

Fachanweisung

Gewährung von Krankenhilfe und anderen Leistungen nach § 40 Achtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)

INHALT	SEITE:
1. GELTUNGSBEREICH	2
2. LEISTUNGSVORAUSSETZUNGEN	2
2.1. LAUFENDE LEISTUNGEN DER JUGENDHILFE	2
2.2. VORRANG EINES ANDEREN LEISTUNGSTRÄGERS	2
2.2.1 <i>Pflichtversicherung des/der Betreuten</i>	3
2.2.2 <i>Familienversicherung</i>	3
3. SICHERSTELLUNG DER KRANKENVERSORGUNG	4
3.1. VORGABEN ZUM VERFAHREN	4
3.2. AUSWAHL EINER KRANKENKASSE	4
3.3. ANMELDUNG BEI EINER KRANKENKASSE	5
3.4. MELDUNG VON VERÄNDERUNGEN IN DEN PERSONALDATEN	5
4. BEREITSTELLUNG EINER VERSICHERTENKARTE	6
4.1. AUSGABE DER VERSICHERTENKARTE	6
4.2. ABMELDUNG BEI DER KRANKENKASSE	6
4.3. EINZUG DER VERSICHERTENKARTE	6
5. LEISTUNGSUMFANG	7
6. ABRECHNUNG DER KRANKENVERSORGUNG NACH § 264 SGB V	7
7. ERSTATTUNG DER KRANKENHILFEKOSTEN DURCH ANDERE TRÄGER	8
8. DATENSCHUTZ	8
9. ZUZÄHLUNGEN UND EIGENANTEILE	8
9.1. AUSSCHLUSS EINER ÜBERNAHME VON EIGENANTEILEN	8
9.2. ÜBERNAHME VON EIGENANTEILEN UND ZUZÄHLUNGEN	9
10. GEWÄHRUNG BEI UNKLARER LEISTUNGSPFLICHT	9
11. ÜBERNAHME VON KRANKENVERSICHERUNGSBEITRÄGEN	9
11.1. KRANKENVERSICHERUNGSBEITRÄGE FÜR RENTENANTRAGSTELLER	9
11.2. KRANKENVERSICHERUNG BEI AUSLANDSAUFENTHALT	10
12. GESETZLICHE PFLEGEVERSICHERUNG	10
13. BERICHTSWESEN	10
14. SCHLUSSBESTIMMUNGEN	11

Fachanweisung „Gewährung von Krankenhilfe und anderen Leistungen nach § 40 Achstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) “

1. Geltungsbereich

Diese Fachanweisung regelt

- die Sicherstellung der medizinischen Versorgung und der Gesundheitsvorsorge nach § 40 Satz 1 Achstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in Verbindung mit § 264 SGB V,
- die Übernahme von Beiträgen für eine freiwillige Krankenversicherung (KV) im Rahmen der Leistungen nach § 40 Satz 2 SGB VIII sowie
- die Übernahme von Beiträgen in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach § 21 Nr. 4 SGB XI für den Personenkreis, für den Krankenhilfe nach § 40 Satz 1 SGB VIII gewährt wird.

2. Leistungsvoraussetzungen

2.1. Laufende Leistungen der Jugendhilfe

Leistungen nach § 40 SGB VIII dürfen als Annex nur gewährt werden, wenn eine der nachfolgenden Hilfen

- zur Teilnahme an schulischen oder beruflichen Bildungsmaßnahmen oder bei der beruflichen Eingliederung in sozialpädagogisch begleiteten Wohnformen nach § 13 Abs. 3 SGB VIII,
- zur Förderung der Erziehung in der Familie nach § 19 SGB VIII in gemeinsamen Wohnformen für Mütter / Väter und ihre Kinder,
- zur Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht nach § 21 SGB VIII,
- zur Erziehung nach §§ 27 ff. in der Ausgestaltung nach §§ 33, 34 oder 35 SGB VIII,
- zur Eingliederung nach § 35a Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB VIII,
- für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII in der Ausgestaltung nach §§ 33, 34 oder 35 und nach § 35a Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB VIII,
- zur vorläufigen Unterbringung als Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII

in Anspruch genommen wird.

2.2. Vorrang eines anderen Leistungsträgers

Nach § 10 Abs.1 S.1 SGB VIII sind Leistungen der Krankenhilfe nach § 40 Satz 1 und 2 SGB VIII nur zu gewähren, wenn keine vorrangig verpflichteten Träger Leistungen zu erbringen haben.

Vorrang haben insbesondere die Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung.

Es ist daher in jedem Einzelfall vorab zu prüfen, ob vorrangig anderweitig Leistungen für Krankenhilfe zu erlangen sind durch

- eigene Versicherungspflicht (§5 SGB V),
- freiwillige Mitgliedschaft in der GKV (§7 SGB V),
- Berücksichtigung in der Familienversicherung (§10 Abs. 1,2 u.4 SGB V),
- Mitgliedschaft in einer privaten Krankenversicherung,

- Ansprüche auf Beihilfe (z.B. nach der BeihilfeVO) oder
- Krankenbehandlungsschutz (nach §10 BVG i.V.m. §1 OEG).

2.2.1 Pflichtversicherung des/der Betreuten

Bei Antragstellung auf Leistungen nach § 40 SGB VIII ist zu prüfen, ob Ansprüche infolge einer Pflichtversicherung nach § 5 SGB V bestehen. Das Prüfergebnis ist zu dokumentieren.

Nach § 5 SGB V sind in der Jugendhilfe Betreute versicherungspflichtig, wenn sie

- in der Berufsausbildung sind (§ 5 Abs.1 Nr.1 SGB V),
- Leistungen nach dem SGB III beziehen (§ 5 Abs.1 Nr.2 SGB V),
- Arbeitslosengeld nach dem SGB II beziehen (§ 5 Abs.1 Nr.5 SGB V),
- in Jugendhilfeeinrichtungen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs.1 Nr. 5 SGB V),
- an berufsfördernden Maßnahmen (ausgenommen Maßnahmen nach dem BVG) zur Rehabilitation, Berufsfindung oder Arbeitserprobung teilnehmen (§ 5 Abs.1 Nr.6 SGB V),
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Halbwaisen- bzw. Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen (§5 Abs.1 Nr. 11 SGB V).

2.2.2 Familienversicherung

Familienversicherung für ein Kind besteht, wenn ein Elternteil, Stief- oder Großelternteil oder Pflegeelternteil Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist (§ 10 SGB V) und wenn dieses Kind

- seinen Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland hat,
- nicht selbst nach § 5 SGB V pflichtversichert oder freiwillig versichert ist (§5 SGB V),
- nicht nach § 6 SGB V von der Versicherungspflicht befreit ist,
- nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist,
- kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet.

Für Kinder, die mit Stief- bzw. Großeltern zusammenleben ist die Berücksichtigung in der Familienversicherung davon abhängig, ob das Mitglied das Kind überwiegend unterhält. Die dazu erforderliche Prüfung erfolgt durch die jeweilige Krankenkasse nach allgemeinen Richtlinien. Die Berücksichtigung von Pflegekindern in der Familienversicherung richtet sich nach § 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I. Danach sind Kinder dann als Pflegekinder in der Familienversicherung zu berücksichtigen, wenn sie mit dem berechtigten Mitglied durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind.

Keinen Anspruch auf Familienversicherung haben danach faktisch nur noch die Kinder, deren Eltern versicherungsfrei nach § 6 SGB V sind oder Sozialgeld nach dem SGB XII beziehen oder die sich als sog. minderjährige unbegleitete Flüchtlinge in der Betreuung des Jugendhilfeträgers befinden.

Hinweis:

Beziehen Eltern, Stief- oder Großeltern oder Pflegeeltern ALG-II, sind sie Pflichtmitglieder in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V. Die zur Familie gehörenden Kinder werden demnach von der Familienversicherung erfasst.

Entfällt die Leistungsberechtigung der Eltern nach dem SGB II durch kurzfristige Korrektur der Entscheidung und Zuordnung zum Kreis der Leistungsberechtigten nach

dem SGB XII, besteht für die Kinder als Teil der Bedarfsgemeinschaft die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung nach § 9 Abs. 2 SGB V. In der Regel ist es für den Jugendhilfeträger wirtschaftlich von Vorteil, diese Option zu nutzen. Kein Anspruch auf Familienversicherung besteht, wenn die Eltern nicht Mitglied einer gesetzlichen KV sind, sondern lediglich Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 264 SGB V haben.

3. Sicherstellung der Krankenversorgung

Zuständig für die Durchführung der Krankenbehandlung und damit der nach § 40 SGB VIII zu gewährenden Krankenhilfe sind die Krankenkassen nach § 264 SGB V.

Der Anspruch auf Leistungen nach § 264 SGB V durch die KV beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Krankenhilfeleistungen nach § 40 SGB VIII vorliegen. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch den Träger der Jugendhilfe.

Die Durchführung der nach § 40 SGB VIII gewährten Krankenhilfe wird im Einzelfall gem. § 264 SGB V durch eine vom Jugendhilfeempfänger gewählte und vom Träger der Jugendhilfe beauftragte KV übernommen. Die Übernahme der Krankenversorgung nach § 264 SGB V begründet keine Mitgliedschaft des Betreuten als „versichertes“ Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung.

3.1. Vorgaben zum Verfahren

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise zur Krankenversorgung nach § 264 SGB V sind ausschließlich die durch die Fachbehörde in Zusammenarbeit mit den bezirklichen Kostensachgebieten entwickelten Vordrucke zu verwenden. Alle für die Umsetzung erforderlichen Vordrucke sind ausschließlich der im Fachverfahren hinterlegten Datenquelle zu entnehmen. Der Zugriff ist nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Fallerfassung möglich.

Eine Anmeldung zur KV ohne Fallerfassung im Fachverfahren – also mittels kopierter Anmeldevordrucke oder durch Weiterverwendung der für die Einführungsphase entwickelten Textbausteine etc. – darf nicht erfolgen, da eine spätere Nacherfassung von kurzfristigen, zwischenzeitlich wieder beendeten Hilfen nicht oder nur mit unververtretbarem Aufwand erfolgen kann und damit zu erheblichen Abrechnungsproblemen führt.

3.2. Auswahl einer Krankenkasse

Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V sind die Empfänger von Krankenhilfeleistungen verpflichtet, unverzüglich (d.h. innerhalb von zwei Wochen) eine für die Durchführung der Betreuung zuständige Krankenkasse zu wählen.

Hilfeempfänger in diesem Sinn ist das Kind oder der Jugendliche. Soweit die Voraussetzungen nach § 175 Abs.1 S.3 SGB V (Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegen, nimmt der Betreute selbst das Wahlrecht wahr. Für minderjährige, unbegleitete Flüchtlinge erfolgt die Wahl der Krankenkasse nach § 42 Abs. 3 S.4 SGB VIII durch den Vormund oder Pfleger.

Gewählt werden kann analog zur Regelung in der Sozialhilfe jede Krankenkasse, deren Kassenbezirk sich auf den örtlichen Zuständigkeitsbereich des Trägers der Sozialhilfe erstreckt.

Die nach § 40 SGB VIII Anspruchsberechtigten sind neutral über ihre Wahlrechte und Möglichkeiten aufzuklären. Insbesondere sind keine Hinweise oder Empfehlungen auszusprechen, die die Wahlentscheidung der Hilfeempfänger beeinflussen können.

Wird das Wahlrecht nicht innerhalb von zwei Wochen nach Feststellung der Voraussetzungen des § 264 Abs.2 SGB V und der Aufforderung zur Ausübung des Wahlrechtes durch den Jugendhilfeträger ausgeübt, so ist der Träger der Jugendhilfe nach § 264

Abs. 3 Satz 3 SGB V in entsprechender Anwendung des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V verpflichtet, die zu betreuenden Jugendhilfeempfänger derjenigen gesetzlichen Krankenkasse „zuzuweisen“, bei der zuletzt eine Versicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung) bestanden hat.

Bestand nach Aktenlage vor Bezug von Leistungen nach dem SGB VIII zu keinem Zeitpunkt eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist durch den Träger der Jugendhilfe die AOK mit der Krankenversorgung zu betrauen.

3.3. Anmeldung bei einer Krankenkasse

Der Jugendhilfeträger meldet die Hilfeempfänger unverzüglich nach Ausübung des Wahlrechtes bei der gewählten Krankenversicherung an. Soweit das Wahlrecht nicht ausgeübt wurde und die Auswahl ersatzweise durch den Träger der Jugendhilfe bestimmt wurde, erfolgt die Anmeldung aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung grundsätzlich bei der AOK, da diese nach Vorgabe des Deutschen Städtetages auch Pflegekasse nach § 59 Abs.3 SGB XI für Betreute nach dem SGB VIII ist. Die Wahlerklärungen oder die Wahlentscheidungen des Trägers der Jugendhilfe sind den Anmeldungen stets beizufügen.

Die für die Anmeldung erforderliche Institutionskennziffer (IK) des Jugendhilfeträgers Hamburg lautet: **131 580 128**.

Die im Anmeldevordruck vorgesehene Angabe zur Staatsangehörigkeit des Einzelfalls ist nicht vorzunehmen. Als Schlüssel der Staatsangehörigkeit gilt für alle Fälle die Ziffer **999**.

Die Anmeldung der in der Jugendhilfe Betreuten erfolgt grundsätzlich als Haushaltsvorstand. Das gilt auch für jedes mit der nach § 19 SGB VIII hilfeberechtigten Mutter gemeinsam untergebrachte Kind. Für jedes dieser Kinder ist daher ein eigener Anmeldebogen auszufertigen.

Für die spätere Ausstellung einer Gesundheitskarte ist mit der Anmeldung immer auch die Angabe des Geburtsortes erforderlich. Ist der Geburtsort unbekannt, ist dies in der Anmeldung entsprechend zu vermerken.

Soweit bei Leistungsbeginn das voraussichtliche Leistungsende bereits feststeht, ist dieser Termin in der Anmeldung anzugeben. Die Gültigkeit der Versichertenkarte wird dann von der Krankenkasse bis zum Ende des Monats befristet, in dem die Jugendhilfe beendet wird.

Steht das Hilfeende noch nicht fest, ist die Gültigkeit der Versichertenkarte von der Krankenkasse grundsätzlich auf 3 Jahre befristet. Nach Ablauf dieser Frist wird von der Krankenkasse eine neue Versichertenkarte ausgestellt, wenn der Leistungsanspruch weiterhin besteht.

Als Adressat für die Zusendung der Versichertenkarte ist in der Anmeldung ausschließlich die Dienststelle vorzusehen, die die Anmeldung vorgenommen hat.

3.4. Meldung von Veränderungen in den Personaldaten

Änderungen der persönlichen Daten des Betreuten sind der betreuenden Krankenkasse umgehend zu melden. Führt die gemeldete Veränderung (z.B. von persönlichen Daten bei Namenswechsel, Änderung der Anschrift usw.) zur Neuausstellung einer Versichertenkarte, ist die alte Versichertenkarte vom Betreuten zurückzufordern und an die Krankenversicherung zurückzugeben.

Die erneute Ausstellung der Versichertenkarte erfolgt nur mit Zustimmung des Trägers der Jugendhilfe. Die beauftragte KV informiert den Träger der Jugendhilfe über die Einbehaltung, den Einzug oder das Unterlassen der Ausstellung einer Ersatzkarte.

4. Bereitstellung einer Versichertenkarte

Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die Krankenkasse jedem einzelnen Hilfeempfänger unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch den Träger der Jugendhilfe eine Versichertenkarte aus.

Die Versichertenkarte berechtigt den Hilfeempfänger, vorbehaltlich der nachfolgenden Regelungen, Leistungen in gleicher Weise wie ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

In der Regel erfolgt die Zusendung der Versichertenkarte innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang bei der KV. Wird wegen eines akuten Behandlungsbedarfes des Betreuten eine Versichertenkarte zur Vorlage beim Arzt bereits sofort benötigt – dies gilt insbesondere für minderjährige, unbegleitete Flüchtlinge, die in der Regel bereits ab dem Aufnahmetag medizinische Versorgung benötigen - sind die Anmeldeunterlagen der ausgewählten KV vorab per Telefax zuzusenden. Dem Hilfeempfänger ist eine Kopie der Anmeldung auszuhändigen. Bei Vorlage dieser Kopie in einer Geschäftsstelle der gewählten KV kann dann dort eine Ersatzlegitimation (Notfallausweis oder vorläufige Versichertenkarte) ausgestellt und sofort ausgehändigt werden.

Hat der nach § 264 SGB V von einer KV Betreute die Umstände zu vertreten, die die erneute Ausfertigung einer Versichertenkarte erforderlich machen, kann die Krankenkasse hierfür eine Gebühr erheben, die dem Träger der Jugendhilfe mit der nächsten Quartalsabrechnung in Rechnung gestellt wird.

4.1. Ausgabe der Versichertenkarte

Die Versichertenkarte ist von der Krankenkasse grundsätzlich an die Dienststelle zu senden, die die Anmeldung vorgenommen hat. Wegen der möglichen Kostenfolgen für den Träger der Jugendhilfe bei Verlust oder Missbrauch, ist die Versichertenkarte an den Betreuer eines minderjährigen jungen Menschen oder an den jungen Volljährigen nur gegen Empfangsbestätigung auszuhändigen. Dies kann auch per Postzustellungsurkunde erfolgen.

Gemeinsam mit der Versichertenkarte ist immer auch das - Merkblatt zur Krankenversicherungskarte - auszuhändigen, mit dem der Empfänger über die mit der Nutzung einhergehenden Rechte und Pflichten und über die Verfahrensabläufe im Zusammenhang mit möglichen Zuzahlungen informiert wird.

4.2. Abmeldung bei der Krankenkasse

Mit Beendigung der Jugendhilfe endet auch der Anspruch auf Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII.

In der Folge ist daher der Empfänger der Krankenhilfeleistungen nach § 264 Abs. 5 S.1 SGB V bei der Krankenkasse umgehend (per Fax vorab) abzumelden.

Der Träger der Jugendhilfe muss nach § 264 Abs.5 S. 2 SGB V die Krankenversicherungskarte einziehen. Soweit möglich, sollte ist die vom Jugendhilfeempfänger eingezeichnete Krankenversicherungskarte zusammen mit der schriftlichen Abmeldung an die Krankenversicherung zurückgesandt werden.

Hat die KV vor Wirksamwerden der Abmeldung eine Leistung rechtmäßig genehmigt, eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben oder wurde eine Verordnung zu Lasten der KV ausgestellt und wirkt die Genehmigung oder Kostenübernahmeerklärung über den Abmeldezeitpunkt fort, bleibt der Träger der Jugendhilfe auch nach der Abmeldung erstattungspflichtig.

4.3. Einzug der Versichertenkarte

Die an den Hilfeempfänger ausgehändigte Versichertenkarte ist mit dem Wegfall des Anspruches auf Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII vom Träger der Jugendhilfe gemäß §

264 Abs.5 S.2 SGB V einzuziehen und an die Krankenkasse zurückzugeben. Vom Arzt veranlasste Leistungen, die noch nach Übergabe der Versichertenkarte im selben Quartal abgerechnet werden, gehen zu Lasten des Jugendhilfeträgers.

Soweit es sich um eine planmäßige Beendigung handelt, sind Hilfeempfänger, Betreuer oder Vormund spätestens zwei Wochen vor dem Beendigungstermin schriftlich aufzufordern, die Versichertenkarte mit Beendigung der Jugendhilfe an das zuständige Kostensachgebiet zurückzugeben.

Wird die Jugendhilfe unplanmäßig beendet, ist die Versichertenkarte umgehend zurückzufordern. Die eingezogene Versichertenkarte wird durch das zuständige Kostensachgebiet an die jeweilige Krankenkasse weitergegeben.

Die Weitergabe der Versichertenkarte an die Krankenkasse erfolgt per Einschreiben mit Übergabenachweis oder Rückschein. Kann die Versichertenkarte nicht eingezogen und nicht an die Krankenkasse zurückgegeben werden, ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch nach der Abmeldung erstattungspflichtig für Aufwendungen, die der Krankenkasse durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen.

Dies 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, vgl. § 264 Abs. 5 S. 4 SGB V.

5. Leistungsumfang

Die Hilfeempfänger sind grundsätzlich leistungsrechtlich und verfahrensmäßig den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Die Hilfeempfänger werden so behandelt, dass die Regelungen und die Steuerungsinstrumente für eine zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreitende Versorgung ebenso zur Anwendung gelangt wie bei gesetzlich Krankenversicherten.

Für einen Auslandsaufenthalt sind im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses die EWG-Verordnung Nr. 1408/71 sowie die zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen nicht anwendbar. Daher kommt die Ausstellung eines „Auslandskrankenscheins“ (z.B. EHIC bzw. Ersatzvordruck) für die nach § 264 SGB V durch eine KV betreuten Jugendhilfeempfänger nicht in Betracht. Für die Krankenversorgung bei Auslandsaufenthalten (z.B. bei Ferienfahrten) sind daher die Aufwendungen für eine Auslandskrankenversicherung (vgl. Ziffer 11.2) zu übernehmen.

6. Abrechnung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V

Die Abrechnung mit den für die Krankenversorgung beauftragten Krankenkassen erfolgt vierteljährlich durch den Sozialhilfeträger der Stadt Hamburg. Dazu werden die mit dem eingesetzten Fachverfahren erfassten Daten des Einzelfalles über eine dafür vorgesehene Schnittstelle an den CareCostManager (CCM) des Trägers der Sozialhilfe übergeben.

Für die Abrechnung mit den Krankenkassen gelten die vom Träger der Sozialhilfe zur Durchführung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V mit den Krankenkassen getroffenen Regelungen und Vereinbarungen.

Die Buchung der Aufwendungen erfolgt zu Lasten der dafür vom Jugendhilfeträger zur Verfügung gestellten Titel 4460.671.01 Krankenhilfe nach dem SGB VIII - stationäre Krankenhilfen - und 4460.671.02 Krankenhilfe nach dem SGB VIII - ambulante Krankenhilfen.

Eine Auswertung der Mittelabflüsse – differenziert nach Aufwendungsart und Entstehungsgrund – kann bei Bedarf durch entsprechende Auswertungsroutinen über CCM veranlasst werden.

7. Erstattung der Krankenhilfekosten durch andere Träger

Ist im Einzelfall die örtliche Zuständigkeit eines anderen Trägers der Jugendhilfe gegeben, sind diesem die Aufwendungen für die Krankenversorgung im Rahmen des überregionalen Kostenausgleichs in Rechnung zu stellen.

Die für die Krankenversorgung nach § 40 SGB VIII in Verbindung mit § 264 SGB V im Einzelfall entstandenen Aufwendungen sind über SI 14 zu ermitteln.

Bei der Aufstellung der Aufwendungen ist sicherzustellen, dass neben den tatsächlichen Behandlungs- und Heilmittelkosten auch die jeweilige krankensicherungs-spezifische Kopfpauschale und der auf den Einzelfall entfallende Verwaltungskostenzuschlag berücksichtigt werden.

8. Datenschutz

Für die im Rahmen der Abrechnung und Buchung an den CareCostManager (CCM) übermittelten Daten des Einzelfalles gelten die vom Träger der Sozialhilfe vereinbarten Regelungen zum Datenschutz analog.

9. Zuzahlungen und Eigenanteile

Der Anspruch der Krankenhilfe richtet sich nach § 40 SGB VIII. Nach Satz 3 sind Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen zu übernehmen. Dies gilt z.B. für Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel, Fahrtkosten, Zahnersatz, Sehhilfen oder kieferorthopädische Leistungen sowie die Praxisgebühr. Die Zuzahlungen oder Eigenanteile sind auch dann zu übernehmen wenn anderweitiger Krankenversicherungsschutz, z.B. über eine Familienversicherung, besteht.

Zuzahlungen sind für Versicherte bzw. für Hilfeempfänger nach § 264 SGB V bis zum Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu erbringen. Als Belastungsgrenze für die gesamten Zuzahlungen (ohne Zahnersatz und Kosten für Sehhilfen) gelten auch für den Personenkreis der Jugendhilfeempfänger 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen. Als Bruttoeinnahme gilt für die nach § 264 SGB V angemeldeten Personen der Regelsatz eines Haushaltsvorstandes nach dem SGB XII. Für chronisch Kranke wird die Belastungsgrenze auf 1 % festgesetzt. Die Feststellung ob eine chronische Erkrankung vorliegt, trifft die Krankenversicherung.

Es ist darauf zu achten, dass ein Antrag nach § 62 SGB V für die Befreiung von der Zuzahlung durch den Betreuten, bzw. durch die mit der Betreuung Beauftragten oder den nach § 97 SGB VIII dazu befugten Träger der Jugendhilfe bei der Krankenkasse gestellt wird, sobald die geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze erreicht haben. Der Nachweis über bereits geleistete Zuzahlungen ist dabei erforderlich.

Tritt der Betreute oder der mit der Betreuung Beauftragte in Vorlage, werden ihm die nachgewiesenen Auslagen für Zuzahlungen bis zur Höhe der Belastungsgrenze, durch den Träger der Jugendhilfe erstattet.

9.1. Ausschluss einer Übernahme von Eigenanteilen

Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Leistungen die nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb vom Versicherten selbst zu tragen sind – beispielsweise für eine medizinisch nicht erforderliche, qualitativ bessere Ausführung von Zahnersatz oder sonstigen Prothesen, für die Inanspruchnahme eines nur auf Privatbasis abrechnenden Therapeuten oder für nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden – sind keine Eigenbeteiligung im Sinne des SGB V und werden auch im Rahmen der Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII nicht übernommen.

9.2. Übernahme von Eigenanteilen und Zuzahlungen

Nach dem SGB V vorgesehene Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen sind nach § 40 Satz 3 SGB VIII zu übernehmen.

Erforderliche Konkretisierungen und Empfehlungen zum Einzelfall finden sich in einer dazu formulierten Arbeitshilfe für die Gewährung einmaliger Leistungen (Teil C, - Leistungen wegen gesundheitsbedingtem Mehrbedarf).

10. Gewährung bei unklarer Leistungspflicht

Lässt sich die Leistungspflicht eines Krankenversicherungsträgers oder eines anderen zur Leistung Verpflichteten nicht in einem angemessenen Zeitraum feststellen und besteht deshalb vorübergehend eine unklare Anspruchslage, ist zur Abwendung von Nachteilen für die Betreuten – zunächst vorläufig – Krankenhilfe nach dieser Fachanweisung zu gewähren.

Sich aus der vorläufigen Leistung herleitende Ersatzansprüche sind nach § 102 SGB X geltend zu machen.

11. Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen

Beiträge für eine freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung können in geeigneten Fällen nach § 40 Satz 4 SGB VIII übernommen werden soweit sie angemessen sind. Geeignet ist ein Fall, wenn die freiwillige Krankenversicherung

- den Fortbestand eines bestehenden Versicherungsverhältnisses gewährleistet, das ansonsten beendet werden würde,
- wenn sie ein Krankenversicherungsverhältnis für ein Pflegekind begründet und eine kostenfreie Familienversicherung nach § 10 Abs. 4 SGB V über die Pflegefamilie nicht möglich ist oder
- wenn die Übernahme von Beiträgen zur freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen oder in einer privaten Krankenversicherung für den Jugendhilfeträger unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten vorteilhaft ist.
Dies ist beispielsweise gegeben wenn nach dem Kenntnisstand erhebliche gesundheitliche Risikofaktoren im Einzelfall bestehen und durch Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen eine Vollversorgung erreicht wird oder bei einer Teilversorgung durch ergänzende Leistungen (z. B. Beihilfe) eine Vollversorgung gesichert wird.

Angemessen sind Krankenversicherungsbeiträge für eine freiwillige Versicherung in Höhe einer gesetzlichen Krankenversicherung. Beiträge für eine private Krankenversicherung sind dann angemessen, wenn sie nicht höher liegen als für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung und diese Versicherung mindestens zu den gleichen Leistungen berechtigt, wie sie die gesetzliche Krankenversicherung erbringt.

Nach § 1 Abs. 2 SGB XI sind freiwillig und privat Krankenversicherte in die gesetzliche Pflegeversicherungspflicht einbezogen. Dadurch zusätzlich entstehende Kosten sind ebenfalls zu übernehmen.

11.1. Krankenversicherungsbeiträge für Rentenantragsteller

Wird für oder durch einen jungen Menschen ein Rentenanspruch nach § 48 SGB VI (Waisenrente) geltend gemacht, kann für die Dauer des Verfahrens Versicherungspflicht nach § 189 SGB V bestehen. Besteht Versicherungspflicht, wird von der Krankenversicherung für die Dauer des Rentenverfahrens regelmäßig eine Kostenzusicherung (Garantieerklärung) verlangt, diese ist auszustellen.

Wird die Rente endgültig abgelehnt, sind die Versicherungsbeiträge zu übernehmen.

11.2. Krankenversicherung bei Auslandsaufenthalt

Da Krankenhilfe nach § 264 SGB V - durch Betreuung durch eine Krankenkasse - im Ausland nicht möglich ist, ist zur Sicherstellung der Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII für dauerhaft im Ausland Betreute, regelmäßig eine angemessene Auslandsrankenversicherung abzuschließen, soweit durch die Sozialdienste des Gastlandes (beispielsweise im Rahmen bestehender Fürsorgeabkommen) Krankenversicherungsschutz nicht oder nicht im erforderlichen Umfang besteht.

Bei vorübergehendem, besuchsweisem Aufenthalt im Ausland (Ferien) sind die angemessenen Kosten einer auf die Dauer der Reise befristeten Reiserankenversicherung, sofern kein Versicherungsschutz besteht oder bestehender Versicherungsschutz nicht ausreichend ist, zu übernehmen, es sei denn, entsprechende Leistungen sind in der Vergütung für den Träger der Maßnahme enthalten.

12. Gesetzliche Pflegeversicherung

Nach § 21 Nr. 4 SGB XI hat der öffentliche Jugendhilfeträger den Personenkreis, der laufende Leistungen zum Unterhalt bezieht und Anspruch auf Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB VIII hat, in der Pflegeversicherung zu versichern, wenn das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgesichert ist.

Zur Erfüllung der Versicherungspflicht haben die fallzuständigen Dienststellen nach § 50 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI die Meldung an die Pflegekasse vorzunehmen und nach § 59 Abs. 3 SGB XI die Beiträge abzuführen.

Einzelheiten und Vordrucke zu dem durch den Deutschen Städtetag vorgegeben Melde- und Beitragsverfahren, sind dem Meldebogen Pflegeversicherung zu entnehmen. Der Meldebogen ist im Fachverfahren hinterlegt und steht bei Erfassung des Einzelfalles zur Verfügung.

Hinweis:

Die Krankenversorgung der Betreuten nach § 264 SGB V schließt, anders als bei Vollmitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Pflegeversicherung nicht ein. Das heißt, dass auch bei einer Krankenversorgung nach § 264 SGB V die Meldung zur Pflegeversicherung gesondert vorzunehmen ist, selbst wenn Beides - Krankenversorgung und Pflegeversicherung - über die AOK erfolgt.

13. Berichtswesen

Um unerwünschten Entwicklungen möglichst zeitnah entgegensteuern zu können, bedarf das Verfahren zu Aushändigung, Einzug und Rückgabe der Versichertenkarte an die KV wegen der möglichen Kostenfolgen einer genauen Beobachtung.

Die dazu in den Bezirken erfassten Rohdaten müssen so gepflegt sein, dass der Fachbehörde eine halbjährliche Auswertung über das Fachverfahren CCM

- zur Anzahl der als nicht einziehbar geltenden Versichertenkarten und
- zu den Kosten die durch widerrechtliche Nutzung der Karten nach Hilfeende entstanden sind,

möglich ist.

Als nicht einziehbar gilt eine Versichertenkarte, wenn sie nicht innerhalb eines Monats nach Beendigung der Jugendhilfe dem zuständigen Sachbearbeiter des Jugendamtes vorliegt. Die Daten für eine nicht eingezogene Versichertenkarte sind insgesamt vier Jahre ab dem Ausstellungsdatum zu pflegen, da die Versichertenkarten – soweit die Gültigkeit nicht bereits durch entsprechende Angaben bei Antragsstellung begrenzt

wurde – erst mit Ablauf von drei Jahren ab Ausstellung ihre Gültigkeit verlieren. Einer Datenpflege über diesen Zeitraum hinaus bedarf es, weil die Abrechnung der entstandenen Kosten durch die jeweilige KV erfahrungsgemäß mit einer Verzögerung von bis zu 12 Monaten erfolgt.

Darüber hinaus ist jährlich für das jeweilige Kalenderjahr zum Stichtag 31.12. zur Übernahme von Beiträgen zur Kranken- und zur Pflegeversicherung zu berichten.

Die Auswertung der Daten erfolgt durch die zuständige Fachbehörde. Die erfassten Daten müssen so gepflegt sein, dass durch das eingesetzte Fachverfahren eine Auswertung

- zur Anzahl der Personen für die Beiträge zur Krankenversicherung gezahlt werden bzw. wurden, sowie die Summe der finanziellen Aufwendungen und
- zur Anzahl der Personen, für die Beiträge zur Pflegeversicherung gezahlt werden bzw. wurden, sowie die Summe der finanziellen Aufwendungen

möglich ist.

14. Schlussbestimmungen

Die Fachanweisung tritt am **01.06.2011** in Kraft, sie tritt am **31.05.2015** außer Kraft.