

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) · 48133 Münster

Servicezeiten: Montag-Donnerstag 08:30-12:30 Uhr, 14:00-15:30 Uhr
Freitag 08:30-12:30 Uhr

Adressen
gemäß Verteiler

Ansprechpartnerin:
Claudia Rösner

Tel.: 0251 591-5902
Fax: 0251 591-4280
E-Mail: claudia.roesner@lwl.org

Az.: 60-50/35-03

Münster, 31.10.2014

Rundschreiben der LWL-Behindertenhilfe Westfalen Nr. 3/2011

Krankenbehandlung nicht krankenversicherter Leistungsempfänger des LWL in Einrichtungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach § 264 SGB V, Leistungsumfang der Krankenbehandlung und Zuzahlungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieses Rundschreiben regelt das Verfahren zur Einbeziehung nicht krankenversicherter Leistungsempfänger in stationären Einrichtungen in die Durchführung der Krankenbehandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Es erläutert den Umfang der Sozialhilfeleistungen zur Behandlung kranker Heimbewohner und die von den Heimbewohnern zu leistenden Zuzahlungen und stellt das Verfahren zur Beantragung von Darlehen für Zuzahlungen dar.

1. Krankenbehandlung nicht krankenversicherter Leistungsempfänger des LWL in Einrichtungen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach § 264 SGB V

1.1 Allgemeines

Die Krankenbehandlung von nicht krankenversicherten Empfängern von Leistungen nach 3. bis 9. Kapitel SGB XII oder von laufenden Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz wird nach § 264 SGB V von der GKV durchgeführt.

Damit entfällt in den meisten Fällen die unmittelbare Abrechnung der Krankenbehandlungskosten zwischen dem Leistungsanbieter (Arzt, Zahnarzt, Apotheker, Krankenhaus, etc.) und dem LWL oder der betreuenden Einrichtung. Eine Ausnahme besteht für

Personen, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, Personen, die ausschließlich Leistungen nach den §§ 11 Abs. 5 Satz 3 und 33 SGB XII beziehen und für Sozialhilfeempfänger im Ausland; hier erfolgt die Leistungsgewährung unmittelbar im Rahmen der Sozialhilfe.

Die nicht krankenversicherten Personen erhalten eine Krankenversichertenkarte von ihrer Krankenkasse und sind leistungsrechtlich den übrigen Krankenkassenmitgliedern gleichgestellt und "nach außen" nicht von diesen zu unterscheiden. Statusrechtlich sind sie jedoch keine Mitglieder, daher wird auch von einer sogenannten "unechten Mitgliedschaft" gesprochen. Es werden keine Mitgliedsbeiträge gezahlt, vielmehr muss der Sozialhilfeträger die von der Krankenkasse tatsächlich aufgewendeten Kosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale rückwirkend vierteljährlich erstatten. Außerdem endet die Gewährung der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse bei der Beendigung der Sozialhilfebedürftigkeit. Die ausgehändigte Krankenversicherungskarte muss dann an den Sozialhilfeträger zurückgegeben werden.

Die unter Ziffer 2. dargestellten Regelungen zur Zuzahlungspflicht zu den Kosten der Krankenbehandlung und zur Belastungsgrenze gelten für Personen nach § 264 SGB V entsprechend.

Für eine allgemeine Information der in Frage kommenden nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfänger in Einrichtungen ist die Kurzinformation (Anlage 1) gedacht. **Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der betreuenden Einrichtungen werden gebeten, die betroffenen Hilfeempfänger gezielt auf die gesetzliche Regelung aufmerksam zu machen und bei der Ausübung des Kassenwahlrechtes und der Anmeldung zu unterstützen. Bitte bedenken Sie, dass die Durchführung der Krankenbehandlung durch die Krankenkassen für die nicht krankenversicherten Hilfeempfänger auch für die Einrichtungen zu einer dauerhaften Verminderung des Verwaltungsaufwandes führt.**

1.2. Die Verfahrensregelungen zu § 264 SGB V im Detail:

1.2.1 Meldeverfahren

1.2.1.1 Anmeldung bei einer Krankenkasse (sofern bisher noch kein Anspruch nach § 264 SGB V realisiert worden ist)

Für nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger (HE) in Heimen und anderen vollstationären Einrichtungen besteht nach § 264 Abs. 2 und 3 SGB ein vorrangiger Anspruch auf Krankenbehandlung durch die Krankenkasse. Sofern die Heimkosten im Einzelfall vom LWL im Rahmen der Sozialhilfe getragen werden, erfolgt die Anmeldung bei der Krankenkasse unter Beachtung des nachfolgend beschriebenen Verfahrens durch den LWL. Nicht Krankenversicherte, die Sozialhilfe außerhalb von Heimen erhalten, wenden sich wegen der Durchführung der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse bitte an ihr örtliches Sozialamt. Zu den Ausnahmen siehe Nr. 1.2.4.

Der HE hat ein Krankenkassenwahlrecht, dass innerhalb von 2 Wochen nach der Entscheidung über die Gewährung von Sozialhilfe durch den LWL ausgeübt werden muss. Macht der HE von dem Wahlrecht innerhalb der Frist keinen Gebrauch, wird die Krankenkasse ersatzweise durch den LWL bestimmt. Die Auswahl der Krankenkasse ist beschränkt auf die gesetzlichen Krankenkassen, die für den Bereich Westfalen-Lippe zuständig sind.

Die Ausübung des Kassenwahlrechts und die Anmeldung bei der Krankenkasse erfolgt mittels Vordruck nach der Anlage 2 zu diesem Rundschreiben. Wichtig ist, dass das ausgefüllte Anmeldeformular nicht direkt an die ausgewählte Krankenkasse geschickt wird, sondern zunächst an den LWL gesandt wird. Der LWL bestätigt die Voraussetzungen für die Durchführung der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse und leitet die Anmeldung an die ausgewählte Krankenkasse weiter.

1.2.1.2 Ummeldung bei einer Krankenkasse (sofern der Anspruch nach § 264 SGB V bisher über ein anderes Sozialamt als den LWL realisiert worden ist)

Bei jedem Wechsel des zuständigen Sozialhilfeträgers, muss die Krankenkasse informiert werden. Die "alte" Krankenversichertenkarte muss bei der Krankenkasse abgegeben werden und eine neue Krankenversichertenkarte ausgestellt werden. Das hängt damit zusammen, dass eine Sperrung oder schlichte "Umschreibung" der "alten" Krankenversichertenkarte bisher technisch nicht möglich ist und daher die Kosten aller ärztlichen Leistungen, die bei weiterer Verwendung der "alten" Karte entstehen, von dem bisherigen, zukünftig nicht mehr zuständigen Sozialhilfeträger an die Krankenkasse zu erstatten wären.

Die Ummeldung auf den LWL erfolgt wie unter 1.2.1.1 beschrieben. "Alte" Krankenversichertenkarten sollten immer an das zuvor zuständige Sozialamt weitergeleitet werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen werden um entsprechende Unterstützung gebeten.

1.2.1.3 Abmeldung bei der Krankenkasse (bei Beendigung der Sozialhilfeleistung durch den LWL/bei Auszug aus einer stationären Einrichtung)

Bei Beendigung der Sozialhilfegewährung durch den LWL (z. B. wenn der HE durch Vermögenserwerb zum Selbstzahler in der Einrichtung wird) oder spätestens bei der endgültigen Entlassung aus einer vollstationären Betreuung (nicht bei Verlegungen in ein anderes Heim!) wird der HE bei der Krankenkasse durch den LWL abgemeldet. Wegen der Einziehung der Krankenversichertenkarte siehe Nr. 1.2.3.

1.2.2 Ausstellen der Krankenversichertenkarte nach der Anmeldung

Die Krankenversichertenkarte wird nach Anmeldung durch die ausgewählte Krankenkasse ausgestellt. Die Krankenkasse rechnet Ihre Aufwendungen vierteljährlich mit dem LWL ab.

1.2.3 Einziehung der Krankenversichertenkarte bei der Abmeldung

Parallel mit der Abmeldung bei der Krankenkasse (siehe dazu Nr. 1.2.1.3) muss die Krankenversichertenkarte vom LWL eingezogen werden, um die weitere Benutzung der Karte und möglichen Missbrauch zu Lasten des LWL zu vermeiden (§ 264 Abs. 5 SGB V). **Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der betreuenden Einrichtungen werden gebeten, die Karte vor der Entlassung/dem Auszug der Bewohnerin/des Bewohners einzubehalten und an den LWL weiterzuleiten.** Die Bewohnerin/der Bewohner hat sich zuvor mit der Anmeldung (siehe dazu Nr. 1.2.1.1 und Anlage 2) zur Herausgabe der Karte an die betreuende Einrichtung für den Fall der Entlassung/des Auszugs bzw. für den Fall der Beendigung der Sozialhilfebedürftigkeit schriftlich bereit erklärt. Sollte sich die Bewohnerin/der Bewohner weigern, die Karte trotz Aufforderung herauszugeben, benachrichtigt die betreuende Einrichtung den LWL. Weitere Konsequenzen gegenüber dem HE werden dann vom LWL gezogen.

1.2.4 Ausnahmefälle, in denen keine Anmeldung bei der Krankenkasse durch den LWL erfolgt

Nicht krankenversicherte Personen, die voraussichtlich weniger als einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, haben keinen Anspruch auf Krankenbehandlung durch die Krankenkasse (§ 264 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Damit sollen erhöhte Verwaltungsaufwände z. B. durch die An- und Abmeldung bei der Krankenkasse sowie das Ausstellen und Einziehen der Versichertenkarte bei einem nur kurzzeitigem Hilfebedarf ausgeschlossen werden.

Der LWL geht bei folgenden Fallgestaltungen aus seinem Zuständigkeitsbereich grundsätzlich von einem nur kurzzeitigen Hilfebedarf aus und unterstützt daher keine Anmeldung bei einer Krankenkasse:

- stationäre Krankenhausbehandlung für Patienten, die zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme keine Krankenversichertenkarte besitzen

Die Krankenhauskosten werden in diesem Fall vom LWL nach Prüfung der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen unmittelbar zwischen Krankenhaus und LWL abgerechnet. Das gilt auch, sofern die Krankenhausbehandlung in seltenen Fällen länger als einen Monat andauert bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Diese Regelung gilt entsprechend auch bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation in stationären Rehabilitationseinrichtungen.

- Personen, die keine Krankenversichertenkarte besitzen und in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe nach § 67 SGB XII aufgenommen werden, für den ersten Monat nach der Aufnahme

Die Kosten einer etwaigen Krankenbehandlung werden im ersten Monat nach der Aufnahme vom LWL im Rahmen der "Hilfe bei Krankheit" übernommen. Nach dem ersten Aufenthaltsmonat erfolgt eine Anmeldung bei einer Krankenkasse (siehe Nummer 1.2.1.1), es sei denn, dass die Hilfe nach § 67 SGB XII in absehbar kurzer Zeit beendet wird.

- Personen, deren Betreuungskosten in einer vollstationären Einrichtung im Rahmen der Sozialhilfe vom LWL nur für einen von vorneherein befristeten Zeitraum von bis zu einem Monat übernommen werden

Die Kosten einer etwaigen Krankenbehandlung werden im Rahmen der "Hilfe bei Krankheit" übernommen.

2. Umfang der Sozialhilfeleistungen zur Behandlung kranker Heimbewohner

Der Leistungsumfang der sozialhilferechtlichen Vorschriften (§§ 47 bis 52 SGB XII) entspricht dem geltenden Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Eine Kostenübernahme im Rahmen der Sozialhilfe über die im Leistungskatalog der GKV vorgesehenen Leistungen hinaus, ist nach dem Willen des Gesetzgebers ausgeschlossen.

Dies kann dazu führen, dass Sozialhilfeempfänger in- und außerhalb von Einrichtungen und Heimen etwaige Kosten aus eigenen Mitteln bestreiten müssen (aus dem Regelsatz, Barbetrag oder geschütztem Barvermögen), beispielsweise Sehhilfen/Brillen oder nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Eine ersatzweise Kostenübernahme durch die Sozialhilfe ist nicht möglich.

Darüber hinaus müssen Sozialhilfeempfänger im Grundsatz dieselben Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenbehandlung leisten, wie alle übrigen Patienten auch. Lediglich Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind von den Zuzahlungen generell befreit. Die vollständigen Befreiung von der Zuzahlungspflicht für Sozialhilfeempfänger ist nicht vorgesehen. Die zu erbringende Zuzahlung bei der Behandlung in einem Krankenhaus/einer Reha-Einrichtung ist wie die übrigen Zuzahlungen auch vom Sozialhilfeempfänger selbst aus eigenen Mitteln (aus dem Regelsatz, Barbetrag oder geschütztem Vermögen) aufzubringen.

Eine finanzielle Überforderung der Patienten soll durch Berücksichtigung einer sogenannten Belastungsgrenze vermieden werden. Diese Belastungsgrenze orientiert sich bei Sozialhilfeempfängern in Einrichtungen an der Regelbedarfsstufe 1. Für chronisch kranke Sozialhilfeempfänger, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze pro Kalenderjahr 1% des zwölffachen der Regelbedarfsstufe 1, für die übrigen Personen 2% des zwölffachen der Regelbedarfsstufe 1. Zuzahlungen über diese Beträge hinaus müssen nicht geleistet

werden. Die aktuellen maximalen Belastungsgrenzen entnehmen Sie bitte der Anlage 3. Über die individuelle Belastungsgrenze informiert die jeweilige Krankenkasse.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, den Patienten über das Erreichen der Belastungsgrenze während des Kalenderjahres eine Bescheinigung auszustellen, aus der hervorgeht, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu erbringen sind.

Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen, die vom LWL Sozialhilfe erhalten, haben die Möglichkeit, ein Darlehen zur Finanzierung des Zuzahlungsbetrages zu erhalten. Näheres zum Verfahren siehe Ziffer 3.

3. Verfahren zur Beantragung von Darlehen für Zuzahlungen für Leistungsempfänger des LWL in stationärer Einrichtungen

Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der gesetzlichen Regelung in § 37 Abs. 2 - 4 SGB XII hält der LWL an seiner bereits bisher geäußerten Empfehlung fest, die Zuzahlungen möglichst ohne Inanspruchnahme eines sozialhilferechtlichen Darlehens des LWL zu leisten.

3.1 Beantragung eines Darlehens für Zuzahlungen nach § 37 Abs. 2 - 4 SGB XII

Der LWL gewährt Personen, die in einer stationären Einrichtung betreut werden und Sozialhilfe vom LWL erhalten, auf **besonderen Antrag** - Anlage 3 - ein Darlehen in Höhe des Gesamtbetrags der Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V (§ 37 Abs. 2 SGB XII). **Der Antrag muss den Anforderungen der beigefügten Anlage genügen, da sonst eine korrekte Bearbeitung durch den LWL und eine Tilgung des Darlehens durch die Kürzung des Barbetrags nicht sichergestellt ist.**

Personen, die keinen Anspruch auf einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung haben, (z. B. Bezieher von Blindengeld) sowie Minderjährige können kein Darlehen erhalten.

Der Antrag gilt - bis zu einem Widerspruch - auch für die Folgejahre.

Aufgrund des Antrags nimmt der LWL Kontakt mit der zuständigen Krankenkasse auf und zahlt das Darlehen an die Krankenkasse. Die Krankenkasse stellt den Befreiungsausweis nach § 62 SGB V für das gesamte Kalenderjahr aus und übersendet ihn an die Berechtigte/den Berechtigten.

Der Träger der Sozialhilfe hat der zuständigen Krankenkassen bis spätestens zum 01.11. des Vorjahres die Darlehensnehmer für das Folgejahr zu melden (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB XII). **Der Antrag muss daher bis spätestens zum 30.09. des laufenden Kalenderjahres für das jeweilige Folgejahr beim LWL gestellt werden um einen reibungslosen Verlauf des Meldeverfahrens gegenüber der Krankenkasse zu gewährleisten.**

3.2 Höhe des Darlehens und der Tilgungsraten

Die Höhe der notwendigen jährlichen Darlehen, der mtl. Tilgungsraten und des verbleibenden Barbetrages nach Abzug des Tilgungsbetrages (jeweils im Einzelfall) entnehmen Sie bitte der Anlage 3 (siehe auch Ziffer 4.).

3.3 Rückzahlung des Darlehens nach § 37 Abs. 4 SGB XII

Die betreuende Einrichtung bestätigt auf dem Darlehensantrag, dass Sie den an die Berechtigte/den Berechtigten auszahlenden Barbetrag nach § 27b Abs. 2 SGB XII monatlich um 1/12 der jährlichen Darlehenssumme kürzt und nur noch den so verminderten Barbetrag mit dem LWL abrechnet.

Da der Darlehensantrag auch für die Folgejahre gilt, wird der Barbetrag auch in den Folgejahren um jeweils 1/12 der Belastungsgrenze (1% oder 2% der Regelbedarfsstufe 1) gekürzt.

Sofern das Darlehen nicht zu Beginn sondern erst im Verlauf des Kalenderjahres beantragt wird, kürzt die Einrichtung den auszahlenden Barbetrag im Antragsmonat einmalig um den Anteil, welcher der Summe der bis dahin aufgelaufenen monatlichen Tilgungsbeträge entspricht. Ab dem Folgemonat wird der Barbetrag dann um 1/12 der jährlichen Darlehenssumme gekürzt.

Bei einer Entlassung aus einer stationären Einrichtung veranlasst der LWL alles Weitere zur Tilgung des Darlehens.

Bei Verlegungen informiert der Träger der verlegenden Einrichtung den Träger der aufnehmenden Einrichtung vorab über die anteilige Kürzung des Barbetrags.

Sofern der Barbetrag ausnahmsweise nicht durch die Einrichtung an die Berechtigte/den Berechtigten ausgezahlt wird, sondern direkt durch den LWL, ist dies im Darlehensantrag anzugeben. In diesem Fall veranlasst der LWL die Kürzung des Barbetrags.

3.2 Widerspruch gegen die zukünftige Darlehensgewährung

Der Darlehensantrag gilt auch für die Folgejahre, es sei denn, dass der zukünftigen Darlehensgewährung widersprochen wird. Der Widerspruch ist formlos im Einzelfall an den LWL zu richten.

Der Widerspruch sollte bis zum 30.09. des laufenden Kalenderjahres für das jeweilige Folgejahr beim LWL gestellt werden um einen reibungslosen Verlauf des Meldeverfahrens gegenüber der Krankenkasse zu gewährleisten.

4. Service-Angebot im Internet

Das Rundschreiben mit seinen Anlagen ist im Internet auf der Homepage des LWL unter <http://www.lwl.org/LWL/Soziales/Behindertenhilfe/rundschreiben> abrufbar. Die Anlage 3 des Rundschreibens - Höhe Zuzahlungsbetrag und Darlehensrate - wird jährlich aktualisiert. Aus Kostengründen erfolgt die Anpassung nicht in schriftlicher Form, sondern es wird ausschließlich die im Internet abrufbare Datei aktualisiert.

Die Rundschreiben der Abteilung LWL-Behindertenhilfe Westfalen Nr. 14 aus 2007 und Nr. 30 aus 2003 hebe ich auf.

Mit freundlichen Grüßen
Der Direktor des Landschaftsverbandes
In Vertretung
gez.
Matthias Münning
Landesrat