

Rechtsprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser

Bundestagung der
BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Forum V am 10.11.2011



„Es soll kein Armer unter Euch sein“ - Für den
Geschäftsbericht 2010 der Diakonie hat Harald Hauswald
zum Thema "Armut" fotografiert

Dr. Annika Lange

**Stabsstelle Vorstand Sozialpolitik
Diakonisches Werk der EKD e.V.**

Rechtsprobleme bei der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser

A. Gesundheitliche Versorgung nach dem SGB V mit Exkursen zur PKV

- I. Ausgangsfrage: Kann das Regelsystem die gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser sicherstellen?
- II. Historie - Gesundheitsreformen seit 2000 (ausgewählt)
- III. Versicherung in der gesetzliche Krankenversicherung nach dem SGB V
- IV. Beitragssätze und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in der GKV
- V. Versorgungslücken durch Ruhen des Anspruchs oder Ende der Mitgliedschaft?
- VI. Zuzahlungen
- VII. Satzungsleistungen
- VIII. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen, Drittstaatler/innen und Asylbewerber/innen

B. Wohnungslosenhilfe

- I. Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V
- II. Hilfe nach dem SGB XII

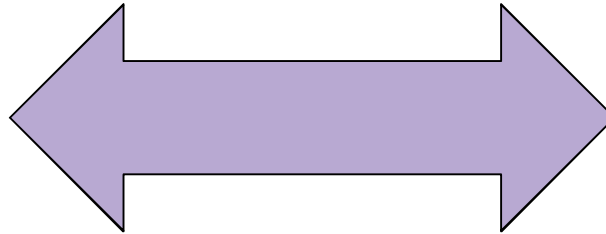
C. Fazit

A. Gesundheitliche Versorgung nach dem SGB V mit Exkursen zur PKV

I. Ausgangsfrage: Kann das Regelsystem die gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser sicherstellen?

„Das System der kassenärztlichen Versorgung ist funktionsfähig und für den Personenkreis wohnungsloser Menschen leistungsfähig.
→ Es muss daher Ziel aller Anstrengungen sein, die Betroffenen zur Nutzung des Regelsystems zu motivieren.“

Spannungsfeld

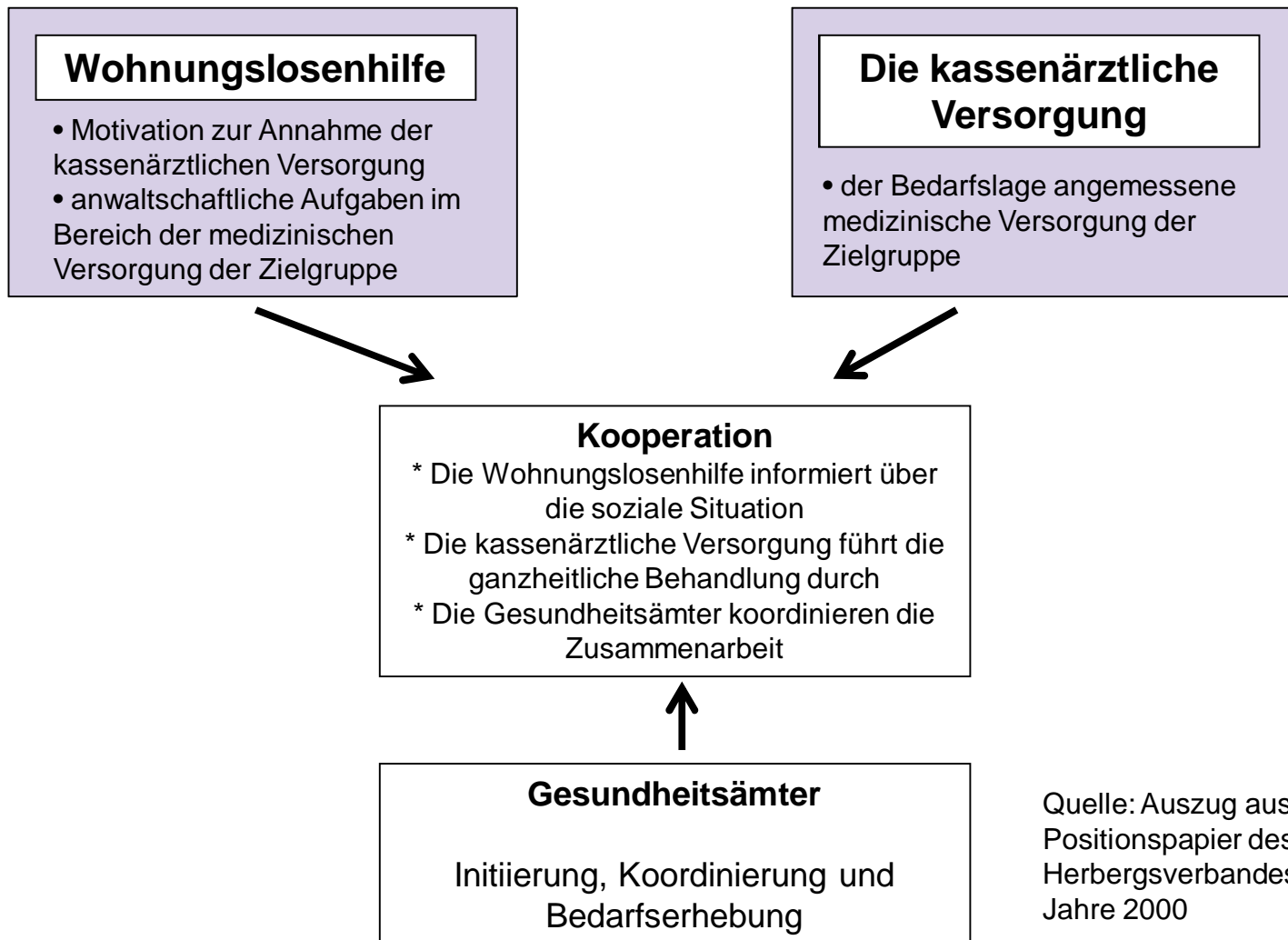


„Das System der kassenärztlichen Versorgung kann keine angemessene medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen sicherstellen.
→ Es muss daher Ziel sein, eine ergänzende Versorgung zu etablieren und eine eigene mediz. Zusatzqualifikation zu entwickeln.“

Quelle: Auszug aus dem Positionspapier des Westfälischen Herbergsverbandes e.V. aus dem Jahre 2000:

„Konsens besteht in den Diskussionen in der Feststellung, dass es an der Schnittstelle zwischen dem „Leben in besonderen Lebensverhältnissen“ (Leben auf der Straße, Leben in Armut) und dem System der kassenärztlichen Versorgung einen Bruch gibt, der die medizinische Versorgung des Personenkreises erschwert, wenn nicht gar verhindert.“

I. Ausgangsfrage: Kann das Regelsystem die gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser sicherstellen?



Quelle: Auszug aus dem Positionspapier des Westfälischen Herbergsverbandes e.V. aus dem Jahre 2000

II. Historie - Gesundheitsreformen seit 2000 (ausgewählt)

■ 2003/2004: GKV-Modernisierungsgesetz (Inkrafttreten am 01. Januar 2004)

- Regierung erhöhte die Eigenbeteiligung der Patienten/innen umfassend:
 - 10 Euro Praxisgebühr pro Quartal,
 - 10 Prozent Zuzahlung bei Arznei- und Hilfsmitteln – mindestens fünf und höchstens zehn Euro,
 - 10 Euro pro Krankenhaustag begrenzt auf 28 Tage
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Fahrtkosten (zu ambulanten Behandlungen) und Brillen müssen komplett von dem/der Patienten/in getragen werden
- Entbindungs- und Sterbegeld werden gestrichen
- Die Belastungsobergrenze für Zuzahlungen betrug seitdem zwei Prozent (für chronisch Kranke ein Prozent) des jährlichen Bruttoeinkommens

■ 2006: Einigung im Koalitionsausschuss

- Allen Bürgern/innen, die zur Zeit keinen Versicherungsschutz haben, muss die Rückkehr in eine Krankenversicherung ermöglicht werden.

II. Historie - Gesundheitsreformen seit 2000 (ausgewählt)

- **2007: GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Inkrafttreten am 01. April 2007)**
 - Ziel: Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung soll auf eine stabilere, gerechtere und die Beschäftigung fördernde Grundlage gestellt werden, die bisher Nichtversicherten sollen in die Krankenversicherung einbezogen werden, um allen Einwohnenden eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall zu verschaffen, der Versicherungsschutz kann nicht mehr verloren gehen
 - Die erstmalige Pflicht der Bürger/innen, eine Krankenversicherung abzuschließen, sofern keine andere Absicherung im Krankheitsfall besteht (ab 1. April 2007 für GKV, ab 1. Januar 2009 für PKV)
 - neben den gesetzlichen Krankenversicherungen müssen auch die privaten Krankenversicherungen einen einheitlichen Basistarif mit einem Mindestmaß an Leistungen anbieten; ohne gesundheitliche Risikoprüfung
 - Gesundheitsfonds wird eingeführt, damit verbunden ist auch ein einheitlicher Beitragssatz ab 1. Januar 2009 in der GKV (zunächst 15,5 %, während der Wirtschaftskrise 2009 14,9 % und ab 2011 15,5 %)
- **2010: GKV-Finanzierungsgesetz:** einkommensunabhäng. Zusatzbeiträge, bürokrat. Sozialausgleich
- **2011: GKV-VStG:** Satzungsleistungen

III. Versicherung in der gesetzliche Krankenversicherung nach dem SGB V

1. Personenkreise:

■ **Versicherungspflichtige Personen (§ 5 SGB V)**

- bspw. Arbeiter, Angestellte, ALG II-Bezieher/innen, behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten tätig sind

■ **Versicherungsfreie Personen (§ 6-8 SGB V)**

- bspw. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach den Absätzen 6 oder 7 übersteigt, Beamte, Richter, hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, geringfügig Beschäftigte, durch Befreiung auf Antrag nach § 8 SGB V

■ **Freiwillige Versicherung (§ 9 SGB V)**

■ **Familienversicherung (Mitversicherung gem. § 10 SGB V)**

- bspw. Ehegatte, Lebenspartner/in, Kinder

■ **Seit 01.04.2007: Einbeziehung der bisher Nichtversicherten gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V**

III. Versicherung in der gesetzliche Krankenversicherung nach dem SGB V

2. Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

So genannter „Auffangtatbestand“ des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V:

(1) *Versicherungspflichtig sind [...]*

13. *Personen, die **keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben** und*

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

- gilt für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben
- für alle hiervon nicht erfassten Personen ohne KV-Schutz wurde zum 01.01.2009 eine Verpflichtung zum Abschluss eines privaten KV-Vertrages im Basistarif eingeführt (§ 193 Abs. 3 VVG)
- alle sind somit versichert, auch wenn sie (noch) keine Krankenkasse haben sollten oder von dieser Regelung gar keine Kenntnis haben; die Versicherungspflicht tritt bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen unabhängig vom Willen des Betroffenen oder einer Feststellung per VA durch die zuständige Krankenkasse ein; der/die Versicherte kann lediglich iRd §§ 173ff. SGB V die zuständige Krankenkasse wählen

III. Versicherung in der gesetzliche Krankenversicherung nach dem SGB V

2. a) „keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“

(1) Versicherungspflichtig sind [...]

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und [...]

- zur „anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall“ gehört u.a.:
- Absicherung in der GKV selbst (Pflichtvers., freiwillige Vers. od. FamVers.)
 - Vollversicherung in der PKV
 - sie muss nicht zwingend in Form einer Versicherung vorliegen, dazu zählen u.a. auch der Anspruch von Personen auf Krankenhilfe im Rahmen der Jugendhilfe (§ 40 SGB VIII), Sozialhilfe (§ 48 SGB XII, § 264 SGB V), des Strafvollzugs (§§ 56ff. StVollzG) sowie des § 4 AsylbLG
 - Abs. 8a S. 2 und 3 nehmen auch die Beziehher/innen von laufenden Leistungen nach dem
 - 3. Kapitel des SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt),
 - 4. Kapitel des SGB XII (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung),
 - 6. Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) und
 - 7. Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege) sowie nach § 2 AsylbLGvon der Versicherungspflicht nach Nr. 13 aus, selbst wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird
(→diese Unterbrechung führt nicht zum Eintritt der Versicherungspflicht)

III. Versicherung in der gesetzliche Krankenversicherung nach dem SGB V

2. b) Zuständigkeit der Krankenkasse für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 a und b

- **Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13a SGB V:**
 - sie werden nach § 174 Abs. 5 SGB V bei Eintritt der Versicherungspflicht wieder Mitglied der Kasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bzw. FamVers bestanden hat
- **Personen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13b SGB V, die der GKV zuzuordnen sind:**
 - sie können im Rahmen der allgemeinen Krankenkassenwahlrechte (§ 173 Abs. 2 SGB V) eine Krankenkasse wählen

III. Versicherung in der gesetzliche Krankenversicherung nach dem SGB V

3. Exkurs: Versicherungspflicht in der PKV

- ab 01.01.2009: für alle Personen, die der privaten KV zuzuordnen sind und keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben, besteht die Pflicht zur Versicherung in der PKV (§ 193 VVG)
- im Gegensatz zur GKV: Pflicht zur Versicherung in der PKV führt nicht unmittelbar zum Entstehen eines Versicherungsverhältnisses, dieses muss erst durch Vertrag begründet werden. Wenn der Versicherte dieser Pflicht nicht nachkommt, hat er einen einmaligen Prämienzuschlag zu entrichten, der einen Monatsbeitrag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem 6. Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags
- Versicherungsunternehmen müssen den Versicherungspflichtigen eine Krankheitskostenversicherung im Basistarif anbieten (§ 12 Abs. 1b VAG). Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sind unzulässig. Die maximale Prämienhöhe ist gedeckelt, bei Bedürftigen ist sie zu halbieren. Bei Bezug von Leistungen nach SGB II und SGB XII übernimmt der Träger die Prämien.

IV. Beitragssätze und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in der GKV

1. Beitragssätze

a) Grundsätzliches

- Die Beitragssätze sind seit dem durch das GKV-WSG eingeführten Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 für alle Krankenkassen gleich hoch. Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 241 SGB V).
- Die Beitragslast ist seit dem 1. Juli 2005 nicht mehr paritätisch auf Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen verteilt. Die Arbeitgeber/innen müssen seitdem nur noch die Hälfte des um 0,9 Prozentpunkte reduzierten allgemeinen Beitragssatz tragen (§ 249 Abs. 1 SGB V). Den übrigen Teil des Beitrags müssen die Arbeitnehmer/innen tragen.
- Seit dem 1. Januar 2011 sind die prozentualen Beiträge fixiert, sie werden nicht mehr, wie zuvor an die Ausgabensteigerungen angepasst. Die Arbeitgeber/innen tragen 7,3 Prozent und die Arbeitnehmer 8,2 Prozent. Alle künftigen Kostensteigerungen müssen KK über Pauschalen von den Versicherten finanzieren.
- Die Beiträge bemessen sich an den Einkünften der Versicherten. Beträge über der Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 3712,50 € (seit 1. Januar 2011) bleiben unberücksichtigt.

IV. Beitragssätze und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in der GKV

b) Wer trägt die Beitragssätze?

Grundsatz:

- Versicherte tragen ihre Beiträge grundsätzlich allein
- Auch Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V tragen ihre Beiträge mit Ausnahme der aus Arbeitsentgelt und nach § 228 Absatz 1 Satz 1 zu tragenden Beiträge (Rente) allein.

Ausnahme:

- Bei Leistungsbezieher/innen nach dem SGB II trägt der Bund die Beiträge, sie werden durch für ALG II-Bezieher/innen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a vom Träger der Grundsicherung gezahlt (vgl. § 252 Abs. 1 SGB V).
- Für Bezieher/innen von laufenden Leistungen nach dem SGB XII zahlt der Träger der Sozialhilfe die Beiträge (§ 32 Abs. 1 SGB XII)

IV. Beitragssätze und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in der GKV

2. Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge

a) Grundsätzliches

➤ Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird.

b) Wer trägt die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge?

Grundsatz:

➤ Versicherte tragen ihre Beiträge allein. Den Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V hat das Mitglied zu tragen (§ 251 Abs. 6 SGB V)

IV. Beitragssätze und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in der GKV

b) Wer trägt die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge?

Ausnahme:

➤ **Für Bezieher/innen von Leistungen nach dem SGB II**

- Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 wird erhoben, höchstens jedoch in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags

zu beachten: ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, kann die Krankenkasse gemäß § 242 Abs. 4 Satz 2 SGB V in ihrer Satzung regeln, dass von ALG-II-Empfängern/innen die Differenz zu zahlen ist

- Zusatzbeitrag für Personen nach Nr. 2a sowie für Leistungsbeziehende zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II und nach Nr. 13 versicherungspflichtig wird aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 SGB V aufgebracht

zu beachten: eine nach § 242 Absatz 4 Satz 2 erhobene Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem durchschnittl. Zusatzbeitrag ist von den Mitgliedern selbst zu tragen.

➤ **Für Bezieher/innen von Leistungen nach dem SGB XII**

- § 32 Abs. 4 SGB XII: die kassenindividuellen Zusatzbeiträge übernimmt der Sozialhilfeträger

IV. Beitragssätze und einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in der GKV

c) Sozialausgleich

➤ **Historie: Zusatzbeitrag und soziale Komponente**

- Bis 31.12.2010: Der Zusatzbeitrag war gemäß § 242 SGB V auf 1% des versicherungspflichtigen Einkommens und durch die Beitragsbemessungsgrenze damit auf maximal 37,50 Euro im Monat begrenzt. Der Zusatzbeitrag durfte prozentual oder als Pauschale erhoben werden. Alternativ hatten die gesetzlichen Krankenkassen bis 31. Dezember 2010 die Möglichkeit, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge von bis zu 8,00 Euro von ihren Mitgliedern zu fordern, wodurch die erwähnte Limitierung auf 1% umgangen werden konnte.
- Seit dem 01.01.2011: gibt es nur noch den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag, der nach oben nicht mehr direkt begrenzt ist; ein komplizierter „Sozialausgleich“ soll dies abfedern.

➤ **Derzeitiger Sozialausgleich:**

- Grundlage für die Berechnung des jetzigen Sozialausgleichs ist der sogenannte „durchschnittliche Zusatzbeitrag“. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag soll künftig in jedem Herbst von einem Expertengremium, dem sog. Schätzerkreis, für das Folgejahr neu festgelegt werden. Für das Jahr 2011 sowie für 2012 wurde er auf 0 Euro festgelegt.
- Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a SGB V 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich.

V. Versorgungslücken durch Ruhen des Anspruchs oder Ende der Mitgliedschaft?

1. Probleme:

- **Verspätete Meldung bei der Krankenkasse; Beitragsnachforderungen aus Pflichtvers. nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V können bestehen, teilweise sogar zurückgehend auf die Einführung der VersPflicht zum 01.04.2007**
- **Überschuldung der Betroffenen**
- **Versicherte/r ist grundsätzlich verpflichtet, Beiträge nachzuzahlen**

V. Versorgungslücken durch Ruhen des Anspruchs oder Ende der Mitgliedschaft?

2. Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V

Beginn des Ruhens:

[...] Satz 1 (Ruhen des Anspruchs auf Leistungen) gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; [...]

Ende des Ruhens:

- *wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder*
- *wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden*
 - in diesem Fall kommt es auf die Beitragsschulden nicht an, während der Dauer des Leistungsbezugs sind alle im SGB V bestimmten Leistungen zu erbringen;
 - eine Schuldenübernahme durch die Träger der Leistungen scheidet jedoch aus, da nach § 22 Abs. 8 SGB II bzw. § 36 Abs. 1 SGB XII nur eine Schuldenübernahme erfolgt, „*soweit dies zur Sicherung der Unterkunft oder zur Behebung einer vergleichbaren Notlage gerechtfertigt ist*“
- *Faktisch besteht jedoch auch bei Ruhen ein Anspruch auf alle mediz. Leistungen bei akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen (auch für Chroniker/innen), ausgenommen davon sind bspw. Kuren*

V. Versorgungslücken durch Ruhen des Anspruchs oder Ende der Mitgliedschaft?

3. Ende der Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V genannten Personen und Erlöschen des Leistungsanspruchs

§ 190 Abs. 13 SGB V:

Die Mitgliedschaft der in § 5 Abs. 1 Nr. 13 genannten Personen endet mit Ablauf des Vortages, an dem

- 1. ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall begründet wird oder*
- 2. der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt in einen anderen Staat verlegt wird.*

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht für Mitglieder, die Empfänger von Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches sind.

§ 19 Abs. 2 SGB V:

(2) Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Eine Versicherung nach § 10 hat Vorrang vor dem Leistungsanspruch nach Satz 1.

- das heißt: Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig und damit Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse geworden sind, bleiben Mitglied dieser Krankenkasse, auch wenn sie später Empfänger/innen der o.g. Leistungen werden. Die Beiträge werden durch den Sozialhilfeträger übernommen.

V. Versorgungslücken durch Ruhen des Anspruchs oder Ende der Mitgliedschaft?

4. Umgang mit Beitragsrückständen bei verspäteter Anzeige der Versicherungspflicht

§ 186 Abs. 11 S. 4 SGB V

Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.

- Krankenkassen legen es sehr eng aus, schließlich sei die Regelung im Bundesgesetzblatt verkündet worden,
- dazu aber schon Initiative der damaligen Bundesgesundheitsministerin Schmidt im Jahre 2008: Appell an die Krankenkassen, sich die sozialen Härtefälle genau anzuschauen und zu prüfen, wie man die Beiträge in erträglichen Raten einfordern, stunden oder auch ganz erlassen kann, sowie Aufforderung an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden, eine vernünftige und möglichst einheitliche Lösung zu finden (auch Schreiben des BVA an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen)

V. Versorgungslücken durch Ruhen des Anspruchs oder Ende der Mitgliedschaft?

5. Exkurs: Beiträge in der PKV

§ 26 Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen

(1) Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld, die in der gesetzlichen Krankenversicherung weder versicherungspflichtig noch familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit

1. bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, gilt § 12 Absatz 1c Satz 5 und 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,

2. freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen; für Personen, die allein durch den Beitrag zur freiwilligen Versicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

Der Beitrag wird ferner für Personen im notwendigen Umfang übernommen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und die allein durch den Krankenversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden.

➤ BSG Urteil vom 18.01.2011, Az. B 4 AS 108/10 R: bis zum Urteil war die Übernahme des Beitrags für die PKV nach § 26 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 iVm VAG auf den Betrag gedeckelt, der für freiwillig. Versicherte in der GKV zu übernehmen ist, dabei entstand eine Deckungslücke auch bei Basistarif, BSG urteilte: Anspruch besteht auf volle Übernahme

➤ Zur Umsetzung des Urteils: entsprechende Anweisung der Bundesagentur für Arbeit an die gemeinsamen Einrichtungen

➤ Rückwirkende Übernahme erfolgte nur in nicht bestandskräftigen Fällen, derzeit: Gespräche des BMAS und BMG mit dem PKV-Spitzenverband über Forderungsverzicht

VI. Zuzahlungen

1. Probleme:

- Tatsache, dass Wohnungslose nicht von den Zuzahlungen befreit sind
- Sammeln von Belegen

2. Zuzahlungen

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

VI. Zuzahlungen

3. Belastungsgrenze für Zuzahlungen

§ 62 SGB V

(1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. [...]

(2) [...] Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

- 1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,*
- 2. [...] sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung) maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des Zweiten Buches maßgeblich.*

VII. Satzungsleistungen

GKV-VStG: Gesetzentwurf vom 05.09.2011

- Der Gesetzentwurf sieht vor, die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zu stärken. Dazu sollen u. a. die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen, also für die Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog gewähren kann, erweitert werden. Die in Betracht kommenden Leistungsbereiche sind in § 11 Abs. 6 SGV V-neu abschließend aufgezählt. Darunter fallen u. a. auch die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V, die Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V. Diese Leistungen müssen von den Krankenkassen ggf. durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Versicherten oder durch Kürzung freiwilliger Mehrleistungen finanziert werden.
- **Gesundheit wird zum Luxusprodukt, Versorgungslücken werden verschärft**

VIII. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen, Drittstaatler/innen und Asylbewerber/innen

1. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen

a) Grundsätzlich gilt:

- Zuständigkeit der Krankenversicherung richtet sich in erster Linie danach, ob und wo der/die Unionsbürger/in beschäftigt oder selbständig erwerbstätig ist (Art. 11 Abs. 3 VO (EG) Nr. 883/2004)
- Wenn Unionsbürger/innen in Deutschland in einem anderen Mitgliedstaat (MS) krankenversichert sind, gelten die Art. 17ff. VO (EG) Nr. 883/2004. Danach wird differenziert:
 - ob sich der Wohnort in einem anderen als dem zuständigen MS befindet (Art. 17),
→dann: erhalten sie Leistungen entsprechend den Rechtsvorschriften des Wohnsitz-MS
 - Leistungen bei Aufenthalt außerhalb des zuständigen MS in Anspruch genommen werden ohne Begründung eines Wohnsitzes (Art. 19),
→dann: sind Leistungen unter Berücksichtigung der Dauer des Aufenthalts zu gewähren, sofern sie notwendig sind
oder
 - eine Einreise zur Inanspruchnahme von Sachleistungen (Art. 20) vorliegt,
→hierbei: muss der Versicherte aber grds. die Genehmigung seines Versicherungsträgers im Herkunfts-MS einholen, es sei denn, es handelt sich um einen Notfall

VII. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen, Drittstaatler/innen und Asylbewerber/innen

1. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen

b) Versicherungspflicht, wenn keine anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V)

■ Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V kommt für diese Personen nur zur Anwendung, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (nicht der Fall bei Saisonarbeitern/innen, Menschen, die nur für eine Krankenbehandlung nach Deutschland kommen); die Versicherungspflicht beginnt am ersten Tag des Aufenthalts

➤ Zu beachten ist auch: § 52a SGB V - Leistungsausschluss

- Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.

■ § 5 Abs. 11 S. 2 SGB V: Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union [...] werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU (nicht erwerbstätige Freizügigkeitsberechtigte) ist.

VII. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen, Drittstaatler/innen und Asylbewerber/innen

1. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen

c) Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII für EU-Bürger/innen

■ Wenn keine Krankenversicherung besteht und kein Notfall vorliegt: Unionsbürger/in muss im Vorfeld einer ambulanten oder stationären Behandlung beim Sozialamt die Kostenübernahme als Krankenhilfe nach § 48 SGB XII beantragen

■ Für Staatsangehörige von Staaten, die das Europäische Fürsorgeabkommen (EFA) unterzeichnet haben, gilt: Für den Bezug von Sozialhilfe und auch ALG II als Fürsorgeleistungen in Deutschland bedeutet dies, dass legal in Deutschland lebende Ausländer /innen aus einem Staat, der dieses Abkommen unterzeichnet haben, Deutschen rechtlich gleichgestellt sind. Zur Fürsorge gehört auch eine ausreichende Krankenbehandlung

➤ Zu beachten ist auch: § 23 Abs. 3 SGB XII

(3) Ausländer, die eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen, oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt, sowie ihre Familienangehörigen haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Sind sie zum Zweck einer Behandlung oder Linderung einer Krankheit eingereist, soll Hilfe bei Krankheit insoweit nur zur Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder für eine unaufschiebbare und unabweisbar gebotene Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung geleistet werden.

VII. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen, Drittstaatler/innen und Asylbewerber/innen

2. Drittstaatler/innen

→Staatsangehörige eines Landes, das nicht Mitglied der EU ist, keine Schweizer/innen, gehören auch keinem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum an

→für diese Personen gilt **§ 5 Abs. 11 SGB V**

*(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von **der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst**, wenn sie eine **Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen** und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der **Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst**, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine **Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor**, wenn ein **Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht**.*

→richtet sich nach dem Aufenthaltsstatuts

→zur Sozialhilfe für Ausländer/innen vgl. § 23 SGB XII

VII. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen, Drittstaatler/innen und Asylbewerber/innen

3. Asylbewerber/innen

- von vornherein aus der GKV ausgeschlossen:
 - Personen, die laufende Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten (§ 5 Abs. 8a SGB V)
 - Personen, die Anspruch nach § 4 AsylbLG dem Grunde nach haben (§ 5 Abs. 11 S. 3 SGB V)

Auszüge aus dem Asylbewerberleistungsgesetz:

§ 2 Leistungen in besonderen Fällen

(1) Abweichend von den §§ 3 bis 7 ist das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch auf diejenigen Leistungsberechtigten entsprechend anzuwenden, die über eine Dauer von insgesamt 48 Monaten Leistungen nach § 3 erhalten haben und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.

[...]

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. [...]

VII. Krankenversicherungsschutz für EU-Bürger/innen, Drittstaatler/innen und Asylbewerber/innen

Auszüge aus dem Asylbewerberleistungsgesetz:

§ 6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

B. Wohnungslosenhilfe

I. Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V

Abs. 1: Übernahme der Krankenbehandlung für Arbeits- und Erwerbslose sowie für andere Hilfeempfänger/innen steht im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkasse

Abs. 2: Verpflichtung der Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung für

- Leistungsberechtigte nach SGB XII, nach § 2 AsylbLG sowie Empfänger/innen von Krankenhilfeleistungen nach SGB VIII

→sie haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt

➤ Praktische Bedeutung ist gering, Anwendungsbereich aufgrund des § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V „nur“ noch für Empfänger/innen laufender Leistungen nach dem 3., 4., 6. und 7. Kap. SGB XII sowie § 2 AsylbLG, da bei diesen Personen keine VersPflicht eintritt

➤ Hilfeempfänger/innen werden leistungsrechtlich, nicht aber mitgliedschaftsrechtlich gleichgestellt

➤ Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte. Wenn die Hilfeleistung endet, meldet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe die Personen bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln (im Unterschied zur Mitgliedschaft, da zieht die KK die Karte ein).

➤ Die Aufwendungen, die den KK durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Abs. 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt.

II. Hilfe nach dem SGB XII

1. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem 8. Kapitel des SGB XII

§ 67 Leistungsberechtigte

Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Soweit der Bedarf durch Leistungen nach anderen Vorschriften dieses Buches oder des Achten Buches gedeckt wird, gehen diese der Leistung nach Satz 1 vor.

Verordnung zur Durchführung dieser Hilfen

§ 3 Beratung und persönliche Unterstützung

(1) Zur Beratung und persönlichen Unterstützung gehört es vor allem, den Hilfebedarf zu ermitteln, die Ursachen der besonderen Lebensumstände sowie der sozialen Schwierigkeiten festzustellen, sie bewusst zu machen, über die zur Überwindung der besonderen Lebensverhältnisse und sozialen Schwierigkeiten in Betracht kommenden Maßnahmen und geeigneten Hilfeangebote und -organisationen zu unterrichten, diese soweit erforderlich zu vermitteln und ihre Inanspruchnahme und Wirksamkeit zu fördern. [...]

2. §§ 47-52 SGB XII: Hilfen zur Gesundheit (insbes. Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII)

➤ Zu beachten: § 264 SGB V ist vorrangig

3. § 32 SGB XII: Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

C. Fazit

- Das Gesundheitssystem ist nach der Reform durch das GKV-WSG, durch die die bisher Nichtversicherten in die Krankenversicherung einbezogen wurden, um allen Einwohnenden eine ausreichende Absicherung im Krankheitsfall zu verschaffen, von den gesetzlichen Voraussetzungen her geeignet, die gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser sicherzustellen
→Ziel sollte es deshalb sein, die Betroffenen zur Nutzung des Regelsystems zu motivieren
- Allerdings müssen die gesetzlichen Barrieren, die den Zugang zum System in der Praxis erschweren (bspw. Eigenbeteiligung, Sammeln von Belegen für Vergünstigungen), für diese Personengruppe abgeschafft werden; sie muss von Zuzahlungen und Praxisgebühr befreit werden, Satzungsleistungen sind ebenfalls hinderlich
- Da es in der Praxis erhebliche Probleme bei der Rechtsumsetzung (bspw. in Bezug auf die Regelung zum Umgang mit Beitragsrückständen) gibt, müssen die Wohnungslosen in der Wahrnehmung ihrer Rechte und der Durchsetzung ihrer Ansprüche beraten und unterstützt werden.
- Da jedoch auch individuelle sowie gesellschaftliche Zugangsbarrieren bestehen können, die Wohnungslose daran hindern, medizinische Leistungen der Regelversorgungssysteme in Anspruch zu nehmen, sind niedrigschwellige Angebote notwendig, die auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet sind und eine frühzeitige Erst- und Akutversorgung sicherstellen. Für solche niedrigschwelligen medizinischen Projekte muss eine Finanzierung durch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Kommunen sichergestellt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Annika Lange
Rechtsanwältin
Sozialrecht
Stabsstelle Vorstand Sozialpolitik

Telefon +49 (0) 30 830 01-387 | Telefax +49 (0) 30 830 01-8387
[mailto: lange@diakonie.de](mailto:lange@diakonie.de)

Diakonisches Werk der EKD e.V.
Reichensteiner Weg 24 | 14195 Berlin | Telefon +49 (0) 30 830 01-0 | Telefax +49 (0) 30 830 01-222
[mailto: diakonie@diakonie.de](mailto:diakonie@diakonie.de) | www.diakonie.de
www.brot-fuer-die-welt.de | www.diakonie-katastrophenhilfe.de

