

## Sozialrechtliche Grundlagen der Erschließung von gesundheitlichen Hilfen nach § 6 DVO zu § 69 SGB XII

Eine Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.



Bei wohnungslosen Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten kommt es nicht selten vor, dass der Krankenversicherungsschutz ungeklärt ist bzw. dass die Betroffenen, nach der Klärung ihrer Krankenversicherung, mit zum Teil erheblichen Beitragsschulden belastet sind. Im Folgenden werden die Möglichkeiten der Erlangung eines regulären Krankenversicherungsschutzes für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten dargestellt. Angebote der medizinischen Versorgung für Menschen, die in keinerlei Leistungsbezug stehen, die Angebote der Regelversorgung nicht oder noch nicht annehmen können oder wollen und beispielsweise auf der Straße leben, sind nicht Gegenstand der Betrachtung. Derartige auch weiterhin notwendige Angebote vorzuhalten und ggf. auszubauen, ist Angelegenheit der zuständigen Kommunen und Länder.

Mit den entsprechenden Reformen im Krankenversicherungsrecht war es das erklärte Ziel des Gesetzgebers, möglichst vielen Personen einen umfassenden Krankenversicherungsschutz zu verschaffen. Hierzu gehören ohne Ausnahme auch Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Auch für diesen Personenkreis eröffnen sich die erweiterten Möglichkeiten bei einer Krankenkasse regulär krankenversichert zu sein. Soweit im Einzelfall Berechtigung zum Bezug von Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII besteht, existiert gem. § 32 SGB XII auch ein Anspruch auf Übernahme der Beiträge. Bei Bezug von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II besteht im Regelfall Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Bei privat Versicherten sieht § 26 SGB II Zuschüsse zu Beiträgen zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung vor.

Mit Wirkung zum 1.4.2007 ist mit der Einfügung der Nr. 13 in Abs. 1 des § 5 die generelle Krankenversicherungspflicht für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall eingeführt worden (Art. 1 Nr. 2 GKV-WSG). Erklärter Wille des Gesetzgebers ist es, dass in Deutschland niemand ohne Schutz im Krankheitsfall sein soll. Die Regelung begründet eine Versicherungspflicht für Personen, die keinen Anspruch auf eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert gewesen sind. Hierunter fallen auch Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten, die ohne jegliche Einkünfte sind und die nicht im Bezug von Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII (Drittes und Viertes sowie Sechstes und Siebtes Kapitel) stehen. Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt gem. § 186 Abs. 11 SGB V mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Versicherungspflicht ist beim zuständigen Krankenversicherungsträger – in der Regel bei dem, bei dem zuletzt eine Krankenversicherung bestanden hat – anzuzeigen.

Ziel der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII muss es sein, die Betroffenen in das Regelleistungssystem zu bringen und an der gesundheitlichen Versorgung teilhaben zu lassen.

### Probleme bei der Erschließung des Krankenversicherungsschutzes sowie von Pflegeleistungen für wohnungslose Menschen

Insbesondere bei Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten ist es in vielen Fällen zu Beitragsrückständen gekommen, da die Pflichtversicherung mit der Verpflichtung zur Entrichtung der Beiträge einherging. Gem. § 16 Abs.



3a Satz 2 SGB V führen Beitragsrückstände in Höhe von Beitragsanteilen für mindestens zwei Monate zum Ruhen des Versicherungsverhältnisses. Das Ruhen des Versicherungsverhältnisses wiederum führt zu Einschränkungen der Leistungen.

Während des Ruhens des Versicherungsverhältnisses braucht die Krankenversicherung nur noch Leistungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, zu erbringen. Ist zur Tilgung von Beitragsrückständen eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, besteht von diesem Zeitpunkt an wieder Anspruch auf volle Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind.

**Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.**

Dies bedeutet, dass der Bezug von Leistungen nach dem SGB II bzw. SGB XII (Drittes und Viertes sowie Sechstes und Siebtes Kapitel), auch wenn aus der Vergangenheit noch Beitragsschulden bestehen, zu vollumfänglichen Leistungen der Krankenversicherung führen.

Fällt der Betroffene aber aus dem Leistungsbezug des SGB II/XII heraus, etwa durch Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, lebt das Ruhen des Versicherungsschutzes wieder auf. Von daher ist es Aufgabe der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII, im Rahmen des Hilfeprozesses diese Beitragsrückstände gemeinsam mit den Betroffenen zu bearbeiten, um ein Ruhen des Versicherungsverhältnisses mit seinen negativen Folgen für die Zukunft zu vermeiden.

Gemäß § 256a Abs. 1-3 SGB V besteht für die Krankenversicherung die Möglichkeit, Beitragsschulden und die daraus ggf. resultierenden Säumniszuschläge zu ermäßigen oder zu erlassen. Das Verfahren hierzu hat der Gesetzgeber jedoch nicht näher geregelt, sondern den Spitzenverband Bund der Krankenkassen - GKV Spitzenverband mit dem Abs. 4 ermächtigt und verpflichtet, das Nähere zur Ermäßigung oder den Erlass von Beiträgen und Säumniszuschlägen zu regeln. Diese Regelungen finden sich in den „Einheitlichen Grundsätzen zur Erhebung von Beiträgen, zur Stundung, zur Niederschlagung und zum Erlass sowie zum Vergleich von Beitragsansprüchen.“<sup>1</sup> Hierin ist ein abgestuftes Verfahren, angefangen von der Stundung über die befristete oder unbefristete Niederschlagung bis hin zum Erlass bzw. Vergleich, geregelt worden. Danach kommen die genannten Maßnahmen in Betracht, wenn ohne diese, bei den Betroffenen erhebliche Härten entstünden. Dabei wird regelmäßig auf die wirtschaftliche Situation der Betroffenen abgestellt. Besondere soziale Schwierigkeiten sind nicht explizit Gegenstand der Betrachtungen. Lediglich für den Erlass sehen die „Einheitlichen Grundsätze“ im dortigen § 9 eine weitere Betrachtung der persön-

lichen Situation der Betroffenen vor, wobei der Erlass nur dann zulässig ist, wenn eine Stundung oder ein Vergleich nicht in Betracht kommen.

In den „Einheitlichen Grundsätzen“ wird weiter ausgeführt, dass die Grundlage für den Erlass persönliche oder sachliche Billigkeitsgründe sein können. Was genau hier unter persönlichen oder sachlichen Billigkeitsgründen zu verstehen ist, lassen die „Einheitlichen Grundsätze“ indes offen. Näheres hierzu findet sich auch nicht in den Besprechungsergebnissen der GKV-Fachkonferenz vom 19.11.2013 zur Frage der Ermäßigung und des Erlasses von Beiträgen und Säumniszuschlägen nach § 256a SGB V.

Bei den oben genannten persönlichen oder sachlichen Billigkeitsgründen handelt es sich jedoch jeweils um unbestimmte Rechtsbegriffe, die einen Interpretationsspielraum zulassen. Die Frage einer Ermäßigung bzw. eines Erlasses von Beitragsschulden für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten stellt sich erst dann, wenn bedarfsdeckendes Einkommen erzielt wird. In diesem Fall kann damit argumentiert werden, dass eine Einforderung der Beiträge die Erfolge, die durch die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII erzielt wurden, wie die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, gefährden würden. Insoweit dürften bei einer derartigen Fallgestaltung mindestens persönliche Billigkeitsgründe vorliegen. Auf eine entsprechende Antragstellung sollte in solchen Fällen immer hingewirkt werden.

Auch wenn es sich hier um eine Ermessensentscheidung handelt, hat die Krankenversicherung über einen entsprechenden Antrag zu entscheiden und einen schriftlichen Verwaltungsakt zu erlassen, der gerichtlich überprüfbar ist. Insoweit kann gegen eine Entscheidung der Krankenversicherung über einen Antrag auf Ermäßigung oder Erlass von Beitragsschulden Widerspruch eingelegt oder auch Klage erhoben werden. Dies empfiehlt sich immer dann, wenn der erlassene Verwaltungsakt keine Ermessenserwägungen erkennen lässt.

Während Empfänger von Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II gem. § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, sind Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII gem. § 5 Abs. 8a Satz 2 SGB V nicht versicherungspflichtig. Die jeweiligen Fallkonstellationen sind auch für die Träger der Sozialhilfe schwierig zu beurteilen und können hier nicht näher dargestellt werden. Soweit jedenfalls keine Versicherungspflicht besteht, sieht die Regelung des § 264 SGB V die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung durch den Träger der Sozialhilfe vor.

In der Praxis macht es für die Betroffenen keinen Unterschied, ob der Träger der Sozialhilfe die Beiträge für die Krankenversicherung gem. § 32 SGB XII übernimmt oder den Krankenversicherungsschutz nach § 264 SGB V sicherstellt. In beiden Fällen erhalten die Betroffenen von der

jeweiligen Krankenversicherung eine entsprechende Berechtigungskarte, mit der sie alle in Betracht kommenden Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen können.

### **Besondere Zielgruppe: Pflegebedürftige**

Bei Leistungsberechtigten in besonderen sozialen Schwierigkeiten treten körperliche und psychische Einschränkungen in der Lebensphase „Alter“ in der Regel stärker und auch früher zu Tage als bei Personen gleichen Alters in gesicherten Lebensverhältnissen. Oft haben die Betroffenen ein energieraubendes und die gesundheitliche Situation stark beeinträchtigendes Leben zwischen Straße und provisorischen Versorgungen hinter sich, das sie angesichts nachlassender Kräfte nicht mehr fortführen können. Die Betroffenen benötigen dann regelmäßig längerfristige oder auch dauerhafte Wohnangebote mit ambulanter bedarfsgerechter sozialer, gesundheitsbezogener und pflegerischer Versorgung. Dabei ist zu beachten, dass die Bestimmungen für die Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten grundsätzlich keine Altersgrenzen kennen.

Bei älteren Leistungsberechtigten in besonderen sozialen Schwierigkeiten ist regelmäßig in Betracht zu ziehen, ob ein Bedarf an Pflege und/oder Betreuung gegeben ist. Neben körperlichen Einschränkungen sind auch psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen zu berücksichtigen. Grundsätzlich haben auch Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten, wenn sie pflegebedürftig und versichert sind,<sup>2</sup> einen Anspruch auf entsprechende Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Sind sie dort nicht versichert und pflegebedürftig, haben sie einen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII.

Auch Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) bzw. auf Leistungen der Hilfe zur Pflege gem. §§ 61 ff. SGB XII bzw. auf Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes gem. § 70 SGB XII, wenn sie pflegebedürftig im Sinne der Bestimmungen der § 14 SGB XI bzw. § 61 a SGB XII sind, bzw. soweit sie die Voraussetzungen für die Zuerkennung eines Pflegegrades im Sinne des § 61 b SGB XII noch nicht erfüllen, jedoch der Unterstützung bei der Haushaltsführung bedürfen. Bei den Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI müssen neben dem Pflegegrad auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein. Bei den Leistungen nach dem SGB XII kommt es nur auf den bestehenden Bedarf und die Bedürftigkeit an.

Gemäß § 14 SGB XI bzw. § 61 a SGB XII sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen haben oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderun-

gen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der im § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.<sup>3</sup> Deren Feststellung erfolgt auf der Grundlage des Neuen Begutachtungsassessments (NBA).<sup>4</sup>

Leistungsberechtigt nach den Vorschriften der Hilfe zur Pflege sind Pflegebedürftige, die finanziell bedürftig sind und nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind. Darüber hinaus kommen Leistungen der Hilfe zur Pflege in den Fällen in Betracht, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht und aus diesem Grunde keine Leistungen nach dem SGB XI gewährt werden. Schließlich kann eine Leistungsberechtigung in Fällen gegeben sein, in denen der pflegerische Bedarf durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht sichergestellt ist.<sup>5</sup>

Im Rahmen der Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten ist dann auf das Verfahren zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit hinzuwirken, wenn Anzeichen dafür vorliegen, dass die ältere, nach §§ 67 ff. SGB XII leistungsberechtigte Person, krankheits- oder behinderungsbedingt in ihrer Fähigkeit einer eigenständigen Lebens- und Haushaltsführung nicht nur vorübergehend eingeschränkt ist. Beispielsweise dann, wenn Vernachlässigungen bei der Körperpflege und/oder des Umfeldes/Haushaltes erkennbar werden.

Da Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten in der Regel nicht über nahestehende Personen (z.B. Familienangehörige) verfügen, kommen als ambulante Leistungen Pflegesachleistungen gem. § 36 SGB XI und/oder Häusliche Pflegehilfe gem. § 64 b SGB XII in Betracht.

Wenn es der Pflegebedarf erforderlich macht und die leistungsberechtigte Person dies wünscht, ist die Aufnahme in eine geeignete stationäre Einrichtung, die ein entsprechendes Pflegeangebot vorhält, zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang können dann auch Leistungen der stationären Hilfen gem. § 43 SGB XI und/oder gem. § 65 SGB XII beansprucht werden.<sup>6</sup>

In einem solchen Fall soll die Vermittlung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) angestrebt werden. Dies setzt ein erreichbares Angebot an Einrichtungen voraus, die in ihrer Konzeption die spezifischen Hilfebedarfe des Personenkreises in besonderen sozialen Schwierigkeiten berücksichtigen. Stationäre Einrichtungen der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII können Pflegeleistungen nur dann erbringen, wenn sie über eine Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag (gemäß § 72 SGB XI) verfügen. Andernfalls ist die Erbringung der erforderlichen Pflegeleistungen durch einen externen (zugelassenen) Pflegedienst in der Einrichtung erforderlich und auch möglich.

Soweit alters- und lebenslagebedingt keine Aussichten auf eine Reintegration in eine selbstständige Lebensführung bestehen, soll der leistungsberechtigten Person ein dauerhaftes Wohnangebot mit begleitender sozialer und pflegerischer Unterstützung unterbreitet werden, das ihrem



Hilfebedarf entspricht. Dabei ist ein mietvertraglich abgesicherter eigener Wohnraum, ggf. in einer Wohngruppe, mit einem hiervon getrennten Vertrag über Betreuungs- und Pflegeleistungen das erste Mittel der Wahl. Dies kann beispielsweise in entsprechenden Seniorenappartements erfolgen, die bei Bedarf durch eine Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII begleitet werden. Gegebenenfalls können hierfür bestehende kommunale Belegrechte genutzt werden.<sup>7</sup>

Mit der Neuausrichtung des Begriffes der Pflegebedürftigkeit hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff SGB XII insgesamt etwas enger gefasst. Von daher kann es im Einzelfall dazu kommen, dass die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bestimmungen der § 14 SGB XI bzw. § 61 a SGB XII nicht erfüllt sind, die Person jedoch der Unterstützung insbesondere im hauswirtschaftlichen Bereich bedarf. Um hier keine Bedarfsdeckungslücke entstehen zu lassen, hat der Gesetzgeber bei der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts eine redaktionelle Klarstellung vorgenommen und hierzu ausgeführt: „In der Praxis wurde teilweise die Vorschrift entgegen dem gesetzgeberischen Willen dahingehend einschränkend ausgelegt, dass die Person mit eigenem Haushalt im Sinne des § 70 Absatz 1 SGB XII mit anderen Personen in dem Haushalt zusammenleben muss, um einen Anspruch auf Hilfe zur Weiterführung des Haushalts zu begründen. Mit der Änderung wird klargestellt, dass Leistungen nach § 70 SGB XII auch in den Fällen in Betracht kommen, dass die Person mit eigenem Haushalt alleinstehend ist.“<sup>8</sup> Auch wohnungslose, in Notunterkünften untergebrachte Personen führen in diesem Sinne einen eigenen Haushalt.

- <sup>1</sup> <https://www.barmer.de/blob/65996/2fc3fe6b86c4861015d45a2a3c2e593c/data/beitragserhebungsgrundsaeetze.pdf> (Stand 20.02.2019)
- <sup>2</sup> Die §§ 20 ff. SGB XI regeln die Versicherungspflicht.
- <sup>3</sup> Vergl. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, Seite 28.
- <sup>4</sup> Vergl. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, Seite 49 ff., Anlage 1 und 2 zu § 15 SGB XII.
- <sup>5</sup> Vergl. Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, Seite 85, Bundestagsdrucksache 18/9518. Es handelt sich insoweit um ergänzende Leistungen auf der Grundlage des Bedarfsdeckungsgrundsatzes.
- <sup>6</sup> Im Rahmen der vorliegenden Handreichung können nicht alle möglichen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege aufgezählt werden. Ggf. ist fachkundiger Rat bei den zuständigen Leistungsträgern, insbesondere bei den auf der Grundlage des § 7c SGB XI tätigen Pflegestützpunkten bzw. Leistungserbringern wie Pflegestationen einzuholen.
- <sup>7</sup> Ausführlich hierzu die Position der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. zu den Prinzipien einer normalitätsorientierten gemeindenahe Versorgung älterer und/oder pflegebedürftiger wohnungsloser Männer und Frauen, Bielefeld 2013, unter [https://www.bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position\\_gesundheit.html](https://www.bagw.de/de/publikationen/pos-pap/position_gesundheit.html) (Stand 20.02.2019)
- <sup>8</sup> Vergl. Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften, Seite 98, Bundestagsdrucksache 18/9518.

**Erarbeitet vom Fachausschuss Sozialrecht der BAG W unter Mitwirkung des FA Gesundheit der BAG W und verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 23.11.2018**

Impressum:  
 Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.  
 Boyenstraße 42 • 10115 Berlin  
 Tel (+49) 30-2 84 45 37-0 • Fax (+49) 30-2 84 45 37-19  
[www.bagw.de](http://www.bagw.de), [info@bagw.de](mailto:info@bagw.de)  
 Februar 2019