

Liliencronstraße 14  
40472 Düsseldorf

Postfach 33 03 30  
40436 Düsseldorf

Zentrale: 0211/ 96508 - 0  
Direkt: 0211/ 96508 - 43  
Telefax: 0211/ 96508 - 55  
E-Mail: Klein@lkt-nrw.de

Datum: 14.11.2003  
Aktenz.: 35.20.00.1 MK/ML

RUNDSCHREIBEN-NR.: 576/03

An die  
Mitglieder des  
Landkreistages Nordrhein-Westfalen

## **Übernahme der Krankenbehandlung für Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber durch die gesetzliche Krankenversicherung gem. § 264 SGB V**

### **Zusammenfassung:**

*Aufgrund des zum 01.01.2004 neu gefassten § 264 SGB V durch das GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung für bisher nicht versicherte Sozialhilfeempfänger und für Asylbewerber, die BSHG-Leistungen erhalten, ab 01.01.2004 die Krankenbehandlung zu Lasten der Sozialhilfeträger. Die Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Krankenversicherung im Wege der Kostenerstattung erfordert erhebliche organisatorische Vorbereitungen, die, soweit sie bundeseinheitlich zu regeln und zu entscheiden sind, mit der Bundes-AOK, die die Federführung für die gesetzlichen Krankenkassen übernommen hat, zur Zeit vorgeklärt werden. Nachfolgend wird über erste Ergebnisse der Gespräche mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene berichtet.*

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 17. Oktober 2003 wird §264 SGB V neu gefasst und die Krankenbehandlung von bisher nichtversicherten Empfängern laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, von Hilfe in besonderen Lebenslagen und laufender Leistungen nach §2 Asylbewerberleistungsgesetz den Krankenkassen übertragen (vgl. Rundschreiben LKT NRW Nr. 507/03 vom 09.10.2003; neuer Wortlaut des § 264 SGB V Abs. 2 – 7 vgl. Anlage A1). Die Aufwendungen der Krankenkassen haben die Sozialhilfeträger einschließlich eines Personalaufwands von bis zu 5% der abgerechneten Leistungsaufwendungen vierteljährlich zu erstatten. Hierbei ist zu beachten, dass die Verwaltungskostenpauschale von bis zu 5% der abgerechneten Leistungsaufwendungen als eine Kopfpauschale zu verstehen ist, die nur für den Haushaltsvorstand einer entsprechenden Bedarfsgemeinschaft erhoben wird.

Die genannten Hilfeempfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für sie zuständigen Sozialhilfeträgers zu wählen. Bei einer Bedarfsgemeinschaft übt der Haushaltsvorstand dieses Wahlrecht aus. Die Hilfeempfänger erhalten eine Krankenversichertenkarte, mit der sie wie die gesetzlich Krankenversicherten bei Vorlage Leistungen der Krankenversicherung im gesetzlich vorgesehenen Umfang erhalten. Dabei gelten die allgemeinen Regeln der Budgetbegrenzung der GKV.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene sind an den Deutschen Städtetag und den Deutschen Landkreistag sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit der Bitte herangetreten, zur Umsetzung des neuen § 264 SGB V eine gemeinsame Empfehlung herauszugeben. Dazu haben am 07. und 13.11.2003 erste Gesprächsrunden stattgefunden. Beratungsgrundlage war der Entwurf einer gemeinsamen Empfehlung, der seitens der Krankenkassenverbände vorgelegt worden war sowie eine umfangreiche Liste von Fragen, die von Kreisen und kreisfreien Städten als Sozialhilfeträger zusammengestellt worden war.

Die Krankenkassenverbände gehen davon aus, dass es sich bei der Neuregelung des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V um ein gesetzliches Auftragsverhältnis i.S. des § 93 SGB X handele. Dies hätte zur Folge, dass die entsprechenden Regelungen der §§ 89, 91 SGB X Anwendung finden würden. Die Vertreter der Sozialhilfeträger haben dem widersprochen und sind der Auffassung, dass das mit der gesetzlichen Übertragung der Krankenbehandlung begründete Rechtsverhältnis zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern abschließend in SGB V und BSHG geregelt wird und kein Raum mehr für die Anwendung allgemeiner Vorschriften eines gesetzlichen Auftragsverhältnisses nach § 93 SGB X besteht. In der Zwischenzeit wurde das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebeten, diese Frage zu klären. Gemeinsame Empfehlungen von gesetzlichen Krankenkassen und kommunalen Spitzenverbänden setzen voraus, dass es zur Anwendung und Umsetzung des neu gefassten § 264 SGB V zu einer übereinstimmenden Rechtsauffassung in dieser Frage kommt.

Unabhängig von dieser Grundsatzfrage haben die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung zugesagt, die Krankenbehandlung für den gesetzlich bestimmten Personenkreis ab 1. Januar 2004 zu übernehmen, wenn bis zum

## **5. Dezember 2003**

die nichtversicherten Sozialhilfeempfänger und gleichgestellten Asylbewerber eine gesetzliche Krankenversicherung gewählt haben und gemeldet wurden. Bei Nichteinhaltung dieser Frist müssten die zuständigen Sozialhilfeträger auch nach dem 1. Januar 2004 die Krankenbehandlung nach dem BSHG solange sicherstellen, d.h. einen Behandlungsschein ausstellen oder die Übernahme von stationären Krankenbe-

handlungskosten erklären und übernehmen, bis die verwaltungstechnischen Voraussetzungen für die Erbringung der Leistungen durch die Krankenkassen erfüllt sind, insbesondere eine Versichertenkarte ausgestellt ist. Eine solche Zeitverzögerung wird es auch künftig in Fällen mit kurzfristiger oder zeitlich begrenzter Hilfestellung geben. Die sich daraus ergebenden Umsetzungsfragen sind bislang nicht erörtert worden. Bisher haben die Krankenkassen eine Befristung der Versichertenkarte bis 30.06.2004 im Hinblick auf das Inkrafttreten des sich im Vermittlungsverfahren befindlichen Gesetzgebungsvorhabens SGB II (Zusammenführung Arbeitslosenhilfe/Sozialhilfe), nicht zuletzt auch wegen der regulären Ausstellung von Versichertenkarten für die Dauer von einem Jahr und der damit verbundenen Kosten, abgelehnt.

Das Muster eines Anschreibens an Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber (Anlage A2) und das Muster eines Antwortschreibens von Sozialhilfeempfängern/Asylbewerbern an das Sozialamt (Anlage A3) sind dem Rundschreiben beigelegt, wobei in Nordrhein-Westfalen die Besonderheit besteht, dass für Asylbewerber ausschließlich die gemeindliche Ebene, d.h. kreisfreie Städte und kreisangehörige Gemeinden zuständig ist.

Die Beratung mit den Krankenkassenverbänden werden z.Z. fortgesetzt. Ob und ggf. wann es auf Bundesebene zu einer gemeinsamen Empfehlung kommt, kann derzeit nicht gesagt werden, zumal auch unter den Krankenkassenverbänden noch nicht über alle Fragen Einvernehmen erzielt werden konnte.

Über weitere Ergebnisse auf Bundesebene werden wir Sie unterrichten.

Mit freundlichen Grüßen

In Vertretung



Dr. Martin Klein

Anlagen: A1 – A3

## § 264 SGB V

### Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kosten- erstattung

- (1) ...
- (2) Die Krankenbehandlung von Empfängern laufender Leistungen zum Lebensunterhalt nach Abschnitt 2, von Empfängern von Hilfe in besonderen Lebenslagen nach Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, 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, Personen, die ausschließlich Leistungen nach §§ 14 und 17 des Bundessozialhilfegesetzes beziehen sowie für die in § 119 des Bundessozialhilfegesetzes genannten Personen.
- (3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgers 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 § 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 Bundessozialhilfegesetzes sind, meldet der Sozialhilfeträger diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Sozialhilfeträger 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 Sozialhilfeträger zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse aufgrund 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 § 85 a 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 Absatz 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Sozialhilfeträgern 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 und oder –gewährung vorliegen, kann der zuständige Sozialhilfeträger von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

**Änderungen bei der Krankenhilfe nach dem BSHG  
durch das verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz**

Geänderte Regelungen		Beschreibung der Veränderung
§ 36 a BSHG Hilfe bei Sterilisation	Neuregelung des § 24 b SGB V	Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation werden aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen. Leistungen gehören zur persönlichen Lebensplanung. Daher Eigenfinanzierung durch die Versicherten. <b>Krankheitsbedingt erforderliche Sterilisation wird weiterhin über GKV bezahlt.</b>
§ 36 b BSHG Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft	Änderung in § 195 RVO	<b>Wegfall des Entbindungsgeldes.</b> (Bisher erhielten Versicherte, die keinen Anspruch auf lfd. Mutterschaftsgeld hatten, ein einmaliges Entbindungsgeld in Höhe von 77 €. Diese Leistung nach der RVO wurde aus finanziellen Gründen gestrichen).
§ 37 Abs. 1 BSHG Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe	Neuregelung des § 264 SGB V	§ 264 SGB V hat folgenden Regelungsinhalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenbehandlung von HzL-Empfängern / HibL-Empfängern und von Empfängern lfd. Leistungen nach § 2 AsylbLG, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen</li> <li>▪ HzL muss voraussichtlich mindestens 1 Monat ununterbrochen gewährt werden.</li> <li>▪ Gilt nicht für Sozialhilfe an Deutsche im Ausland (§ 119 BSHG)</li> <li>▪ Auswahl der Krankenkasse durch den SHE</li> <li>▪ Wahlrecht steht dem HV zu</li> <li>▪ Leistungsumfang für SHE entspricht dem Leistungsumfang der GKV (§ 11, 1 SGB V = Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, zur Früherkennung von Krankheiten, zur Behandlung einer Krankheit, bei Schwerpflegebedürftigkeit; § 61 SGB V = Zuzahlungen; § 62 SGB V = Belastungsgrenze)</li> <li>▪ <b>SHE erhalten eine Versicherungskarte</b></li> <li>▪ <b>Liegt keine Bedürftigkeit im Sinne des BSHG mehr vor, sofortige Abmeldung bei der KK, Einzug der Versicherungskarte und Weiterleitung an KK durch SHTr/Sozialamt</b> (Aufwendungen, die der KK nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der SHTr. zu erstatten; ggf ist gem. § 92 a BSHG Kostenersatz zu fordern.)</li> <li>▪ Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung über Kopfpauschalen an die Kassenärztl. Vereinigung; bei mehreren HE in der Familie wird wie bei Versicherten die Kopfpauschale nur für den HV entrichtet.</li> <li>▪ Diese Kopfpauschalen werden bis einschl. 2005 auch mit dem SHTr abgerechnet. Ab 2006 rechnet die KK die tatsächlich für die Versorgung erbrachten Leistungen mit dem SHTr ab.</li> <li>▪ <b>Vierteljährliche Abrechnung der Aufwendungen + 5 % Verwaltungskostenzuschlag</b></li> </ul>
§ 38 BSHG Leistungserbringung, Vergütung, Fahrkosten		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Streichung des § 38 Abs. 2 aufgrund der Neuregelung der Zuzahlungen und Belastungsgrenzen für SHE im SGB V.</li> <li>▪ Bedeutet Gleichstellung der SHE bei den Zuzahlungen den Versicherten in der GKV.</li> <li>▪ Bei Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V innerhalb eines kurzen Zeitraumes kann SHTr Kosten darlehensweise übernehmen.</li> <li>▪ Übernahme nur der unabwendbar notwendigen Krankheitskosten</li> <li>▪ Teilnahme der Hilfesuchenden an den von den KK angebotenen Bonusregelungen (§ 65 a SGB V)</li> </ul>
§ 1 Abs. 1 S. 2 Regelsatzverordnung	Folgeänderung durch Streichen des § 38 Abs. 2 BSHG	„Die Regelsätze umfassen.... Dazu gehören auch die laufenden Leistungen für die Beschaffung von Wäsche und Hausrat von geringem Anschaffungswert, für die Instandsetzung von Kleidung, Schuhen und Hausrat in kleinerem Umfang sowie für Körperpflege und für Reini-

		<p>gung sowie die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und bei sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach den §§ 36 bis 38 des Gesetzes übernommen werden.“ Mit der Neufassung wird geregelt, dass die Zuzahlungen aus dem Regelsatz zu decken sind.</p>
§ 61 SGB V Zuzahlungen		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuzahlung Arzneimittel und Verbandmittel             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 10 v.H. des Abgabepreises,</li> <li>○ mindestens 5 € ,</li> <li>○ höchstens 10 € ,</li> <li>○ jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels</li> </ul> </li> <li>▪ Zuzahlung stationäre Maßnahmen = 10 €/Kalendertag, begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr</li> <li>▪ Zuzahlung Heilmittel, häusliche Krankenpflege = 10 €/Verordnung + 10 % der Kosten</li> <li>▪ Zuzahlung Hilfsmittel = 10 % für jedes Hilfsmittel; mindestens 5 €, max. 10 €</li> </ul> <p>(Diese Regelungen gelten ausschließlich für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.)</p>
§ 62 SGB V Belastungsgrenze		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuzahlung nicht mehr als 2 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt pro Kalenderjahr (einschl. der Einnahmen der Haushaltsangehörigen oder des Lebenspartners)</li> <li>▪ Zuzahlung für chronisch Kranke = 1 % der Bruttoeinnahmen</li> <li>▪ Bei Versicherten, die             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HzL nach BSHG,</li> <li>○ HzL im Rahmen der KOF nach BVG oder anderen Gesetzen in entspr. Anwendung des BVG</li> <li>○ oder Leistungen nach dem GSiG erhalten,</li> <li>○ in Heimen zu Lasten der Sozialhilfe oder der KOF untergebracht sind und</li> </ul>             bei nicht versicherten Empfängern von             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HzL nach BSHG</li> <li>○ HibL nach Abschnitt 3 des BSHG</li> <li>○ lfd. Leistungen nach § 2 AsylbLG</li> </ul> <p><b>gilt als Bruttoeinnahme für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des HV; somit Zuzahlung jährlich bei einem Regelsatz von 296 € = 71,04 € ( 12 x 296, davon 2%)</b></p> </li> <li>▪ Krankenkasse stellt dem Versicherten eine entsprechende Bescheinigung über die Befreiung aus.</li> </ul>
§ 28 SGB V		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einführung einer Praxisgebühr von 10 € pro Quartal.für Versicherte, die das 18 Lebensjahr vollendet haben</li> <li>▪ Gebühr ist sozial abgedeckt, da sie zusammen mit weiteren Zuzahlungen 2 %, bei chronisch Kranken 1 % des Bruttoeinkommens nicht überschreiten darf.</li> </ul> <p>Egal, wie oft man zu einem Arzt geht und egal, zu wie vielen Ärzten man geht: Man zahlt insgesamt nicht mehr als 10 € Praxisgebühr innerhalb eines Quartals</p>
		<b>Sterbegeld gehört nicht mehr zum Leistungskatalog der GKG</b>
§ 33 SGB V		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ An Sehhilfen/Brillen beteiligen sich die Krankenkassen nicht mehr.</li> <li>▪ Ein Leistungsanspruch besteht weiterhin für Kinder/Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen</li> <li>▪ Eine Kostenübernahme durch das Sozialamt im Rahmen der Hilfe bei Krankheit ist gem. § 38 BSHG n. F. ausgeschlossen. Die Kosten sind gem. § 1 Abs. 1 S. 2 Regelsatzverordnung n. F. aus dem Regelsatz zur decken.</li> </ul>
§ 60 SGB V		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der GKV übernommen</b> (nur noch bei zwingenden medizinischen Gründen kann GKV Genehmigung erteilen und Fahrkosten übernehmen)</li> </ul>
		▪

§§ 55 – 59 SGB V		<p><b>Zahnersatz</b> <b>Im Jahre 2004 bleibt es bei den bisherigen Regelungen</b></p> <p><b>Ab 2005</b> gilt Folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Der Zahnersatz wird aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen</li><li>• Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine Zahnersatzversicherung als obligatorische Satzungsleistung anzubieten.</li><li>• Die Festzuschüsse umfassen 50 % der Kosten für die jeweilige Regelversorgung und erhöhen sich bei regelmäßiger Zahnpflege und ärztlicher Untersuchung auf max 80 %</li><li>• Versicherte, die lfd. HzL nach dem BSHG, lfd. HzL im Rahmen der Kriegsopferfürsorge oder Leistungen nach dem GSiG erhalten, werden nach der Satzung einen Anspruch auf den doppelten Festzuschuss haben, so dass eine vollständige Übernahme der Kosten der jeweiligen Regelversorgung erfolgt.</li><li>• Dies gilt auch für Heimbewohner, wenn die Kosten der Unterbringung durch Träger der Sozialhilfe oder KOF getragen werden.</li></ul>
------------------	--	--