

Fachanweisung

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

Inhalt	Seite
1. Geltungsbereich	2
2. Allgemeine Leistungsvoraussetzungen	2
2.1. Annexleistung zu bestimmten Leistungen der Jugendhilfe	2
2.2. Kein Vorrang eines anderen Leistungsträgers.....	3
2.2.1 Pflichtversicherung des/der Betreuten in der GKV	3
2.2.2 Familienversicherung (§ 10 SGB V).....	4
2.2.3 Freiwillige Weiterversicherung (§ 9 SGB V).....	6
3. Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen (§ 40 Satz 4 SGB VIII)	7
3.1. Freiwillige Krankenversicherungsbeiträge	7
3.1.1 Geeignete Fälle i.S.v. § 40 Satz 4 SGB VIII.....	7
3.1.2 Angemessenheit der Beiträge.....	8
3.2. Krankenversicherungsbeiträge für Rentenantragsteller	8
3.3. Krankenversicherung bei Auslandsaufenthalt.....	9
4. Sicherstellung der Krankenversorgung über Krankenhilfe bei Fehlen eines vorrangig zuständigen Leistungsträgers	9
4.1. Leistungsanspruch	9
4.2. Vorgaben zum Verfahren	10
4.3. Auswahl einer Krankenkasse	10
4.4. Anmeldung bei einer Krankenkasse	11
4.5. Meldung von Veränderungen in den Personaldaten.....	12
4.6. Bereitstellung und Ausgabe einer Gesundheitskarte	12
4.7. Verlust der Gesundheitskarte	13
4.8. Abmeldung bei der Krankenkasse und Einzug der Gesundheitskarte	13
4.9. Leistungsumfang.....	14
4.10. Auslandsaufenthalt.....	14
4.11. Abrechnung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V.....	14
4.12. Erstattung der Krankenhilfekosten durch andere Träger	15
4.13. Beteiligung an den Krankenhilfekosten durch Überleitung von Ansprüchen	15
5. Übernahme von Zuzahlungen und Eigenanteilen (§ 40 Satz 3 SGB VIII)	15
5.1. Umfang und Abgrenzung	15
5.2. Befreiung von Zuzahlungen durch die Krankenversicherung.....	16
6. Gewährung bei unklarer Leistungspflicht	17
7. Gesetzliche Pflegeversicherung	17
8. Schlussbestimmungen	18
Anlage zur Fachanweisung Krankenhilfe - Ergänzende Erläuterungen	19

Fachanweisung

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

1. Geltungsbereich

Diese Fachanweisung enthält Vorgaben für die Gewährung von Krankenhilfe und anderen Leistungen nach § 40 Achstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII).

- Allgemeine Leistungsvoraussetzungen: Krankenhilfe als Annexleistung und Grundsatz des Nachrangs von Leistungen der Jugendhilfe (siehe Ziffer 2),
- Übernahme von Beiträgen für eine freiwillige Krankenversicherung (KV) im Rahmen der Leistungen nach § 40 Satz 4 SGB VIII (siehe Ziffer 3),
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung und der Gesundheitsvorsorge nach § 40 Satz 1 Halbsatz 1 SGB VIII i.V.m. § 264 Abs. 2 SGB V (siehe Ziffer 4),
- Übernahme von Zuzahlungen und Eigenanteilen nach § 40 Satz 3 SGB VIII (siehe Ziffer 5),
- Gewährung bei unklarer Leistungspflicht (siehe Ziffer 6),
- 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 (siehe Ziffer 7)

2. Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

2.1. *Annexleistung zu bestimmten Leistungen der Jugendhilfe*

Krankenhilfe nach § 40 Satz 1 SGB VIII darf als sog. Annexleistung zu bestimmten laufenden Leistungen der Jugendhilfe nur gewährt werden, wenn **gleichzeitig eine der nachfolgenden Hilfen** in Anspruch genommen wird:

- Hilfen zur Erziehung nach § 27 i.V.m. §§ 33 bis 35 SGB VIII (vgl. § 40 Satz 1 Halbsatz 1, 1. Alt. SGB VIII),
- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in vergleichbaren Formen nach § 35a Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB VIII (vgl. § 40 Satz 1 Halbsatz 1, 2. Alt. SGB VIII),
- Hilfe für junge Volljährige nach § 41 i.V.m. §§ 33 bis 35 bzw. i.V.m. § 35a Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB VIII (vgl. § 41 Abs. 2 SGB VIII),
- Gewährung von Unterkunft in sozialpädagogisch begleiteten Wohnformen im Rahmen schulischer oder beruflicher Bildungsmaßnahmen oder bei der beruflichen Eingliederung nach § 13 Abs. 3 SGB VIII (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 2 SGB VIII),
- Förderung der Erziehung in der Familie nach § 19 SGB VIII in gemeinsamen Wohnformen für Mütter / Väter und ihre Kinder (vgl. § 19 Abs. 3 SGB VIII),
- Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht nach § 21 Satz 2 SGB VIII,
- Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen nach § 42 SGB VIII (§ 42 Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB VIII) und

- vorläufige Inobhutnahme von ausländischen Kindern und Jugendlichen nach unbegleiteter Einreise gemäß § 42 a SGB VIII (§ 42a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 42 Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB VIII siehe Anlage zu Ziffer 2.1).

Wird Krankenhilfe im Sinne des SGB VIII gewährt, bedarf es eines gesonderten Leistungsbescheides.¹

2.2. Kein Vorrang eines anderen Leistungsträgers

Leistungen der Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII sind wegen des allgemeinen Nachrangs von Leistungen der Jugendhilfe gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB VIII nur zu gewähren, wenn es keinen anderweitigen Krankenversicherungsträger gibt, der vorrangig zur Leistung verpflichtet ist. Der öffentliche Jugendhelfeträger erbringt Krankenhilfe nur, wenn für die im Rahmen der oben genannten Jugendhilfemaßnahmen Betreuten kein Krankenversicherungsschutz besteht² oder dieser den notwendigen Bedarf nicht vollständig abdeckt (z.B. Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmittel usw.).

Es ist in jedem Einzelfall (zeitnah zur Bewilligung der Grundleistung gem. Ziffer 2.1 dieser FA) sorgfältig zu prüfen, ob vorrangige anderweitige Leistungen insbesondere seitens der gesetzlichen Krankenversicherung (nachfolgend: GKV) oder privaten Krankenversicherung (nachfolgend: PKV) für die gesundheitliche Versorgung des von der Jugendhilfe Betreuten zu beanspruchen sind. Dies ist in den folgenden Fällen gegeben:

- eigene Versicherungspflicht des Betreuten bzw. der Betreuten in der GKV (§ 5 SGB V); siehe Ziffer 2.2.1,
- Berücksichtigung des Betreuten bzw. der Betreuten in der Familienversicherung (§ 10 Abs. 1 bis 4 SGB V); siehe Ziffer 2.2.2,
- freiwillige Mitgliedschaft des Betreuten bzw. der Betreuten in der GKV (§ 9 SGB V), siehe Ziffer 2.2.3,
- Mitgliedschaft des Betreuten bzw. der Betreuten in einer PKV,
- Ansprüche auf Beihilfe im Krankheitsfall für Beamte (zum Beispiel für hamburgische Landesbeamte nach der Hamburgischen Beihilfeverordnung, HmbBeihVO, HmbGVBl. 2010, 6) oder
- sonstiger Krankenbehandlungsschutz (zum Beispiel nach § 1 Abs. 1 Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten – Opferentschädigungsgesetz (OEG) i.V.m. § 10 Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz – (BVG) in entsprechender Anwendung).

Bei einer Hilfe nach § 19 SGB VIII sind sowohl vorrangige Ansprüche auf Krankenversorgung des untergebrachten Elternteils als auch des mituntergebrachten Kindes zu prüfen.

2.2.1 Pflichtversicherung des/der Betreuten in der GKV

Bei Antragstellung auf Leistungen der Krankenhilfe ist zu prüfen, ob vorrangige Ansprüche infolge einer eigenen Pflichtversicherung des oder der in der Jugendhilfe Betreuten nach § 5 SGB V bestehen. Das Prüfergebnis ist zu dokumentieren. Nach-

¹ Einführung des Verfahrens wird Zeit beanspruchen und kann erst erfolgen, wenn Voraussetzungen vorliegen (u.a. Bescheidentwicklung, Zurverfügungstellung in JUS-IT)

² Fischer, in: Schellhorn u.a., SGB VIII, 5. Aufl., 2017, § 40 Rn. 9.

folgend sind die wichtigsten Pflichtversicherungsgründe genannt. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ersetzen nicht die eigene Prüfung durch die Sachbearbeiterin bzw. den Sachbearbeiter.

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

- gegen Arbeitsentgelt (als Arbeiter, Angestellter oder zu ihrer Berufsausbildung) beschäftigt sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V),
- Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) beziehen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V),
- Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) beziehen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V), sofern sie vor Leistungsbezug gesetzlich versichert waren (§ 5 Abs. 5a SGB V beachten),
- in Jugendhilfeeinrichtungen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V; Details siehe Hinweise in der Anlage zu Ziffer 2.2.1),
- an berufsfördernden Maßnahmen (ausgenommen Maßnahmen nach dem BVG) zur Rehabilitation, Berufsfindung oder Arbeitserprobung teilnehmen (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V)
Berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V sind dabei nur Maßnahmen nach § 35 SGB IX die von einem Rehabilitationsträger als Rehabilitationsleistungen erbracht werden³.
- an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschriebene Studenten (Details siehe Hinweise in der Anlage zu Ziffer 2.2.1)
- Personen sind, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten sowie ohne Arbeitsentgelt zu ihrer Ausbildung Beschäftigte sind. Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 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 (§ 10 SGB V)

Die Familienversicherung für ein Kind besteht nach § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wenn ein Elternteil, Stief- oder Großelternteil oder Pflegeelternteil Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist (§ 10 SGB V) und wenn dieses Kind

- leibliches Kind ist (§ 10 Abs. 1 Satz 1, Halbsatz 1 SGB V) oder
- das Kind eines familienversicherten Kindes ist (§ 10 Abs. 1 Satz 1, Halbsatz 1 SGB V) oder
- Stiefkind oder Enkelkind ist und von dem Mitglied überwiegend unterhalten wird (§ 10 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V) oder
- Pflegekind ist und mit dem berechtigten Mitglied durch ein auf Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit ihren Eltern verbunden ist (§ 10 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V i.V.m. § 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I),

³ BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 5 Rn. 19.

- seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat,
- nicht selbst nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 2a, 3 bis 8, 11 bis 12 SGB V pflichtversichert oder nicht nach § 9 SGB V freiwillig versichert ist.
Kinder deren Eltern(teile) SGB II-Leistungen beziehen, verlieren ihren Anspruch auf Familienversicherung ab Vollendung des 15. Lebensjahres weil sie dann einen eigenen Anspruch nach § 5 Abs.1 Nr.2a SGB V auf SGB II Leistungen und damit einen eigenen Pflichtversicherungsanspruch in der GKV haben. Fällt das Kind aus dem SGB II-Anspruch heraus - weil es z.B. Jugendhilfeleistungen nach dem SGB VIII erhält - lebt der Anspruch auf Familienversicherung i.d.R. wieder auf. Es ist demzufolge zeitnah ein entsprechender Antrag zu stellen. Sofern die Fortführung der Familienversicherung nicht möglich ist, wäre dann nachrangig die freiwillige Weiterversicherung in der GKV zu prüfen und anzustreben,
- nicht versicherungsfrei (zum Beispiel nach § 6 SGB V) oder nicht von der Versicherungspflicht befreit ist, wobei die Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V außer Betracht bleibt,
- nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist sowie
- kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV⁴ überschreitet.

Keinen Anspruch auf Familienversicherung haben danach faktisch nur noch die Kinder, deren Eltern nicht versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 5 SGB V (hauptberufliche Selbständigkeit) oder versicherungsfrei nach § 6 SGB V und die nicht freiwillig in der GKV versichert sind oder die nicht krankenversichert sind und Lebensunterhalt sichernde Leistungen nach dem SGB II, SGB XII oder dem AsylbLG beziehen oder die sich als unbegleitet eingereiste minderjährige Ausländer (UMA) in der Betreuung des Jugendhilfeträgers befinden (Mögliche Ausnahme: Unterbringung bei Pflegeeltern).

Der Antrag auf Familienversicherung kann nach dem in § 10 Abs. 6 Satz 2 SGB V vorgesehenen, einheitlichen Meldeverfahren der Krankenkassen vom Mitglied (Hauptversicherter) selbst oder dem anderen Elternteil und/oder dem eingesetzten Vormund gestellt werden. Soweit Kinder des Hauptversicherten das 15. Lebensjahr vollendet haben, steht ihnen nach § 36 SGB I ein eigenes Antragsrecht zu. Ist ein Vormund bestimmt, bedarf der Antrag dessen Zustimmung.

Im besonderen Einzelfall kann ein entsprechender Antrag ersatzweise durch das zuständige Jugendamt vorgenommen werden (§ 97 SGB VIII).

Ansprüche als Familienversicherte bei einem Elternteil enden nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 SGB V mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

- Ist das Kind nicht erwerbstätig, verlängert sich die Familienversicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres.
- Befindet sich das Kind noch in einer Schul- oder Berufsausbildung oder leistet es ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder Bundesfreiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, verlängert sich die Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.
- Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung bestimmter Dienste unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der

⁴ Siehe § 2 der jährlich neu erlassenen Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung (SVBBezGrV) über juris, dortige Kurz-Bezeichnung: „Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung“).

Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus (weitere Hinweise siehe Anlage),

- Kinder sind nach § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V ohne Altersgrenze familienversichert, wenn sie als behinderte Menschen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach § 10 Abs. 2 Nrn. 1, 2 oder 3 SGB V versichert war.

Anmerkung: In Fällen, wo aus Gründen des Kindeswohls der Hauptversicherte keinen Zugang zu persönlichen Daten (insbesondere zur Anschrift und zum Aufenthalt) des familienversicherten Betreuten erhalten darf, muss eine Auskunftssperre bei der KV beantragt und durch die KV bestätigt werden. Außerdem sollte in diesen Fällen die gesamte Korrespondenz mit der KV ausschließlich über den Vormund oder das Jugendamt laufen. Die Vereinbarung mit der KV muss dokumentiert sein.

2.2.3 Freiwillige Weiterversicherung (§ 9 SGB V)

Soweit kein Anspruch des Kindes, Jugendlichen oder jungen Volljährigen auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht, ist darauf hinzuwirken, dass von der Möglichkeit, des/der Betreuten sich freiwillig weiter zu versichern, Gebrauch gemacht wird. Wer freiwilliges Mitglied in einer GKV werden kann, ist in § 9 Abs. 1 SGB V geregelt. Danach kann insbesondere freiwilliges Mitglied werden,

- wer aus der Versicherungspflicht nach § 5 SGB V (z.B. als Arbeitnehmer oder aus einer Pflichtversicherung gemäß § 190 Abs. 12 SGB V wegen Beendigung des ALG II – Bezuges) ausgeschieden ist (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V) oder
- dessen Familienversicherung nach § 10 SGB V erloschen ist oder
- dessen Familienversicherung nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 10 Abs. 3 SGB V vorliegen (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V), und diese Person oder der Elternteil, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate ununterbrochen versichert war.

Die anderen beitragsfähigen Personenkreise ergeben sich aus § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3-7 SGB V.

Hinweis: Der Anspruch auf Familienversicherung geht verloren, wenn die Person (Eltern, Pflegeeltern, ggf. Groß- oder Stiefeltern) aus der die Familienversicherung abgeleitet wird, ihren Versicherungsanspruch verliert.

Auf Grund der **kurzen Aufnahmezeiten** (§ 9 Abs. 2 SGB V: drei Monate) für eine freiwillige Weiterversicherung muss die Klärung der Krankenversicherungsverhältnisse der beteiligten Personen umgehend erfolgen. Dabei ist darauf hinzuwirken, dass der Beitritt der/ des Betreuten zur Freiwilligen Krankenversicherung in der GKV fristgerecht erfolgt. Dazu muss dieser seinen Beitritt gegenüber der gewählten GKV schriftlich erklären. Versichertes Mitglied wird die Betreute/ der Betreute selbst. Die Auswahl der GKV trifft der zu versichernde Betreute (ab Vollendung des 15. Lebensjahres) selbst oder sein gesetzlicher Vertreter. Die freiwillige Krankenversicherung beginnt mit dem Tag, an dem die vorherige Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet.

Hinweis: Die Regelung des § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V, wonach sich für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung quasi automatisch als freiwillige Versicherung fortsetzt, findet wegen § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V auf die durch die Jugendhilfe Betreuten keine Anwendung. Es muss daher weiter auf die Antragstellung und die Einhaltung der **Frist von drei Monaten** geachtet werden (Weiteres siehe Anlage zu Ziffer 2.2.3).

3. Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen (§ 40 Satz 4 SGB VIII)

3.1. *Freiwillige Krankenversicherungsbeiträge*

Beiträge für eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung (§ 9 SGB V) oder für eine private Krankenversicherung sind in geeigneten Fällen nach § 40 Satz 4 SGB VIII im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens zu übernehmen, soweit sie angemessen sind. Die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen schließt die gleichzeitige Gewährung von weiteren Leistungen der Krankenhilfe nicht aus. Die zusätzliche Gewährung von einmaligen Leistungen als Krankenhilfe kann vor allem dann notwendig sein, wenn die Krankenkasse nicht die vollen Kosten übernimmt⁵.

3.1.1 Geeignete Fälle i.S.v. § 40 Satz 4 SGB VIII

Wann von einem geeigneten Fall für die Übernahme von Beiträgen für eine freiwillige Krankenversicherung auszugehen ist, wird im Gesetz nicht näher ausgeführt. Nach allgemeinen Grundsätzen ist die Eignung einer Maßnahme anzunehmen, wenn mit ihr der vorgesehene Zweck erreicht werden kann. Es ist das Ziel des § 40 Satz 4 SGB VIII, das konkrete Krankenkostenrisiko von Betreuten so weit wie möglich durch eine gesetzliche oder private Krankenversicherung abzudecken und diese in die Krankenversichertengemeinschaft zu integrieren. (Vorausgesetzt eine kostenfreie Familienversicherung nach § 10 SGB V ist nicht möglich. Siehe hierzu Ziffer 2.2.2.).

Die oben erwähnte Zielsetzung impliziert vor allem eine wirtschaftliche Betrachtung. Die Übernahme von Beiträgen für eine freiwillige gesetzliche oder private Krankenversicherung ist daher als geeignet anzusehen, wenn dies **für den öffentlichen Jugendhilfeträger wirtschaftlich vorteilhaft ist**.

Wirtschaftlich vorteilhaft kann es sein,

- wenn die Mitgliedschaft in einer KV das Krankenkostenrisiko minimiert. Dabei ist zu bedenken, dass auch für zum Zeitpunkt der Beurteilung vermutlich gesunde Betreute der Gesundheitsverlauf nicht wirklich vorhersehbar ist. Insofern ist nicht nur auf ein bereits bekanntes, deutlich erhöhtes Krankenkostenrisiko (z.B. wegen Behinderung) abzustellen, **und**
- wenn die Beitragsgestaltung der freiwilligen Krankenversicherung günstig erscheint.

Ein wirtschaftlicher Vorteil kann im Übrigen auch angenommen werden,

⁵ Vgl. Schmid-Obkirchner, in: Wiesner, SGB VIII, 5. Aufl. 2015, § 40 Rn. 17.

- wenn bei einer Teilversorgung durch eine freiwillige private Krankenversicherung durch hinzukommende ergänzende Leistungen anderer Stellen (z.B. Beihilfe) eine Vollversorgung gesichert wird.

Ein weiterer wirtschaftlicher Vorteil ergibt sich aus dem Umstand, dass der ansonsten erforderliche Verwaltungsaufwand bei Krankenhilfe durch Versorgung nach § 264 SGB V entfällt (weitere Hinweise siehe Anlage zu Ziffer 3.1.1).

3.1.2 Angemessenheit der Beiträge

Die Höhe der nach § 40 Satz 4 SGB VIII zu übernehmenden Beiträge muss angemessen sein. **Maßstab sind dabei die Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung**, die stets als angemessen anzusehen sind⁶. Beiträge für eine private Krankenversicherung sind also 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.

Wird die Berechnung des von der Krankenversicherung geforderten Beitrages auf Grundlage der Regelung zu § 7 Abs. 10 BVSzGs vorgenommen, dann ist der Betrag angemessen und kann übernommen werden.

(Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes Stand 2014: Für die Beitragsbemessung von Empfängern von Leistungen der stationär nach dem SGB VIII Betreuten gelten analog als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag jeweils 1/30 des 3,2-fachen des Regelsatzes, gemäß der Regelbedarfsstufe 3 nach der Anlage zu § 28 SGB XII).

Nach § 1 Abs. 2 SGB XI sind freiwillig und privat Krankenversicherte in die gesetzliche Pflegeversicherungspflicht einbezogen. Dadurch zusätzlich entstehende Kosten sind ebenfalls im Rahmen des § 40 Satz 4 SGB V zu übernehmen.

3.2. *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. In dem Falle wird von der Krankenversicherung für die Dauer des Rentenverfahrens je nach Sachverhalt eine Kostenzusicherung (Garantieerklärung) verlangt, welche vom öffentlichen Jugendhilfeträger auszustellen ist. Eine Garantieerklärung wird nicht verlangt, wenn die Regelungen des § 225 SGB V zutreffen, die zu einer Beitragsfreiheit für den fraglichen Zeitraum führen. Wird die Rente endgültig abgelehnt und ist die Ablehnung des Antrags unanfechtbar (vgl. § 189 Abs. 2 Satz 2 SGB V), sind die Versicherungsbeiträge entsprechend der vorgenannten Zuzusicherung zu übernehmen

Nach § 10 SGB V versicherte Angehörige haben nach dem Tode des Hauptversicherten gem. § 19 Abs.3 SGB V längstens für einen Monat nach dem Sterbedatum Anspruch auf Leistungen aus der Versicherung. Deshalb ist die Antragstellung nach § 189 SGB V innerhalb dieser Ausschlussfrist vorzunehmen.

⁶ Vgl. Fischer, in: Schellhorn u.a., SGB VIII, 5. A. 2017, § 40 Rn. 25.

3.3. *Krankenversicherung bei Auslandsaufenthalt*

Da die Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 SGB V durch eine Krankenkasse im Ausland nicht möglich ist, ist zur Sicherstellung der Krankenhilfe für dauerhaft im Ausland Betreute regelmäßig eine geeignete Auslandsrankenversicherung abzuschließen, soweit durch die Sozialdienste des Gastlandes (beispielsweise im Rahmen bestehender Fürsorgeabkommen, siehe auch Ziffer 4.10) Krankenversicherungsschutz nicht oder nicht im erforderlichen Umfang besteht. Bei nur vorübergehendem, besuchsweisem Aufenthalt im Ausland (Urlaub/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.

Steht bei gesetzlich versicherten Betreuten ein längerer oder dauerhafter Auslandsaufenthalt an, so ist zu prüfen, ob der Krankenversicherungsschutz (elektronische Gesundheitskarte EHIC) Bestand hat.

4. **Sicherstellung der Krankenversorgung über Krankenhilfe bei Fehlen eines vorrangig zuständigen Leistungsträgers**

4.1. *Leistungsanspruch*

Sofern **keine vorrangige Möglichkeit der Krankenversorgung bzw. -versicherung** des Jugendhilfeempfängers über einen anderen Leistungsträger besteht, ist die Krankenversorgung über Krankenhilfe nach § 40 Satz 1 SGB VIII sicherzustellen. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe.

Da es sich bei der Krankenhilfe um eine Annex-Leistung handelt, müssen jeweils ein entsprechender jugendhilferechtlicher Leistungsanspruch sowie die tatsächliche Hilfestellung gemäß §§ 33 bis 35 SGB VIII, § 35a Abs. 2 Nr. 3 oder 4 SGB VIII oder gemäß § 41 SGB VIII gegeben sein. Gleiches gilt für Hilfestellung nach den §§ 13 Abs.3, 19, 21 Satz 2 SGB VIII und für Maßnahmen nach §§ 42 und 42 a SGB VIII.

Der **Anspruch auf Krankenhilfe** gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe steht in den Fällen der Hilfe zur Erziehung (§§ 33 bis 35 und § 21 Satz 2 SGB VIII) dem Personensorgeberechtigten, im Falle der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte (§ 35a SGB VIII) dem Kind oder Jugendlichen und bei Hilfen gemäß § 41 SGB VIII dem jungen Volljährigen selbst⁷. Auch bei sonstigen Leistungen der Jugendhilfe nach den §§ 13 Abs.3, 19 SGB VIII und bei Maßnahmen nach §§ 42 und 42 a SGB VIII ist Anspruchsinhaber der Leistungsberechtigte selbst.

Zuständig für die Durchführung der Krankenbehandlung und damit der nach § 40 SGB VIII zu gewährenden Krankenhilfe sind nach § 264 Abs. 2 SGB V **die Krankenkassen**. Der Anspruch auf Leistungen nach § 264 SGB V beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Krankenhilfeleistungen nach § 40 SGB VIII vorliegen.

⁷ Vgl. jurisPK-SGB VIII/v. Koppenfels-Spies, § 40 Rn. 11.

Die Übernahme der Krankenversorgung nach § 264 SGB V begründet keine Mitgliedschaft des Betreuten als „versichertes“ Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung.**4.2. Vorgaben zum Verfahren**

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Verfahrensweise zur Krankenversorgung nach § 264 SGB V sollen ausschließlich die durch das Fachverfahren verfügbaren Vordrucke verwendet werden. Der Zugriff ist nur im Zusammenhang mit der erforderlichen Fallerfassung möglich.

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

4.3. Auswahl einer Krankenkasse

Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V sind die Empfänger von Krankenhilfeleistungen verpflichtet, unverzüglich und damit ohne schuldhaftes Zögern (§ 121 Abs. 1 S. 1 BGB) eine für die Durchführung ihrer Krankenbehandlung zuständige Krankenkasse zu wählen (Details siehe Anlage Ziffer 4.3).

Hilfeempfänger in diesem Sinn ist das Kind, der Jugendliche oder junge Mensch. Soweit die Voraussetzungen nach § 175 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Vollendung des 15. Lebensjahres) vorliegen, kann der von der Jugendhilfe Betreute selbst das Wahlrecht wahrnehmen. Betreute, die wegen mangelnder Sprach- und Sachkenntnis die Umstände nur eingeschränkt oder gar nicht beurteilen können sind bei der Wahl durch den Vormund zu unterstützen.

Gewählt werden kann analog zur Regelung in der Sozialhilfe jede Krankenkasse, deren Kassenbezirk sich auf den örtlichen Zuständigkeitsbereich des Trägers der Sozialhilfe erstreckt (Details siehe Anlage zu Ziffer 4.3). Die nach § 40 SGB VIII Anspruchsberechtigten sind vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe 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 bei derjenigen gesetzlichen Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung (Mitgliedschaft oder Familienversicherung) bestanden hat.

Bestand nach Aktenlage vor Bezug von Leistungen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) zu keinem Zeitpunkt eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen des ihm nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V zustehenden Kassenwahlrechtes die AOK mit

der Krankenversorgung zu betrauen. Der Betreute bzw. sein gesetzlicher Vertreter ist unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

4.4. *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 Rheinland-Hamburg**. 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. Jedes mit dem nach § 19 SGB VIII leistungsberechtigten Elternteil gemeinsam untergebrachte Kind benötigt einen eigenen Anmeldebogen mit dem Zusatz „familienversichert nach § 264 Abs. 3 und 4 SGB V“ (für Familienversicherte im Sinne des § 246 SGB V werden gem. Abs. 6 keine Kopfpauschalen berechnet).

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 Gesundheitskarte 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 Gesundheitskarte von der Krankenkasse grundsätzlich auf drei Jahre befristet. Nach Ablauf dieser Frist wird von der Krankenkasse eine neue Gesundheitskarte ausgestellt, wenn der Leistungsanspruch weiterhin besteht.

Im Rahmen kurzfristiger, vorläufiger Maßnahmen ist stets zu prüfen, ob sich bei der Anmeldung zur Krankenversicherung eine Befristung des Betreuungszeitraumes (z.B. von 14 Tagen – 1 Monat) ggf. unter Verzicht auf Ausstellung einer Gesundheitskarte, anbietet. Wird für den **befristeten** Zeitraum gegenüber der Versicherung auf die Ausstellung einer Gesundheitskarte verzichtet, ist die von der Krankenkasse erhältliche – **ebenfalls zu befristende** – Ersatzlegitimation zu nutzen (siehe dazu auch Ziffer 4.6).

Darüber hinaus kann es (z.B. wenn es Anzeichen gibt, dass der verantwortungsbewusste Umgang mit der Gesundheitskarte nicht gewährleistet wäre) in weiteren Einzelfällen angezeigt sein

- vorerst entweder auf die Ausfertigung der Gesundheitskarte zu verzichten und für einen **befristeten** Zeitraum eine **ebenfalls befristete** Ersatzlegitimation zu nutzen
- oder die Ausstellung einer Gesundheitskarte zu beantragen die aber nach den Erfordernissen des Einzelfalles zu befristeten wäre.

Die gewählte Krankenversicherung soll darüber hinaus auch als Pflegekasse nach § 59 Abs. 3 i.V.m. § 21 Nr. 4 SGB XI für Betreute nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in Anspruch genommen werden, wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind. Dafür bedarf es einer gesonderten Anmeldung (siehe Ziffer 7.).

4.5. Meldung von Veränderungen in den Personaldaten

Änderungen der persönlichen Daten des Betreuten sind der betreuenden Krankenkasse umgehend zu melden. Führt die gemeldete Veränderung (zum Beispiel von persönlichen Daten bei Namenswechsel, Änderung der Anschrift usw.) zur Neuausstellung einer Gesundheitskarte, ist die alte Gesundheitskarte vom Betreuten zurückzufordern und an die Krankenversicherung zurückzugeben. Die erneute Ausstellung einer Gesundheitskarte soll nur mit Zustimmung des Trägers der Jugendhilfe erfolgen.

4.6. Bereitstellung und Ausgabe einer Gesundheitskarte

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

Die Gesundheitskarte 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 Gesundheitskarte innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang bei der Krankenversicherung.

Wird wegen eines akuten Behandlungsbedarfes des Betreuten eine Gesundheitskarte zur Vorlage beim Arzt bereits sofort benötigt, sind die Anmeldeunterlagen der ausgewählten Krankenversicherung vorab per Telefax zuzusenden. Dem Hilfeempfänger ist eine Kopie der gefaxten Anmeldung auszuhändigen. Bei Vorlage dieser Kopie in einer Geschäftsstelle der gewählten Krankenversicherung kann dann dort eine Ersatzlegitimation (Notfallausweis oder vorläufige Gesundheitskarte) ausgestellt und sofort ausgehändigt werden.

Hat der nach § 264 SGB V Betreute die Umstände zu vertreten, die die erneute Ausfertigung einer Gesundheitskarte erforderlich machen, kann die Krankenkasse hierfür eine Gebühr erheben und dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe mit der nächsten Quartalsabrechnung in Rechnung stellen.

Die Gesundheitskarte wird von der Krankenkasse grundsätzlich an das betreute Mitglied gesendet. Abweichend ist, wenn erforderlich, auch die Zusendung an den Vormund als gesetzlichem Vertreter möglich. Dies ist bei der Antragstellung entsprechend anzugeben. Parallel zur Anmeldung bei der Krankenversicherung ist die betreuende Einrichtung oder die Pflegeperson mit einem vom öffentlichen Träger der Jugendhilfe verfassten Anschreiben unter Beifügung des „Merkblattes zur Krankenversicherungskarte“ sowie einer Kopie der Anmeldung zur Krankenversicherung zu informieren. Mit dem beigefügten Merkblatt wird der Empfänger über die mit der Nutzung einhergehenden Rechte und Pflichten und über die Verfahrensabläufe im Zusammenhang mit möglichen Zuzahlungen informiert. Bei einem Einrichtungswechsel ist der Vorgang zu wiederholen.

4.7. *Verlust der Gesundheitskarte*

Der Verlust der Gesundheitskarte ist durch die betreuende Einrichtung/ Pflegeperson oder die Betreute/ den Betreuten umgehend an die zuständige bezirkliche Wirtschaftliche Jugendhilfe zu melden.

Die Wirtschaftliche Jugendhilfe hat die Krankenkasse sofort per Fax mit Sendebericht oder E-Mail zu informieren. Mit der Benachrichtigung ist eine Bestätigung durch die Krankenkasse anzufordern und die Sperrung der Karte zu verlangen. SI 223 ist vom Sachverhalt in Kenntnis zu setzen.

Hinweis: Die Sperrung von Gesundheitskarten kann bereits jetzt von den Krankenkassen im Rahmen des VSDM (Versichertenstammdatenmanagement) vorgenommen werden. Dies führt allerdings noch nicht flächendeckend zum gewünschten Ergebnis da die Leistungserbringer (Ärzte etc.) erst schrittweise in die Systemnutzung eingebunden werden. Insofern kann derzeit noch nicht in jedem Einzelfall sichergestellt werden, dass die mit Sperrvermerk belegte Gesundheitskarte auch tatsächlich unbrauchbar wird. Trotzdem ist die Sperrung in jedem Fall zu veranlassen.

4.8. *Abmeldung bei der Krankenkasse und Einzug der Gesundheitskarte*

Endet der Anspruch auf Krankenhilfe als Annexleistung nach § 40 SGB VIII oder anderen Anspruchsgrundlagen (z.B. §§ 21, 42 SGB VIII) durch Beendigung der Jugendhilfe oder andere Umstände, dann ist diese Leistung mittels Aufhebungsbescheid⁸ an die Beteiligten (Anspruchsberechtigte/r, Vormund, Leistungsempfänger) zu beenden. In der Folge ist der Empfänger der Krankenhilfeleistungen nach § 264 Abs. 5 Satz 1 SGB V durch den Jugendhilfeträger bei der Krankenkasse umgehend abzumelden und gemäß § 264 Abs. 5 Satz 2 SGB V die Gesundheitskarte einzuziehen und vom Träger der Jugendhilfe an die Krankenkasse zurückzugeben. Der Abmeldung ist die eingezogene Versicherungskarte beizufügen (§ 264 Abs. 5 Satz 2 SGB V).

Als Nachweis, dass die Versichertenkarte beim Jugendhilfeträger vorgelegen hat, sollte eine Kopie der Versichertenkarte zur Akte genommen werden.

Sofern die Versicherungskarte bei Beendigung der Hilfe noch nicht eingezogen werden konnte, ist die Abmeldung trotzdem vorzunehmen, eine Sperrung der Karte zu veranlassen (siehe Ziffer 4.7) und die Karte ggf. zu einem späteren Zeitpunkt nachzusenden. Mit dem Rückforderungsschreiben – dabei handelt es sich um einen Verwaltungsakt – ist die ausdrückliche Unterrichtung zu verbinden, dass die Berechtigung zur Nutzung der Krankenversicherungskarte zum genannten Beendigungszeitpunkt entfallen und eine weitere Verwendung damit missbräuchlich ist (Details siehe Hinweise in der Anlage).

Abhängig von den Umständen des Einzelfalles - sind Hilfeempfänger, Betreuer, Pflegeperson oder Vormund bei Bekanntwerden der (beabsichtigten) Beendigung der Grundleistung schriftlich aufzufordern, die Gesundheitskarte umgehend an die zuständige WJH zurückzugeben.

⁸ Siehe Fußnote zu 2.1 Bescheiderteilung, Bescheiderteilung kann erst sukzessive eingeführt werden, solange ist das bislang praktizierte Rückholungsverfahren anzuwenden.

Kann die Gesundheitskarte 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 (§ 264 Abs. 5 Satz 3 SGB V). Der vorgenannte Erstattungsanspruch erfasst neben den Nettoaufwendungen zur Vergütung erbrachter Sachleistungen auch die Verwaltungskostenpauschale entsprechend § 264 Abs. 7 Satz 2⁹.

Dies gilt wegen überwiegenden Mitverschuldens 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 Satz 4 SGB V. In der Praxis betrifft dies insbesondere Heil- (§ 32 SGB V) und Hilfsmittel (§ 33 SGB V) sowie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V)¹⁰.

Kann eine Karte nicht eingezogen werden, ist SI 223 in Kenntnis zu setzen.

4.9. Leistungsumfang

Die Hilfeempfänger sind grundsätzlich leistungsrechtlich und verfahrensmäßig **den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt**. Sie 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.

4.10. Auslandsaufenthalt

Für einen Auslandsaufenthalt sind im Rahmen des gesetzlichen Auftragsverhältnisses die Verordnungen EG 883/2004 und 987/2009 (früher EWG-Verordnung Nr. 1408/71) sowie die zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen nicht anwendbar.

Daher kommt die Ausstellung eines „Auslandskrankenscheins“ (z.B. EHIC bzw. Ersatzvordruck) durch die nach § 264 SGB V beauftragte Krankenkasse oder der Einsatz der nach § 264 SGB V verfügbaren Gesundheitskarte für die Krankenversorgung des betreuten Jugendhilfeempfängers im Ausland nicht in Betracht.

Dies folgt aus § 264 Abs. 2 Satz 2 Var. 3 SGB V i.V.m. § 24 SGB XII¹¹. Für die Krankenversorgung bei Auslandsaufenthalten (z.B. bei Ferienfahrten) sind daher die Aufwendungen für eine Auslandskrankenversicherung (vgl. Ziffer 3.3) zu übernehmen.

4.11. Abrechnung der Krankenversorgung nach § 264 SGB V

Die Abrechnung mit den für die Krankenversorgung beauftragten Krankenkassen erfolgt quartalsweise durch den Sozialhilfeträger der Freien und Hansestadt Hamburg. Dazu werden die mit dem eingesetzten Fachverfahren JUS IT erfassten Daten des Einzelfalles über eine dafür vorgesehene Schnittstelle an den CareCostManager (CCM) des Trägers der Sozialhilfe SI 223 übergeben. Für die im Rahmen der Abrechnung und Buchung an den CareCostManager (CCM) übermittelten Daten des Einzelfalles gelten

⁹ Vgl. BeckOK SozR/Groth SGB V § 264 Rn. 88.

¹⁰ Vgl. BeckOK SozR/Groth SGB V § 264 Rn. 90.

¹¹ Vgl. BeckOK SozR/Groth SGB V § 264 Rn. 61.

die vom Träger der Sozialhilfe vereinbarten Regelungen zum Datenschutz analog. Für die Abrechnung mit den Krankenkassen gelten weitgehend 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 festgelegten Ortsprodukte: Krankenhilfe nach dem SGB VIII – stationäre Krankenhilfe - bzw. Krankenhilfe nach dem SGB VIII - ambulante Krankenhilfe.

4.12. Erstattung der Krankenhilfekosten durch andere Träger

Ist im Einzelfall die örtliche Zuständigkeit eines anderen kostenerstattungspflichtigen 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 223 zu ermitteln.

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

4.13. Beteiligung an den Krankenhilfekosten durch Überleitung von Ansprüchen

Ergeben sich Anhaltspunkte, dass Leistungen der Krankenhilfe durch Umstände erforderlich wurden, die einen Anspruch des Betreuten gegen einen anderen begründen könnten, ist die Möglichkeit einer Überleitung des Anspruchs nach § 95 SGB VIII zu prüfen. Insbesondere bei Behandlungskosten infolge von Verletzungen ist besondere Aufmerksamkeit geboten.

5. Übernahme von Zuzahlungen und Eigenanteilen (§ 40 Satz 3 SGB VIII)

5.1. Umfang und Abgrenzung

Nach § 40 Satz 3 SGB VIII sind im Rahmen der Krankenhilfe auch Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen vom öffentlichen Jugendhilfeträger zu übernehmen. Somit muss der Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei in der Jugendhilfe Betreuten, für die ein Krankenversicherungsschutz besteht und die deshalb den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) unterliegen, die Zuschüsse der Krankenkasse bis zu den vollen Kosten aufstocken bzw. die Kosten übernehmen, die die Krankenkasse nicht (mehr) übernimmt¹². Dies gilt zum Beispiel für Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel, Fahrtkosten, Zahnersatz, Sehhilfen oder kieferorthopädische Leistungen sowie bei stationärem Krankenhausaufenthalt. Die Übernahme von Fahrtkosten ist vor Behandlungsbeginn bei der Krankenkasse zu beantragen (§ 60 SGB V). **Die vorge-**

¹² Vgl. Schmid-Obkirchner, Wiesner, SGB VIII, § 40 Rn. 7a.

nannten Leistungen müssen im Einzelfall im Rahmen der Erfüllung des Anspruchs auf Krankenhilfe erforderlich sein¹³.

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

5.2. Befreiung von Zuzahlungen durch die Krankenversicherung

Kinder unter 18 Jahren sind von allen Arzneimittel-Zuzahlungen befreit. Zudem sind für Kinder unter 12 Jahren und Jugendliche mit **Entwicklungsstörungen** bis unter 18 Jahren grundsätzlich alle – auch nicht rezeptpflichtige – Arzneimittel erstattungsfähig und werden auf **Antrag** von der Kasse bezahlt. Versicherte, die unter einer schwerwiegenden Erkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder Naturheilmittel benötigen, können diese Medikamente auf Kosten der Krankenversicherung erhalten, wenn diese dem anerkannten Therapiestandard entsprechen.

Weiterhin ist zu beachten, dass Zuzahlungen nach § 61 SGB V für Versicherte bzw. für die nach § 264 SGB V bei einer Krankenversicherung angemeldeten Mitglieder **nur bis zum Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V** zu erbringen sind. Als Belastungsgrenze für die gesamten Zuzahlungen (ohne Zahnersatz und Kosten für Sehhilfen) gilt auch für den Personenkreis der Jugendhilfeempfänger 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen (vgl. § 62 Abs. 1 Satz 2, Halbsatz 1 SGB V). Als Bruttoeinnahme gilt für die nach § 264 SGB V angemeldeten Personen der Regelsatz nach Stufe I, Anlage zu § 28 SGB XII. Für chronisch Kranke wird die Belastungsgrenze auf 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen reduziert (vgl. § 62 Abs. 1 Satz 2, Halbsatz 2 SGB V). Die Feststellung, ob eine chronische Erkrankung vorliegt, trifft auf Antrag die Krankenversicherung.

Da die Krankenversicherung auf einen entsprechenden Antrag hin auch auf Zuzahlungen oder Eigenanteile verzichten kann, ist Folgendes zu beachten: Der öffentliche Träger der Jugendhilfe darf grundsätzlich nur jene Zuzahlungen übernehmen, für die keine Ausnahmetatbestände geltend gemacht werden können und für die eine endgültige ablehnende und bestandskräftige Entscheidung der Krankenversicherung vorliegt. Die entsprechenden Anträge bei der Krankenkasse auf Befreiung oder Minderung von Zuzahlungen sind rechtzeitig durch den in der Jugendhilfe Betreuten, den Vormund oder gesetzlichen Vertreter bzw. durch die mit der Betreuung Beauftragten, das Jugendamt (nach § 97 SGB VIII) oder durch die Pflegeperson zu stellen.

Das Antragsrecht gegenüber dem Jugendamt auf Erstattung von Zuzahlungen die von der KV abgelehnt wurden oder wo die Belastungsgrenze noch nicht erreicht ist bestimmt sich **nach der Art der jeweiligen Hilfestellung**, z.B. gemäß §§ 33-35,

¹³ Vgl. jurisPK-SGB VIII/v. Koppenfels-Spies, § 40 Rn. 22.

35a Abs. 2 Nr. 3 und 4 sowie § 41 SGB VIII, zu der die Krankenhilfe als Annexleistung anknüpft.

Hinweis: Es ist darauf zu achten, dass ein Antrag nach § 62 SGB V für die Befreiung von der Zuzahlung spätestens gestellt wird, sobald die geleisteten Zuzahlungen die Belastungsgrenze erreicht haben. Der Nachweis (Belege) über bereits geleistete Zuzahlungen gegenüber der Krankenversicherung 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 (max. 2% vom jährlichen Bruttoeinkommen) durch den Träger der Jugendhilfe erstattet. Weitere antragsgebundene Ansprüche gegenüber der KV können sich außerdem aus weiteren Leistungsnormen des SGB V ergeben (z.B. § 2 Abs. 1 a, § 34, § 60 SGB V).

6. 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 in der Jugendhilfe Betreuten – zunächst vorläufig – Krankenhilfe nach dieser Fachanweisung zu gewähren.

Die sich aus der vorläufigen Leistung des öffentlichen Jugendhilfeträgers herleitenden Erstattungsansprüche sind nach § 102 Abs. 1 SGB X geltend zu machen.

7. 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 sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen **versichert** sind.

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 zur aktuellen Beitragshöhe und zum vorgegebenen Melde- und Beitragsverfahren sind dem im Internet verfügbaren „Leitfaden zum Meldeverfahren und zur Beitragszahlung zur Pflegeversicherung für die nach § 21 Nr. 4 SGB XI versicherungspflichtigen Kinder und Jugendlichen durch die Träger der Jugendhilfe nach dem SGB VIII“ des Bundesversicherungsamtes zu entnehmen¹⁴. Der Meldebogen ist im Fachverfahren hinterlegt und steht bei Erfassung des Einzelfalles zur Verfügung.

14

http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Ausgleichfonds/Verfahrenshinweise_21_Nr_4_SGB_XI__Stand_01.12.2016_.pdf

Aktuelle Betriebsnummern für die Pflegeversicherung nach § 21 Nr.4 SGB XI:

<i>Freie und Hansestadt Hamburg,</i>	<i>Betriebsnummer</i>
Bezirk Hamburg – Mitte	99709696
Bezirk Hamburg – Altona	99709709
Bezirk Hamburg – Eimsbüttel	99709710
Bezirk Hamburg – Nord	99709721
Bezirk Hamburg – Wandsbek	99709732
Bezirk Hamburg – Bergedorf	99709743
Bezirk Hamburg – Harburg	99709754
Landesbetrieb Erziehung und Beratung/ FDF/KJND	99710416
Familieninterventionsteam (FIT)	99710427

Die Krankenversorgung der Betreuten nach § 264 SGB V schließt, anders als bei Vollmitgliedschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung, die Pflegeversicherung nicht ein. Deshalb ist die **Anmeldung zur Pflegeversicherung immer gesondert und zusätzlich** vorzunehmen.

Die Anmeldung zur Pflegeversicherung hat dabei bei der Krankenversicherung zu erfolgen, welche die Krankenbehandlung nach § 264 SGB V übernommen hat (*Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung*).

Hinweis: Im Rahmen der freiwilligen Weiterversicherung in der GKV sind die Betreuten nach § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig in der Sozialen Pflegeversicherung. Die Beiträge dafür werden mit den Beiträgen zur Krankenversicherung in der GKV übernommen.

8. Schlussbestimmungen

Die Fachanweisung tritt am 15.01.2018 in Kraft. Sie tritt zum 31.12.2022 außer Kraft.

Hamburg, den

(Jan Pörksen, Staatsrat der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration)

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

Anlage zur Fachanweisung Krankenhilfe - Ergänzende Erläuterungen zu den Ziffern der Fachanweisung

Zu Ziffer 2.1

Zuständigkeitsregelung im Rahmen des § 42 a SGB VIII

Für die vorläufige Inobhutnahme von ausländischen Kindern und Jugendlichen nach unbegleiteter Einreise gemäß § 42 a SGB VIII ist in Hamburg die BASFI / Landesbetrieb Erziehung und Beratung (LEB) zuständig (§ 42a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 42 Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB VIII).

Zu Ziffer 2.2.1

Hinweise zur Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

Aufgrund der Vielzahl von Organisationsformen und Zielen der an der Durchführung der Aufgaben der Jugendhilfe beteiligten freien und öffentlichen Träger der Jugendhilfe (§ 3 SGB VIII) ist eine präzise Definition von „Einrichtungen der Jugendhilfe“ im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V schwer möglich. Voraussetzung für die Zuordnung ist allerdings eine **zielgerichtete Förderung** der Erwerbsfähigkeit. Dabei ist es nicht maßgeblich, ob diese Förderung unmittelbar in der betreuenden Jugendhilfeeinrichtung oder in sonstigen anderen geeigneten Ausbildungsstätten etc. erfolgt¹. Hierzu zählen jedenfalls alle nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) durchgeführten Maßnahmen, die den Jugendlichen/jungen Volljährigen im weitesten Sinne für eine Erwerbsfähigkeit befähigen oder eine Berufsausbildung beinhalten, etwa die Jugendsozialarbeit nach § 13 SGB VIII. Es können auch Maßnahmen der freien Jugendhilfe, der teil- und stationären Jugendhilfe, von anderen Behörden (insbesondere von der für das Schulwesen zuständigen Behörde) finanzierte Projekte und auch kofinanzierte Projekte (z.B. anteilig mit ESF-Mitteln) darunter fallen. Eine Versicherungspflicht besteht unabhängig von der Gewährung von Arbeitseinkommen und ist vom Träger der Maßnahme – nicht vom Träger der Jugendhilfe – zu finanzieren.

Hinweise zur Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V

An staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschriebene Studenten, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters und längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahrs sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, versicherungspflichtig (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V).

¹ BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 5 Rn. 15 f.

Ein Studium an einer privaten, nicht staatlich anerkannten Einrichtung wird von der Versicherungspflicht nicht erfasst². Studenten nach Abschluss des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen. Die studentische Krankenversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V) ist gemäß § 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V – mit Ausnahme der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V - gegenüber jeder anderen Art von Versicherungspflicht einschließlich der Familienversicherung (§ 10 SGB V) nachrangig. Dies gilt nach Absatz 7 Satz 1 Halbsatz 2 nicht, wenn der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ansonsten nicht versichert wäre. Dann besteht die Pflichtversicherung der Studenten und die vorgenannten Personen sind gemäß § 10 SGB V familienversichert³. Kommt eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Studenten zustande, entsteht für den Studenten eine Beitragspflicht nach § 236 SGB V.

Hinweise zur Pflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V

Es gilt nach § 5 Abs. 7 Satz 1 SGB V die Nachrangigkeit gegenüber jeder anderen Art von Versicherungspflicht einschließlich der Familienversicherung (§ 10 SGB V). Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor (§ 5 Abs. 7 Satz 2 SGB V).

Zu Ziffer 2.2.2

Definition des Begriffs „Kind“ im Zusammenhang mit dem § 10 SGB V

Als Kind ist immer das leibliche und das adoptierte Kind anzusehen. Eine Ausnahme gilt gemäß § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB V bei Kindern, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist (Adoptionspflege). Dann gelten sie als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern⁴.

Kinder sind gemäß § 10 Abs. 3 SGB V nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist.

Keine Familienversicherung für Kinder besteht zudem, wenn eine Krankenkasse die Krankenbehandlung von deren Eltern nach § 264 Abs. 1 oder 2 SGB V übernimmt. Denn dies zieht keine Versicherung in der GKV nach sich. Die Eltern können deswegen keine Stammversicherten sein, die eine Familienversicherung für ihre Angehörigen nach § 10 SGB V begründen könnten⁵

² BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 5 Rn. 32.

³ BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 5 Rn. 43.

⁴ BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 10 Rn. 14.

⁵ KassKomm/Peters SGB V § 264 Rn. 5.

Besonderheiten bei der Berücksichtigung von Stiefkindern und Enkeln:

§ 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V erstreckt den Kreis der Begünstigten auch auf Stiefkinder und Enkel. Stiefkinder in diesem Sinne sind nach Absatz 4 Satz 3 auch die Kinder des Lebenspartners eines Mitglieds⁶. Voraussetzung der Einbeziehung von Stiefkindern und Enkeln ist allerdings, dass das Mitglied dieses Kind **überwiegend unterhält**. Die dazu erforderliche Prüfung erfolgt durch die jeweilige Krankenkasse nach allgemeinen Richtlinien. Allerdings können Enkel und Stiefkinder, soweit kein überwiegender Unterhalt erbracht wird, unter Umständen als Pflegekinder angesehen werden, wenn sie in den Haushalt des Mitgliedes aufgenommen wurden⁷.

Sofern das Kind zusammen mit seiner Mutter über den Stiefvater familienversichert ist, verliert es den Krankenversicherungsschutz der Familienversicherung, wenn eine stationäre Hilfe nach dem SGB VIII (mit Anspruch auf Krankenhilfe als Annexleistung) geleistet wird und dies zur Folge hat, dass der Stiefvater das Kind nun nicht mehr überwiegend unterhält.

Besonderheiten bei der Berücksichtigung von Pflegekindern:

Die Berücksichtigung von Pflegekindern in der Familienversicherung richtet sich nach § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I. § 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I definiert den Begriff der Pflegekinder und stellt diese den Kindern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I gleich. Das Pflegeverhältnis stellt ein familienähnliches Verhältnis von einer solchen Intensität dar, wie sie zwischen Kindern und Eltern üblich ist; der Pflegeperson obliegen Aufsichts-, Betreuungs- und Erziehungsaufgaben (Personensorge) sowie die Vermögenssorge⁸. Das Bestehen einer Pflegschaft gem. § 190a BGB ist keine Voraussetzung für ein Pflegeverhältnis⁹. 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 ihren Eltern verbunden sind. Ein solches Pflegeverhältnis liegt vor, wenn einerseits die Aufsichts- und Erziehungsrechte von den Pflegeeltern tatsächlich wahrgenommen werden und andererseits ein Obhuts- und Betreuungsverhältnis zu den leiblichen Eltern nicht (mehr) vorliegt¹⁰. Dies gilt beispielsweise nicht für die Unterbringung in einer sog. Wochenpflegestelle (5-6 Tage in der Woche über Tag und Nacht) weil das Obhuts- und Pflegeverhältnis zur Herkunftsfamilie weiterhin besteht.

Auf längere Dauer angelegt ist das Pflegeverhältnis, wenn es für einen Zeitraum begründet wird, der für die körperliche und geistige Entwicklung des Pflegekindes erheblich ist. Von der erforderlichen Dauerbindung kann dann nicht ausgegangen werden, wenn das Pflegeverhältnis von vornherein so geplant ist, dass es nur einen kürzeren Zeitraum dauern oder jederzeit aufgrund neuer Umstände beendet werden soll¹¹. Dies wird etwa bei der Bereitschaftspflege anzunehmen sein, da diese nicht auf Dauer angelegt ist¹².

⁶ BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 10 Rn. 14.

⁷ BeckOK SozR/Ulmer SGB V § 10 Rn. 15.

⁸ KassKomm/Siefert SGB I § 56 Rn. 26.

⁹ LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 10.06.2010, L 5 KR 120/09, in: BeckRS 2010, 70380 über beck-online.

¹⁰ LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 10.06.2010, L 5 KR 120/09, in: BeckRS 2010, 70380 über beck-online.

¹¹ BSG, Urteil vom 28.04.2004, B 2 U 12/03 R, über juris Rn. 16.

¹² LSG Hessen, Urteil vom 02.07.2013, L 2 R 90/13, BeckRS 2013, 70855 über beck-online.

Bezug von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

Beziehen Eltern oder Pflegeeltern - oder im Einzelfall auch Stief- oder Großeltern, - Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) (ALG-II) und sind sie Pflichtmitglieder in der GKV nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V (Ausnahme: nicht pflichtversichert nach § 5 Abs. **5a** SGB V), sind die zur Familie gehörenden Kinder über diese Person familienversichert, sofern diese Kinder nicht selbst Bezieher von SGB II-Leistungen sind. Dies ist nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB II ab Vollendung des 15. Lebensjahrs möglich. Sofern also die Kinder von Leistungsempfängern des Arbeitslosengeldes II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) selbst solche Leistungen empfangen, haben sie einen eigenen Pflichtversicherungsanspruch in der GKV und sind folglich nicht mehr familienversichert. Da diese Versicherung bei einem Wechsel zur Betreuung in die stationäre Hilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) endet, besteht dann in der Regel ein Anspruch auf Familienversicherung. Sofern das nicht möglich ist, wäre nachrangig die freiwillige Weiterversicherung in der GKV zu prüfen.

Entfällt die Leistungsberechtigung der Eltern nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) durch kurzfristige Korrektur der Entscheidung und Zuordnung zum Kreis der Leistungsberechtigten nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), besteht für die Kinder die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung in der GKV nach § 9 Abs. 2 SGB V, siehe Ziffer 2.2.3.

Unterbrechung der Schul- oder Berufsausbildung durch Ableistung von Diensten

Wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus. Dies gilt ab dem 1.7.2011 auch bei einer Unterbrechung oder Verzögerung durch den

- freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes,
- einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz,
- dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder
- einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder
- durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens 12 Monaten (§ 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

Zu Ziffer 2.2.3

Erläuterung zu § 188 SGB V

Da § 188 SGB V wegen Abs. 4 Satz 3 SGB V auf die durch die Jugendhilfe Betreuten keine Anwendung findet, besteht für den Betreuten ein Anspruch auf Nachleistung gemäß § 19 Abs. 2 SGB V und im Anschluss daran wird ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, also hier der Anspruch auf Krankenhilfe aus § 40 SGB VIII, nachgewiesen.

Zu Ziffer 3.1

Begründung für eine freiwillige Krankenversicherung gem. § 9 SGB V

Diese Regelung entspricht § 32 Abs. 2 SGB XII. Wie in der Sozialhilfe ist es das vorrangige sozialpolitische Ziel des § 40 Satz 4 SGB VIII, auch für Empfänger von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe das Krankenkostenrisiko durch eine gesetzliche oder private

Krankenversicherung abzudecken und die Leistungsberechtigten somit in die Versichertengemeinschaft zu integrieren¹³.

Zu Ziffer 3.1.1

Begründung für eine freiwillige Krankenversicherung gem. § 9 SGB V

Neben den zuvor erwähnten Kostengesichtspunkten sind auch der **Grundsatz der präventiven Hilfe, die Dauer einer bereits bestehenden Krankenversicherung, sowie die Vermeidung von Stigmatisierungseffekten** für die Betreute bzw. den Betreuten zu berücksichtigen¹⁴ (Gesundheitskarten von Versicherten und Mitgliedern nach § 264 SGB V unterscheiden sich sowohl in der Optik als auch in der Funktion). Insbesondere die mögliche Stigmatisierung entfällt im Falle der Krankenbehandlung als Mitglied einer Krankenversicherung. Die Beitragsübernahme kann in diesem Sinne auch angebracht sein, wenn für den Betreuten bzw. die Betreute voraussichtlich nur für kurze Zeit Jugendhilfeleistungen gewährt werden¹⁵.

Zu Ziffer 4.3

Krankenhilfe - Wahlrecht des Betreuten

Hinweis: Die schuldhafte Verletzung dieser Pflicht, die wiederum den Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur eigenständigen Ausübung des Wahlrechts ermächtigt, setzt regelmäßig voraus, dass der Empfänger von dem für die Sozial- oder Jugendhilfeleistungen zuständigen Träger (etwa im Rahmen des Erstbewilligungsbescheids) über das Wahlrecht belehrt worden ist. Die Zweiwochenfrist des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V kann – bezogen auf diesen Zeitpunkt – entsprechend herangezogen werden¹⁶.

Krankenhilfe – Auswahl einer Krankenkasse im Bereich des Sozialhilfeträgers

§ 173 Abs. 2 SGB V ist entsprechend heranzuziehen, so dass vor allem die örtlich zuständigen Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen sowie offene Betriebs- und Innungskrankenkassen und die DRV Knappschaft-Bahn-See in Betracht kommen¹⁷.

Zu Ziffer 4.8

Einziehung der Versichertenkarte bei Beendigung der Jugendhilfe

Hinweis: Die Einziehung der Gesundheitskarte erfolgt durch Verwaltungsakt (§ 31 Satz 1 SGB X). Widerspruch und Anfechtungsklage dagegen haben aufschiebende Wirkung (§ 86a Abs. 1 SGG). Im geeigneten Einzelfall empfiehlt sich wegen der aus § 264 Abs. 5 Satz 3 SGB V folgenden Ersatzpflicht, die sofortige Vollziehung der Einziehungsverfügung anzuordnen (§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG) und den Bescheid ggf. mit einer Zwangsmittelandrohung zu versehen für den Fall, dass die Karte nicht innerhalb einer bestimmten Frist herausgegeben wird¹⁸.

¹³ Vgl. Schmid-Obkirchner, in: Wiesner, SGB VIII, 5. Aufl. 2015, § 40 Rn. 16.

¹⁴ Vgl. jurisPK-SGB VIII/v. Koppenfels-Spies, 1. Aufl. 2014, § 40 Rn. 27.

¹⁵ Vgl. Fischer, Schellhorn u.a., SGB VIII, 5. Aufl. 2017, § 40 Rn. 24.

¹⁶ Vgl. Beck OK SozR/Groth SGB V § 264 Rn. 64.

¹⁷ Vgl. Beck OK SozR/Groth SGB V § 264 Rn. 63.

¹⁸ Vgl. BeckOK SozR/Groth SGB V § 264 Rn. 86.

Missbrauch der Gesundheitskarte

Die Verwendung der Gesundheitskarte ist missbräuchlich, wenn der jeweilige Nutzer weiß oder grob fahrlässig nicht weiß, dass er zur (weiteren) Verwendung nicht berechtigt ist¹⁹. Diese Kenntnis bzw. grob fahrlässige Unkenntnis werden insbesondere durch die Versendung der oben genannten Unterrichtung bewirkt.

Abmeldungserfordernis

Eine Abmeldung bei der Krankenkasse ist zwingend erforderlich bei Beendigung der Jugendhilfe, auch wenn die Versichertenkarte nicht sofort eingezogen werden kann, da unabhängig von der Benutzung der Karte trotzdem laufende Kosten von der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden.

Zu Ziffer 5.2

Übernahme von Eigenanteilen und Zuzahlungen durch das Jugendamt

Somit steht der Anspruch auf Krankenhilfe in den Fällen der Hilfe zur Erziehung nach §§ 33 bis 35 SGB VIII dem Personensorgeberechtigten, im Falle der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte nach § 35a SGB VIII dem Kind oder Jugendlichen und bei Hilfen gemäß § 41 SGB VIII dem jungen Volljährigen selbst zu²⁰. Auch kann der nach § 97 SGB VIII dazu befugte Träger der Jugendhilfe tätig werden. Zu beachten ist daneben § 1688 BGB, wonach eine Pflege- oder Betreuungsperson, die im Rahmen der Hilfe nach den §§ 33, 34, 35 und 35a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und 4 des Achten Buches Sozialgesetzbuch die Erziehung und Betreuung eines Kindes übernommen hat, berechtigt ist, in Angelegenheiten des täglichen Lebens zu entscheiden sowie den Inhaber der elterlichen Sorge in solchen Angelegenheiten zu vertreten. Sie ist befugt, den Arbeitsverdienst des Kindes zu verwalten sowie Unterhalts-, **Versicherungs-**, Versorgungs- und sonstige Sozialleistungen für das Kind geltend zu machen und zu verwalten.

¹⁹ Vgl. BeckOK SozR/Groth SGB V § 264 Rn. 89.

²⁰ Vgl. jurisPK-SGB VIII/v. Koppenfels-Spies, § 40 Rn. 11.