Arbeitshilfe zu § 264 Absatz 2-7 SGB V

Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung vom 01.05.2012 (Gz.: SI 221/112.30-9)

Stand: 18.06.2020

1. Einleitung und Ziel

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen gemäß § 264 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Krankenbehandlung für nicht gesetzlich oder nicht privat krankenversicherte Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) sowie nach dem Zweiten Teil Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Die Betroffenen sind damit verfahrenstechnisch und leistungsrechtlich den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen gleichgestellt, ohne jedoch selbst zu Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen zu werden.

Zur Inanspruchnahme der Leistungen erhalten die Leistungsberechtigten eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Eine Einzelbewilligung durch die bezirklichen Dienststellen entfällt somit.

Mit dieser Arbeitshilfe soll ein einheitliches Vorgehen bei der Umsetzung der Vorgaben des § 264 Abs. 2-7 SGB V sichergestellt werden.

Regelungen zur Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V für Leistungsempfänger des Sozialgesetzbuches Achtes Buch (SGB VIII) finden sich in der diesbezüglichen Fachanweisung "Gewährung von Krankenhilfe und anderen Leistungen nach § 40 SGB VIII" vom 15.01.2018.

2. Vorgaben

2.1 Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe

Die Übernahme der Krankenbehandlungskosten nach § 264 Abs. 2-7 SGB V setzt gemäß §§ 97, 98 SGB XII die sachliche und örtliche Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe voraus; dies ist vorab zu prüfen.

2.2 Personenkreis der Leistungsempfänger

Nach § 264 Abs. 2-7 SGB V sind grundsätzlich alle

- Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel SGB XII,
- Empfänger von Leistungen nach dem Zweiten Teil SGB IX und
- Empfänger laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG,

die nicht krankenversichert sind, von den Krankenkassen wie gesetzlich Krankenversicherte mit Leistungen der Krankenbehandlung zu versorgen.

Vor dem Hintergrund der umfassenden Krankenversicherungspflicht ist davon auszugehen, dass bei SGB-XII-Leistungsempfängern grundsätzlich keine Neufälle des § 264 Abs. 2-7 SGB V auftreten werden und daher die Zahl der nach dieser Vorschrift betreuten Leistungsempfänger zukünftig geringer werden wird. Grundsätzlich verfügt jeder neue SGB-XII-Leistungsempfänger über einen bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bzw. eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall.

Zur Geltendmachung von vorrangigen Ansprüchen wird auf die Anlage 1 verwiesen.

Hinweise:

- Empfänger von Leistungen nach dem Fünften, Achten und Neunten Kapitel SGB XII sind gesetzlich oder privat krankenversicherungspflichtig, da sie vom Wortlaut des § 5 Abs.

8a Satz 2 SGB V bzw. des § 193 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) nicht erfasst werden. Diese Personen sind daher entsprechend § 264 Abs. 5 SGB V bei der betreuenden Krankenkasse abzumelden und auf ihre Versicherungspflicht hinzuweisen.

- Nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte oder versicherungspflichtige Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII, deren Leistungsbezug nach dem 31. Dezember 2008 begonnen hat bzw. bei vorherigem Beginn in der Zeit nach dem 1. Januar 2009 mindestens einen Monat unterbrochen war, sind in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versicherungspflichtig; sie werden daher nicht gemäß § 264 Abs. 2-7 SGB V betreut.
- Leistungsempfänger, die der Versicherungspflicht in der PKV unterliegen (§ 193 VVG), sind nicht nach § 264 Abs. 2-7 SGB V zu betreuen. Sie sind – sofern noch kein Versicherungsschutz besteht – auf die Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung hinzuweisen und beim Abschluss eines Vertrages (Basistarif) zu unterstützen (siehe hierzu die Fachanweisung zu §§ 32, 32a SGB XII).
- Bei Ausländern dürfte in der Regel ein Krankenversicherungsschutz im Heimatland oder in Deutschland (§ 5 Abs. 1 SGB V bzw. § 193 Abs. 3 VVG) bestehen.
- Rumänische und bulgarische Staatsangehörige sind regelmäßig im Heimatland krankenversichert, solange sie dort über einen Wohnsitz verfügen. Polnische Staatsbürger und ihre Angehörigen sind in Polen versichert, wenn sie dort wohnhaft und beschäftigt oder zumindest als arbeitslos registriert sind. Aber auch wenn Unionsbürger ihren Wohnsitz nach Deutschland verlegt haben, können sie im Heimatland weiterhin krankenversichert sein. Dies gilt insbesondere bei einer Versicherung über die Familie oder einen Rentenbezug im Heimatland. Im Zweifel ist auf eine Beratung bei entsprechenden Anlaufstellen (Plata, Ev. Auslandsberatung, Fachstelle Zuwanderung Osteuropa, Informationen siehe https://www.hamburg.de/obdachlosigkeit/116870/hilfesystem-brosch/) hinzuwirken.
- Vorversicherungszeiten bei Versicherungsträgern anderer Unionsstaaten können im Rahmen der Prüfung einer freiwilligen Versicherung nach § 9 SGB V angerechnet werden. Hierzu ist das **Formular E-104** auszufüllen:
    - Die erforderlichen Vorversicherungszeiten belaufen sich entweder auf
        - 12 Monate in den letzten 12 Monaten, oder
        - 24 Monate in den letzten 5 Jahren

      und werden mit dem Formular E-104 gegenüber der deutschen Krankenkasse nachgewiesen.
    - Der Aufnahmeantrag in die freiwillige Krankenversicherung muss innerhalb von 3 Monaten nach der Einreise gegenüber einer selbst gewählten Krankenkasse gestellt werden.
    - Die Krankenkasse in Deutschland füllt Teil A des Formulars E 104 aus und übersendet zwei Ausfertigungen an den Träger des Staates, dessen Sozialgesetze zuletzt für den Versicherten gegolten haben. Dieser Träger füllt Teil B aus und reicht den Vordruck an den Träger zurück, der ihn übersandte.
- Leistungsempfänger nach § 24 SGB XII fallen nicht unter die Regelung des § 264 Abs. 2-7 SGB V.
- Leistungsempfänger, die gemäß § 10 SGB V familienversichert sind, sind nicht über § 264 Abs. 2-7 SGB V von einer Krankenkasse zu betreuen.
- Kommt eine freiwillige Versicherung in der GKV in Betracht (zum Beispiel nach SGB II-Bezug), sind die Leistungsempfänger auf die Einhaltung der Beitrittsfristen der § 9 Abs. 2 SGB V und § 6 Abs. 2 Nr. 1 KVLG (jeweils drei Monate) hinzuweisen und dabei zu

unterstützen, eine entsprechende Beitrittsanzeige gegenüber der Krankenkasse abzugeben.

- Im Übrigen sind die Krankenkassen gemäß § 14 SGB I verpflichtet, auf die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung hinzuweisen. Die Verletzung dieser Pflicht kann zur Folge haben, dass trotz Ablauf der Beitrittsfrist eine Weiterversicherung weiterhin möglich ist (Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand gemäß § 27 SGB X).

In Zweifelsfällen ist eine Klärung über die Rechtsämter der Bezirke herbeizuführen.

2.3 Wahl und Wechsel der Krankenkasse

Nach § 264 Abs. 3 SGB V ist der betroffene Personenkreis verpflichtet, sich unverzüglich (innerhalb von zwei Wochen) bei einer Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe anzumelden. Er hat der für ihn zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststelle die Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.

Wahlberechtigt ist nach § 264 Abs. 3 SGB V der Haushaltsvorstand.

Bei Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaften und Lebenspartnerschaften ist jeder für sich wahlberechtigt und hat Anspruch auf eine Meldung seiner Person an die gewählte Krankenkasse.

Die Wahl der Krankenkasse ist als Entscheidung abschließend und verbindlich.

Bei der Beratung hinsichtlich bzw. der Wahl der Krankenkasse sind die Grundsicherungs- und Sozialdienststellen zur Neutralität und Unvoreingenommenheit verpflichtet. Eine bestimmte Kasse darf nicht empfohlen werden. Eine Beratung kann beispielsweise dahingehend erfolgen, dass auf die Vielfalt der verschiedenen Krankenversicherungen, deren Leistungsumfänge und die regionale Verbreitung von Geschäftsstellen hingewiesen wird. Das Wahlrecht der Leistungsberechtigten darf hierbei nicht eingeschränkt werden.

Wählt der Leistungsempfänger für sich und seine ggf. im Familienhaushalt lebenden Angehörigen keine Krankenkasse, ist analog zu § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V zu verfahren. Danach hat die zur Meldung verpflichtete Grundsicherungs- und Sozialdienststelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die Grundsicherungs- und Sozialdienststelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

Im Gegensatz zu Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen, denen der Wechsel zu einer anderen Krankenkasse möglich ist, ist dieser Wechsel für nach § 264 Abs. 3 SGB V betreute Leistungsempfänger nicht möglich.

2.4 Meldung der Wahlentscheidung an die Krankenkasse

Nach Eingabe der Daten in das Fachverfahren ist der Meldebogen, sofern die Meldung durch die Grundsicherungs- und Sozialdienststelle erfolgte (siehe hierzu auch Abschnitt 2.3.), von den Grundsicherungs- und Sozialdienststellen selbst an die ausgewählte Krankenkasse zu senden. In den Personendaten ist die gemeldete Krankenkasse und die Gewährleistung der Versorgung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V zu hinterlegen.

Hinweis: Im Rahmen der Betreuung nach § 264 SGB V gibt es keine „Familienversicherung“ wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Anmeldung ist für jedes Mitglied einer Bedarfsgemeinschaft vorzunehmen. In Einzelfällen ist es jedoch möglich, dass Mitglieder einer Einsatzgemeinschaft über ein Elternteil außerhalb der Einsatzgemeinschaft familienversichert sind.

2.5 Meldung von Veränderungen in den Personendaten

Änderungen der persönlichen Daten des betreuten Leistungsempfängers (z.B. Änderung der Anschrift) und Statusänderungen sind der betreuenden Krankenkasse umgehend zu melden.

Führt die gemeldete Veränderung zur Neuausstellung einer eGK, ist die alte Karte vom betreuten Leistungsempfänger zurückzufordern und der Krankenkasse zu übersenden (siehe hierzu auch Abschnitt 2.10.).

Für die Änderung von Adressdaten ist der Einzug der eGK nicht erforderlich. Die Änderung des Geschlechts und des Geburtsdatums muss mit einem beglaubigten Dokument gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen werden, da eine Änderung der Sozialversicherungsnummer über die DRV erfolgt.

Für die Neuausstellung einer eGK dürfen durch die Krankenkasse keine Kosten erhoben werden.

2.6. Verfahren nach Schließung einer Krankenkasse

Leistungsempfänger, die gemäß § 264 Abs. 2-7 SGB V durch eine Krankenkasse betreut werden und deren Krankenkasse vom Bundesversicherungsamt geschlossen wird, haben analog zu § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V ein Wahlrecht, von welcher Krankenkasse sie zukünftig betreut werden möchten.

Sofern das Wahlrecht nicht ausgeübt wird, hat die Grundsicherungs- und Sozialdienststelle den Leistungsempfänger analog § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Leistungsempfänger unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten, die die Krankenbehandlung übernimmt (siehe hierzu auch Abschnitt 2.3.).

2.7 Pflege der Personendaten-Krankenversicherung (Pers.-Daten-KV)

Bei der Erfassung der Personendaten im Fachverfahren sind insbesondere unter der Untermaske „Krankenversicherung“ die Erfassungsfelder "Krankenversicherungsart" und „Krankenkasse“ von besonderer Bedeutung. Eine Übermittlung dieser Daten an den Care Cost Manager (CCM) erfolgt nur, wenn im Feld „Krankenversicherungsart“ der zulässige Eintrag

- Krankenversorgung § 264 SGB V

vorhanden ist.

Dieser Eintrag ist sowohl bei Haushaltsvorständen als auch bei den Haushaltsmitgliedern zu hinterlegen. Der CCM ist das von der zuständigen Fachbehörde (BASFI SI 223) eingesetzte Rechnungsprüfungs- und Anweisungs-Programm.

Die Aktualisierungen der Personendaten-Krankenversicherung werden automatisiert und jeweils am 15. des laufenden Monats an den CCM übermittelt. Diese Daten bilden die Grundlage für die stattfindende Zuständigkeitsprüfung. Fehlende oder falsche Daten können zu Fehlzahlungen, evtl. sogar zur kompletten Nichtzahlung an die Krankenkasse führen.

Werden bei der Rechnungsprüfung Unstimmigkeiten entdeckt, sind diese mit dem Vordruck "Klärung der Personendaten-Krankenversicherung im Einzelfall" (Anlage 2) an das Funktionspostfach der zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststelle mit der Bitte um Klärung zu senden.

Die Anfragen sind schnellstmöglich zu beantworten (Seite 2 des Vordrucks) und an das Funktionspostfach der Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde (BASFI SI 223) zurückzusenden, damit die Zahlungsfrist zur Vermeidung von Verzugszinsen eingehalten werden kann.

2.8. Zuzahlungen, §§ 62 ff. SGB V

2.8.1 Allgemeine Regelungen

Zuzahlungen (Praxisgebühr sowie Zuzahlungen bei Fahrtkosten, Arznei- und Verbandmitteln) sind aus den laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt (Regelsatz) selbst zu tragen.

Die Höhe der Zuzahlungen begrenzt sich nach § 62 Abs. 1 und 2 SGB V für jede Bedarfsgemeinschaft jedoch auf jährlich 2 % des Jahresbetrages des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes (bei chronisch Kranken mit einer schwerwiegenden Erkrankung auf 1 %).

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Chroniker-Richtlinie (vgl. § 62 Abs. 1 S. 8 SGB V) sieht vor, dass als schwer chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB Xl vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 % nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 (wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Sobald die Belastungsgrenze erreicht ist, können Anträge auf Befreiung von der Zuzahlung bei der zuständigen Krankenkasse gestellt werden. Hierzu sollen Belege über geleistete Zuzahlungen aufbewahrt werden. Sie sind der Krankenkasse vorzulegen, die eine Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlung ausstellt.

2.8.2 Vereinfachtes Verfahren für nach § 264 SGB Abs. 2 bis 7 V betreute Leistungsempfänger in stationären Einrichtungen

Für nach § 264 Abs. 2-7 SGB V betreute Leistungsempfänger, die in einer Einrichtung leben / untergebracht sind, ist ein vereinfachtes Zuzahlungsverfahren zwischen dem Träger der Sozialhilfe und einem Großteil der Krankenkassen vereinbart worden.

Diesen Personen wird, es sei denn sie widersprechen einer Darlehensgewährung ausdrücklich, gemäß § 37 Abs. 2 SGB XII (s. Konkretisierung zu § 37 SGB XII) ein ergänzendes Darlehen für die jeweils von ihnen bis zur Belastungsgrenze zu leistenden Zuzahlungen bewilligt. Die Leistungsempfänger haben das Darlehen in Höhe von zwölf gleichen Teilbeträgen an den Träger der Sozialhilfe zurückzuzahlen.

Die Krankenkassen erstellen zum 1. Januar eines Jahres oder bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung Befreiungsbescheinigungen für die nach § 264 Abs. 2-7 SGB V betreuten Leistungsempfänger, senden diese an die zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststellen und verzichten auf die lnrechnungstellung des Zuzahlungsbetrages gegenüber dem Träger der Sozialhilfe. Die Überweisung der Darlehensbeträge nach § 37 Abs. 2 SGB XII in Verbindung mit § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V an die Krankenkassen entfällt deshalb.

Die Krankenkassen stellen dem Träger der Sozialhilfe ihre gesamten Aufwendungen zuzüglich der Verwaltungskosten gemäß § 264 Abs. 7 SGB V in Rechnung.

Es ist gegenüber den Krankenkassen in jedem Fall auf die Durchführung des vereinfachten Verfahrens hinzuwirken.

Hinweise:

Für den Fall, dass eine Krankenkasse das vereinfachte Verfahren nicht akzeptiert, ist eine generelle Klärung über die Fachbehörde mit dem Ziel einer Beteiligung der Krankenkasse am vereinfachten Verfahren herbeizuführen.

In den Ausnahmefällen, in denen das vereinfachte Verfahren von der Krankenkasse nicht akzeptiert wird, und die Auszahlung der für das gesamte Kalenderjahr durch den Leistungsempfänger zu leistenden Zuzahlungen bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung bzw. zum 1. Januar eines Kalenderjahres verlangt wird, erfolgt die Prüfung und Bezahlung der Zuzahlungsrechnungen durch die Grundsicherungs- und Sozialämter bzw. das Fachamt Eingliederungshilfe.

In diesen Fällen sind die in Rechnung gestellten Zahlungsbeträge von der Krankenkasse bei der späteren Abrechnung als Gutschrift von den Kosten der Aufwendungen nach § 264 Abs. 7 SGB V abzusetzen. Dementsprechend haben die Grundsicherungs- und Sozialämter bzw. das Fachamt Eingliederungshilfe der Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde (BASFI /SI 223) eine Mitteilung der beglichenen Zuzahlung zu übersenden, damit durch die Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde (BASFI/SI 223) eine wertgleiche Gutschrift durch die Krankenkasse veranlasst werden kann.

2.9 Leistungen im Ausland

Für einen Auslandsaufenthalt sind im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses die EWG-Verordnung Nr. 1408/71 sowie die zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen nicht anwendbar. Entsprechend kommt die Ausstellung eines Auslandskrankenscheins für die nach § 264 Abs. 2-7 SGB V betreuten Hilfeempfänger durch eine Krankenkasse nicht in Betracht.

Die Gewährung von Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII (Hilfe zur Gesundheit) an Personen, die sich im Ausland aufhalten, ist nicht zulässig.

Die Krankenversorgung bei Auslandsaufenthalten ist somit anderweitig sicherzustellen und stellt keine Leistung nach § 32 oder §§ 47 ff. SGB XII dar.

2.10 Beendigung der Krankenversorgung und Einzug der elektronischen Gesundheitskarte

Der Anspruch auf Krankenversorgung gemäß § 264 Abs. 2-7 SGB V durch eine gesetzliche Krankenkasse endet mit dem Ende des Anspruchs auf Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel SGB XII, nach dem Zweiten Teil SGB IX oder nach § 2 AsylbLG.

2.10.1 Beendigung der Krankenversorgung

Sobald der Anspruch auf Leistungen entfällt, ist die Krankenkasse gemäß § 264 Abs. 5 SGB V hierüber unverzüglich schriftlich zu informieren und zur Sperrung der eGK aufzufordern.

Parallel sind die Personendaten im Zweig Krankenversicherung mit dem entsprechenden Abmeldedatum zu versehen. Nach § 264 Abs. 5 SGB V hat die Grundsicherungs- und Sozialdienststelle die eGK vom Leistungsempfänger einzuziehen.

2.10.2 Einziehung der eGK

Die Einziehung ist durch einen zur Herausgabe verpflichtenden Verwaltungsakt des Trägers der Sozialhilfe festzusetzen, der für sofort vollziehbar erklärt werden kann.

Nach § 264 Abs. 5 SGB V sind die eingehenden eGK von den Grundsicherungs- und Sozialämtern an die jeweiligen Geschäftsstellen der Krankenkassen zu verschicken und dürfen nicht durch die Grundsicherungs- und Sozialämter vernichtet werden.

Der Versand an die Geschäftsstellen der Krankenkassen hat mittels Einschreiben mit Rückschein zu erfolgen. Hierüber ist ein Vermerk anzulegen und der Rückschein / die Empfangsbestätigung zur Akte zu nehmen.

Reagiert der Leistungsempfänger auf die Aufforderung zur Rückgabe der eGK nicht, ist er ein weiteres Mal anzuschreiben. Erfolgt binnen 14 Tagen keine Reaktion, sind die Versuche des Einzugs einzustellen und der Krankenkasse mitzuteilen, dass Einzugsbemühungen gescheitert sind. Hierbei ist die Krankenkasse erneut zur Sperrung der eGK aufzufordern.

Die Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde (BASFI / SI 223) ist ebenfalls schriftlich zu benachrichtigen, damit im CCM ein entsprechender Vermerk hinterlegt werden kann.

2.10.3 Erstattungspflicht nach § 264 Abs. 5. SGB V

Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der eGK entstehen, hat der Träger der Sozialhilfe zu erstatten, sofern nicht die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet gewesen wäre, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

In diesen Fällen ist Kostenersatz nach §§ 102 ff. SGB X zu prüfen.

2.10.4 Erstattungsansprüche nach §§ 102 ff. SGB X

Sofern Erstattungsansprüche nach §§ 102 ff. SGB X geltend gemacht werden, sind dabei auch die im Rahmen des § 264 Abs. 2-7 SGB V erbrachten Leistungen einzubeziehen. Diese sind ebenfalls gegenüber dem zuständigen Leistungsträger geltend zu machen.

Die erforderlichen Daten und Abrechnungsunterlagen zwecks Bezifferung der Erstattungsansprüche (Summe der nach § 264 Abs. 2-7 SGB V erbrachten Leistungen) sind im Fachverfahren unter Personendaten-Krankenversicherung mit dem Button „CCM öffnen“ einsehbar.

2.10.5 Kostenersatz bei schuldhaftem Verhalten

Kosten, die durch einen missbräuchlichen Einsatz der eGK entstehen, sind der Person, die zu Unrecht Leistungen bezieht, in Rechnung zu stellen, sofern die Kosten durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt wurden, z.B. bei Verwendung der eGK nach Ende des Bewilligungszeitraumes. Hier kommt die Prüfung von Schadenersatzansprüchen in Betracht (§§ 812, 823 BGB).

Die erforderlichen Daten und Abrechnungsunterlagen zwecks Bezifferung der Kostenersatzansprüche (Summe der nach § 264 Abs. 2 SGB V erbrachten Leistungen) sind im Fachverfahren unter Personendaten-Krankenversicherung mit dem Button „CCM öffnen“ einsehbar.

2.11 Verlust der elektronischen Gesundheitskarte

Sollte der Leistungsempfänger seine eGK verlieren, so ist dies von ihm gegenüber der Krankenkasse und dem Träger der Sozialhilfe sofort anzuzeigen. Die Kosten für eine Ersatzkarte sind vom Leistungsempfänger selbst zu tragen und sind bei Bedarf darlehensweise zu gewähren.

Sind dem Träger der Sozialhilfe Kosten durch den missbräuchlichen Einsatz der eGK entstanden, ist der Kostenersatz gemäß § 103 SGB XII zu prüfen (siehe Ziffer 2.10.5).

2.12 Abrechnung der Leistungen

Sämtliche Rechnungen und Leistungen im Rahmen der Krankenversorgung nach § 264 Abs. 2 SGB V bzw. der Aufwendungen nach § 264 Abs. 7 SGB V, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von der Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde (BASFI / SI 223) vierteljährlich erstattet.

Die Rechnungsstelle prüft darüber hinaus die haushaltsrechtliche Zulässigkeit. Basis für die ebenfalls durchgeführte Zuständigkeitsprüfung bilden die Personendaten (siehe auch Abschnitt 2.7.). Durch die Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde (BASFI / SI 223) erfolgt zudem auch die Zahlbarmachung der Leistungs- / Kostenabrechnung.

Es dürfen keine Rechnungen, Leistungen bzw. Aufwendungen im Rahmen der Krankenversorgung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V über das Fachverfahren angewiesen werden. Nur durch die zentrale Rechnungsanweisung kann sichergestellt werden, dass es nicht zu Doppelzahlungen kommt.

Bei Leistungen, die von der Krankenkasse im Rahmen der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V nur teilweise finanziert werden (z.B. Kieferorthopädische Behandlung), sind

die Leistungsempfänger darüber zu informieren, dass bereits im Vorfeld der Leistungserbringung die Klärung der weiteren Kostenübernahme mit dem Träger der Sozialhilfe erfolgen muss.

2.13 Leistungen nach dem SGB XI

Eine Übernahme von Pflegeleistungen nach dem SGB XI ist für den Personenkreis nach § 264 Abs. 2-7 SGB V nicht möglich, da nur Leistungen nach dem SGB V zu erbringen sind.

2.14 Leistungen nach dem SGB IX

Leistungen nach dem SGB IX sind durch die Krankenkasse grundsätzlich nicht zu erbringen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Leistungsansprüche aufgrund des SGB IX, die auf das SGB V verweisen oder Leistungsansprüche, die von den Krankenkassen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX (analog) erbracht werden; hierzu zählen unter anderem Leistungen der Interdisziplinären und heilpädagogischen Frühförderung sowie persönliche Budgets nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V.

2.15 Leistungen nach dem SGB XII

Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V gehen den Leistungen zur Hilfe bei Krankheit nach dem 5. Kapitel SGB XII vor. Soweit die Krankenkasse keine Leistungen für die Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Versorgung zu erbringen hat, können diese Leistungen nicht nach dem 5. Kapitel SGB XII gewährt werden. Der entsprechende Bedarf ist dann ggf. aus dem Regelsatz im Sinne von § 28 SGB XII, notfalls durch Ansparung, aufzubringen.

Näheres regelt die Fachanweisung zum 5. Kapitel SGB XII.

3. Berichtswesen

Die für die Berichterstattung und das Controlling durch die BASFI benötigten Daten werden soweit verfügbar aus dem Datawarehouse entnommen.

4. Gültigkeitsdauer

Diese Arbeitshilfe tritt durch Beschluss der SHS am 18.06.2020 in Kraft.

Anlagen

- Anlage 1: Prüfschema Vorrangige KV-Ansprüche
- Anlage 2: Vordruck Pers.-Daten-KV im Einzelfall