

§ 48 SGB XII Hilfe bei Krankheit

(1) Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches gehen den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.

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

(1) Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Mitglied", für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Rentner". Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung "Familienversicherte".

(5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Zwölften Buches oder des Achten Buches sind, meldet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe diese 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.

Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 85a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als

Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 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 für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines	4
2. Beendigung des lfd. Leistungsbezuges	4
3. Missbräuchliche Inanspruchnahme der Karte	5

Krankenbehandlung für nicht versicherte Empfänger/innen von lfd. Hilfe nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII

1. Allgemeines

Die Betreuung nach § 264 SGB V setzt immer voraus, dass kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz gegeben ist (siehe dazu den Handbuchhinweis zu § 32 SGB XII) und mindestens für einen Monat laufende Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII gewährt werden. § 264 SGB V gilt nicht für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 SGB XII beziehen. Ebenso gilt er nicht für die in § 24 SGB XII genannten Personen (Deutsche im Ausland). Vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform 2007 kann es Neufälle im Rahmen des § 264 SGB V - wie vor beschrieben – überhaupt nur in ganz wenigen, besonders gelagerten Fällen geben.

Der/Die Betroffene kann frei wählen, von welcher gesetzlichen Krankenkasse er/sie betreut werden möchte. Die Kassenwahl gilt auch für alle nicht versicherten Familienangehörigen im Haushalt (Ehepartner/in, minderjährige Kinder vor Vollendung des 15. Lebensjahres), sofern diese ebenfalls laufende Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII beziehen.

Die Hilfen im Rahmen der Betreuung nach § 264 SGB V entsprechen weitgehend den Leistungen, die versicherte Mitglieder einer Krankenkasse erhalten. Dies gilt auch für die Satzungsleistungen der jeweiligen Krankenkasse. Ausnahme: Kranken- und Mutterschaftsgeld und Hilfen für Krankenbehandlungen im Ausland werden nicht gewährt. Für Betreute nach § 264 SGB V gelten die Zuzahlungsregelungen der §§ 61, 62 SGB V. Alle Zuzahlungen zu den Leistungen nach dem SGB V sowie alle Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von den Betroffenen aus den Regelsätzen zu erbringen. Nach Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V (1 % bzw. 2 % des Jahresbetrages eines Regelsatzes Haushaltsvorstand) erteilt die Krankenkasse auf Antrag des/der Betroffenen einen Befreiungsausweis für die Zuzahlungen.

Die Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgt zentral bei 201.21. Falls im Einzelfall (für eine Schadensmeldung, Kostenerstattung etc.) Unterlagen über die entstandenen Krankenhilfekosten benötigt werden, kann bei 201.21 angefragt werden. Alle maßgeblichen und sich selbst erklärenden Vordrucke zur Anmeldung und Abmeldung bei den Krankenkassen sind in Web Dialog (Formulargruppe: Krankenhilfe § 264 SGB V) hinterlegt.

2. Beendigung des lfd. Leistungsbezuges

Entfällt der Bedarf an laufender Hilfe nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII für mindestens einen Monat (z.B. wegen bedarfsdeckendem Einkommenszufluss, Vermögenseinsatz, Auslandsaufenthalt etc.), so ist zugleich eine Aufhebung der bisherigen Krankenhilfegewährung nach § 48 SGB X zu bescheiden und eine Abmeldung aus der Betreuung nach § 264 SGB V für alle betroffenen Haushaltsmitglieder an die Krankenkasse zu senden und die Krankenkassenkarte von der/dem ehemaligen Leistungsbezieher/in zurück zu fordern. (Vordrucke in WebDialog, Formulargruppe: Krankenhilfe § 264 SGB V). Es besteht nach Ablauf eines Monats ohne Hilfebezug grundsätzlich ein Rückkehrpflichtversicherungsverhältnis nach § 5 Abs.1 Nr.13 SGB V, wenn die Person vor der § 264 SGB V Betreuung -auch Jahre zuvor- zuletzt einmal in einer gesetzlichen Krankenversicherung war und, wenn außer der laufenden Hilfe nach dem Dritten oder Vierten Kapitel auch alle anderen Hilfen nach dem SGB XII wie z.B. Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe für einen Monat eingestellt werden (siehe Handbuchhinweis zu § 32 SGB XII). Die betroffene Person ist im gegebenen Fall formlos auf das Bestehen eines Rückkehrpflichtversicherungsverhältnisses hinzuweisen. Es lebt keine erneute Betreuung nach § 264 SGB V auf, wenn nach einer Zahlungsunterbrechung von mehr als einem Monat die laufende Hilfe wieder aufgenommen bzw. wieder beantragt wird!

Bei Tod des Hilfeempfängers/der Hilfeempfängerin sollte ggf. das Heim bzw. der/die Betreuer/in oder ein naher Angehöriger formlos um die Rückgabe der Karte gebeten werden, um einem eventuellen Kartenmissbrauch durch andere Personen vorzubeugen. Bei Umzug in den Bereich eines anderen Sozialhilfeträgers ist dieser im Wege der Amtshilfe um Mitwirkung an der Kartenrückgabe zu bitten.

Dies ist unbedingt zu beachten, andernfalls besteht bei Kartenmissbrauch auch über die formelle Abmeldung hinaus eine Erstattungspflicht des Sozialhilfeträgers an die betreuende Krankenkasse.

Wichtig: Besteht direkt nach Einstellung der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt weiterhin ein Anspruch nach dem 6. oder 7. Kapitel (laufende Gewährung für mindestens einen Monat), so besteht nur noch Anspruch auf reine Krankenhilfe nach § 48 SGB XII (Ausgabe von Krankenscheinen) ohne Betreuung über § 264 SGB V. Eine Aufnahme in die Rückkehrpflichtversicherung scheidet in diesem Fall aus.

3. Missbräuchliche Inanspruchnahme der Karte

Bei Nichtrückgabe der Kassenkarte trotz zweimaliger Aufforderung ist 201.21 hinsichtlich eventuell anfallender Aufwendungen über den Abmeldungszeitpunkt hinaus zu informieren. 201.21 ermittelt die Höhe der Aufwendungen und teilt diese den Leistungseinheiten mit.

(Ab 08/2015 bis auf weiteres ausgesetzt: Danach ist eine Schadensmeldung an 201.23 zu fertigen, damit die Aufwendungen von dort nach § 50 SGB X zurückgefordert werden können.)