

§ 47 SGB XII Vorbeugende Gesundheitshilfe

Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden die medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchungen erbracht. Andere Leistungen werden nur erbracht, wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht.

§ 48 SGB XII Hilfe bei Krankheit

Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches erbracht. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 des Fünften Buches gehen den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.

§ 49 SGB XII Hilfe zur Familienplanung

Zur Familienplanung werden die ärztliche Beratung, die erforderliche Untersuchung und die Verordnung der empfängnisregelnden Mittel geleistet. Die Kosten für empfängnisverhütende Mittel werden übernommen, wenn diese ärztlich verordnet worden sind.

§ 50 SGB XII Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden

1. ärztliche Behandlung und Betreuung sowie Hebammenhilfe,
 2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
 3. Pflege in einer stationären Einrichtung und
 4. häusliche Pflegeleistungen nach § 65 Abs. 1
- geleistet.

§ 51 SGB XII Hilfe bei Sterilisation

Bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation werden die ärztliche Untersuchung, Beratung und Begutachtung, die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie die Krankenhauspflege geleistet.

§ 52 SGB XII Leistungserbringung, Vergütung

(1) Die Hilfen nach den §§ 47 bis 51 entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Soweit Krankenkassen in ihrer Satzung Umfang und Inhalt der Leistungen bestimmen können, entscheidet der Träger der Sozialhilfe über Umfang und Inhalt der Hilfen nach pflichtgemäßem Ermessen.

(2) Leistungsberechtigte haben die freie Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten sowie den Krankenhäusern entsprechend den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hilfen werden nur in dem durch Anwendung des § 65a des Fünften Buches erzielbaren geringsten Umfang geleistet.

(3) Bei Erbringung von Leistungen nach den §§ 47 bis 51 sind die für die gesetzlichen Krankenkassen nach dem Vierten Kapitel des Fünften Buches geltenden Regelungen mit Ausnahme des Dritten Titels des Zweiten Abschnitts anzuwenden. Ärzte, Psychotherapeuten im Sinne des § 28 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches und Zahnärzte haben für ihre Leistungen Anspruch auf die

Vergütung, welche die Ortskrankenkasse, in deren Bereich der Arzt, Psychotherapeut oder der Zahnarzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder zahlt. Die sich aus den §§ 294, 295, 300 bis 302 des Fünften Buches für die Leistungserbringer ergebenden Verpflichtungen gelten auch für die Abrechnung von Leistungen nach diesem Kapitel mit dem Träger der Sozialhilfe. Die Vereinbarungen nach § 303 Abs. 1 sowie § 304 des Fünften Buches gelten für den Träger der Sozialhilfe entsprechend.

(4) Leistungsberechtigten, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird unter den Voraussetzungen von § 39a Satz 1 des Fünften Buches zu stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen der von den gesetzlichen Krankenkassen entsprechend § 39a Satz 3 des Fünften Buches zu zahlende Zuschuss geleistet.

(5) Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 54 Abs. 1 Satz 1 gelten die Absätze 2 und 3 entsprechend.

Inhaltsverzeichnis:

1. Allgemeines	4
2. Leistungshöhe.....	4
3. Verfahren	4

1. Allgemeines

Hinsichtlich der vorbeugenden Gesundheitshilfe nach § 47 SGB XII besteht bei gesetzlich/privat Versicherten und bei nach § 264 SGB V Betreuten ein grundsätzlicher Anspruch auf Hilfen gegenüber der zuständigen Krankenkasse (z.B. für Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Kuren).

Für stationäre Kuren in anerkannten Kurorten werden bei Versicherten und bei nach § 264 SGB V betreuten Personen in der Regel alle Kosten von der Krankenkasse gedeckt. Weil die Krankenkassen für ambulante Kuren in anerkannten Kurorten zwar die medizinischen Hilfen komplett, für die auswärtige Unterbringung und Verpflegung aber nur Zuschüsse gewähren, ist ggf. eine ergänzende finanzielle Hilfe für die Unterbringung, Fahrtkosten, Kurtaxe etc. über § 47 SGB XII erforderlich. Sofern die Krankenkasse eine Entscheidung über die Notwendigkeit der Kur unter Beteiligung des eigenen medizinischen Dienstes getroffen hat, ist eine Begutachtung über das Gesundheitsamt nicht erforderlich.

Sollte die Krankenkasse nur eine ambulante Vorsorgekur am Wohnort bewilligt haben, kommt die Bezuschussung einer stationären Kur über den Sozialhilfeträger nicht in Betracht. Bei Nicht-versicherten bzw. nicht über § 264 SGB V betreuten Personen ist bei Kuranträgen eine Notwendigkeitsanfrage an den medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes zu stellen.

Abzugrenzen von Kurmaßnahmen sind Hilfen für eine Anschlussrehabilitation (dies ist Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII) bzw. bei Fällen der Verhinderung einer drohenden Behinderung die Eingliederungshilfen (§ 53 SGB XII).

Ein Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit nach §§ 48 ff SGB XII kommt nur in Betracht, wenn alle im Handbuchhinweis zu § 32 SGB XII genannten Versicherungstatbestände **nicht** greifen und der Bezug von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII zugleich nicht für mindestens 1 Monat vorliegt. Das kann z.B. dann der Fall sein, wenn ein ausschließlich krankenhilfebedürftiger ausländischer Neuantragsteller unter den in § 5 Abs. 11 SGB V benannten Ausschluss für eine Rückkehrpflichtversicherung fällt. Darüber hinaus ist auch der Handbuchhinweis zu § 264 SGB V zu beachten. Zweifelsfälle können mit 201.21 abgesprochen werden.

2. Leistungshöhe

Die Leistungen der Hilfen für Gesundheit entsprechen grundsätzlich den Hilfen, die die gesetzliche Krankenversicherung für ihre Versicherten nach dem SGB V gewährt. Sofern Leistungen begehrt werden, die nur nach Satzung von den Kassen erbracht werden könnten, weil im SGB V diese Hilfen nicht ausdrücklich benannt sind (z.B. Akupunktur), ist eine Ermessensentscheidung zu treffen. In der Regel ist dafür unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung (Anlage 1) der medizinische Dienst des Gesundheitsamtes einzuschalten. Hilfsmittel, Krankengymnastik, Zahnersatz etc. müssen unter Vorlage eines Heil- und Kostenplans bzw. der ärztlichen Verordnung gesondert beantragt werden. Eine Bewilligung kann erst nach positiver Begutachtung des medizinischen Dienstes des Gesundheitsamtes erfolgen.

3. Verfahren

Die Gewährung der reinen Krankenhilfe nach dem SGB XII erfolgt über die Ausgabe von Krankenbehandlungsscheinen (für die/den allgemeine(n) Arzt/Ärztin oder Zahnarzt/ärztin) für das laufende Quartal (Vordrucke in Prodok). Sofern ein Einkommenseinsatz nach § 85 SGB XII gefordert werden kann, ist dieser per Bescheid festzusetzen und nach Rücklauf der Abrechnungsscheine ein Aufwendungsersatzbescheid nach § 19 Abs. 5 SGB XII zu fertigen. Sollte eine kürzere Bewilligung der Krankenhilfe angezeigt sein (z.B. bei absehbarem Familienversicherungsanspruch wegen Heirat), ist der ausgedruckte Krankenschein handschriftlich auf das neue Befristungsdatum abzuändern.

Bei unklaren Sachverhalten kann mit 201.21 Rücksprache genommen werden.

Die Abrechnung der Behandlungsscheine erfolgt über die kassen(zahn)ärztliche Vereinigung. Derzeit begleicht die Rechnungsstelle bei 204 die Rechnungen der kassenärztlichen Vereinigungen und leitet die abgerechneten Krankenbehandlungsscheine und Rezepte an die Leistungseinheiten zurück.