

Information

der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung



**Erstellt vom Fachausschuss Gesundheit in
Zusammenarbeit mit dem Fachausschuss Sozialrecht.**

I. Leistungsansprüche

a) Ruhen bzw. Einschränkung des Leistungsanspruches wegen Beitragsrückstand

Problem:

In der Wohnungslosenhilfe treten vermehrt KlientInnen auf, die nach ihrer (erneuten) Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung seitens der Kassen mit Beitragsnachforderungen aus der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bis hin zum Zeitpunkt der Einführung der gesetzlichen Versicherungspflicht (01.04.07) konfrontiert werden. Lässt sich eine Einigung (z. B. durch Ratenzahlung) über die Zahlung der Rückstände nicht erreichen, wird mit Einschränkung der Leistung oder gar dem Versagen dieser gedroht.

Die Rechtslage:

Nach § 16 Abs. 3 a SGB V ruht der Leistungsanspruch von Versicherten, die mit Beitragsanteilen für mehr als zwei Monate in Rückstand sind. Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind ungeachtet des Beitragsrückstandes zu erbringen. Das Ruhen endet, wenn alle Beitragsrückstände ausgeglichen wurden oder der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches SGB XII wird. Für Versicherte einer privaten Krankenversicherung bestehen entsprechende Vorschriften.

Lösung:

- Erhält der Versicherte Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII ist die Krankenkasse darauf hinzuweisen, dass sie nach § 16 Abs. 3 a Satz 2 letzter Halbsatz SGB V (bei privat Versicherten: § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz) verpflichtet ist, während der Dauer des Leistungsbezuges alle im SGB V bestimmten Leistungen zu erbringen. Eine Einschränkung auf Notfälle oder gar ein vollständiges Versagen von Leistungen kommt während dieser Zeit

nicht in Betracht. Weigert sich die Krankenkasse, den vollen Leistungsanspruch anzuerkennen, muss ggf. eine gerichtliche Feststellung angestrebt werden.

- **Wichtig: Endet der Bezug von Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII, lebt die Ruhensvorschrift wieder auf.**
- In jedem Falle sollte eine Vereinbarung über die Regulierung der Beitragsrückstände angestrebt werden (siehe hierzu auch II).

b) Leistungsansprüche bei fehlendem Krankenversicherungsschutz

Problem:

Bei KlientInnen der Wohnungslosenhilfe kommt es häufig zu mehrmonatigen Ausfällen des Krankenversicherungsschutz es, beispielsweise zwischen dem Ende eines ALG II – Bezuges und dessen erneutem Beginn. Nicht selten entstehen während dieser Versicherungslücken Kosten aufgrund stationärer Krankenhausbehandlungen und der Rettungstransporte dorthin. Die Rechnungen inklusive der Mahnkosten und Pfändungsankündigungen erreichen später den Klienten.

Die Rechtslage:

Personen, die keine Ansprüche gegen eine Krankenversicherung haben und die Kosten einer Behandlung nicht selbst aufbringen können, haben u. a. Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII. Ärzte, Krankenhäuser usw. haben nach § 25 SGB XII Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen, wenn der Träger der Sozialhilfe bei rechtzeitiger Kenntnis Leistungen der Hilfe bei Krankheit hätte erbringen müssen.

Lösung:

Besteht eine behandlungsbedürftige Erkrankung, ist bei dem zuständigen Träger der Sozialhilfe **vor Beginn** der Behandlung die Leistung von Hilfe bei Krankheit zu beantragen. Kann die Leistung nicht vor Beginn beantragt werden, weil die Behandlung keinen Aufschub duldet, ist der Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus, Rettungsdienst) über den fehlenden Krankenversicherungsschutz und die Zahlungsunfähigkeit



des Patienten zu informieren und zu bitten, seine Ansprüche nach § 25 SGB XII unmittelbar bei dem zuständigen Träger der Sozialhilfe geltend zu machen. Der Patient muss bei der Feststellung seiner wirtschaftlichen Hilfebedürftigkeit mitwirken; d. h. entsprechende Angaben gegenüber dem Sozialamt machen.

c) Leistungen zur Grundpflege

Problem:

Personen, die wegen einer vorübergehenden Beeinträchtigung (nur) Leistungen der Grundpflege bedürfen.

Die Rechtslage:

Leistungen der Grundpflege sind nach § 37 Abs. 1 Satz 3 SGB V neben der Behandlungspflege nur **ein** Bestandteil der häuslichen Krankenpflege. Sie können daher nur in Kombination mit Behandlungspflege verordnet werden, wenn dadurch eine stationäre Behandlung vermieden oder abgekürzt wird. Die häusliche Krankenpflege zur Sicherstellung des ärztlichen Behandlungszieles nach § 37 Abs. 2 SGB V sieht keine Grundpflege vor.

Lösung:

Leistungsansprüche gegen die Krankenversicherung können nicht geltend gemacht werden. Stattdessen können aber Leistungen nach anderen Gesetzen in Betracht kommen.

- a) Dauert die Beeinträchtigung voraussichtlich länger als sechs Monate, kommen Leistungen der Pflegeversicherung in Betracht, wenn Pflegebedürftigkeit mindestens der Pflegestufe I erreicht wird. Dies sollte durch einen Antrag bei der Pflegekasse geklärt werden. Parallel dazu ist vorsorglich ein Antrag bei dem Träger der Sozialhilfe auf Übernahme der Aufwendungen für die notwendige Grundpflege zu stellen.
- b) Wird eine Pflegestufe nicht erreicht, könnte in Hinblick auf die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege auf der Grundlage von § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII gegeben sein. Dieser umfasst auch (isolierte) hauswirtschaftliche Hilfen. Es wird empfohlen in diesen Fällen die Erbringung von Leistungen zur Grundpflege bei dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zu beantragen.

II. Beiträge / Zuzahlungen

a) Beitragsrückstände

Problem:

Häufig wird der Krankenkasse die Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erst verspätet bekannt. Beiträge sind dann für die Zeit ab Versicherungsbeginn zu zahlen.

Die Rechtslage:

Nach § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V hat die Krankenkasse in ihrer Satzung Regelungen vorzusehen, dass Beitragsrückstände angemessen ermäßigt, gestundet oder erlassen werden, wenn das Mitglied die Gründe für das verspätete Bekanntwerden der Mitgliedschaft „nicht zu vertreten“ hat.

Lösung:

Es handelt sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, d.h. es bedarf einer Auslegung, was „nicht zu vertretende Gründe“ im Sinn der Vorschrift sind. Diese wird üblicherweise in der Literatur und Rechtsprechung entwickelt. Für die Fallgestaltung des § 186 Abs. 11 SGB V hat sich bisher eine einheitliche Meinung noch nicht herausgebildet. Es liegen aber Hinweise dafür vor, dass die Rechtsprechung dazu neigt, bei einem auf der Straße lebenden Wohnungslosen davon auszugehen, dass ein Fall des § 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V vorliegt. Es wird deshalb empfohlen, bei dieser und in vergleichbaren Fallgestaltungen die Anwendung der Satzungsregelung der jeweiligen Krankenkasse zu beantragen und – sofern notwendig – gerichtlich überprüfen zu lassen, ob in dem jeweiligen Einzelfall „nicht zu vertretende Gründe“ für die verspätete Anmeldung vorliegen.

b) Zuzahlungsbemessungsgrenze nach § 62 SGB V

Problem:

Bei der Bemessung der jährlichen Belastungsgrenze verfahren Krankenkassen unterschiedlich bei Personen, die im aktuellen Jahr nur wenige Monate krankenversichert waren, da erst seit kurzem wieder im ALG II-Bezug. Während einige Krankenkassen die tatsächlichen jährlichen Bruttoeinnahmen zugrunde legen, ermitteln andere ein (fiktives) Bruttojahreseinkommen durch Multiplikation des Eckregelsatzes des § 20 SGB II mit der Zahl der Monate seit Versicherungsbeginn. Letztere berufen sich auf § 62 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

Die Rechtslage:

Nach § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt.

Nach § 62 Abs. 2 Satz 6 SGB V ist bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II erhalten, abweichend von den Sätzen 1 bis 3 (des Abs. 2) für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II als Bruttoeinnahme des Lebensunterhaltes maßgeblich. § 62 Abs. 2 Satz 6 SGB V regelt ausschließlich den Fall, dass der Versicherte in einer Bedarfsgemeinschaft des SGB II lebt. Eine Ermächtigung zur Ermittlung eines fiktiven Bruttojahreseinkommens für Alleinstehende enthält er nicht.

Lösung:

Abzustellen ist auf die tatsächlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Dies sind die Regelleistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII.

Das BSG hat bereits zur Ermittlung des maßgebenden Einkommens Stellung genommen. Da diese Entscheidung von einem Teil der Krankenkassen ignoriert bzw. ihre Anwendbarkeit bestritten wird, bleibt nur der Weg über eine gerichtliche Klärung.

Impressum:

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.

Postfach 13 01 48, 33544 Bielefeld

Tel. (05 21) 1 43 96-0, Fax. (05 21) 1 43 96-19

E-mail info@bagw.de, Bielefeld, April 2010