang am: 22.12.2021)

8. Evangelischer Pfarrverein in Württemberg e. V.

Hackländerstraße 36

70184 Stuttgart

(Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Registernummer: VR 2394)

(Antragseingang am: 22.12.2021)

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

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 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.

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 165,00 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35,00 Euro (fiktive Beiträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beträgt 250,00 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 50,00 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.

Beispiel 1:

Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165,00 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35,00 Euro (fiktive Beiträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich auf 30,00 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 30,00 Euro ausgezahlt; die Beitragszahlung an die Krankenkasse obliegt ihr selbst.

Beispiel 2:

Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165,00 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35,00 Euro (fiktive Beiträge). Von der Krankenkasse der leistungsberechtigten Person wird ein monatlicher Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung von 20,00 Euro erhoben (fiktiver Betrag) - es sind insgesamt also monatlich 220,00 Euro an die Krankenkasse zu entrichten. Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich auf 210,00 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 leistungsberechtigten Person wird somit die Leistung in Höhe von 210,00 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 165,00 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35,00 Euro (fiktive Beiträge). Der monatliche Zahlungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich auf 170,00 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 Leis-

tung 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 (165,00 Euro) und zur sozialen Pflegeversicherung (35,00 Euro) (fiktive Beträge) Anspruch auf Grundsicherung in Höhe von 180,00 Euro (Bewilligung 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 30,00 Euro erhöht hat. Der Bewilligungsbescheid wird daraufhin mit Wirkung ab März zugunsten der leistungsberechtigten Person aufgehoben und der Grundsicherungsanspruch auf 210,00 Euro festgesetzt. Zugleich wird für den Monat März eine Nachzahlung von 30,00 Euro veranlasst.

Zwar ist der Leistungsanspruch ab März 210,00 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** umzusetzen.

Beispiel:

Der nach § 32 als Bedarf anerkannte Beitrag zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 165,00 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35,00 Euro (fiktive Beträge), während der Bedarf für Unterkunft und Heizung 300,00 Euro beträgt. Der monatliche Leistungsanspruch der leistungsberechtigten Person beläuft sich nach Berücksichtigung aller Bedarfe und des Einkommens auf 400,00 Euro. Eine Direktzahlung der vorgenannten Bedarfe (insgesamt 500,00 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.

(5) ¹ Beiträge zu Solidargemeinschaften nach § 32 Absatz 4a (vgl. 32.4a.0 ff.) sind nicht von der Direktzahlungspflicht des Absatzes 2 umfasst. ² In der Folge ergeben sich auch keine diesbezüglichen Informationspflichten nach Absatz 2 Satz 3 und 4 (vgl. 32a.2.5 f.). ³ Eine Direktzahlung des monatlichen Beitrags an die Solidargemeinschaft ist jedoch auf Wunsch der leistungsberechtigten Person gemäß § 43a Absatz 3 Satz 2 möglich.

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 (165,00 Euro und zur sozialen Pflegeversicherung 35,00 Euro (fiktive Beträge)), besteht ein Einkommensüberschuss von 100,00 Euro.

Durch eine Betriebskostennachforderung in Höhe von 400,00 Euro besteht in dem Monat, in dem diese fällig ist, ein Grundsicherungsanspruch in Höhe von 300,00 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 (165,00 Euro) und zur sozialen Pflegeversicherung (35,00 Euro) (fiktive Beträge) Anspruch auf Grundsicherung in Höhe von 100,00 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 200,00 Euro erhöht sich in dem Monat, in dem diese fällig ist (vgl. 35.1.5.3), der Grundsicherungsanspruch einmalig auf 300,00 Euro (ab dem Folgemonat besteht wieder ein Anspruch auf 100,00 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 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.

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).

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.

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).

32a.4.0 (Versorgung von nicht versicherten Leistungsempfängern)

¹ Sofern eine Versicherung in Form einer der o.g. Varianten nicht möglich ist, besteht die Alternative einer Anmeldung nach § 264 SGB V. ² In diesem Falle erfolgt die Übernahme der Kosten zunächst durch die Krankenkasse. ³ Der Hilfeempfänger erhält eine entsprechende Krankenversicherungskarte. ⁴ Gleichzeitig erfolgt eine Kostenerstattung der Aufwendungen durch das Kreissozialamt an die Krankenkasse (§ 264 Abs. 7 SGB V).

32a.4.1 (Anmeldung nach § 264 SGB V)

¹ Neuanmeldungen nach § 264 SGB V stellen absolute Sonderfälle dar, die nur als letztmögliche Alternative gewählt werden dürfen. ² Vor einer Anmeldung nach § 264 SGB V sind zunächst alle Möglichkeiten einer anderweitigen Versicherung auszuschöpfen.

32a.4.2 (Umgang mit bereits nach § 264 SGB V versicherten Personen)

¹ Ein in der Praxis häufig auftretender Fall ist die Übernahme eines bereits bei einem anderen Träger nach § 264 SGB V versicherten Falles. ² In diesen Fällen ist keine ungeprüfte Weiterführung der Anmeldung durchzuführen. ³ Vielmehr sind trotz der bisherigen Anmeldung nach § 264 SGB V Prüfungen einer möglichen vorrangigen Versicherungsmöglichkeit für die Zukunft anzustellen. ⁴ Eine Richtigkeit der bisherigen Anmeldung nach § 264 SGB V muss nicht zwangsläufig gegeben sein.

32a.4.3 (Verfahren der Anmeldung nach § 264 SGB V)

(1) Sofern nach Überprüfung des Leistungsfallles eine Anmeldung nach § 264 SGB V als einzige Alternative in Betracht kommt, ist der Fall dem Kreissozialamt zur endgültigen Entscheidung zu übersenden. Hierzu ist Anlage 4 auszufüllen.

(2) Dieses Verfahren dient, aufgrund der Komplexität der Materie, einer Prävention von Vermögenseigenschäden deren Anzeige bei einer nicht sachgemäßen Anmeldung nach § 264 SGB V erfolgen müssten.

(3) ¹ Aufwendungen für nicht versicherte Hilfebedürftige stellen in diesem Zusammenhang einen nicht unerheblichen finanziellen Aufwand dar. ² Fernerhin entfallen die Leistungen der Pflegeversicherung.

(4) ¹ Das Kreissozialamt trifft nach Überprüfung die Entscheidung, ob eine Anmeldung nach § 264 SGB V zu erfolgen hat und gibt den Leistungsfall mit einer entsprechenden Stellungnahme zur weiteren Veranlassung an die zuständige Kommune zurück. ² Die Zahlungsabwicklung erfolgt durch das Kreissozialamt.

(5) ¹ Von der vorgenommenen Anmeldung bei einer Krankenkasse ist dem Kreissozialamt eine Durchschrift zu übersenden. ² Sobald der Leistungsfall eingestellt wird, ist unverzüglich eine Abmeldung vorzunehmen und hiervon ebenfalls eine Durchschrift an das Kreissozialamt zu übersenden. ³ Bei einem Umzug innerhalb des Kreisgebietes ist von der Kommune des Wegzugsortes eine Abmeldung vorzunehmen. ⁴ Vor einer Anmeldung durch den Zuzugsort ist ebenfalls das zuvor genannte Verfahren durchzuführen.

(6) Aufgrund der finanziellen Auswirkungen einer Anmeldung nach § 264 SGB V ist der Fall bei Änderungen in den persönlichen Verhältnissen stets auf anderweitige Krankenversicherungsmöglichkeiten zu überprüfen. Sofern sich dabei Fragen ergeben, steht das Kreissozialamt unterstützend zur Verfügung.

33 Bedarfe für die Vorsorge (§ 33 SGB XII)

33.1.0 (Regelungsziel)

¹ Absatz 1 regelt die Übernahme von Beiträgen für eine Altersvorsorge, um eine Alterssicherung auch im Falle des Bezugs von Leistungen der Grundsicherung in einem begrenzten Umfang fortsetzen zu können. ² Dadurch soll erreicht werden, dass eine Mindestanzahl an Beiträgen (bzw. in der gesetzlichen Rentenversicherung: Wartezeiten) erzielt wird, die zu zahlbaren Rentenleistungen führen. ³ Durch die Erfüllung versicherungsrechtlicher bzw. vertraglicher Leistungsvoraussetzungen in den unterschiedlichen Formen der Altersvorsorge soll damit der Eintritt von Hilfebedürftigkeit im Alter verhindert oder zumindest das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit vermindert werden.

33.1.1 (Angemessene Alterssicherung)

(1) ¹ Aufwendungen für die Alterssicherung sind nicht angemessen, wenn - bei prognostischer Betrachtung - bereits hinreichend sichergestellt ist, dass die leistungsnachsuchende Person Grundsicherung im Alter nicht in Anspruch nehmen müssen. ² Es ist daher zu prüfen, ob Anwartschaften für eine Altersvorsorge oder auch die bereits bezogenen Alterssicherungsleistungen ausreichen, um zusammen mit anderen eigenen Mitteln den notwendigen Lebensunterhalt i. S. d. § 27a Absatz 1 zu decken. ³ Zu berücksichtigen sind deshalb neben eigenem (Alters-)Einkommen (z. B. eigene zu erwartende Altersrente, Kapitallebensversicherung) und Vermögen auch ggf. anderweitig zu erwartende Leistungen und Einnahmen, etwa Unterhaltsansprüche, die zu erwartende Altersrente des Ehepartners/ der Ehepartnerin bzw. des Partners/ der Partnerin in eheähnlicher Lebensgemeinschaft. ⁴ Ist zumindest eine Alterssicherung in Höhe des notwendigen Lebensunterhalts i. S. d. § 27a Absatz 1 bereits gesichert, scheidet eine Anerkennung des Bedarfs nach Absatz 1 aus. ⁵ Ist dies hingegen nicht gesichert, ist keine angemessene Alterssicherung vorhanden, weshalb die Anerkennung eines Bedarfs nach Absatz 1 (bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen) in Betracht kommen kann.

(2) ¹ Nach der gebotenen Sachverhaltsaufklärung dürfen an die Prognoseentscheidung, soweit sie auch von unbekannten Faktoren abhängt (Lebensdauer, zukünftige Regelsätze) hinsichtlich ihrer Genauigkeit keine überstrengen Maßstäbe angelegt werden. ² Ist die Prognose hinsichtlich der Angemessenheit der Alterssicherung eher unsicher, ist dies im Rahmen des Ermessens zu berücksichtigen [vgl. 33.1.5 (2)].

(3) ¹ Maßgeblicher Zeitpunkt für die Prognose ist der Zeitpunkt der letzten behördlichen Entscheidung. ² War die Prognose zu diesem Zeitpunkt zutreffend und stellt sie sich später als unrichtig heraus, berührt dies nicht die Rechtmäßigkeit der ursprünglichen Leistungsentscheidung. ³ Ggf. ist zu prüfen, ob die Leistungsentscheidung für die Zukunft bzw. ab Änderung der Verhältnisse aufzuheben ist.

33.1.2 (Arten der Aufwendungen zur Alterssicherung)

(1) ¹ Absatz 1 Satz 2 benennt beispielhaft fünf Arten von Aufwendungen zur Alterssicherung, die als Bedarf in Betracht kommen:

- Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung (Nummer 1); dies schließt sowohl Beiträge für eine freiwillige Versicherung innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung i. S. d. § 7 SGB VI als auch Beitragsnachzahlungen zur gesetzlichen Rentenversicherung i. S. d. §§ 204 ff. SGB VI ein,
- Beiträge zur landwirtschaftlichen Alterskasse (Nummer 2), dies sind neben Pflichtbeiträgen auch z. B. Beiträge für freiwillige Weiterversicherung von Ehegatten ehemaliger Landwirte und Personen, die zuletzt als Landwirt versichert waren und nicht mehr versicherungspflichtig sind
- Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen, die den gesetzlichen Rentenversicherungen vergleichbare Leistungen erbringen (z. B. Ärzte/innen, Apotheker/innen, Architekten/innen, Notare/innen, Rechtsanwälte/innen, Steuerberater/innen, Tierärzte/innen, Wirtschaftsprüfer/innen, Zahnärzte/innen) (Nummer 3),
- Beiträge für eine eigene kapitalgedeckte private Altersvorsorge in Form einer lebenslangen Leibrente, wenn der Vertrag nur die Zahlung einer monatlichen, auf das Leben des Steuerpflichtigen bezogenen lebenslangen Leibrente nicht vor Vollendung des 60. Lebensjahres vorsieht („Basisrente oder Rürup-Rente“) (Nummer 4),
- geförderte Altersvorsorgebeträge nach § 82 EStG, soweit sie den Mindesteigenbeitrag (§ 86 EStG) oder den ggf. an dessen Stelle tretenden Sockelbetrag (§ 86 Absatz 1 Satz 4 und 5 EStG) nicht überschreiten (z. B. „Altersvorsorgevertrag oder Riester-Rente“, Einzahlungen in Pensionskassen/Pensionsfonds, Zusatzversorgungskassen oder Direktversicherungen) (Nummer 5).

² Als weitere Aufwendung können bspw. auch der Altersvorsorge dienende Kapitallebensversicherungen in Betracht kommen. ³ Voraussetzung ist jedoch, dass sie aufgrund einer unwiderruflichen vertraglichen Vereinbarung weder vor dem Ruhestand verwertbar sind, noch, dass sie nur eine Einmalzahlung im Alter zum Gegenstand haben; vielmehr muss eine laufende Zahlung gewährleistet sein. ⁴ Ohne diese entsprechenden Vereinbarungen können Aufwendungen für solche Vorsorgeformen nicht als Bedarfe nach Absatz 1 anerkannt werden.

(2) Sind bislang keine Rentenanwartschaften entstanden und wurden auch im Vorweg noch keinerlei Beiträge für eine andere Form der Altersvorsorge erbracht, kommen Leistungen nach Absatz 1 nicht in Betracht.

33.1.3 (Erforderlichkeit der Aufwendungen)

(1) ¹ Nach Absatz 1 können nur solche Aufwendungen als Bedarfe anerkannt werden (erforderliche Aufwendungen), die auf das Erreichen einer angemessenen Alterssicherung gerichtet sind. ² Es ist daher mittels einer Prognose zu prüfen, ob unter Anerkennung des Bedarfs nach Absatz 1 eine spätere Abhängigkeit von Grundsicherungsleistungen vermieden oder verringert werden kann und in welchem Umfang Aufwendungen nach Absatz 1 deshalb als Bedarf in Betracht kommen. ³ Anhaltspunkte zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Aufwendungen können u. a. sein:

- Alter der hilfebedürftigen Person,

- absehbare künftige Verhältnisse,
- die zu erwartende Höhe und Dauer der Beitragszahlungen,
- unwiederbringlicher Verlust von Beitragszeiten, wenn Beiträge nicht weiterbezahlt werden,
- erhebliche Einbußen bei der zu erwartenden Rente.

⁴ Zur Ermittlung möglicher Deckungslücken kann auf die aktuelle Rentenauskunft nach § 109 SGB VI sowie auf Auskünfte anderer Leistungserbringer (z. B. Versorgungswerke, private Versicherungsunternehmen) zurückgegriffen werden.

(2) ¹ Hat die beantragte Anerkennung von Beiträgen zur Alterssicherung als Bedarf, z. B. nach § 7 SGB VI, die **Erfüllung der erforderlichen Wartezeiten** von fünf Jahren für eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 50 SGB VI) zum Gegenstand, ist zu prüfen, ob auch ohne die Anerkennung der Beiträge als Bedarf durch den Träger der Sozialhilfe die erforderlichen Versicherungszeiten erfüllt werden können. Zu berücksichtigen sind hierbei u. a. die persönlichen Verhältnisse der Leistungsnachsuchenden Person (Alter, dauerhafte volle Erwerbsminderung). Dabei sind neben Beitragszeiten aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit und freiwilligen Beiträgen auch Rentenanwartschaften aus Kindererziehungszeiten (§§ 56 f. SGB VI), aus Beitragsentrichtung für Pflegepersonen (§ 44 SGB XI) oder wegen eines Versorgungsausgleichs (nach Ehescheidung) zu berücksichtigen.

(3) ¹ § 33 enthält keine Garantie einer über dem Sozialhilfeniveau liegenden Alterssicherung. ² Welche Alterssicherung i. S. d. § 33 Absatz 1 angemessen ist, ist eine Frage des Einzelfalls. ³ Die Angemessenheitsprüfung kann sich dabei an unterschiedlichen Kriterien ausrichten. ⁴ Ist Ziel die Vermeidung von Hilfebedürftigkeit, dann richtet sich die Angemessenheit der Beiträge (Anzahl und Höhe) nach der dafür erforderlich gehaltenen Rentenhöhe. ⁵ Dabei ist keine „Punktlandung“ auf einem Rentenzahlungsbetrag in Höhe des Lebensunterhaltsbedarfs möglich. ⁶ Denn weder die künftige Rentenhöhe noch der künftige Bedarf für den Lebensunterhalt lassen sich exakt beziffern. ⁷ Ist Ziel die Verminderung von Hilfebedürftigkeit im Alter, dann wird die Anzahl der fehlenden Beitragsmonate zur Erfüllung der Wartezeit ein wichtiges Kriterium sein. ⁸ Insofern ist zu prüfen, für wie viele Beitragsmonate der Mindestbetrag zu entrichten ist, damit sich die Hilfebedürftigkeit verringert.

(4) ¹ Bei privaten Versicherungen ist zudem zu prüfen, ob die Alterssicherung (vorübergehend) beitragsfrei oder beitragsgemindert fortgeführt werden kann und welche Folgen sich hieraus auf die zu erwartende Versicherungsleistung ergeben. ² Führt eine Beitragsfreistellung dazu, dass eine Versicherungsleistung auf Sozialhilfeniveau nicht mehr erzielt werden kann, dann gelten die Erwägungsgründe für die Übernahme freiwilliger Rentenversicherungsbeiträge entsprechend. ³ Wenn eine Prämienzahlung in begrenztem Umfang oder nur für einen kurzen Zeitraum möglich ist, um die Versicherungsleistung in voller Höhe zu erhalten oder zu erhöhen, ist hingegen i. d. R. von der Erforderlichkeit der Beiträge für die private Versicherung auszugehen.

(5) Weil auch die Prognoseentscheidung zur Erforderlichkeit der Aufwendungen von teils unbekannten Faktoren abhängen kann, gelten die Ausführungen unter 33.1.1 (2) insofern entsprechend.

33.1.4 (Verhältnis Bedarf und Einkommen)

¹ Die Aufwendungen für eine angemessene Altersvorsorge kommen als Bedarf nur dann in Betracht, soweit sie nicht vom anrechenbaren Einkommen gemäß § 43 i. V. m. § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 (zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden § 82 ohne die Verweisungsnorm des § 43 bezeichnet) als Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen abgesetzt werden können. ² Aufwendungen für eine angemessene Altersvorsorge sind somit zunächst vorrangig im Rahmen der Einkommensbereinigung nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 vom Einkommen abzusetzen und erst soweit eine Berücksichtigung in der Einkommensbereinigung nicht möglich ist, ist eine Berücksichtigung des (insoweit verbleibenden) Restbetrags als Bedarf möglich.

Fallgruppe 1:

Die leistungsnachsuchende Person erzielt kein Einkommen. Damit können die angemessenen Aufwendungen zur Vorsorge (fiktiv 50,00 Euro) nicht aus einem eigenen Einkommen abgesetzt werden und sind daher vollständig als Bedarf zu berücksichtigen.

Fallgruppe 1:	Bedarf	Einkommen	0,00
	446,00		
Regelsatz nach RBS 1	300,00		
Bedarf Unterkunft und Heizung	50,00		
Bedarf Vorsorge			
	796,00		
Gesamtbedarf	0,00	Anzurechnendes Einkommen	0,00
Abzüglich Einkommen	796,00		
Leistungsanspruch			

Fallgruppe 2:

Sollten die angemessenen Aufwendungen zur Vorsorge (fiktiv 50,00 Euro) vollständig bei der Einkommensbereinigung abzusetzen sein, ergibt sich kein nach § 33 anzuerkennender Bedarf.

Fallgruppe 2:	Bedarf	Einkommen	300,00
----------------------	---------------	------------------	---------------

Zusätzliche Bedarfe

Regelsatz nach RBS 1	446,00	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 1	0,00
Bedarf Unterkunft und Heizung	300,00	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	0,00
Bedarf Vorsorge	0,00	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 3	50,00
		§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 4	0,00
Gesamtbedarf	746,00	Anzurechnendes Einkommen	250,00
Abzüglich Einkommen	250,00		
Leistungsanspruch	496,00		

Fallgruppe 3:

Soweit die angemessenen Aufwendungen zur Vorsorge (fiktiv 50,00 Euro) nur teilweise bei der Einkommensbereinigung abgesetzt werden können, ist der verbleibende Restbetrag sodann als Bedarf nach § 33 der Berechnung zugrunde zu legen. Es ist also möglich, dass die angemessenen Aufwendungen zur Vorsorge sowohl zunächst teilweise in der Einkommensbereinigung als auch anschließend teilweise als Bedarf zu berücksichtigen sind.

Fallgruppe 3:	Bedarf	Einkommen	40,00
Regelsatz nach RBS 1	446,00	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 1	0,00
Bedarf Unterkunft und Heizung	300,00	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 2	0,00
Bedarf Vorsorge	10,00	§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 3	40,00
		§ 82 Abs. 2 S. 1 Nr. 4	0,00
Gesamtbedarf	756,00	Anzurechnendes Einkommen	0,00
Abzüglich Einkommen	0,00		
Leistungsanspruch	756,00		

33.1.5 (Ermessen)

(1) ¹ Liegen die Voraussetzungen des Absatzes 1 vor, hat der Träger der Sozialhilfe nach pflichtgemäßem **Ermessen** über die Übernahme der in Absatz 1 benannten Beiträge als

Rechtsfolge zu entscheiden. ² Hierbei sind sämtliche Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. ³ Zu den Ermessenserwägungen im Allgemeinen wird auf die Ausführungen zu § 32 verwiesen [vgl. 32.4.3 (4)].

(2) ¹ Gesichtspunkte für die Ausübung des Ermessens nach Absatz 1 sind vorrangig wirtschaftliche Erwägungen. ² Es sind daher die voraussichtlichen Kosten nach Absatz 1 den voraussichtlichen Kosten einer späteren Leistungsübernahme gegenüberzustellen. ³ Eine Anerkennung von Beiträgen als Bedarf wird daher v. a. in Betracht kommen, wenn nur noch eine geringe Anzahl von Beiträgen zur Erlangung eines Versicherungsschutzes erforderlich ist (z. B. wenn die Wartezeit der gesetzlichen Rentenversicherung fast erfüllt ist). ⁴ Zu berücksichtigen ist ferner die Sicherheit der Prognose über die künftige Alterssicherung. ⁵ Je länger der Prognosezeitraum ist, desto mehr Unsicherheiten ergeben sich in der Regel hinsichtlich des weiteren Verlaufs. ⁶ Eine relativ sichere Prognose wird dagegen regelmäßig dann möglich sein, wenn die leistungsnachsuchende Person im fortgeschrittenen Alter ist (sog. rentennaher Jahrgang), bereits selbst für ihr Alter vorgesorgt hat und nur geringfügige Beitragszeiten fehlen. ⁷ Ist die Prognose hinsichtlich der Angemessenheit der Alterssicherung und der Erforderlichkeit der Aufwendungen sehr unsicher, wird es unter Ermessensgesichtspunkten in der Regel nicht zu beanstanden sein, wenn die Übernahme der Beiträge zur Alterssicherung abgelehnt wird, wobei im Zeitablauf eine erneute Prüfung angezeigt sein kann, denn mit steigendem Alter einer leistungsberechtigten Person nimmt die Prognoseunsicherheit ab.

33.2.0 (Regelungsziel)

¹ Absatz 2 hat die Deckung von Bestattungskosten durch die Anerkennung von Aufwendungen zur Erlangung eines Anspruchs auf ein Sterbegeld zum Gegenstand. ² Mit der Vorschrift soll es ermöglicht werden, eine zu Beginn des Leistungsbezugs bereits bestehende Sterbegeldversicherung fortzusetzen. ³ Auf diese Weise können besondere Härten vermieden werden, die dadurch entstehen, dass eine solche Sterbegeldversicherung aus eigenen Mitteln nicht weitergeführt werden kann.

33.2.1 (Sterbegeld)

(1) ¹ Sterbegeldversicherungen sind der Sache nach Sparverträge auf den Todesfall, seltener auch lebenslängliche Kapitallebensversicherungen auf den Todesfall mit einer relativ niedrigen Versicherungssumme. ² Es können aber auch besondere Formen der Sicherung eines Sterbegeldanspruches in Betracht kommen, etwa Beiträge für einen Feuerbestattungsverein oder eine Sterbekasse. ³ Gemeinsam ist allen Sterbegeldversicherungen, dass sie die Bestattungskosten und andere unmittelbar damit verbundene Aufwendungen abdecken sollen. ⁴ D. h., dass normale Lebensversicherungen oder reine Ansparverträge oder reine Girokontoguthaben, die nicht der Sterbevorsorge dienen, ausgeschlossen sind.

(2) ¹ Entscheidend für die Einordnung als Sterbegeldversicherung bzw. vergleichbare Sicherungsformen ist die objektive und subjektive Zweckbestimmung der Versicherung als Sterbegeldversicherung. ² Dies setzt voraus, dass die leistungsnachsuchende Person diese Zweckbestimmung eindeutig und verbindlich getroffen und in einer zum Nachweis geeigneten Form textlich niedergelegt hat. ³ Anzuerkennen sind Bestattungsvorsorgeverträge, die Abtretung eines Sparbuchs an den Bestatter oder eine Sterbegeldversicherung, wenn eine vertragliche Disposition besteht, die eine andere Zweckverwendung des

Vermögens zumindest wesentlich erschwert. ⁴ Anhaltspunkte für die Art der Sicherungsform können die Bezeichnung der Versicherung, ihre Laufzeit (bis zum Tod) aber auch die Höhe der Prämie sowie der vereinbarte Endbetrag bei Sparformen oder die Versicherungssumme bei versicherungsmäßiger Ausgestaltung sein. ⁵ Anhaltspunkte zur Zweckbestimmung sind den Vertragsinhalten zu entnehmen. ⁶ Sollte die Zweckbindung der Sterbegeldversicherung zweifelhaft sein, kann verlangt werden, dass die Vereinbarung im Nachhinein ergänzt wird, damit die Aufwendungen übernommen werden. ⁷ Ergänzungen können z. B. darin bestehen, dass die Verfügbarkeit über die Sterbegeldversicherung zu Lebzeiten unwiderruflich, dauerhaft ausgeschlossen wird (Sperrvermerk) und dass ein Bezugsberechtigter aufgenommen wird, den die Sterbegeldversicherung zur Kostenübernahme für die Beerdigung bis zur Höhe des Sterbegeldes verpflichtet.

33.2.2 (Vor Beginn der Leistungsberechtigung)

¹ Voraussetzung für die Anerkennung von Aufwendungen für ein Sterbegeld als Bedarf ist, dass die Aufwendungen bereits vor Beginn der Leistungsberechtigung entstanden sind. ² D. h., die Aufwendungen müssen auf einem Vertrag beruhen, der vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit abgeschlossen wurde. ³ Die leistungsnachsuchende Person hat den Vertragsbeginn gemäß § 60 SGB I nachzuweisen. ⁴ Dafür sind der Sterbegeldversicherungsvertrag bzw. bei anderen Formen der Sicherung eines Sterbegeldanspruchs entsprechende Nachweise vorzulegen.

33.2.3 (Angemessenheit der Höhe des Sterbegeldes)

¹ Ob ein Sterbegeld angemessen ist, ist unter Berücksichtigung des Einzelfalles zu beurteilen. ² Die Angemessenheit der vereinbarten Höhe des Sterbegeldes bestimmt sich dabei nach den Mitteln, die für eine angemessene Bestattung aufzuwenden sind. ³ Abzustellen ist hierbei auf die ortsüblichen Kosten einer würdevollen Bestattung einschließlich Nebenkosten. ⁴ Zu den angemessenen Bestattungskosten gehören unter Berücksichtigung des örtlichen geltenden Bestattungsrechts insbesondere öffentlich-rechtliche Gebühren sowie die ortsüblichen Kosten für Leichenwaschung, Sargkosten, Grabkosten. ⁵ Hinzu kommen insbesondere die ortsüblichen Kosten für einen Grabschmuck sowie die örtlichen Gebühren beziehungsweise Kosten für eine dem religiösen Bekenntnis Rechnung tragenden Bestattung. ⁶ Generelle Empfehlungen können aufgrund der unterschiedlichen Verhältnisse vor Ort nicht ausgesprochen werden. ⁷ Insgesamt ist bei der Angemessenheit der Individualitätsgrundsatz zu beachten, was ggf. auch angemessene Wünsche für den Ort sowie die Art der Bestattung (z. B. Feuerbestattung, unterschiedliche Formen der Erdbestattung oder Seebestattung) umfasst.

33.2.4 (Angemessenheit der Höhe der Aufwendungen)

¹ Neben der Höhe des Sterbegeldes müssen auch die Höhe der monatlichen Aufwendungen für die Versicherungs- bzw. Sparverträge angemessen sein. ² Davon ist auszugehen, wenn das Verhältnis von Beiträgen und Auszahlungssumme ausgewogen ist. ³ Zu berücksichtigen ist dabei auch die Laufzeit der Verträge, also die Anzahl der monatlichen Einzahlungen. ⁴ Zwecks Prüfung der Angemessenheit der Höhe der Aufwendungen kann ein Vergleich der Konditionen unterschiedlicher Sterbegeldversicherungen durchgeführt werden.

33.2.5 (Verhältnis Bedarf und Einkommen)

¹ Aufwendungen für eine Sterbegeldversicherung kommen – wie auch die Aufwendungen nach Absatz 1 - als Bedarf nur dann in Betracht, soweit sie nicht nach § 82 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 vom Einkommen abgesetzt werden. ² Insoweit gelten die Ausführungen zu Absatz 1 entsprechend (vgl. 33.1.4).

33.2.6 (Gebundene Entscheidung)

¹ Liegen die Voraussetzungen des Absatzes 2 vor, hat der Sozialhilfeträger die Aufwendungen als Bedarf anzuerkennen. ² Ein Ermessen zur Rechtsfolge ist nicht auszuüben.