

- Beschluss**
 Wahl
 Kenntnisnahme

Vorlagen Nr. 50/013/2024

öffentlich

Fachbereich: Sozialamt Bearbeiter/in: Ulrike Hellmich, Katja Thürling-Patzke	Datum: 26.06.2024 Az.: 50-11
---	---------------------------------

Beratungsfolge	Termine	Art der Entscheidung
Sozialausschuss	16.09.2024	Kenntnisnahme

SGB V - Einsparung von Krankenhilfefaufwendungen für den Kreis Mettmann

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| Finanzielle Auswirkung | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> noch nicht zu übersehen |
| Personelle Auswirkung | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> noch nicht zu übersehen |
| Organisatorische Auswirkung | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> noch nicht zu übersehen |
| Auswirkung auf Kennzahlen | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> noch nicht zu übersehen |
| Klimarelevanz | <input type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> noch nicht zu übersehen |

Die Ausführungen der Verwaltung werden zur Kenntnis genommen.

Fachbereich: Sozialamt

Bearbeiter/in: Ulrike Hellmich, Katja Thürling-Patzke

Datum: 26.06.2024

Az.: 50-11

SGB V - Einsparung von Krankenhilfefaufwendungen für den Kreis Mettmann

Anlass der Vorlage:

Regelmäßig erfolgt ein Bericht im Sozialausschuss (zuletzt am 01.09.2022) zum Thema „Gewährung der notwendigen Hilfen zur Gesundheit“. Da Sozialhilfeleistungen – hier: Hilfen zur Gesundheit nach den Vorschriften des 5. Kapitels SGB XII – gemäß § 2 SGB XII nachrangig zu erbringen sind, haben Leistungen der Krankenversicherung Vorrang, sofern für die betroffene Person eine Zugangsmöglichkeit zum System der Krankenversicherung besteht.

Im Rahmen des Gesamtfallgrundsatzes des SGB XII sind alle Sachverhalte auf vorrangige Ansprüche zu prüfen. Damit ist eine intensive Beratungssituation zwischen Sozialamt und leistungsberechtigten Personen erforderlich.

Sachverhaltsdarstellung:

1. Aktuelle Entwicklung seit dem letzten Bericht

Die Aufgabe unterteilt sich grundsätzlich in die Bereiche „präventive Arbeit“ (Verhinderung von Fällen der Hilfen zur Gesundheit) und „Abbau von Bestandsfällen“ (Reduzierung von Fällen der Hilfen zur Gesundheit).

1.1 Präventive Arbeit zur Vermeidung von Aufwendungen der Hilfen zur Gesundheit

Unterstützung der leistungsbearbeitenden Stellen

Der Kreis Mettmann als Fachaufsicht nimmt eine „Back Office-Funktion“ im Hinblick auf diesen Themenbereich für die leistungserbringenden kreisangehörigen Sozialämter wahr. Sowohl bezogen auf einzelne Sachverhalte (präventiv und auch bei bereits bestehenden SGB XII- sowie Asyl-Leistungsfällen) als auch allgemeine Fragestellungen betreffend ist die Anzahl von Anfragen an die Fachaufsicht (telefonisch und per Email) dauerhaft sehr hoch bzw. steigt weiter an. Die einzelnen Sachverhalte bzw. Themen im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung werden immer komplexer, da i.d.R. viele verschiedene Rechtsbereiche und deren Wechselwirkungen zu beachten sind. Die Bearbeitung dieses Themenfeldes ist zunehmend zeit- und arbeitsintensiv. Die Fachaufsicht erreichen Fragestellungen hinsichtlich der Krankenversicherungsmöglichkeiten zu den unterschiedlichsten Themen- und Rechtsbereichen, z.B.:

- Krankenversicherung für Ausländer_innen, (auch insbes. für (ehemalige) Asylbewerber_innen) – hier besonders betreffend die Auffangpflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit festgestellter Schwerbehinderung oder als behindertes Kind ohne Altersgrenze – hier sowohl betreffend die freiwillige Krankenversicherung als schwerbehinderter Mensch gem. § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V als auch die Familienversicherung als behindertes Kind ohne Altersgrenze gem. § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V
- u.v.m.

Sensibilisierung der SGB XII-Leistungssachbearbeitungen im Kreis Mettmann durch Fortbildungen, Workshops und Arbeitshilfen

Das Kreissozialamt führt zum Thema „SGB V / Zugangsmöglichkeiten zur KV“ in regelmäßigen Abständen kurze **Grundlagenworkshops** für Beschäftigte der Sozialämter in der laufenden Hilfe und des kreiseigenen Sachgebiets „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ durch. Aufgrund der sehr positiven Resonanz ist die regelmäßige Veranstaltung dieser kurzen SGB V Grundlagenworkshops auch weiterhin geplant; und teilweise auch ausschließlich zu einzelnen Themenbereichen – je nach Bedarf. Hierdurch wird nicht nur neuen Mitarbeiter_innen der Sozialämter das Thema zugänglich gemacht, sondern auch bereits erfahrene Sachbearbeiter_innen haben die Möglichkeit, sich zu bestimmten Themen zu informieren, oder ihr Wissen aufzufrischen.

Zudem organisiert das Kreissozialamt jährlich ein zweitägiges **Inhouse-Seminar** mit einem externen Fachdozenten zum Thema „Strategien und Wege zur Senkung von Krankenhilfekosten“. Im Rahmen des diesjährigen Inhouse-Seminars hat ein reger Austausch zwischen den Teilnehmenden und dem Dozenten stattgefunden. Der Dozent vermittelt einerseits ausführlich die Grundlagen zur Umsetzung vorrangiger Ansprüche gegen die Kranken- und Pflegeversicherung, andererseits stellt er aktuelle rechtliche Entwicklungen dar. Das nächste SGB V / KV Inhouse-Seminar beim Kreis Mettmann unter der Leitung dieses Dozenten ist auch für das kommende Jahr 2025 bereits terminiert und Anmeldungen dafür werden durch die Fachaufsicht bereits entgegengenommen.

Darüber hinaus finden mit den sog. Multiplikatoren (Ansprechpartner_innen für diesen Themenkomplex) von den leistungsbearbeitenden Stellen mindestens drei Mal pro Jahr **themenbezogene SGB V / Krankenversicherungsworkshops** statt. Seitens der Fachaufsicht werden hier aktuelle rechtliche Entwicklungen dargestellt, die Sozialämter werden auf den jeweils neuesten Stand gebracht (auch betreffend aktueller Grundsatzurteile z.B. des BSG zu diesem Thema) und weitere konkrete Handlungsbedarfe und kreisweit einheitliche Vorgehensweisen bei der Umsetzung dieser vorrangigen Ansprüche gegen die Kranken- und Pflegeversicherung werden abgestimmt.

Entsprechende themenbezogene Vordrucke, Diagramme und Arbeitshilfen sowie Musterschreiben werden den örtlichen Sozialämtern regelmäßig seitens der Fachaufsicht zur Verfügung gestellt.

Netzwerkarbeit

Der Kreis Mettmann ist nicht nur mit anderen Kommunen zum Thema Krankenversicherungsschutz gut vernetzt, sondern auch die Netzwerkarbeit innerhalb der Kreisverwaltung Mettmann konnte seit der letzten Sozialausschussvorlage wesentlich verbessert werden. Im Folgenden werden nur einige Beispiele genannt: Durch die konstruktive Zusammenarbeit mit dem Amt für Menschen mit Behinderung des Kreises Mettmann können KV-Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung schnell und erfolgreich umgesetzt werden. Eine gute Kommunikation mit dem Ausländeramt des Kreises Mettmann hilft in den Fällen, bei denen z.B. Informationen über den Aufenthaltsstatus für eine Zugangsmöglichkeit zum System der Krankenversicherung wichtig sind.

Hilfreich ist auch der Zugang zu dem Programm „elektronisches Übermittlungersuchen“ der Datenstelle der deutschen Rentenversicherung, der für die Fachaufsicht eingerichtet werden konnte. Hierdurch können Rentenversicherungsverläufe, Vorversicherungszeiten und letzte Krankenversicherungsverhältnisse besser ermittelt werden.

Darüber hinaus konnten durch die inhaltliche Verständigung und den direkten Arbeitskontakt zu den Krankenkassen bislang viele rechtliche Themen dahingehend geklärt werden, dass **Rechtsstreitigkeiten vermieden** wurden. Aktuell werden z.B. seit 05/2024 monatliche Fallkonferenzen mit der AOK Rheinland / Hamburg durchgeführt, bei denen Fälle besprochen werden, die der Krankenkasse und dem Sozialhilfeträger bekannt sind.

Bis zum 01.08.2024 konnten so im Rahmen dieser Fallkonferenzen zwischen der Fachaufsicht und der AOK Rheinland / Hamburg insgesamt alle 16 dort besprochenen, zuvor

strittigen, präventiven Fälle einem Krankenversicherungsverhältnis bei der AOK Rheinland / Hamburg zugeführt werden. Fallkonferenzen mit weiteren Krankenkassen sind gewünscht. Auch mit den privaten Krankenversicherungen und anderen Absicherungssystemen, auch im Ausland, steht die Fachaufsicht im Dialog zur Klärung komplexer Sachverhalte. Bedingt durch dieses Vorgehen gibt es seit einiger Zeit keine strittigen Fälle, die erst im Rahmen von Klageverfahren abschließend geklärt werden können, da diese präventiv vermieden werden konnten. Nach dem Jahr 2022 gab es in diesem Zusammenhang keine Klageverfahren mehr. Im Jahr 2023 gab es einige Fälle, bei denen nach einem Widerspruchsverfahren bei der AOK Rheinland / Hamburg auf Seiten der Betroffenen / auf Seiten der Fachaufsicht des Kreissozialamtes Klageeinreichungen beim zuständigen Sozialgericht angedacht waren. Diese konnten durch die dann folgende Kommunikation mit der AOK Rheinland / Hamburg aber letztendlich komplett vermieden werden.

1.2 Prüfung von Bestandsfällen

Allgemein zur Prüfung von Bestandsfällen

Auf die Prüfung möglichst vieler Bestandsfälle auf vorrangige (Wieder-)Eingliederungsmöglichkeiten in das System der KV wurde auch ab dem 01.06.2022 – u.a. in Form von fachaufsichtlichen Prüfungen vor Ort - weiterhin einer der Schwerpunkte gesetzt. Sofern bei SGB XII Leistungsfällen Hilfen zur Gesundheit gewährt werden müssen, weil ein Krankenversicherungsschutz nicht vorhanden ist, werden diese Fälle durch den Sozialhilfeträger bei der Krankenkasse zu Betreuung gem. § 264 Abs. 2 SGB V angemeldet. Die betroffenen Personen erhalten eine Chipkarte der Krankenkasse und können alle Leistungen in Anspruch nehmen, die auch Personen erhalten, die regulär krankenversichert sind. Allerdings handelt es sich nicht um Leistungen der Krankenkasse, was daran zu erkennen ist, dass der Sozialhilfeträger die gesamten Krankenkosten zuzüglich einer Verwaltungsgebühr von 5% dieser Aufwendungen an die Krankenkasse erstatten muss (§ 264 Abs. 7 SGB V). Für gem. § 264 SGB V Versorgte müssen pro Einzelfall durch den Sozialhilfeträger zudem auch weiterhin regelmäßig Kopfpauschalen (die auch als budgetäre Kosten bezeichnet werden) für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung an die Krankenkasse entrichtet werden. Dabei handelt es sich um festgelegte Kosten, die auch dann anfallen, wenn die betroffene Person in dem abgerechneten Zeitraum keine ambulante ärztliche oder zahnärztliche Versorgung in Anspruch genommen hat.

Zum Zeitpunkt 01.06.2022 waren nur noch 315 Betreuungsfälle gem. § 264 Abs. 2 SGB V (SGB XII Leistungsfälle) beim Kreis Mettmann vorhanden. In der Zeit vom 01.06.2022 bis zum 01.08.2024 konnte in 576 hinzugekommenen Fällen eine Anmeldung gem. § 264 SGB V (teilweise temporär) nicht vermieden werden. Zwischenzeitlich waren nach dem 01.06.2022 also insgesamt 891 Betreuungsfälle gem. § 264 Abs. 2 SGB V zu Lasten des Kreises Mettmann vorhanden.

Allerdings sind folgende Entwicklungen in dem o.g. Zeitraum zu berücksichtigen: Insgesamt **79** Personen, die gem. § 264 Abs. 2 SGB V zur Betreuung bei einer Krankenkasse angemeldet waren, sind aus dem Leistungsbezug ausgeschieden. Weiterhin **in Abzug** zu bringen waren **12** Fälle, bei denen **kein Bezug von Leistungen beim Kreis Mettmann als dem örtlichen Sozialhilfeträger mehr** vorliegt, da sie in einen anderen Zuständigkeitsbereich gewechselt sind.

Außerdem konnte allein durch das Einwirken der Fachaufsicht in dem Zeitraum 01.06.2022 – 01.08.2024 in **109** ehemaligen Bestandsfällen gem. § 264 Abs. 2 SGB V eine **sofortige und teilweise auch rückwirkende (Wieder-) Eingliederung in das System der Krankenversicherung** und Pflegeversicherung erreicht werden.

Zum Stand 01.08.2024 gibt es im Kreis Mettmann also insgesamt unter den SGB XII Leistungsfällen faktisch **691 Betreuungsfälle**.

In dieser Zahl **inbegriffen** sind allerdings **alleine 422 Fälle, bei denen aus der Ukraine geflüchtete Personen** betroffen sind. Thematisch wird auf diese besonderen Fallkonstellationen unter dem Punkt 2.4 eingegangen.

Aufgrund dieser Vorgehensweise stellt sich die Kostenentwicklung wie folgt dar:

ambulante Krankenhaus	2020	2021	2022	2023	2024
laufender Aufwand im Jahr	3.113.828,34 €	1.648.506,04 €	1.555.867,75 €	2.555.084,72 €	177.446,00 €
Rückstellung	1.550.000,00 €	1.640.000,00 €	1.540.000,00 €	1.202.541,41 €	
Ambulante Krankenhaus	4.663.828,34 €	3.288.506,04 €	3.095.867,75 €	3.757.626,13 €	
ambulante Krankenhaus UKR	2020	2021	2022	2023	2024
laufender Aufwand im Jahr	- €	- €	50.926,52 €	1.085.343,26 €	343.097,92 €
Rückstellung	- €	- €	392.218,66 €	605.000,00 €	
Ambulante Krankenhaus UKR	- €	- €	443.145,18 €	1.690.343,26 €	
stationäre Krankenhaus	2020	2021	2022	2023	2024
LFD im Jahr	173.658,15 €	183.867,69 €	131.307,92 €	240.332,91 €	44.531,75 €
Rückstellung	184.161,09 €	180.712,69 €	175.000,00 €	152.609,97 €	
Stationäre Krankenhaus HzP	357.819,24 €	364.580,38 €	306.307,92 €	392.942,88 €	
stationäre Krankenhaus UKR	2020	2021	2022	2023	2024
Stationäre Krankenhaus HzP UKR	- €	- €	18.773,05 €	1.471,35 €	4.801,98 €

Die Zahlen für das Jahr 2024 stellen jeweils den Wert zum Stand 01.08.2024 dar. Hinsichtlich der Zahlen für die Jahre 2023 / 2024 ist zu beachten, dass Rückstellungen sowohl für die Fälle der kreisangehörigen Städte als auch die kreiseigenen Fälle bedingt durch noch ausstehende Abrechnungen mit den Krankenkassen gebildet worden sind. Die Höhe der Abrechnungen bleibt abzuwarten. Die Abrechnungen der Krankenkassen mit dem Sozialhilfeträger erfolgen i.d.R. mit erheblichem Zeitverzug von mehr als einem Jahr.

Stichprobenhafte Prüfung von Bestandsfällen im Rahmen der fachaufsichtlichen Prüfung der kreisangehörigen Sozialämter vor Ort

Nach dem 01.06.2022 fanden noch zwei stichprobenmäßige Prüfungen ausgewählter Betreuungsfälle durch die Fachaufsicht statt. Hierbei wurden insgesamt 39 Altfälle, in denen die Prüfung auf KV-Zugangsmöglichkeiten seitens der kreisangehörigen Städte bereits mit negativem Ergebnis abgeschlossen waren, erneut auf eventuelle Zugangsmöglichkeiten geprüft. In 10 Fällen konnte durch das Eingreifen der Fachaufsicht eine Zuordnung zum System der Kranken- und Pflegeversicherung herbeigeführt werden.

In der zweiten Jahreshälfte 2024 ist eine weitere fachaufsichtliche Prüfung ausgewählter Bestandsfälle gem. § 264 SGB V in einem Sozialamt geplant.

1.3 Erfolge

Anfragen präventiv

Das Kreissozialamt erreicht nach wie vor eine Vielzahl von präventiven Anfragen mit den unterschiedlichsten Fragestellungen (u.a. einzelfallbezogen, Grundsatzentscheidung oder anderen rechtlichen Problematiken). Seit dem letzten Bericht im Sozialausschuss führten insgesamt **106 Anfragen** zu einer **tiefgehenden Prüfung** der jeweils zugrundeliegenden Sachverhalte. In **68 Fällen** konnte durch die präventive Fallprüfung eine **Eingliederung in das System der Krankenversicherung** erzielt werden. Dabei handelt es sich um eine Erfolgsquote von rund 64 %.

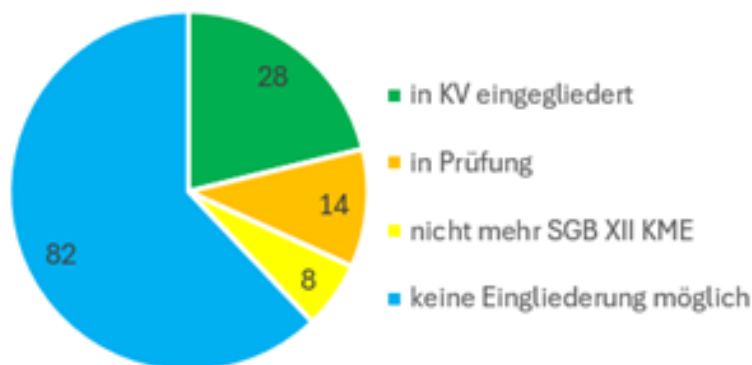
Unter anderem dadurch wurden **Zahlungen der Hilfe zur Gesundheit (und langfristig auch Zahlungen der Hilfe zur Pflege) vermieden**. **12 betroffene Person** sind während des Zeitraums der Fallprüfung **aus dem Leistungsbezug ausgeschieden**. **20 Fälle** befinden sich derzeit **noch in der Prüfung** und sind noch ergebnisoffen. Lediglich **sechs Fälle** konnten definitiv **nicht in das System der Krankenversicherung eingegliedert** werden.



Zustimmungsvorbehalt

Wenn durch die leistungsbearbeitenden Stellen keine vorrangigen Ansprüche auf Absicherung im Krankheitsfall gefunden werden, ist eine Gegenprüfung durch die Fachaufsicht verpflichtend, bevor die Anmeldung eines Betreuungsfalls gem. § 264 Abs. 2 SGB V bei einer Krankenkasse zu Lasten des Sozialhilfeträgers erfolgt (§ 3 Nr. 5 der Heranziehungssatzung vom 01.10.2020). Seit dem letzten Bericht im Sozialausschuss wurden in diesem Zusammenhang insgesamt **132 Fälle geprüft**. In **82 dieser Fälle** war eine **Anmeldung als Betreuungsfall nicht abwendbar**. Von diesen 82 Fällen handelt es sich bei 54 Fällen um geflüchtete Personen aus der Ukraine (siehe Punkt 2.4). **8 betroffene Personen** sind während des Zeitraums der Fallprüfung **aus dem Leistungsbezug ausgeschieden**.

14 Fälle befinden sich **derzeit noch in der Prüfung**, sind also noch ergebnisoffen. In **28 Fällen** konnte bei der Gegenprüfung durch die Fachaufsicht eine **Eingliederung in das System der Krankenversicherung** erzielt werden. Dabei handelt es sich um eine Erfolgsquote von rund 21 %.



Es ist noch anzumerken, dass teilweise vorläufige Anmeldungen gem. § 264 SGB V seitens des Sozialhilfeträgers vorgenommen wurden. Es treten vermehrt Sachverhalte auf, bei denen die Eltern des betroffenen minderjährigen Kindes noch dem Personenkreis der nach dem AsylbLG Leistungsberechtigten angehören, während das unter 15jährige Kind z.B. aus humanitären Gründen (z.B. wegen Krankheit) eine Aufenthaltserlaubnis erhalten hat und damit in den Personenkreis der nach den Vorschriften des 3. Kapitels des SGB XII Leistungsberechtigten gewechselt ist. Da in diesen Fällen i.d.R. keine Zugangsmöglichkeit zum System der Krankenversicherung besteht, werden für diese Kinder Leistungen nach § 48 SGB XII in Form einer Betreuungsanmeldung gem. § 264 Abs. 2 SGB V vorläufig erbracht. Sobald das Asylverfahren der Eltern / eines Elternteiles abgeschlossen ist, haben diese i.d.R. entweder einen Anspruch auf Leistungen nach den Vorschriften des SGB II, oder stellen ihren Lebensunterhalt durch eine Erwerbstätigkeit sicher. In der Folge sind die Kinder dann über ein Elternteil familienversichert und die Leistungen nach § 48 SGB XII i.v.m. § 264 SGB V werden eingestellt. Diese Betreuungsfälle gem. § 264 SGB V bedürfen einer Abmeldung. Kostenerstattungsansprüche werden geltend gemacht, sofern sie vorhanden sind.

Bestandsfälle gem. § 264 SGB V

Nach dem 01.06.2022 bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden sukzessive auch **insgesamt 132 langjährige ältere Bestandsfälle** gemäß § 264 SGB V durch die Fachaufsicht geprüft. **In 27 Fällen** konnte durch diese Fallprüfung eine **sofortige Eingliederung in das System der Krankenversicherung (teilweise rückwirkend)** erzielt werden. Dabei handelt es sich um eine Erfolgsquote von rund 20 %.

In einem Fall war das Ergebnis der Prüfung die **Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers**. **14** der stichprobenmäßig ausgewählten **Fälle** befinden sich derzeit **noch in der Prüfung**, sind also noch ergebnisoffen. In **82** der geprüften Fälle konnte die betroffene Person definitiv **nicht in das System der Krankenversicherung eingegliedert** werden. **8** **betroffene Person** sind während des Zeitraums der Fallprüfung **aus dem Leistungsbezug ausgeschieden**.



1.4 Geflüchtete aus der Ukraine

Nach dem 01.06.2022 fand bzw. findet bei hilfebedürftigen Personen, die aus der Ukraine geflüchtet sind und sich nunmehr in Deutschland aufhalten, nach Erhalt einer Aufenthaltserlaubnis oder Fiktionsbescheinigung ein Wechsel aus dem Rechtskreis der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) leistungsberechtigten Personen statt. Je nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen (Erwerbsfähigkeit, Alter) handelt es sich dann um leistungsberechtigte Personen nach den Vorschriften des SGB II oder des SGB XII. Mit dem Bezug von Leistungen nach den Vorschriften des SGB II geht eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einher. Der Zugang zum System der Krankenversicherung in Deutschland bleibt aber in den allermeisten Fällen denjenigen aus der Ukraine Geflüchteten verwehrt, die Leistungen nach den Vorschriften des SGB XII beziehen. Da es sich bei der Ukraine weder um einen EU/EWR-Staat noch um einen Staat handelt, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen wurde, können in Deutschland auch keine Leistungen einer in der Ukraine bestehenden Krankenversicherung abgerufen werden. Möglichkeiten der Familienversicherung sind in den seltensten Fällen vorhanden. Von einer neu eingeführten Regelung einer Versicherung nach § 9 für Ausländerinnen und Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes oder mit

entsprechender Fiktionsbescheinigung sind gemäß § 417 SGB V ausgerechnet die Personen ausgenommen worden, die hilfebedürftig im Sinne des SGB XII sind. Hier ist also allein schon die Hilfebedürftigkeit ein Ausschlusskriterium. Der Bezug von Leistungen nach den Vorschriften des SGB XII und der damit vorhandene anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall steht dem Einsetzen der allgemeinen Versicherungspflicht gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V entgegen.

In Einzelfällen kommt es jedoch nicht direkt nach dem Rechtskreiswechsel zu einem SGB XII Leistungsbezug. Sofern dann die Aufenthaltserlaubnis in diesen speziellen Fällen mehr als ein Jahr befristet ist (§ 5 Abs. 11 SGB V ist zu beachten), entsteht kraft Gesetzes die Auffangpflichtversicherung gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und ist bei einer Krankenkasse anzuzeigen.

In wenigen Fällen konnten Eingliederungen von hilfebedürftigen Personen, die aus der Ukraine in den Kreis Mettmann geflüchtet sind, in das System der Krankenversicherung in Einzelfällen auf diese Art und Weise erfolgen. Hierbei ist u.a. der Aspekt der Gültigkeitsdauer der Aufenthaltserlaubnis gem. § 24 AufenthG der betroffenen Personen maßgeblich. Zunächst wurde die Dauer der Gültigkeit dieser Aufenthaltserlaubnisse durch die Ukraine-Aufenthaltserlaubnis-Fortgeltungsverordnung – UkraineAufenthFGV – vom 28.11.2023 bis zum 4. März 2025 ohne Antrag im Einzelfall verlängert. Sodann war bei Anzeigen der Versicherungspflicht ab März 2024 auch diese trotz Leistungsunterbrechung nicht mehr möglich. *(Anmerkung: aus der Pressemitteilung der europäischen Kommission vom 11.06.2024 geht hervor, dass die Kommission vorgeschlagen hat, den vorübergehenden Schutz der Menschen, die vor der Aggression Russlands gegen die Ukraine fliehen, um ein weiteres Jahr – vom 5. März 2025 bis zum 4. März 2026 – zu verlängern.)*

Für eine medizinische Versorgung der meisten aus der Ukraine geflüchteten Personen, die Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach den Vorschriften des SGB XII sind, müssen also Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel SGB XII erbracht werden. Das gilt in der Folge auch für die Kosten der Pflege.

Wie sich die weitere Flüchtlingssituation und die damit verbundenen Krankenkosten zukünftig entwickeln werden, kann nicht vorhergesehen werden.

2. Aufwendungen des Sozialhilfeträgers für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung

Zu den Leistungen nach den Vorschriften des SGB XII gehören auch Ausgaben für Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge. Nach der Maßgabe der §§ 32 und 32a SGB XII sind im Rahmen eines Anspruchs auf existenzsichernde SGB XII-Leistungen und gleichzeitiger Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung angemessene Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung als Bedarf anzuerkennen, soweit Leistungsberechtigte diese nicht aus eigenem Einkommen tragen können. Auch diese Ausgaben für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steigen stetig an und führen daher zu finanziellem Mehraufwand (bei Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherungsleistungen nach den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB XII durch die Erstattung an den örtlichen Sozialhilfeträger im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung auf Seiten des Bundes; **bei Empfängerinnen und Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt nach den Vorschriften des 3. Kapitels des SGB XII fallen diese unmittelbar in die Kostenträgerschaft des Kreises Mettmann als dem örtlichen Träger der Sozialhilfe).**

Dieses wird im Folgenden am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt. Für die Beitragsbemessung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten oder Vierten Kapitel des SGB XII gilt ab dem 01.01.2019 als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag 1/30 des 2,67-fachen des Regelsatzes gemäß der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII. Bei Fortschreibung der Regelbedarfe sind die durch die Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales nach § 40 SGB XII für den jeweiligen Zeitraum ergänzten Beträge anzusetzen.

So sieht die Entwicklung der jeweils monatlich anfallenden Kosten für Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung beispielsweise für eine Person, die SGB XII Leistungen bezieht, bei der AOK Rheinland / Hamburg freiwilliges (oder gem. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V pflichtversichertes) Mitglied ist und die Elterneigenschaft nicht erfüllt (das bedeutet, es handelt

sich um ein Mitglied der AOK Rheinland / Hamburg ab Beginn des Folgemonats nach Vollendung des 23. Lebensjahres ohne Nachkommen, ausgenommen sind aber Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, diese werden generell wie Mitglieder mit erfüllter Elterneigenschaft behandelt); wie folgt aus:

Monatliche Beiträge zur Krankenversicherung (Beträge sind unabhängig von der Erfüllung der Elterneigenschaft):

Zeitraum	Regelsatz Regelbedarfsstufe 1	mtl. Bemessungsgrundlage	ermäßigter Beitragssatz	Zusatzbeitragssatz AOK Rheinland / Hamburg	mtl. Beitrag
01.01.-31.12.2019	424 €	1.132,08 €	14 %	1,1 %	170,94 €
01.01.-31.12.2020	432 €	1.153,44 €	14 %	1,1 %	174,17 €
01.01.-31.12.2021	446 €	1.190,82 €	14 %	1,1 %	179,81 €
01.01.-31.12.2022	449 €	1.198,83 €	14 %	1,6 %	187,02 €
01.01.-31.12.2023	502 €	1.340,34 €	14 %	1,8 %	211,78 €
01.01.-31.12.2024	563 €	1.503,21 €	14 %	2,2 %	243,52 €

Monatliche Beiträge zur Pflegeversicherung (Beträge sind abhängig von der Erfüllung der Elterneigenschaft; etwas geringere Beträge bei Erfüllung der Elterneigenschaft; unterschiedlich geringere Beträge abhängig von der Anzahl der Kinder ab dem 01.07.2023):

Zeitraum	mtl. Bemessungsgrundlage	Beitragssatz Pflegeversicherung kinderlos	mtl. Beitrag
01.01.-31.12.2019	1.132,08 €	3,3 %	37,36 €
01.01.-31.12.2020	1.153,44 €	3,3 %	38,06 €
01.01.-31.12.2021	1.190,82 €	3,3 %	39,30 €
01.01.-31.12.2022	1.198,83 €	3,4 %	40,76 €
01.01.-30.06.2023	1.340,34 €	3,4 %	45,57 €
01.07.-31.12.2023	1.340,34 €	4,0 %	53,61 €
01.01.-31.12.2024	1.503,21 €	4,0 %	60,13 €

Damit wurde im Jahr 2019 für die im Beispiel genannte Person monatlich ein Gesamtbeitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung in Höhe von 208,30 € fällig, während diese Aufwendungen im Jahr 2024 bereits monatlich 303,65 € betragen. Dabei handelt es sich um eine Kostensteigerung für Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung von über 45 %.

Im Jahr 2024 gibt es etwa 95 Krankenkassen in Deutschland. Die meisten SGB XII Leistungsempfänger_innen im Kreis Mettmann sind jedoch bei der AOK Rheinland / Hamburg versichert. Es werden durch den Kreis Mettmann als örtlichem Träger der Sozialhilfe derzeit für über 1000 Personen Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung in Höhe von rd. 350.000 € pro Monat gezahlt.

Auch wenn die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung stetig ansteigen, stehen diese Ausgaben jedoch in keinem Verhältnis zu den um ein Vielfaches höheren Kranken- und Pflegekosten, die der Kreis Mettmann in jedem SGB XII Leistungsfall selbst tragen müsste, wenn eine Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung nicht herbeigeführt werden kann!

3. Kostenerstattungsansprüche

Bei erfolgreichen Reintegrationen von Leistungsfällen in das Krankenversicherungssystem werden die rechtlichen Möglichkeiten der Refinanzierung gegenüber dem vorrangig verpflichteten Leistungsträger (i.d.R. Kranken- und Pflegeversicherungen) soweit möglich durchgesetzt. Im zurückliegenden Zeitraum befanden sich noch einige Kostenerstattungsverfahren in der abschließenden Prüfung. Die Fallgestaltungen sind vielfältig und umfassen sowohl Erstattungsansprüche an vorrangig verpflichtete Leistungsträger als auch Abwendung von Erstattungsansprüchen anderer Träger gegenüber dem Kreis Mettmann. Aktuell erstattete die AOK Rheinland / Hamburg einen Betrag in Höhe von 7.847,11 € an den Kreis Mettmann.

4. Hochrechnung der Einsparpotenziale

Die vereinfachte Systematik der Hochrechnungen perspektivischer Einsparpotenziale wurde erstmalig in der Sozialausschussvorlage 2019 vorgestellt. Da es sich bei der Hochrechnung um eine fiktive Ermittlung vermiedener Aufwendungen der Hilfen zur Gesundheit handelt, werden diese pauschal auf fünf Jahre nach der erfolgreichen Eingliederung in das Krankenversicherungssystem hochgerechnet. Als Grundlage dienen die Daten des Statistischen Bundesamts (Destatis, Stand 2015). Hiernach können durchschnittliche Krankenkosten in Höhe von etwa 370.000 € für eine Person in einem lebenslangen Zeitraum anfallen. Bei der Hochrechnung werden durchschnittliche Krankenkosten zu Grunde gelegt, **wobei sowohl besondere Belastungen wie teure Behandlungen oder die Kosten chronischer Erkrankungen als auch eventuell anfallende Pflegekosten außer Betracht bleiben**. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass es sich bei den Personen des SGB XII in der Regel um ältere und/oder kranke Personen handelt, sodass die **Kosten der hier betrachteten Fälle eher überdurchschnittlich** hoch einzuschätzen sind.

An dieser Stelle wird als Beispiel auf einen Fall hingewiesen, bei dem die betroffene Person (SGB XII Leistungsempfänger_in) so schwer krank ist, dass eine Unterbringung in einer Beatmungs- WG erforderlich wurde. Allein die **Krankenkosten übersteigen in diesem Fall monatlich einen Betrag in Höhe von 100.000 €**. Zusätzlich wurde Pflegegrad 5 mit erheblichen Pflegekosten festgestellt. Durch das Einwirken der Fachaufsicht konnte die betroffene Person in die freiwillige Mitgliedschaft als schwerbehinderte Person bei einer Krankenkasse aufgenommen werden. Aufgrund dessen übernimmt der **Sozialhilfeträger hier lediglich monatliche Beiträge** in Höhe von derzeit 243,37 € (Krankenversicherung) plus 60,13 € (Pflegeversicherung); also **insgesamt 303,50 €** und perspektivisch werden die Pflegekosten durch die Pflegekasse übernommen.

Hochrechnung allgemein

Eine perspektivische Hochrechnung ergibt, dass pro Jahr und Person bei den o.g. Fällen zwischen 3.600 und 8.200 € (je nach Alter der betroffenen Person) an durchschnittlichen Krankenkosten auf Seiten des Kreises Mettmann als Sozialhilfeträger eingespart werden. Die jährlich durchschnittlich anfallenden Krankenkosten für eine Person im Alter zwischen 45 und 85 Jahren betragen somit etwa 5.900 €.

So ergeben sich in **jedem Leistungsfall** perspektivisch hochgerechnet auf fünf Jahre durchschnittliche **Einsparungen an Krankenkosten in Höhe von mindestens 29.500 €**.

Hochrechnung für die Prüfung präventiver Fälle

Eine perspektivische Hochrechnung der durchschnittlichen Ersparnis (Krankenkosten) nach dem letzten Bericht im Sozialausschuss in den **68 Fällen**, die nach präventiver Prüfung in die Krankenversicherung eingegliedert werden konnten, ergibt somit einen Betrag in Höhe von insgesamt **2.006.000 €**. Dies entspricht einer Einsparung von 401.200 € p.a.

Hochrechnung bei Prüfung der Anfragen zum Thema Zustimmungsvorbehalt

Die Eingliederung von **28 Fällen** seit der letzten Sozialausschussvorlage in das vorrangige System der Krankenversicherung bei der Bearbeitung der Anfragen zum Thema Zustimmungsvorbehalt ergibt einen durchschnittlichen Einsparungsbetrag an

Krankenhilfekosten in Höhe von **826.000 €**. Dies entspricht einer Einsparung von 165.200 € p.a.

Hochrechnung für die Prüfung von Bestandsfälle gem. § 264 SGB V

Die Eingliederung von **insgesamt 109 Fällen** seit der letzten Sozialausschussvorlage in das vorrangige System der Krankenversicherung bei der Prüfung von Bestandsfällen gem. § 264 SGB V auf bestehende Möglichkeiten der (Wieder-) Eingliederung in das System der Krankenversicherung ergibt einen durchschnittlichen Einsparungsbetrag an Krankenhilfekosten in Höhe von **3.215.500 €**. Dies entspricht einer Einsparung von 643.100 € p.a.

Die weitere Entwicklung der Höhe der Kosten von Krankenhilfeleistungen nach § 48 SGB XII bzw. § 264 SGB V kann nicht vorausgesagt werden, da diese von unwägbareren Faktoren wie z.B. potentiell sehr kostenintensiven Behandlungen in Einzelfällen oder zukünftig mehr leistungsberechtigte Personen, die nicht in das System der Krankenversicherung (wieder-) einzugliedern sind, abhängen.

Nicht unberücksichtigt bleiben darf allerdings die Tatsache, dass bei jeder (Wieder-) Eingliederung **eines** Leistungsfalls **Krankenhilfekosten in Höhe eines mindestens fünfstelligen Betrages vermieden** werden, die ansonsten zu Lasten des Sozialhilfeträgers anfallen würden.

Außerdem ist mit jeder realisierten Krankenversicherung auch eine **Absicherung im Pflegefall durch die Pflegeversicherung** verbunden. Folglich werden hierdurch auf Seiten des Sozialhilfeträgers auch **Kosten der Hilfe zur Pflege in einer unabwägbareren Höhe vermieden**.

5. Fazit / Rückblick / Ausblick

Fazit

Die Fachaufsicht widmet sich dem Thema der Identifizierung von KV / PV-Zugangsmöglichkeiten für Personen, die nach den Vorschriften des SGB XII leistungsberechtigt sind, und unterstützt die leistungsbearbeitenden Stellen vor Ort damit als **"Back Office"**.

Eigentlich handelt es sich bei der Prüfung dieser vorrangigen Ansprüche im Sinne des § 2 SGB XII um eine Pflichtaufgabe der Sachbearbeiter_innen vor Ort bei den leistungserbringenden Sozialämtern. Dies ist jedoch aufgrund des immer komplexer werdenden Krankenversicherungsrechts und wegen der Vielzahl an anderen Rechtsbereichen, wie z.B. des Aufenthaltsrechts, kaum vor Ort alleine zu leisten. Dieses Angebot wird von den Sachbearbeiter_innen sehr gut angenommen. Die Anzahl der Anfragen an die Fachaufsicht steigt stetig an.

Die Sensibilisierung und Unterstützung der Sachbearbeiter_innen vor Ort sowie die Zusammenarbeit mit den örtlichen Sozialämtern und auch die Netzwerkarbeit zu diesem Thema funktionieren weiterhin sehr gut, sodass betreffend die Vermeidung von Krankenhilfekosten und Kosten der Hilfe zur Pflege hier sehr gute Ergebnisse erzielt werden.

Rückblick

Im Rückblick ist festzustellen, dass auf die negative Entwicklung mit immer komplexeren Sachverhalten und steigenden Fallzahlen sowie stetig steigenden Kosten mit einer effektiven Sachbearbeitung durch das Kreissozialamt zum Thema „Einsparung von Kosten der Hilfen zur Gesundheit und der Hilfe zur Pflege“ nicht nur reagiert wurde, sondern, dass auch insbesondere präventiv Kosten vermieden wurden. Es gibt Kostenentwicklungen, die der örtliche Träger der Sozialhilfe nicht steuern kann (z.B. Ansteigen der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung), und es gibt Fälle, bei denen eine Eingliederung in das System der Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland nicht realisierbar ist (z.B. nach dem SGB XII hilfebedürftige Personen, die aus der Ukraine geflüchtet sind). Mit vorausschauender

konzeptioneller Arbeit (z.B. Schulungen der kreisangehörigen Sozialämter; Erstellung von Arbeitshilfen; Hinweise auf anstehende Entwicklungen) und akribischer Einzelfallarbeit (z.B. Prüfung von Fällen, die durch die kreisangehörigen Städte zur Betreuung gem. § 264 SGB V bei einer Krankenkasse angemeldet werden sollen und möglichst Eingliederung der Betroffenen in die Krankenversicherung) konnten durch die Fachaufsicht in hohem Maße Kosten vermieden werden, und vielen Betroffenen konnte geholfen werden. Insgesamt ist der **Rückblick positiv zu bewerten** und dieser Themenbereich wird durch die Fachaufsicht des Kreises Mettmann so engmaschig wie möglich betreut.

Die positiven Ergebnisse dieser Arbeit wirken sich unmittelbar auf die betroffenen Personen aus, die in das System der Krankenversicherung integriert werden, was auch eine Pflegeversicherung zur Folge hat. Außerdem werden in hohem Maße Kosten seitens des Kreises Mettmann als Sozialhilfeträger vermieden.

Durch eine immer besser werdende Netzwerkarbeit werden Synergieeffekte genutzt, und Arbeitsaufwand wird auf allen Seiten vermieden, indem z.B. strittige Fälle präventiv geklärt werden, bevor es zu Widerspruchs- und Klageverfahren kommt.

Die Fachaufsicht erreichen regelmäßig Anfragen anderer Sozialhilfeträger in Deutschland betreffend die Form dieser Strukturen des Back Office, da das Kreissozialamt Mettmann hier eine Vorbildfunktion hat. Durch diese Art der Umsetzung des Themas sind auch im Sinne der Einsparung von Krankenhilfekosten auf Seiten des Sozialhilfeträgers die größtmöglichen Erfolge zu erzielen. Das erkennen auch andere Behörden.

Ausblick

Das Kreissozialamt wird weiterhin den Fokus auf die präventive Arbeit im Bereich des SGB V legen. Der Schwerpunkt wird hierbei insbesondere auf der Vermeidung potentieller Kosten im Bereich der Krankenhilfe sowie Hilfe zur Pflege liegen. Insbesondere sollen auch Fälle mit Auslandsberührung (z.B. Krankenversicherung in Polen über den Bezug einer polnischen Rente; Sachleistungsaushilfe bei vorliegender Krankenversicherung in einem Staat, mit dem es ein Fürsorgeabkommen gibt (z.B. Türkei) usw.), vermehrt betrachtet und den Sozialhilfeträger entlastend umgesetzt werden.

Ab Sommer des Jahres 2024 ergibt sich eine Reduzierung der personellen Besetzung, sodass der gesamte Themenbereich faktisch mit dem Umfang von einer Stelle bearbeitet wird.

Das hohe Arbeitsaufkommen konnte durch die bisherige Besetzung mit einem Stellenumfang von 1,5 Stellen allerdings wesentlich besser und mit größeren Erfolgen bewältigt werden. Die Nachbesetzung der halben Stelle soll daher zeitnah erfolgen.

Über die weiteren Entwicklungen der gesamten Thematik wird berichtet.