

- Beschluss**  
 **Wahl**  
 **Kenntnisnahme**

**Vorlagen Nr. 50/013/2017**

**öffentlich**

Fachbereich: Sozialamt Bearbeiter/in: Hellmich, Ulrike	Datum: 07.04.2017 Az.: 50-1
---	--------------------------------

Beratungsfolge	Termine	Art der Entscheidung
Sozialausschuss	15.05.2017	Kenntnisnahme

#### **SGB V - Einsparung von Krankenhilfefaufwendungen für den Kreis Mettmann**

- Finanzielle Auswirkung       ja       nein       noch nicht zu übersehen  
 Personelle Auswirkung       ja       nein       noch nicht zu übersehen  
 Organisatorische Auswirkung       ja       nein       noch nicht zu übersehen

Die Ausführungen der Verwaltung werden zur Kenntnis genommen.

Fachbereich: Sozialamt Bearbeiter/in: Hellmich, Ulrike	Datum: 07.04.2017 Az.: 50-1
---	--------------------------------

## SGB V - Einsparung von Krankenhilfearaufwendungen für den Kreis Mettmann

### Anlass der Vorlage:

#### 1. Allgemeines

In der Sitzung des Sozialausschusses vom 12.05.2016 wurde unter TOP 9 (Vorlage Nr. 50/011/2016) darüber informiert, dass der Kreis Mettmann als örtlicher Träger der Sozialhilfe u.a. zuständig ist für die Gewährung der notwendigen Hilfen bei Krankheit nach der Regelung des § 48 des Sozialgesetzbuches, Zwölftes Buch (SGB XII) und gemäß § 264 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V). Leistungen gemäß § 264 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V) werden sowohl für Leistungsberechtigte des 3. Kapitels SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt) als auch für den Personenkreis der nach dem 4. Kapitel SGB XII Leistungsberechtigten (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) gewährt.

Es wurde darüber berichtet, dass trotz der seit dem 01.04.2007 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehenden allgemeinen Versicherungspflicht sowie der seit dem 01.01.2009 in der privaten Krankenversicherung (PKV) bestehenden Versicherungspflicht und anderer Möglichkeiten der Krankenversicherung (z.B. freiwillige Versicherung gemäß § 9 SGB V) bei Personen, die Leistungen nach den Vorschriften des SGB XII begehren oder beziehen, häufig Lücken im Krankenversicherungsschutz bestehen, oder kein Versicherungsschutz vorliegt.

Es wurde festgestellt, dass sich die Aufwände für die Hilfen bei Krankheit nur bedingt steuern lassen, da die Höhe dieser Kosten keine Aussage über die Anzahl der Fälle trifft, denn unterschiedliche Krankheiten haben mehr oder weniger kostenintensive Behandlungen bzw. Medikamente zur Folge.

Um die Nachrangigkeit von Sozialhilfeleistungen gem. § 2 SGB XII auch im Verhältnis zu möglichen Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sicherzustellen, damit die Leistungsausgaben des Sozialhilfeträgers auf das gesetzlich notwendige Maß beschränkt werden, wird seitens des Kreissozialamtes bei Neuanträgen sowie in den Fällen der bereits laufenden Leistungsgewährung geprüft, ob Versicherungsschutz bei einer Krankenkasse besteht oder ggf. beitragsfrei bzw. ggf. gegen geringere Beiträge erlangt werden kann.

Nach der Heranziehungssatzung des Kreises Mettmann sind die kreisangehörigen Städte für die Bearbeitung der Krankenhilfe und der Fälle gemäß § 264 SGB V (sogenannte „Betreuungsfälle“) zuständig. Das Sachgebiet Hilfe zur Pflege in Einrichtungen des Kreissozialamtes ist zudem für die Bearbeitung von Fällen zuständig, wenn diese Leistungen neben der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen erbracht werden. Aufgrund der hohen Komplexität dieses Themas und der größtenteils sehr zeitnah erforderlichen rechtlichen Prüfung zur Einordnung der betroffenen Personen in das richtige System der Absicherung im Krankheitsfall war festzustellen, dass die kreisangehörigen Städte und das Sachgebiet Hilfe zur Pflege in Einrichtungen des Kreissozialamtes dies mit dem vorhandenen Personal ohne Unterstützung nicht sicherstellen können. Hier bedarf es der fachlichen Unterstützung durch die Fachaufsicht, Grundsatzangelegenheiten, Krankenversicherung beim Kreissozialamt.

Zwar kann der Träger der Sozialhilfe die Feststellung oder Begründung eines Versicherungsverhältnisses nicht nach § 95 SGB XII selbst betreiben, jedoch ist es im Rahmen der Beratungs- und Aufklärungspflicht nach den Vorschriften der §§ 14 ff des Sozialgesetzbuches, Erstes Buch (SGB I), die Aufgabe des Sozialhilfeträgers, die Nachrangigkeit der Sozialhilfeleistungen sicherzustellen. Hierzu gehört nach höchstrichterlicher Rechtsprechung auch die Überprüfung der sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse der Bezieher von Sozialhilfe (Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18. November 2014; B 1 KR 12/14 R).

### **Sachverhaltsdarstellung:**

## **2. Aktuelle Situation**

Seit dem 01.05.2015 befasst sich eine Mitarbeiterin des Kreissozialamtes zunächst mit dem Umfang einer halben Stelle (0,5 VZÄ) mit dem Themenbereich SGB V / Krankenversicherungen.

Ein entsprechender Verbesserungsvorschlag mit dem Titel „Vermeidung von Transferaufwand in der Krankenhilfe“ ist auch im Kontext einer Abfrage der Finanzstrukturkommission eingereicht und als bester Vorschlag bewertet worden (siehe hierzu auch Vorlage 20/023/2016).

In vielen Fällen bestehen Möglichkeiten zur Aufnahme in die Kranken- und Pflegeversicherung, so dass die Krankenkassen vorrangig leisten müssen.

Die Durchsetzung dieser Rechtsposition ist rechtlich komplex und arbeitsintensiv.

In diesem Zusammenhang haben sich zwei konkrete Handlungsfelder für die Tätigkeit des Kreissozialamtes im Zusammenhang mit diesem Themenbereich ergeben: Neben der Prüfung einer möglichen Rückführung der Bestandsfälle gemäß § 264 SGB V in das System der Krankenversicherung (siehe 3.2. Projekt zur Prüfung der Bestandsfälle) gilt es, die Entstehung von Neufällen mit Krankenhilfebezug zu verhindern (präventive Arbeit).

### **3.1. Präventive Arbeit**

Im Rahmen der Wahrnehmung der Fachaufsicht durch das Kreissozialamt erfolgt auf der einen Seite eine eingehende rechtliche Beratung der kreisangehörigen Städte und des Sachgebiets Hilfe zur Pflege in Einrichtungen des Kreissozialamtes (auch durch die Erstellung von Arbeitsanweisungen und das Versenden von Rundverfügungen zum Thema SGB V / Krankenversicherungsmöglichkeiten für SGB XII – Leistungsempfänger/innen als Hilfestellung) – und auf der anderen Seite werden die zuständigen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter durch geeignete Maßnahmen sensibilisiert und geschult.

Hier geht es darum, keine Krankenhilfe zu leisten, wenn dies vermeidbar ist. Die betroffenen Hilfeempfänger bzw. Antragsteller ohne Krankenversicherungsschutz sollen möglichst in eine Krankenversicherung integriert werden. Bei Neuansuchen ist zu prüfen, ob Kranken- und Pflegeversicherungsschutz bei einer Krankenkasse besteht, oder ggf. beitragsfrei bzw. gegen geringere Beiträge erlangt werden kann.

Die durch das Kreissozialamt regelmäßig angebotenen Inhouse Seminare und Workshops werden durch die Beschäftigten der städtischen Sozialämter und des Kreises sehr gut angenommen. Während durch die Inhouse Seminare fundierte Rechtskenntnisse im Bereich SGB V/ Krankenversicherungsmöglichkeiten für SGB XII-Leistungsempfänger/innen geschaffen werden, dienen die Workshops der Sicherstellung einer kreisweit einheitlichen Rechtsanwendung. Im Rahmen der SGB V Workshops werden auch Themen aufgegriffen und erörtert, die sich durch wiederkehrende inhaltsgleiche Anfragen an die Fachaufsicht ergeben. Die Sachbearbeiter/innen erkennen mittlerweile problematische Fälle und wenden sich dann mit den entsprechenden Fragestellungen an das Kreissozialamt.

Es wurde zudem etabliert, dass die kreisangehörigen Städte vor Anmeldung eines möglichen Betreuungsfalles die Fachkraft einschalten, um vermeidbare Anmeldungen möglichst zu er-

kennen und abzuwenden, und somit Krankenhilfaufwendungen erst gar nicht entstehen zu lassen.

Im präventiven Bereich (betreffend die Verhinderung der Entstehung von Krankenhilfekosten durch eingehende Beratung der betroffenen Personen bzw. deren rechtliche Vertreter und der kreisangehörigen Städte) hat das Arbeitsaufkommen stetig zugenommen.

Dies ist zum einen darin begründet, dass das Problembewusstsein der Sachbearbeiter/innen vor Ort durch den regelmäßigen Austausch gestiegen ist, und ein Betreuungsfall gem. § 264 SGB V im Kreis Mettmann nicht mehr ohne vorherige Prüfung angemeldet werden kann. Hierdurch steigt die Anzahl der Anfragen.

Zum anderen nimmt die Komplexität der zu prüfenden Einzelfälle zu.

Beispielsweise erreichen den Sozialhilfeträger im Zusammenhang mit von den betroffenen Personen begehrten (Krankenhilfe-) Leistungen nach den Vorschriften des SGB XII auch zunehmend Anfragen, die sich auf das Thema „Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürger und andere ausländische Staatsangehörige und ihre Familienangehörigen“ beziehen. Aber auch in Fällen ohne Auslandsbezug, bei denen die Krankenkasse eine andere Rechtsauffassung vertritt als der Sozialhilfeträger, ist eine intensive, d.h. eine zeit- und arbeitsaufwendige Auseinandersetzung mit dem jeweiligen rechtlichen Thema zur erfolgreichen Verfolgung unerlässlich.

Innerhalb von mittlerweile zwei Jahren hat sich die Tendenz verstärkt, dass sich nach erfolgter Prüfung durch das Kreissozialamt eine Vielzahl von Anfragen dahingehend lösen ließ, dass eine Möglichkeit der (Wieder-) Erreichung des Krankenversicherungsschutzes gefunden werden konnte, und damit Einsparungen für den Sozialhilfeträger die Folge waren.

### **Fallbeispiel präventive Arbeit**

Mit Beginn des Bezugs von Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB XII zum 01.06.2016 beehrte die Betreuerin einer Person für diese auch Krankenhilfeleistungen gem. § 48 SGB XII i.V.m. § 264 SGB V. Von der Krankenkasse wurde zuvor der Beitritt zur freiwilligen Versicherung gem. § 9 SGB V abgelehnt, da nach dortiger Auffassung eine vorherige Versicherungslücke bedingte, dass die Vorversicherungszeiten für die freiwillige Krankenversicherung nicht erfüllt waren. Die Prüfung des Kreissozialamtes ergab, dass vorliegend die Voraussetzungen für die obligatorische Anschlussversicherung gem. § 188 Abs. 4 S. 1 und 3 SGB V erfüllt waren, sodass die Vorversicherungszeiten lückenlos nachweisbar waren.

Die perspektivisch für die Zukunft hochgerechneten Krankenkosten ab dem 01.06.2016, die der Sozialhilfeträger aufgrund der daraufhin nach umfangreichem Schriftverkehr durch die Krankenkasse eingetragenen Mitgliedschaft nicht leisten muss, betragen in diesem Fall über **100.000 €**

Dieser Betrag wurde wie folgt hochgerechnet: Die zum Zeitpunkt der rückwirkenden Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung zum 01.06.2016 54jährige männliche Person hat ab diesem Zeitpunkt ausweislich der vorliegenden Daten des statistischen Bundesamtes eine voraussichtliche Lebenserwartung von weiteren 27 Jahren. Die durchschnittlichen Krankenkosten (Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.2, Gesundheit - Krankheitskosten (Jahr 2008) / [www.Dstatis.de/ZahlenFakten/](http://www.Dstatis.de/ZahlenFakten/) Lebenserwartung: D- Statis (Statistisches Bundesamt) betragen für diesen Zeitraum insgesamt 137.840 €. Davon sind dann monatliche Krankenversicherungsbeiträge in Abzug zu bringen. Der monatliche Beitrag zur freiwilligen Krankenversicherung (und zur Pflegeversicherung) beträgt im vorliegenden Fall 180,40 €. Dieser Beitrag wird nur für 11 Jahre von den Krankenkosten abgezogen, da der Betroffene dann etwa die Altersgrenze erreicht hat – und aufgrund dessen voraussichtlich dann in den Bezug von Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII wechseln wird.

Dann werden die Beiträge gemäß § 32 SGB XII als Leistungen des vierten Kapitels (Grundsicherung) im Rahmen der Bundesauftragsverwaltung durch den Bund erstattet, so dass diese Beiträge ab diesem Zeitpunkt die Ersparnis des Sozialhilfeträgers nicht mehr verringern. Die hochgerechnete Ersparnis in diesem Beispielsfall beträgt somit (137.840 € - 23.823 €) 114.017 € - zuzüglich durch die Zuständigkeit der Pflegeversicherung für den Sozialhilfeträger vermiedene Kosten der Hilfe zur Pflege.

### 3.2. Projekt zur Prüfung von Bestandsfällen

Seit dem 01.10.2016 werden die rund 420 kreisweit vorhandenen Bestandsfälle gemäß § 264 SGB V – geordnet nach verschiedenen Prioritäten wie z.B. Höhe der verursachten Kosten und/oder absehbare Chancen einer Eingliederung in die Krankenversicherung - im Rahmen eines Projektes auf Rückführungsmöglichkeiten in eine gesetzliche oder private Krankenversicherung geprüft.

Damit einhergehend kommt es auch zu besonders komplexen Fällen der Prüfung und Durchsetzung von Kostenerstattungsansprüchen gegen die Krankenkassen, welche aufgrund der Heranziehungssatzung eigentlich zuständigkeitshalber durch die kreisangehörigen Städte durchgeführt werden, die jedoch aufgrund des sachlichen Zusammenhangs mit der erfolgreichen Prüfung des jeweiligen Betreuungsfalls gemäß § 264 SGB V der fachlichen Unterstützung durch das Kreissozialamt bedürfen.

Das Projekt hat zunächst eine Laufzeit vom 01.10.2016 bis zum 30.09.2017. Die Arbeitszeit der Mitarbeiterin wurde zunächst für den Zeitraum der Projektlaufzeit auf 32 Wochenstunden erhöht. Neben dieser Mitarbeiterin sind drei weitere Mitarbeiter bedarfsorientiert an dem Projekt beteiligt.

Mit dem Projekt werden folgende Ziele verfolgt:

- Kosten reduzieren: Das Ziel der Projektarbeit ist die Vermeidung von Krankenhilfekosten bzw. Kosten der Hilfe zur Pflege.
- Nachrangigkeit der Sozialhilfe sicherstellen: Die Ausgaben des örtlichen Trägers der Sozialhilfe sollen im Rahmen der Nachrangigkeit von Sozialhilfeleistungen nach § 2 SGB XII auf das unabweisbare Maß reduziert werden.
- Vollständigkeit und Sicherheit für die Zukunft: Hier werden möglichst alle im Kreis Mettmann vorhandenen Krankenhilfefälle / Betreuungsfälle gemäß § 264 SGB V auf eine Möglichkeit der (Wieder-) Eingliederung der betroffenen Leistungsempfänger(innen) in das System der Kranken- und Pflegeversicherung geprüft. Auch wenn die Kosten eines Falles heute noch vergleichsweise gering sind, so können die Kosten durch eine Erkrankung des Hilfeempfängers und notwendig werdende Pflegeleistungen im Alter drastisch anwachsen.
- Schonung von Arbeitskapazitäten: Neben einer gezielten Abarbeitung der Bestandsfälle gemäß § 264 SGB V soll eine Unterstützung einer dauerhaften Prozessoptimierung durch regelmäßige gezielte Auswertungen und Abfragen erreicht werden.

Das Projekt ist gut gestartet, erste Erfolge mit einem perspektivischen Gegenwert i.H.v. rd. **620.000 €** konnten erzielt werden.

Im Rahmen der Projektarbeit wurden bis zum 14.02.2017 insgesamt 24 Fälle geprüft. 9 Fälle sind daraufhin keine Betreuungsfälle gemäß § 264 SGB V mehr, sondern konnten in die Krankenversicherung rückgeführt werden.

In 8 Fällen ist die Prüfung abgeschlossen, aber eine (Wieder-) Eingliederung in die KV war nicht (mehr) möglich. Bei den restlichen 7 Fällen läuft das Prüfungsverfahren noch, d.h. es wird noch Schriftverkehr mit der jeweiligen Krankenkasse geführt. In zwei Fällen von diesen restlichen 7 Betreuungsfällen gemäß § 264 SGB V wird an der Umsetzung einer bereits ausformulierten praktischen Lösung gearbeitet.

In einem Fall wird derzeit geprüft, inwieweit die entstandenen Krankenkosten im Rahmen der Betreuer-Haftung (Berufsbetreuer) geltend gemacht werden können.

Die bisherige Erfolgsquote bei der (Wieder-) Eingliederung in die Krankenversicherung lässt keine Rückschlüsse auf zukünftige Erfolge zu, da die Prüfung mit den Fällen begonnen wurde, die auf den ersten Blick am erfolgversprechendsten zu sein schienen.

### **Fallbeispiel Projektarbeit**

Familienversicherung als behinderter Mensch ohne Altersgrenze gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V rückwirkend ab dem 01.01.2005

Dieser Betreuungsfall ist bereits vor dem offiziellen Projektbeginn durch regelmäßige Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege aufgefallen. Hier wurde durch den Sozialhilfeträger ab dem 01.01.2005 ein monatliches Pflegegeld von bis zu 440 € geleistet. Die Krankenkasse hatte die Eintragung der Familienversicherung in der Vergangenheit mehrfach abgelehnt. Nach der Prüfung des Sachverhaltes durch die Fachaufsicht wurden die erforderlichen Unterlagen (Familienmeldebogen etc.) nebst einem ausführlichen Anschreiben durch die Betreuerin an die Krankenkasse gesandt, welche die Familienversicherung daraufhin rückwirkend ab dem 01.01.2005 eintrug.

Die geringstmögliche Ersparnis an Krankenkosten wurde ab Eintragung der Familienversicherung hochgerechnet. Der ermittelte Wert beträgt über **86.000 €**

Dieser Betrag wurde wie folgt hochgerechnet: Zum Zeitpunkt der rückwirkenden Eintragung der Familienversicherung über die Mutter als stammversicherter Person zum 01.01.2005 war die betroffene männliche Person 17 Jahre alt. Da diese Familienversicherung mit dem Tod der Mutter endet, wurde bei der Hochrechnung der Ersparnis zunächst nur die voraussichtliche Lebenserwartung der Mutter ausweislich der vorliegenden Daten des statistischen Bundesamtes zu Grunde gelegt. (Nach Beendigung der Familienversicherung ist der Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung möglich.)

Hier wurden zunächst 44 Jahre und 9 Monate für die Hochrechnung veranschlagt. Für diese Zeit betragen die durchschnittlichen Krankenkosten (Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.2, Gesundheit - Krankheitskosten (Jahr 2008) / [www.destatis.de/ZahlenFakten/](http://www.destatis.de/ZahlenFakten/) Lebenserwartung: D- Statis (Statistisches Bundesamt) im vorliegenden Fall insgesamt 86.097 €. Hinzu kommen die Pflegekosten.

Bei dieser Hochrechnung werden keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abgezogen, da die Familienversicherung beitragsfrei ist.

(Das Kreissozialamt macht derzeit einen Kostenerstattungsanspruch von etwa 42.000,- Euro gegen die Krankenkasse geltend. Hierbei handelt es sich ausschließlich um die Kosten des Pflegegeldes. Die zu Unrecht an die Krankenkasse erstatteten Krankenkosten werden ebenfalls zurückgefordert.)

## **Fazit / Ausblick**

Aufgrund der hohen Komplexität der zu prüfenden Sachverhalte sind für die Durchführung der präventiven Arbeit und der Projektarbeit tiefgehende Fachkenntnisse betreffend den Themenbereich SGB V / Krankenversicherung notwendig. Die rechtliche Prüfung geht mit umfangreichen Recherchearbeiten einher.

Dabei muss an verschiedene mögliche Rechtspositionen gedacht werden, wobei beispielsweise folgende Rechtsvorschriften anzuwenden sind: AufenthG; SGB V, X, XI, XII; etc.. Hierbei ist festzustellen, dass die Sicherstellung der Nachrangigkeit von Sozialhilfeleistungen durch die Durchsetzung von Ansprüchen (Anspruch des Leistungsempfängers auf Absicherung im Krankheitsfall/Anspruch des Sozialhilfeträgers auf Kostenerstattung) gegenüber den Krankenkassen mehrfachen Schriftverkehrs bedarf. Infolge dessen ist für jeden einzelnen Fall ein sehr großer Zeit- und Arbeitsaufwand erforderlich.

Wo eine Reduzierung des Arbeitsaufwandes gesehen wurde, wird dieser nachgegangen. Da zum Beispiel eine arbeitsintensive, strittige Auseinandersetzung auch nicht im Interesse der Krankenkassen steht, werden derzeit Gesprächsformate gesucht, um in Zusammenarbeit mit der AOK Rheinland/Hamburg ohne extrem großen Personal- und Verwaltungsaufwand einzelne Problemfälle dem richtigen Absicherungssystem im Krankheitsfall zuzuordnen.

Die präventive Arbeit und die Projektarbeit des Kreissozialamtes im Bereich SGB V /Krankenversicherung sind sehr effektiv und führen zu hohen Einsparungen von ansonsten fälligen Krankenhilfekosten und Kosten der Hilfe zur Pflege.

Sowohl der Personaleinsatz im Bereich der präventiven Arbeit als auch die Laufzeit und personelle Ausstattung des Projekts zur Prüfung der Bestandsfälle werden dem Arbeitsaufkommen nicht gerecht. Da mit den vorhandenen Zeit- und Personalkapazitäten eine optimale Ausschöpfung des vorhandenen Einsparpotentials trotz aller Anstrengungen nicht möglich ist, prüft die Verwaltung, durch welche personellen Maßnahmen dem entgegengewirkt werden kann.