

special 11:

Darlehen Zuzahlungen an Heimbewohner

Belastungsgrenze - Heimbewohner

§§ Normen

§ 35 Abs. 3 ff. SGB XII

Kurzinfo

Nach dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch haben die Träger der Sozialhilfe Heimbewohnern mit Taschengeld ab 2005 jeweils auf der Grundlage des § 35 Abs. 3 ff. SGB XII ein Darlehen in Höhe der jährlichen Belastungsgrenze des § 62 SGB V zu gewähren und diese Personen der jeweils zuständigen Krankenkasse mitzuteilen. Das Darlehen ist in gleichen Teilbeträgen mit dem Taschengeld des Heimbewohners durch den Sozialhilfeträger zu verrechnen.

Am 30.11.2004 haben die Krankenkassen-Spitzenverbände, das Bundesgesundheitsministerium und die Sozialhilfeträger für Heimbewohner mit Taschengeldbezug zur Umsetzung des o.g. Gesetzes Regelungen zur praktischen Abwicklung vereinbart, die sicherstellen, dass die betroffenen Versicherten möglichst frühzeitig zu Jahresbeginn ihre Befreiungsausweise erhalten.

Die Heimbewohner können unabhängig von der neuen Regelung des § 35 Abs. 3 ff. SGB XII nach wie vor von der Möglichkeit Gebrauch machen, einen Betrag in Höhe der jährlichen Belastungsgrenze selbst einzuzahlen.

1 Information

Grundfall (ab Jahreswechsel 2005/2006)

Ab 2005/2006 soll folgende Verfahrensweise praktiziert werden:

1. Der Träger der Sozialhilfe informiert die zuständige Krankenkasse bis zum 01.11. des Vorjahres über die Leistungsberechtigten, die der Darlehensregelung in der Vergangenheit nicht widersprochen haben.
2. Die Krankenkasse prüft, ob für die Leistungsberechtigten die ein- oder zweiprozentige Belastungsgrenze Anwendung findet.
3. Die Krankenkasse übermittelt dem Sozialhilfeträger die Befreiungsbescheinigungen rechtzeitig vor dem 01. Januar und teilt die Höhe der Belastungsgrenze mit.
4. Der Sozialhilfeträger übersendet spätestens bis zum 01.01. die Befreiungsbescheinigungen an die Leistungsberechtigten. Dies erfolgt in einem Schreiben zusammen mit der Information über die Zahlungsmöglichkeiten (Selbstzahler bzw. Darlehen), die Auszahlungsmodalitäten und die Möglichkeit des Widerspruchs.
5. Sofern die Leistungsberechtigten nicht widersprechen, überweist der Sozialhilfeträger die jährlichen Zuzahlungsbeträge an die Krankenkassen. Die Rückzahlung der Darlehen erfolgt durch Verrechnung mit den monatlich auszahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

Die Heimbewohner, die mit der Regelung einverstanden sind, müssen also gar nichts unternehmen. Dem Heimbewohner wird unmittelbar eine Befreiungsbescheinigung von den Kassen für das Kalenderjahr übermittelt. Die im Heim lebenden Sozialhilfeempfänger müssen das Darlehen nicht in Anspruch nehmen. Jeder kann von seinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Mit der Befreiungsbescheinigung werden neben Informationen über die Darlehensgewährung und die Rückzahlungsmodalitäten auch die Möglichkeit des Widerspruchs erläutert.

Die meisten im Heim lebenden Sozialhilfeempfänger sind chronisch krank. Das bedeutet, sie müssen im Jahr höchstens 41,40 EUR (39,70 EUR Ost) zuzahlen. Auf das Kalenderjahr verteilt ergibt sich daraus ein Betrag von 3,45 EUR (3,31 EUR Ost) im Monat. Nicht chronisch kranke Heimbewohner zahlen zwei Prozent des Eckregelsatzes von 345 EUR (331 EUR Ost), also 6,90 EUR (6,62 EUR Ost) im Monat.

Durch die monatliche Verrechnung der kleinen Teilbeträge direkt mit dem "Taschengeld", werden die Zuzahlungsverpflichtungen gleichmäßig auf das Jahr verteilt und finanzielle Engpässe für im Heim lebende Sozialhilfeempfänger am Jahresbeginn vermieden.

Forderungen von Sozialhilfeträgern gegenüber Krankenkassen auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehen bei Tod von Heimbewohnern

In der Praxis fordern Träger der Sozialhilfe von den Krankenkassen (teilweise) die Rückzahlung gewährter Darlehen bei Tod von Heimbewohnern.

Gemäß § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB XII wird das Darlehen durch den Träger der Sozialhilfe an den Versicherten - soweit dieser nicht widerspricht - gewährt, sodass eine Darlehensgewährung ausdrücklich an den Versicherten und nicht an die Krankenkasse erfolgt. Zwar sieht § 35 Abs. 3 Satz 2 SGB XII die Auszahlung des Darlehens direkt an die Krankenkasse vor, jedoch handelt es sich hierbei lediglich um eine Vereinfachung des Verfahrens, da ansonsten das Darlehen zunächst einmal an den Versicherten gezahlt werden würde und dieser wiederum den Betrag an die für ihn zuständige Krankenkasse weiterleiten müsste. Konkrete Regelungen zur Rückzahlung der gezahlten Beträge durch die Krankenkasse sehen weder die §§ 35 und 37 noch sonstige Vorschriften des SGB XII vor, sodass für den Träger der Sozialhilfe zumindest auf diesem Wege keine Möglichkeit zur Eröffnung einer Forderung gegenüber der Krankenkasse bestehen dürfte.

Darüber hinaus sehen die Vorschriften nach § 102 bis 105 SGB X Regelungen für Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander vor. Ungeachtet dessen, welche der Rechtsvorschriften im Rahmen der weiteren Prüfung der Voraussetzungen letztlich tatsächlich einschlägig sein könnte, ist Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch, dass es sich um eine - zumindest von der Krankenkasse zu gewährende - Sozialleistung handeln muss.

In ihrer Besprechung zum Leistungsrecht am 11./12.10.2004 (vgl. TOP 2 der Niederschrift) sind die Spitzenverbände der Krankenkassen zu dem Ergebnis gekommen, bei Tod des allein zu beurteilenden Versicherten die Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen vorerst auf Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs nach den BGB-Regelungen zum Erbrecht vorzunehmen. Zur Begründung wurde angeführt, dass nicht ausgeschlossen werden könne, dass es sich bei der Erstattung von Zuzahlungen um einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch und somit nicht um eine Geldleistung im Sinne des § 11 SGB I handelt, sodass im Ergebnis auch die Anwendung der §§ 56 ff. SGB I ausscheiden würde. Damit besteht ein Anspruch auf Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen auch dann, wenn der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nicht zu Lebzeiten gestellt wurde.

Mit der insoweit - letztlich auch zum Vorteil des Erben - erfolgten und nach wie vor bestehenden Zuordnung dahingehend, dass es sich bei zu viel gezahlten Zuzahlungen nicht um Sozialleistungen handelt, dürfte die Anwendung der Vorschriften nach § 102 bis 105 SGB X ausscheiden.

Im Übrigen ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass unter Berücksichtigung der in der Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 11./12.10.2004 erfolgten Bewertung bei der Befriedigung der von Trägern der Sozialhilfe gegenüber Krankenkassen erhobenen Forderungen auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehen bei Tod von Heimbewohnern immer auch die Gefahr einer nochmaligen - und somit doppelten - Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen bei entsprechender Antragstellung durch den Erben besteht.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind einvernehmlich der Auffassung, dass von Trägern der Sozialhilfe gegenüber Krankenkassen erhobene Forderungen auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehen bei Tod von Heimbewohnern grundsätzlich nicht beglichen werden können, da eine rechtliche Legitimation hierfür weder im Rahmen der Vorschriften zum SGB XII noch im Zuge der für Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander bestehenden Regelungen nach § 102 bis 105 SGB X gesehen wird (vgl. Besprechungsergebnis der Krankenkassen-Spitzenverbände vom 01./02.06.2005).

SGBV§62Vb Abschnitt (Titel, Fassung, Einleitung)

Verwaltungsvereinbarung zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V (Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V)

In der Fassung vom 1. Juni 2005 (BKK intern Nr. 420/2005)

AOK-Bundesverband, Bonn,

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

Präambel

Die Erstattung von gesetzlichen Zuzahlungen bzw. die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für das restliche Kalenderjahr nach § 62 SGB V erfordern die Festlegung einer Belastungsgrenze für einzelne Versicherte ggf. einschließlich der im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Diese ist den im Laufe eines Kalenderjahres entstandenen und nachgewiesenen gesetzlichen Zuzahlungen gegenüberzustellen.

Mit dieser Vereinbarung sollen Schwierigkeiten vermieden werden, wenn im Laufe eines Kalenderjahres

- Versicherte bei mehr als einer Krankenkasse versichert oder
- Versicherte einer Familie bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert

waren und gleichzeitig Erläuterungen zur Hilfestellung zur Beurteilung der Sachverhalte durch die Krankenkassen gegeben werden. Die Vereinbarung ist für die Krankenkassen verbindlich, die ihr durch Erklärung gegenüber ihrem Spitzenverband beitreten oder die ihren Spitzenverband zum Abschluss der Verwaltungsvereinbarung ermächtigt haben.

Redaktionelle Inhaltsübersicht**Abschnitt**

Anwendungsbereich	<u>1</u>
Zuständigkeit	<u>2.1</u>
Allgemeine Grundsätze	<u>2.2</u>
Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres	<u>3.1</u>
Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr	<u>3.1.1</u>
Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V	<u>4</u>
Zu berücksichtigende Angehörige	<u>4.1</u>
Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt	<u>4.2</u>
Zuzahlungen	<u>4.3</u>
Belastungsgrenze der Versicherten	<u>5</u>
In-Kraft-Treten	<u>6</u>
Kündigung	<u>7</u>
Mustervordruck zur Ermittlung der Grundlagen für eine Befreiung	<u>Anlage 1</u>
Mustervordruck zur Dokumentation der Feststellungen der zuerst angegangenen Krankenkasse	<u>Anlage 2</u>

Mustervordruck zur Dokumentation der Feststellungen der zuerst angegangenen
Krankenkasse bei Vorauszahlungen
Muster eines Quittungsheftes

Anlage 2a

Anlage 3

Online-Prüfung auf anderen Rechtsstand

Abschnitt 3.1.1 SGBV§62Vb**Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr**

1. Erreichen bzw. überschreiten der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ihren tatsächlich geleisteten und nachgewiesenen Zuzahlungen bereits vor dem Ende des Kalenderjahres die ermittelte Belastungsgrenze, gelten die Regelungen unter Abschnitt 3.1 gleichermaßen. Daneben befreit die nach Abschnitt 2.1 Absatz 4 zuständige Krankenkasse ihre/n Versicherten im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen.
2. Mit der Befreiung des/r Versicherten von den Zuzahlungen haben auch die übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bei den anderen Krankenkassen versichert sind, Anspruch, von der für sie zuständigen Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit zu werden. Hierzu informiert die Krankenkasse ihren Versicherten mit der Ausstellung des Befreiungsausweises über die Möglichkeit, dass die bei den anderen Krankenkassen versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls für den Rest des Kalenderjahres befreit werden können.
3. Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Basis der zum Zeitpunkt der Prüfung bestehenden aktuellen Verhältnisse durch eine Schätzung der kalenderjährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unter Einbeziehung der voraussichtlich im weiteren Verlauf des Kalenderjahres zu erwartenden Einnahmen (z.B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) und Einkommenssteigerungen (z.B. Rentenanpassung). Bei stark schwankenden Einkünften kann eine vergleichende Berücksichtigung der Gesamtbruttoeinnahmen des Vorjahres erfolgen.
4. Bei einer Befreiung von den Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres soll sich eine erneute Prüfung der Belastungsgrenze auch bei einem Wechsel der Krankenkasse auf die Fälle beschränken, in denen sich wesentliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse oder der Einkommensverhältnisse im Sinne des § 48 SGB X ergeben (z.B. Beschäftigungsaufnahme nach Sozialhilfebezug, Heirat, Tod).

Kommt eine ausnahmsweise durchgeführte erneute Überprüfung zu einer von der bisherigen Entscheidung abweichenden Bewertung, sind die ggf. hiervon betroffenen Krankenkassen der übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen bzw. die vorherige Krankenkasse des Versicherten hiervon in Kenntnis zu setzen.

5. Die Versicherten sollen mit der Befreiung aufgefordert werden, wesentliche Änderungen der Krankenkasse mitzuteilen.

2. Erreichen der Belastungsgrenze auf Grund einer Vorauszahlung

1. Eine Befreiung auf Grund einer Vorauszahlung in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze ist möglich, insbesondere dann, wenn innerhalb eines kurzen Zeitraums die Belastungsgrenze erreicht würde. Die nach Abschnitt 2.1 Absatz 4 zuständige Krankenkasse berechnet die Belastungsgrenze sowie den Vorauszahlungsbetrag nach den Maßgaben des Abschnittes 3.1.1 Absatz 3, vereinnahmt den gesamten Vorauszahlungsbetrag und befreit ihre Versicherten für das Kalenderjahr, für das die Vorauszahlung geleistet wurde, von den Zuzahlungen.
2. Die bereits im Rahmen des Antrages für das Antragsjahr nachgewiesenen Zuzahlungen des Versicherten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden bei der Feststellung des Vorauszahlungsbetrages mildernd berücksichtigt.
3. Der geleistete Vorauszahlungsbetrag wird unter den nach Abschnitt 2 beteiligten Krankenkassen aufgeteilt. Der Gesamtbetrag der Vorauszahlung wird dazu durch die Anzahl der Personen des Familienverbundes geteilt; berücksichtigt werden hierbei nur Versicherte, die im Kalenderjahr, für das der Antrag gestellt wird, mindestens das 19. Lebensjahr beginnen. Jeder der Krankenkassen stehen so viele Anteile an der Vorauszahlung zu, wie Personen des Familienverbundes bei ihr versichert sind.

Beispiel 1: Ehemann Krankenkasse A Zuzahlung 10 EUR, Ehefrau Krankenkasse B, Kind geboren am 01.01.1988 Krankenkasse B, nachgewiesene Zuzahlung 90 EUR. Antrag auf Vorauszahlung der Belastungsgrenze für das laufende Kalenderjahr, die ermittelte Belastungsgrenze beträgt 172 EUR.

Lösung: Die Vorauszahlung beträgt 72 EUR (172 EUR Belastungsgrenze - 100 EUR Zuzahlung). Da das Kind im Jahr 2006 das 19. Lebensjahr beginnt, ist die Vorauszahlung durch 3 Versicherte zu teilen (24 EUR). Der Krankenkasse A stehen somit 24 EUR der Vorauszahlung zu, der Krankenkasse B 48 EUR.

4. Unterschreitet der Anteil an der Vorauszahlung, den die nach Abschnitt 2.1 Absatz 4 zuständige Krankenkasse einer anderen beteiligten Krankenkassen zu überweisen hätte, den Betrag von 25 EUR (Bagatellgrenze), kann die berechnende Krankenkasse diesen Anteil der Vorauszahlung

vereinnahmen. Die einer Krankenkasse zustehenden Einzelbeträge werden je Antrag für den Vergleich mit der Bagatellgrenze addiert.

Lösung zu Beispiel 1 : Ist Krankenkasse A für die Berechnung und Erstattung zuständig, erfolgt nach Anforderung eine Überweisung an Krankenkasse B in Höhe von 48 EUR.

Ist hingegen Krankenkasse B für die Berechnung und Erstattung zuständig, kann der Vorauszahlungsbetrag von dieser Krankenkasse vollständig vereinnahmt werden, da der der Krankenkasse A zustehende Teilbetrag von 24 EUR die Bagatellgrenze unterschreitet.

5. Die an der Verwaltungsvereinbarung beteiligten Spitzenverbände oder einzelne Krankenkassen können einen gegenseitigen Verzicht auf eine Aufteilung der Vorauszahlung nach Absatz 3 erklären oder eine höhere als die in Absatz 4 genannten Bagatellgrenze vereinbaren.
6. Die den anderen nach Abschnitt 2.1 Absatz 1 bis 3 zuständigen Krankenkassen zustehenden Teilbeträge werden dem Versicherten mit dem als Anlage 2a beigefügten Mustervordruck in entsprechender Anzahl mitgeteilt. Eine weitere Aufteilung der Teilbeträge in Leistungsbereiche ist nicht erforderlich. Die von der nach Abschnitt 2.1 Absatz 4 zuständigen Krankenkasse ermittelten jeweiligen Beträge werden dabei von den anderen Krankenkassen akzeptiert.
7. Die anderen Krankenkassen können auf der Grundlage der Mitteilung nach Absatz 6 den ihnen zustehenden Vorauszahlungsanteil unter Angabe des im Muster 2a vergebenen Aktenzeichens anfordern. Der Vorauszahlungsanteil ist nach Anforderung von der nach Abschnitt 2.1 Absatz 4 zuständigen Krankenkasse an die andere Krankenkasse zu überweisen.
8. Die unter Abschnitt 3.1.1 Absätze 2 bis 5 enthaltenen Regelungen gelten bei einer Befreiung nach Abschnitt 3.2 gleichermaßen.
9. Ändert sich auf Grund einer Neuberechnung der Belastungsgrenze der Vorauszahlungsbetrag, erfolgt ebenfalls eine Aufteilung der Differenz zur zunächst festgestellten Vorauszahlung entsprechend den Absätzen 3 bis 5. Für die Bemessung der Bagatellgrenze sind jedoch abweichend von Absatz 3 nur die aus der jetzt ermittelten Differenz berechneten Teilbeträge anzusetzen. Im Falle einer Teilerstattung der Vorauszahlung kann die berechnende Krankenkasse den Differenzbetrag bei den anderen Krankenkassen anfordern.

Beispiel 2 : Ehemann Krankenkasse A, Ehefrau Krankenkasse B. Antrag auf Vorauszahlung für das Kalenderjahr 2006, die ermittelte Belastungsgrenze beträgt 250 EUR. Es erfolgt eine Befreiung auf Grund einer Vorauszahlung. Die Krankenkasse A überweist der Krankenkasse B nach Anforderung 125 EUR der Vorauszahlung.

Der Versicherte verstirbt am 30.6. des Jahres, für das die Befreiung ausgesprochen wurde. Die hinterbliebene Ehefrau beantragt eine Neuberechnung des ursprünglich ermittelten Vorauszahlungsbetrages. Die darauf hin neu festgestellte Belastungsgrenze beträgt 100 EUR.

Lösung : Der Differenzbetrag zwischen der Vorauszahlung und der rückschauend richtigen Belastungsgrenze beträgt 150 EUR (Vorauszahlung 250 EUR - 100 EUR Belastungsgrenze). Die Krankenkasse A fordert eine Rückzahlung von 75 EUR von der Krankenkasse B an.

10. Eine Ausstellung des Befreiungsausweises ist erst nach vollständiger Einzahlung des Vorauszahlungsbetrages möglich. Eine auch nur anteilige Rückzahlung des Vorauszahlungsbetrages, weil die vermeintlich im Kalenderjahr ansonsten angefallenen Zuzahlungen diesen Betrag nicht erreichen, kommt nicht in Betracht.

Beispiel 3 : Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 EUR am 1.12. für das darauf folgende Kalenderjahr. Der Versicherte beantragt am Ende des Folgejahres eine Teilerstattung, da der Wert der auf Grund der Befreiung nicht entrichteten Zuzahlungen in diesem Kalenderjahr nicht den Betrag von 200 EUR erreicht habe.

Lösung : Eine Rückzahlung kann nicht erfolgen.

Beispiel 4 : Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 EUR am 20.12. für das darauf folgenden Kalenderjahr, der Befreiungsausweis wird am 27.12. des Jahres versandt. Am 01.01. des Folgejahres stirbt der Versicherte.

Lösung : Eine Rückzahlung der Vorauszahlung unter dem Aspekt, dass keine mit Zuzahlungen verbundenen Leistungen in Anspruch genommen wurden, ist nicht möglich. Allerdings kann auf Antrag eine Neuberechnung der Belastungsgrenze auf Grund der geänderten Einkommensverhältnisse und ggf. eine entsprechende Erstattung erfolgen (vgl. Ziffer 4.1 Absatz 8).

Beispiel 5 : wie Beispiel 4, der Befreiungsausweis wurde jedoch noch nicht versandt.

Lösung : Eine Rückzahlung der Vorauszahlung kann erfolgen.

Online-Prüfung auf anderen Rechtsstand

BE 11.10.2004 (Leistungsrecht)

Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht

Am 11/12. Oktober 2004 in Bensheim

- TOP 07 bis 13 hier nicht wiedergegeben -

Teilnehmer

AOK-Bundesverband	Herr Müller
	Herr Popken
Bundesverband der Betriebskrankenkassen	Herr Kollwitz
	Herr Wiesmann
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen	Frau Kiehl
IKK-Bundesverband	Herr Bittins
See-Krankenkasse	Herr Faust
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.	Frau Hadank
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.	Herr Gunder
Bundesknappschaft	Herr Bockermann
	Herr Gleitze
	Herr Jockenhöfer

TOP 02 Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V ;

hier: Erstattung von Zuzahlungen beim Tod des Versicherten

- 512.90 -

Sachstand:

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen wurde von der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mit Schreiben vom 23.06.2004 im Zusammenhang mit der Regelung zur Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V um Stellungnahme gebeten, wie die Rückzahlung ggf. zu viel gezahlter Zuzahlungen bei Tod des Versicherten von den einzelnen Krankenkassen gehandhabt wird.

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten wurde darüber informiert, dass die Thematik im Kreise der Spitzenverbände der Krankenkassen anlässlich der am 11./12.10.2004 stattfindenden Referentensitzung zum GKV-Leistungsrecht abschließend beraten werden soll.

Im Zusammenhang mit der Neufassung der Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V wurde bereits das Verfahren zur Ermittlung der im Rahmen des § 62 SGB V zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bei Tod des Versicherten oder eines berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen abgestimmt. In diesem Zusammenhang wurde auch festgestellt, dass die zum Familienverbund gehörenden Angehörigen einen Anspruch auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen geltend machen können (vgl. Abschnitt 2.1, Beispiel 6).

Unbeantwortet ist aber bisher die Frage, ob auch nicht zum Familienverbund gehörende Angehörige bzw. Erben einen Anspruch auf Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen geltend machen können und zwar insbesondere in Fällen, in denen zu Lebzeiten kein Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen gestellt wurde.

Bei der Lösungsfindung ist entscheidend, welche Regelungen für die Erstattung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V im Todesfall Anwendung finden (§§ 56 ff. SGB I oder §§ 1922 ff. BGB). Die Antwort hängt u.a. davon ab, ob es sich bei der Zuzahlungserstattung um eine Sozialleistung nach § 11 SGB I (Geldleistung) handelt oder nicht. Sofern eine Sozialleistung vorliegt, kämen die §§ 56 ff. SGB I zur Anwendung, mit der Folge, dass ein Anspruch auf Erstattung nur besteht, wenn der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen zu Lebzeiten (§ 59 SGB I) gestellt würde. Der Anspruch kann dann im Rahmen der Sonderrechtsfolge nach § 56 SGB I oder im Rahmen der Vererbung nach § 58 SGB I befriedigt werden.

Sofern es sich aber bei den Zuzahlungserstattungen nicht um eine Sozialleistung im Sinne des § 11 SGB I handelt, hätten die Erben einen Anspruch auf Erstattung auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs nach den BGB-Regelungen zum Erbrecht. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist auf die Rückgewährung rechtsgrundlos erlangter Leistungen gerichtet. Er bezweckt die Rückgängigmachung einer ohne Rechtsgrund erfolgten Vermögensverschiebung. So hat das BSG mit Urteil vom 11.10.1994 - 1 RK 34/93 - entschieden, dass Rechtsgrundlage für die Rückzahlung der Zuzahlung der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist. Öffentlich-rechtliche Ansprüche können grundsätzlich auf den Erben übergehen, sofern nicht öffentlich-rechtliche Sonderregelungen entgegenstehen oder sich aus dem öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnis Abweichendes herleiten lässt.

Besprechungsergebnis:

Nach Auffassung der Besprechungsteilnehmer ist nicht auszuschließen, dass es sich bei der Erstattung von Zuzahlungen nicht um eine Geldleistung im Sinne des § 11 SGB I handelt, sodass die Anwendung der §§ 56 ff. SGB I ausscheiden würde. Es wird daher empfohlen, vorerst bei Tod des Versicherten die Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen auf Basis der BGB-Regelungen zum Erbrecht vorzunehmen. Demnach besteht ein Anspruch auf Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen auch dann, wenn der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nicht zu Lebzeiten gestellt wurde. Der AOK-Bundesverband hat mit dem der Niederschrift als Anlage beigefügten Schreiben die Patientenbeauftragte des Bundes entsprechend informiert.

Anlage:

- Schreiben des AOK-Bundesverbandes vom 19. November 2004 an die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

BE 01.06.2005 (Leistungsrecht)

Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht

Am 01./02. Juni 2005 in Bonn

- TOP 05 bis 10 hier nicht wiedergegeben -

Teilnehmer

AOK-Bundesverband

Herr Faehrmann - zeitweise -
Frau Frinken

Frau Leschik-Hähn

Herr Müller

Herr Popken - zeitweise -

Herr Hallmann

Herr Kollwitz

Herr Bittins

Herr Lüder

Herr Helfenritter

Herr Jockenhöfer

Herr Gunder

Herr Klinke - zeitweise -

Herr Männig

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

See-Krankenkasse

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft

Verband der Angestellten Krankenkassen e. V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

TOP 01 Neufassung der Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V

- 512.90 -

Sachstand:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in einer Sitzung am 07. April 2005 Vorberatungen zu einer Neufassung der Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V geführt. Inhaltlich waren insbesondere Regelungen zu den Fällen zu treffen, in denen ein Familienverbund auf Grund einer Vorauszahlung eine Befreiung für ein Kalenderjahr erhält. In diesem Zusammenhang wurde auch eine Aufteilung von Vorauszahlungen auf die beteiligten Krankenkassen eines Familienverbundes vereinbart. Sofern der Vorauszahlungsanteil, der einer der beteiligten Krankenkassen zusteht, jedoch einen bestimmten Betrag (Bagatellgrenze) unterschreitet, soll eine Aufteilung der Vorauszahlung entfallen. Die Höhe dieser Bagatellgrenze war noch zu bestimmen.

Daneben waren auch Anpassungen auf Grund gesetzlicher Entwicklung erforderlich.

Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen modifizierte Fassung der Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V stand nunmehr zur endgültigen Abstimmung an, um anschließend das Unterschriftenverfahren einleiten zu können.

Besprechungsergebnis:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen stimmen die Neufassung der "Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V" in der als Anlage beigefügten Fassung ab.

Die Verwaltungsvereinbarung tritt am 01. Januar 2006 in Kraft und ersetzt die bisherige Verwaltungsvereinbarung vom 28. Juli 2004. Sie gilt für alle Anträge auf Erstattung, Befreiung oder Vorauszahlung nach § 62 SGB V, soweit sie Zeiträume nach dem 31. Dezember 2005 betreffen.

Das Unterschriftenverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Neufassung der Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V sowie parallel dazu das Verfahren zum Beitritt der einzelnen Krankenkassen zur Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unverzüglich eingeleitet. Dabei werden sich die Spitzenverbände der Krankenkassen bis spätestens zum 31. August 2005 gegenseitig über den Stand des Beitrittsverfahrens informieren. Für den Fall, dass nicht alle Krankenkassen der Verwaltungsvereinbarung beitreten, wird die Bundesknappschaft eine Liste der beigetretenen Krankenkassen erstellen und den anderen Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Weiterleitung in ihren jeweiligen Bereichen zur Verfügung stellen.

Anlage:

- Verwaltungsvereinbarung zur Vorschrift über die teilweise Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V - Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V

TOP 02 § 62 SGB V - Belastungsgrenze;

hier: Umgang mit Forderungen von Trägern der Sozialhilfe gegenüber Krankenkassen auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehn bei Tod von Heimbewohnern

- 512.921.1 -

Sachstand:

Versicherte haben gemäß § 62 Abs. 1 Satz 1 SGB V während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert, für chronisch Kranke - die wegen derselben schwer wiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind - 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (vgl. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Bei Versicherten, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe getragen werden, ist nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Verordnung zur Durchführung des § 28 SGB XII (Regelsatzverordnung) maßgeblich.

Mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch (veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Teil I, 2004, Nr. 66 vom 14. Dezember 2004, S. 3305 ff.) wurden zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung im Zusammenhang mit bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V aufzubringenden Zuzahlungen von Personen,

- die in stationären Einrichtungen untergebracht sind,
- deren notwendiger Lebensunterhalt - welcher den in der stationären Einrichtung erbrachten sowie zusätzlich den weiteren notwendigen Lebensunterhalt u. a. in Form eines zu gewährenden Barbetrages zur persönlichen Verfügung umfasst - von einem Träger der Sozialhilfe nach § 35 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XII getragen wird und
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben

die Vorschriften des § 35 SGB XII - Notwendiger Lebensunterhalt in Einrichtungen - und des § 37 SGB XII - Ergänzende Darlehn - mit Wirkung zum 1. Januar 2005 entsprechend angepasst. Danach übernimmt der Träger der Sozialhilfe nach § 35 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XII für den in Rede stehenden versicherten Personenkreis (Heimbewohner) die jeweils von diesen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu leistenden Zuzahlungen in Form eines ergänzenden Darlehns (§ 37 SGB XII), sofern der Versicherte nicht widerspricht, wobei die Auszahlung der für das ganze Kalenderjahr zu leistenden Zuzahlungen durch den Träger der Sozialhilfe unmittelbar an die zuständige Krankenkasse zum 1. Januar oder bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung erfolgt. Die Krankenkasse erteilt daraufhin bis zum 1. Januar oder bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung über den Träger der Sozialhilfe die Bescheinigung über die Befreiung von den Zuzahlungen für das Kalenderjahr bzw. für den Rest des Kalenderjahres an den Versicherten (vgl. § 35 Abs. 4 SGB XII). Die Rückzahlung des Darlehns erfolgt gemäß § 37 Abs. 2 SGB XII in gleichen Teilbeträgen über das ganze Kalenderjahr.

Aus der Kassenpraxis wird zwischenzeitlich berichtet, dass Träger der Sozialhilfe Forderungen gegenüber Krankenkassen auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehn bei Tod von Heimbewohnern erheben. Fraglich ist nunmehr, ob den Forderungen der Träger der Sozialhilfe - nicht zuletzt auch unter Berücksichtigung rechtlicher Gesichtspunkte - nachgekommen werden kann bzw. darf.

Gemäß § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB XII wird das Darlehn durch den Träger der Sozialhilfe an den Versicherten - soweit dieser nicht widerspricht - gewährt, sodass eine Darlehensgewährung ausdrücklich an den Versicherten und nicht an die Krankenkasse erfolgt. Zwar sieht § 35 Abs. 3 Satz 2 SGB XII die Auszahlung des Darlehns direkt an die Krankenkasse vor, jedoch handelt es sich hierbei lediglich um eine Vereinfachung des Verfahrens, da ansonsten das Darlehn zunächst einmal an den Versicherten gezahlt werden und dieser wiederum den Betrag an die für ihn zuständige Krankenkasse weiterleiten müsste. Konkrete Regelungen zur Rückzahlung der gezahlten Beträge durch die Krankenkasse sehen weder die §§ 35 und 37 noch sonstige Vorschriften des SGB XII vor, sodass für den Träger der Sozialhilfe zumindest auf diesem Wege keine Möglichkeit zur Eröffnung einer Forderung gegenüber der Krankenkasse bestehen dürfte.

Darüber hinaus sehen die Vorschriften nach § 102 bis 105 SGB X Regelungen für Erstattungsansprüche der

Leistungsträger untereinander vor. Ungeachtet dessen, welche der Rechtsvorschriften im Rahmen der weiteren Prüfung der Voraussetzungen letztlich tatsächlich einschlägig sein könnte, ist Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch, dass es sich um eine - zumindest von der Krankenkasse zu gewährende - Sozialleistung handeln muss.

In ihrer Besprechung zum Leistungsrecht am 11./12. Oktober 2004 in Bensheim (vgl. TOP 2 der Niederschrift) sind die Spitzenverbände der Krankenkassen zu dem Ergebnis gekommen, bei Tod des allein zu beurteilenden Versicherten die Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen vorerst auf Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs nach den BGB-Regelungen zum Erbrecht vorzunehmen. Zur Begründung wurde angeführt, dass nicht ausgeschlossen werden könne, dass es sich bei der Erstattung von Zuzahlungen um einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch und somit nicht um eine Geldleistung im Sinne des § 11 SGB I handelt, sodass im Ergebnis auch die Anwendung der §§ 56 ff. SGB I ausscheiden würde. Damit besteht ein Anspruch auf Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen auch dann, wenn der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nicht zu Lebzeiten gestellt wurde.

Mit der insoweit - letztlich auch zum Vorteil des Erben - erfolgten und nach wie vor bestehenden Zuordnung dahingehend, dass es sich bei zu viel gezahlten Zuzahlungen nicht um Sozialleistungen handelt, dürfte die Anwendung der Vorschriften nach § 102 bis 105 SGB X ausscheiden.

Im Übrigen ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass unter Berücksichtigung der in der Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 11./12. Oktober 2004 erfolgten Bewertung bei der Befriedigung der von Trägern der Sozialhilfe gegenüber Krankenkassen erhobenen Forderungen auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehn bei Tod von Heimbewohnern immer auch die Gefahr einer nochmaligen - und somit doppelten - Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen bei entsprechender Antragstellung durch den Erben besteht.

Die Frage, wie mit bei Krankenkassen eingehenden Forderungen von Trägern der Sozialhilfe auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehn bei Tod von Heimbewohnern umzugehen ist, war im Kreise der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beraten.

Besprechungsergebnis:

Die LeistungsreferentInnen der Spitzenverbände der Krankenkassen sind einvernehmlich der Auffassung, dass von Trägern der Sozialhilfe gegenüber Krankenkassen erhobene Forderungen auf (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehn bei Tod von Heimbewohnern grundsätzlich nicht beglichen werden können, da eine rechtliche Legitimation hierfür weder im Rahmen der Vorschriften zum SGB XII noch im Zuge der für Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander bestehenden Regelungen nach § 102 bis 105 SGB X gesehen wird.

Die in dieser Angelegenheit federführende Bundesknappschaft wird die Dachorganisationen der Träger der Sozialhilfe über die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertretene Rechtsauffassung informieren und zugleich mit dem Ziel der Vermeidung zukünftiger weiterer - rechtlich nicht legitimer - Forderungen darum bitten, die Träger der Sozialhilfe entsprechend in Kenntnis zu setzen.

Schwerbeschädigung - Arzneimittelzuzahlung - Erstattung

Gericht: BSG
Datum: 11.10.1994
Aktenzeichen: 1 RK 34/93

Rechtsgrundlagen: § 31 SGB V
§ 10 BVG

Entscheidungsform: Urteil

Vorinstanzen: SG Itzehoe 07.10.1991 - S 1 Kr 74/89
 LSG Schleswig 17.11.1992 - L 1 Kr 5/92

Fundstellen: BSGE 75, 167

Amtlicher Leitsatz:

1. Schwerbeschädigte, die als Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse angehören, haben für Arzneimittel, die für die Behandlung von Nichtschädigungsfolgen bestimmt sind, die im SGB V vorgesehene Zuzahlung zu leisten. Diese Regelung verstößt nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz.
2. Zu den Voraussetzungen des allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs.

Gründe

I. Die Beteiligten streiten darüber, ob die beklagte Krankenkasse dem Kläger eine geleistete Zuzahlung zu einem Arzneimittel zu erstatten hat.

Der Kläger, der als Schwerbeschädigter nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) mit einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 100 vom Hundert anerkannt ist, gehört der Beklagten im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner als Mitglied an. Im Mai 1989 leistete er eine Zuzahlung von 3,00 DM zu den Kosten eines Arzneimittels, das ihm wegen eines nicht als Folge einer Schädigung anerkannten Augenleidens ärztlich verordnet war. Seinen Antrag, ihm den Zuzahlungsbetrag zu erstatten, lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 30. August 1989 i.d.F. des Widerspruchsbescheides vom 1. Dezember 1989).

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen (Urteil vom 7. Oktober 1991). Auch die Berufung des Klägers hatte keinen Erfolg (Urteil des Landessozialgerichts [LSG] vom 17. November 1992). In den Entscheidungsgründen des Berufungsurteils wird u.a. ausgeführt: Die Zuzahlung von 3,00 DM könne nicht zurückverlangt werden. Sie sei zu Recht erfolgt. Der Kläger habe nach § 10 Abs. 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) keinen Anspruch auf Heilbehandlung für die Augenerkrankung. Denn § 10 Abs. 7 Satz 1 lit. d Bundesversorgungsgesetz (BVG) schließe einen Heilbehandlungsanspruch für eine nicht als Folge einer Schädigung anerkannte Erkrankung aus, wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet sei. "Entsprechende Leistungen" seien Leistungen, die nach ihrer Zweckbestimmung und der Art der Leistungserbringung übereinstimmen (§ 10 Abs. 7 Satz 2 BVG). Dem Kläger stehe im Rahmen der Krankenbehandlung Versorgung mit Arzneimitteln (§§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 27 Satz 1 und Satz 2 Nr. 3 sowie § 31 Abs. 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches [SGB V]) zu. Diese Leistungen dienten dem gleichen Zweck wie die Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (vgl. § 27 Satz 1 SGB V und § 10 Abs. 1 Satz 1 BVG). Auch die Art der Leistungserbringung sei gleich. Denn die Versorgung mit Arzneimitteln erfolge nach dem Versorgungsrecht ebenso wie nach dem Recht der Krankenversicherung in der Form der Sachleistung (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 18c Abs. 5 Satz 1 BVG). Daran ändere die in § 31 Abs. 3 SGB V vorgeschriebene Kostenbeteiligung nichts. Sei die Beklagte hiernach zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet, so liege der Ausschließungsgrund des § 10 Abs. 7 Satz 1 lit. d Bundesversorgungsgesetz (BVG) vor. Die Regelung verstoße auch nicht gegen Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG). Es treffe zwar zu, daß Schwerbeschädigte, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert seien (sog. Zugewiesene), nach § 10 Abs. 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) kostenfreie Heilbehandlung auch für Nichtschädigungsfolgen erhielten und somit auch für Arzneimittel, die zur Behandlung von Nichtschädigungsfolgen verordnet würden, keine Zuzahlungen zu leisten hätten, während Schwerbeschädigte, die nach den Bestimmungen des SGB V gegen Krankheit versichert seien, sich nach Maßgabe des § 31 Abs. 3 SGB V an den Kosten eines zur Behandlung einer nicht als Schädigungsfolge anerkannten Gesundheitsstörung verordneten Arzneimittels zu beteiligen hätten. Für die unterschiedliche Behandlung gebe es jedoch einen einleuchtenden Grund. Der Regelung des § 10 Abs. 7 Satz 1 lit. d

Bundesversorgungsgesetz (BVG) liege die Erwägung zugrunde, daß die Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die keine Schädigungsfolge seien, außerhalb des eigentlichen Zieles des Bundesversorgungsgesetz (BVG) stehe und lediglich eine Lücke schließen solle, die sonst im Sozialleistungsrecht offen bliebe. Die Leistungen seien nur als "Auffanghilfen" gedacht. Sie seien subsidiär und nur dann zu gewähren, wenn Bedürftigkeit für die Leistung der Heil- oder Krankenbehandlung bestehe, weil der Versorgungsberechtigte oder Leistungsempfänger sonst ohne Krankenversicherungsschutz sein würde.

Mit der - vom Landessozialgericht (LSG) zugelassenen - Revision rügt der Kläger eine Verletzung des § 10 Abs. 7 Satz 1 lit. d Bundesversorgungsgesetz (BVG) und des Art. 3 GG. Die Vorschrift des § 10 Abs. 7 Satz 1 lit. d Bundesversorgungsgesetz (BVG) sei verfassungskonform dahin auszulegen, daß die Zuzahlungspflicht für Schwerbeschädigte entfalle. Die Regelung schließe den Heilbehandlungsanspruch nur aus, wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet sei. Entsprechende Leistungen seien aber bei verfassungskonformer Auslegung der Vorschrift nur solche, die nicht nur in ihrer Zweckbestimmung und ihrer Art der Leistungserbringung übereinstimmen, sondern die auch die gleichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Kranken selbst beinhalten. Das sei aber hier nicht der Fall, wenn der schwerbeschädigte Versicherte die Arzneimittel nicht kostenfrei erhalte. Denn die Zuzahlungspflicht ändere den Charakter der Leistung maßgeblich. Eine kostenlose Leistung sei grundsätzlich etwas anderes als eine Leistung mit Kostenbeteiligung. Andernfalls käme man zu dem Ergebnis, daß diejenigen Schwerbehinderten, für die die Regelungen des Bundesversorgungsgesetz (BVG) eingriffen und die Beamte oder Selbständige gewesen seien, Leistungen kostenlos erhielten, während die Pflichtversicherten in immer größerem Umfange zu den Leistungen herangezogen würden. Eine solche Auslegung der Bestimmungen des Bundesversorgungsgesetz (BVG) wäre aber nicht sachgerecht und würde im Widerspruch zu Art. 3 GG stehen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 17. November 1992 und das Urteil des Sozialgerichts Itzehoe vom 7. Oktober 1991 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30. August 1989 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Dezember 1989 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die vom Kläger aus Anlaß der Verordnung des Medikaments "Betoptima" geleistete Zuzahlung in Höhe von 3,00 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und macht u.a. geltend: Die Auffassung der Revision, daß besserverdienende Beamte oder Selbständige unabhängig von ihrem Einkommen als sog Zugewiesene Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) kostenlos erhielten, sei unzutreffend. § 10 Abs. 7 Bundesversorgungsgesetz (BVG) schließe u.a. die Ansprüche nach den Abs. 2, 4, 5 und 6 aus, wenn der Berechtigte z.B. ein Einkommen habe, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteige.

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]).

II.

Die Revision ist unbegründet. Der Kläger kann nicht verlangen, daß die beklagte Krankenkasse (KK) ihm die geleistete Zuzahlung in Höhe von 3,00 DM zurückzahlt.

Da das Sozialrecht - insbesondere das Krankenversicherungsrecht - keine spezialgesetzliche Regelung über die Rückerstattung von Zuzahlungen zu Arzneimitteln kennt, kommt als Rechtsgrundlage für die begehrte Rückzahlung allein der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch in Betracht (vgl dazu Ossenbühl, NVwZ 1991, 513, 514 ff). Bei diesem Erstattungsanspruch handelt es sich um ein von der Rechtsprechung und der Rechtslehre allgemein anerkanntes Rechtsinstitut (BSGE 16, 151, 156 mZn = SozR § 28 Bundesversorgungsgesetz (BVG) Nr 1; Ossenbühl, aaO, 513). Danach gilt im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung allgemein der Grundsatz, daß Leistungen, die eines rechtlichen Grundes entbehren, zu erstatten sind (BSGE 16, 151, 156 = SozR § 28 Bundesversorgungsgesetz (BVG) Nr 1; vgl auch BSGE 22, 136, 137 = SozR § 620 Reichsversicherungsordnung (RVO) aF Nr 3; BVerwGE 71, 85, 87 f). Die Anwendung des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs ist nicht auf Fälle beschränkt, in denen eine Behörde oder ein Versicherungsträger einem Versicherten oder einem anderen Leistungsträger ohne Rechtsgrund eine Leistung erbracht hat. Auf diesen Anspruch kann sich auch der Bürger stützen, wenn zu seinen Lasten eine Vermögensverschiebung eingetreten ist und ein Versicherungsträger etwas erhalten hat, was ihm nicht zusteht (Ossenbühl, aaO, 514 unter Hinweis auf Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in NJW

1980, 2538). Das bedeutet für den vorliegenden Fall: Der Kläger hätte gegen die beklagte Krankenkasse (KK) einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch auf Rückzahlung des im Mai 1989 geleisteten Betrages von 3,00 DM, wenn er seinerzeit nicht zuzahlungspflichtig gewesen sein sollte, er also ohne Rechtsgrund die Zuzahlung zu dem ihm ärztlich verordneten Medikament geleistet hätte.

Der geltend gemachte Rückzahlungsanspruch scheidet nicht schon daran, daß die Zuzahlung an die abgebende Stelle und nicht an die Beklagte zu leisten war (§ 31 Abs 3 SGB V in der hier noch anwendbaren Fassung des Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 - BGBl I 2477). Denn ungeachtet der Zahlungsmodalitäten ist die Krankenkasse Inhaberin des Anspruchs auf Zuzahlung (Höfler, Kasseler Komm, § 31 SGB V RdNr 19) und die abgebende Stelle, insbesondere die Apotheke, zieht also den Betrag der an sie entrichteten Zuzahlungen von ihrem Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse (KK) ab (Zipperer in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung - GKV-Komm, 1200 § 31 SGB V RdNr 17) und leitet so die Zuzahlung an die KKn weiter. Deshalb ist auch die Klage auf Rückzahlung einer nach Auffassung des Klägers ohne Rechtsgrund erfolgten Zuzahlung gegen die Krankenkasse (KK) zu richten, der er als Mitglied angehört.

Dem Anspruch auf Rückzahlung steht hier jedoch entgegen, daß der Kläger zur Zuzahlung des Betrages von 3,00 DM verpflichtet war, die Zuzahlung also - entgegen der Auffassung der Revision - nicht ohne Rechtsgrund erfolgt ist.

Zwar waren nach der im vorliegenden Falle noch anwendbaren Vorschrift des § 18c Abs 5 S 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) idF vor der am 1. April 1990 in Kraft getretenen Änderung durch Art 1 Nr 11 Buchst b des Gesetzes zur Verbesserung der Struktur der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (KOV-Strukturgesetz 1990) vom 23. März 1990 (BGBl I 582) - aF - (jetzt § 18 Abs 1 S 2 BVG) Sachleistungen den Berechtigten und Leistungsempfängern ohne Beteiligung an den Kosten zu gewähren mit der Folge, daß die von dieser Vorschrift begünstigten Personen Zuzahlungen zu Arzneimitteln nicht zu leisten hatten (vgl dazu Fehl in Wilke, Soziales Entschädigungsrecht, Komm, 6. Aufl, § 18c Bundesversorgungsgesetz (BVG) RdNr 14f; vgl auch Rohr/Strässer, Bundesversicherungsrecht mit Verfahrensrecht, Handkomm, § 18 Anm 2 - Stand Juli 1990). Auf die Regelung des § 18c Abs 5 S 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) aF kann sich der Kläger jedoch nicht mit Erfolg berufen. Er gehört nicht zu dem von dieser Norm bzw der inhaltsgleichen Nachfolgebestimmung des § 18 Abs 1 S 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) erfaßten Personenkreis, weil die Begünstigung nur für diejenigen galt, die allein aufgrund des Bundesversorgungsgesetz (BVG) Leistungen erhalten (Fehl, aaO, § 18c Bundesversorgungsgesetz (BVG) RdNr 14), dem Kläger aber aufgrund der Bestimmungen des SGB V Krankenversicherungsleistungen zu erbringen sind.

Gemäß § 10 Abs 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) wird Schwerbeschädigten auch für Gesundheitsstörungen Heilbehandlung gewährt, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind. Hiervon enthält das Gesetz jedoch in § 10 Abs 7 Bundesversorgungsgesetz (BVG) Ausnahmen. Danach sind ua die Ansprüche nach Abs 2 ausgeschlossen, wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist (§ 10 Abs 7 Buchst d BVG). Diese Voraussetzung ist hier gegeben. Der schwerbeschädigte Kläger (vgl dazu § 31 Abs 3 S 1 BVG) gehört als krankenversicherter Rentner der Beklagten als Mitglied an. Diese Krankenkasse (KK) hat entsprechende Leistungen zu erbringen wie der Versorgungsträger. Denn entsprechende Leistungen iS des § 10 Abs 7 Bundesversorgungsgesetz (BVG) sind Leistungen, die nach ihrer Zweckbestimmung und der Art der Leistungserbringung übereinstimmen (§ 10 Abs 7 S 2 BVG). Die Zweckbestimmung der Versorgung mit Arzneimitteln ist identisch, gleichgültig, ob sie aufgrund der Regelung des § 11 Abs 1 Nr 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder des § 27 Abs 1 Nr 3 iVm § 31 SGB V erfolgt (vgl dazu Fehl, aaO, § 10 Bundesversorgungsgesetz (BVG) RdNr 30). Aber auch hinsichtlich der Art der Leistungserbringung ergeben sich keine Unterschiede. Die Versorgung mit Arzneimitteln hat im Wege der Sachleistung (vgl jetzt § 18 Abs 1 S 1 BVG; früher § 18c Abs 5 S 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) aF) zu erfolgen (Fehl, aaO, § 11 Bundesversorgungsgesetz (BVG) RdNr 4; Rohr/Strässer, Vorbem zu § 11 BVG). Auch die gesetzliche Krankenkasse (KK) muß den Schwerbeschädigten die Arzneimittel in natura zur Verfügung stellen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die KKn die Leistungen für die Verwaltungsbehörden der Die Kriegsoferversorgung (KOV) (vgl § 18c Abs 1 S 3 BVG) erbringen, also den nach § 10 Abs 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) berechtigten Personenkreis versorgen oder einen Anspruch auf Arzneimittelversorgung ihrer eigenen schwerbeschädigten Mitglieder erfüllen. Die Leistung verliert ihren Charakter als Sachleistung auch nicht dadurch, daß das Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (KK) nach § 31 Abs 3 SGB V aF oder nF zu einem Arzneimittel eine Zuzahlung leisten muß (Fehl, aaO, § 10 Bundesversorgungsgesetz (BVG) RdNr 30). Zuzahlungen stellen lediglich eine finanzielle Beteiligung des Versicherten an den Kosten der Sachleistung dar. Trotz dieser Eigenbeteiligung bleibt es aber dabei:

Die Krankenkasse (KK) stellt die Leistung in natura, also als Sachleistung (vgl § 2 Abs 2 S 1 SGB V; BSGE 69, 170, 173 = SozR 3-2200 § 321 Nr 1) zur Verfügung.

Die vom erkennenden Senat vertretene Auslegung des § 10 Abs 7 S 1 Buchst d Bundesversorgungsgesetz

(BVG) verstößt auch nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG. Diese Verfassungsnorm gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Demgemäß ist dieser Grundsatz vor allem dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (vgl BVerfGE 55, 72, 88; 71, 146, 154 f; 75, 382, 393). Zwar führt die Anwendung des § 10 Abs 7 S 1 Buchst d Bundesversorgungsgesetz (BVG) dazu, daß Schwerbeschädigte, die keiner gesetzlichen Krankenkasse (KK) als Mitglied angehören, - wenn nicht ein anderer Ausschlußtatbestand des § 10 Abs 7 S 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) vorliegt - auf Kosten des Versorgungsträgers nach § 18c Abs 5 aF bzw jetzt nach § 18c Abs 1 S 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) Arzneimittel ohne Eigenbeteiligung des Schwerbeschädigten zu gewähren sind, während Schwerbeschädigte, die einer gesetzlichen Krankenkasse (KK) als Mitglied angehören, nach § 31 Abs 3 SGB V aF bzw nF eine Zuzahlung zu jedem ihnen ärztlich verordneten Medikament leisten müssen. Die unterschiedliche Behandlung der beiden Personengruppen ist indessen sachlich gerechtfertigt. Bei den Personen, die aufgrund des § 10 Abs 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) auch für die Nichtschädigungsfolgen Heilbehandlung beanspruchen können, handelt es sich um Personen, die anderweitig nicht krankenversichert sind und - typischerweise - über kein ausreichendes Einkommen verfügen (vgl dazu § 10 Abs 7 S 1 BVG), um sich privat gegen die Erkrankung an nichtschädigungsbedingten Gesundheitsstörungen zu versichern oder die Kosten einer Heilbehandlung selbst zu tragen. Für diesen Personenkreis hat der Gesetzgeber - aus Gründen der allgemeinen Fürsorgepflicht des Staates für die schwerbeschädigten Kriegsoffer (vgl Fehrl, aaO, § 10 Bundesversorgungsgesetz (BVG) RdNr 12) - die Regelung des § 10 Abs 2 Bundesversorgungsgesetz (BVG) geschaffen. Wie die Gesetzessystematik (vgl dazu § 10 Abs 2 und Abs 7 S 1 BVG) zeigt, ist die Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) für Nichtschädigungsfolgen nur subsidiär (vgl dazu BSG SozR 3100 § 10 Nrn 13, 18, 21 und 26 sowie SozR 2200 § 385 Nr 11, SozR 3-3100 § 44 Nr 1 und BSG, Urteil vom 20. Mai 1992 - 9a RV 18/90 - USK 9227; s ferner Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz, Entscheidung vom 14. Oktober 1982 - L 5 K 20/82 - Breith 1983, 951, 953). So schließt die Regelung, die vor allem auf dem Gedanken der Schutzbedürftigkeit beruht, grundsätzlich Personen von der Versorgung der Nichtschädigungsfolgen aus, deren Einkommen eine bestimmte Grenze übersteigt (vgl § 10 Abs. 7 Buchst a und c BVG). Der Gedanke der Schutzbedürftigkeit ist aber auch maßgeblich dafür gewesen, daß der Gesetzgeber diejenigen Schwerbeschädigten, die aufgrund der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetz (BVG) auch Anspruch auf Heilbehandlung für Nichtschädigungsfolgen haben, von jeglicher Eigenbeteiligung befreit hat, während Sozialversicherte nach § 31 Abs 3 SGB V aF bzw nF Zuzahlungen zu Arzneimitteln leisten müssen, jedenfalls soweit nicht die Härtefallregelungen der §§ 61, 62 SGB V eingreifen. Im Rahmen des dem Gesetzgeber zustehenden weiten Gestaltungsspielraums erscheint diese Differenzierung nicht willkürlich, so daß von einer verfassungswidrigen Ungleichbehandlung keine Rede sein kann.

BAG überörtliche Sozialhilfe beim LWL, 48133 Münster

An die
überörtlichen Träger der Sozialhilfe
gemäß Verteiler

per E-Mail

nachrichtlich:
BMGS,
Kommunale Spitzenverbände

Unser Zeichen: (Bei Antwort bitte angeben)

BAGÜS-00-06

BAGÜS-SGB XII-35-03

Vorsitzender
- Dr. Fritz Baur -
Tel.: 0251/591-237

Geschäftsführer
- Bernd Finke -
Tel.: 0251/591-6530/6531
Fax: 0251/591-6539
E-Mail: bag@lwl.org

Besucheranschrift:
Warendorfer Straße 26 - 28
48133 Münster/Westfalen

Bankverbindung
Konto-Inhaber: Hauptkasse des
Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
WestLB AG Münster
Konto Nr. 60129 BLZ 400 500 00

BAGÜS im Internet
www.bagues.de

02.12.2004

Mitglieder-Info Nr. 39/2004

Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)
hier: **Darlehensweise Sozialhilfegewährung für Heimbewohner zur Abgeltung der Zuzahlungsbeträge nach § 35 SGB XII**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie berichtet, fand am 30.11.2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein Abstimmungsgespräch über das Verfahren der Umsetzung von § 35 Abs. 3 bis 5 SGB XII statt.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat das Ergebnis bereits in einem Schreiben vom 01.12.2004 zusammengefasst, welches ich Ihnen hiermit zur Kenntnis gebe.

Hierzu folgende weitere Informationen:

1. Es konnte geklärt werden, dass jeder Heimbewohner berechtigt ist, selbst den jährlichen Zuzahlungsbetrag an die Krankenkasse zu leisten. Das Recht behinderter und pflegebedürftiger Menschen auf Selbstbestimmung wird also nicht eingeschränkt. Die Kassen erklärten ausdrücklich, dass dies für sie unstrittig sei und unerheblich, ob sie den Zuzahlungshöchstbetrag vom Betroffenen selbst oder vom Sozialhilfeträger erhalten.

2. Um angesichts der fortgeschrittenen Zeit doch noch so weit als möglich die Befreiungsbescheinigungen zu Beginn des Jahres ausstellen zu können, sollen die Listen der Heimbewohner den Krankenkassen so schnell wie möglich übermittelt werden. Auf die Probleme der Zusammenstellung dieser Listen haben wir hingewiesen. Das BMGS und die Krankenkassen haben zwar abgelehnt, dass die Heime diese Listen erstellen, im Interesse der Sache haben wir uns jedoch dahingehend verständigt, dass vor Ort geklärt werden soll, wer den einfachsten Zugriff auf die notwendigen Daten zur Erstellung der Liste hat und sie somit am schnellsten erstellen kann.
3. Alle in der Liste aufgeführten Heimbewohner erhalten von der Krankenkasse die Befreiungsbescheinigung, soweit eben möglich noch vor dem 1.1.2005. Dies wird in der Praxis jedoch nur gelingen, wenn den Kassen die Listen schnellst möglich, und nicht erst zum 1.1.2005 zugeleitet werden.
4. Die Krankenkasse prüft, ob für die Leistungsberechtigten die 1 oder 2 %ige Belastungsgrenze Anwendung findet und teilt dies dem Sozialhilfeträger mit.
5. Der Sozialhilfeträger informiert – ggf. in Abstimmung mit den Einrichtungen oder über die diese – die Sozialhilfeempfänger über die gesetzlichen Regelungen und die alternative Möglichkeit, den Zuzahlungshöchstbetrag als Einmalzahlung an die Krankenkasse selbst entrichten zu können oder aber hierfür ein Darlehen in Anspruch zu nehmen. Erklärt der Heimbewohner, dass er diesen Zuzahlungsbetrag selbst leisten will, zahlt er diesen Betrag direkt an die Krankenkasse. Erklärt er, dass er die Befreiungsbescheinigung nicht möchte, muss er diese an die Krankenkasse zurückgeben. Wünscht er jedoch das ihm vom Gesetz eingeräumte Darlehen, wickelt der Sozialhilfeträger das weitere Verfahren nach geltendem Verwaltungsrecht ab und überweist den Betrag direkt der Krankenkasse.

Damit konnte zumindest erreicht werden, dass die Sozialhilfeträger nicht in allen Fällen der Hilfestellung zunächst Darlehen gewähren müssen.

Es wird jetzt darauf ankommen, die Einrichtungsträger davon zu überzeugen, dass es nicht nur für die Sozialhilfeträger, sondern auch für die Verwaltungen in den Einrichtungen das einfachste Verfahren ist, wenn alle diejenigen Heimbewohner, die aufgrund von Ersparnissen oder zusätzlichen Einkommens (z. B. Werkstattbesucher) den Betrag selbst vorfinanzieren. Dies erspart die Verrechnung mit dem Barbetrag und wird sicherlich bei allen Heimverwaltungen zur Entlastung beitragen, die das Taschengeld im Auftrage der Sozialhilfeträger auszahlen und deshalb auch die Verrechnungen nachhalten und die einbehaltenen Beträge dann zur Darlehenstilgung an den Sozialhilfeträger abführen müssten.

Ich hatte bereits anlässlich einer Arbeitsgruppensitzung beim Deutschen Verein am 01.12.2004 Gelegenheit den vereinbarten Verfahrensweg einigen Vertretern der Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege zu erläutern und für diese Variante zu werben.

Im Übrigen bestand in der Besprechung Einvernehmen, dass die Darlehensgewährung nur in den Fällen in Betracht kommen kann, in denen der Sozialhilfeträger Leistungen zur Heimunterbringung aufzuwenden hat. Dabei wurde die Frage geklärt, ob auch diejenigen Personen als Leistungsempfänger gelten, die den Le-

bensunterhalt in der Einrichtung einschließlich Barbetrag und Zusatzbarbetrag, der sich aus § 35 SGB XII in der aktuellen Fassung ergibt, aus eigenem Einkommen selbst zahlen können, nicht aber die Maßnahmekosten. Angesichts des Zeitdruckes wäre es ratsam, hierzu erst eine abgestimmte Handlungsempfehlung auszusprechen, die dann für die Zuzahlungen im Jahre 2006 Bedeutung haben kann.

Ich hoffe, dass Frau Deußner und der Unterzeichner unter den gegebenen Umständen doch noch eine vor allem für das Jahr 2005 praktikable und handhabbare Lösung gefunden haben.

Mit freundlichen Grüßen
gez.: Bernd Finke



**Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung**

**Deutscher Städtetag
Frau Kirstin Walsleben
Lindenallee 13-17
50968 Köln**

**Deutscher Landkreistag
Frau Dr. Irene Vorholz
Lennéstraße 11
10785 Berlin**

**Deutscher Städte- und Gemeindebund
Herrn Uwe Lübking
Marienstraße 6
12207 Berlin**

**Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
Frau Hanna-Elisabeth Deußer, Herrn Finke
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Freiherr-vom-Stein-Platz 1
48133 Münster**

**Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen Verband e.V.
Frau Dr. Doris Pfeiffer
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg**

**AOK-Bundesverband
Herrn Thomas Müller
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn**

**Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Herrn Wiessmann, Herrn Voß
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen**

**Bundesverband der Innungskrankenkassen
Herrn Alfons Chavet
Friedrich-Ebert-Str. Technologie Park
51429 Bergisch Gladbach**

**Marion Caspers-Merk
Parlamentarische Staatssekretärin
Mitglied des Deutschen Bundestages
Franz Thömmes**

**Parlamentarischer Staatssekretär
Mitglied des Deutschen Bundestages**

**HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11017 Berlin**

**TEL +49 (0)1888 441-1020 oder 1070
FAX +49 (0)1888 441-4902 oder 2479**

Berlin, 1. Dezember 2004

**Bundeskknappschaft
Herrn Friedrich Stodt
Pieperstraße 14-28
44789 Bochum**

**See-Krankenkasse
Herrn John Harder
Reimerstwiete 2
20457 Hamburg**

**BV der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Herrn Jürgen Helfenritter
34131 Kassel**

Seite 2 von 2

Regelung des Zuzahlungsverfahrens für Heimbewohner

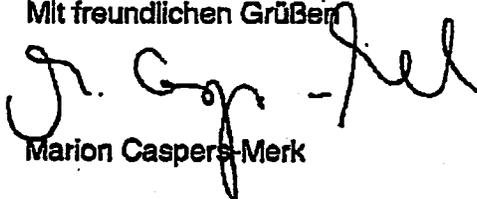
Sehr geehrte Damen und Herren,

wie in unserem gestrigen Gespräch vereinbart, erhalten Sie als Anlage die mit Ihnen abgestimmte Darstellung der Verfahrensabläufe nach § 35 Abs. 3 ff. SGB XII.

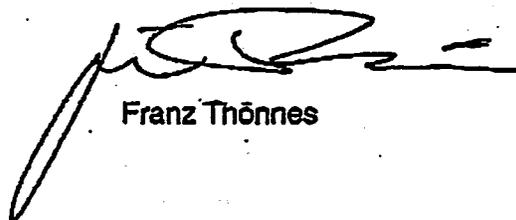
An dieser Stelle dürfen wir uns nochmals für das ergebnisorientierte Gespräch bei Ihnen bedanken. Mit der Umsetzung der Verfahrensabläufe sind für die Betroffenen unbürokratische Lösungen gefunden worden, deren Realisierung in die Praxis der gemeinsamen Vertretung der an dem gestrigen Treffen Beteiligten in ihren jeweiligen Verbänden und Organisationsstrukturen bedarf.

Sollten wir von Ihnen bis heute 12.00 Uhr keine gegenteilige Äußerung erhalten, gehen wir davon aus, dass das Gesprächsergebnis korrekt wiedergegeben wurde.

Mit freundlichen Grüßen



Marion Caspers-Merk



Franz Thönnies

Darstellung der Verfahrensabläufe nach § 35 Abs. 3 ff. SGB XII

I. Grundfall (ab Jahreswechsel 2005 / 2006)

1. Der Träger der Sozialhilfe informiert die zuständige Krankenkasse spätestens bis zum 1. November des Vorjahres über die Leistungsberechtigten, die der Darlehensregelung in der Vergangenheit nicht widersprochen haben.
2. Die Krankenkasse prüft, ob für die Leistungsberechtigten die ein- oder zweiprozentige Belastungsgrenze Anwendung findet.
3. Die Krankenkasse übermittelt dem Sozialhilfeträger die Befreiungsbescheinigungen rechtzeitig vor dem 1. Januar und teilt die Höhe der Belastungsgrenze mit.
4. Der Sozialhilfeträger übersendet spätestens bis zum 1. Januar die Befreiungsbescheinigungen an die Leistungsberechtigten. Dies erfolgt in einem Schreiben zusammen mit der Information über die Zahlungsmöglichkeiten (Selbstzahler bzw. Darlehen), die Auszahlungsmodalitäten und die Möglichkeit des Widerspruchs.
5. Sofern die Leistungsberechtigten nicht widersprechen, überweist der Sozialhilfeträger die jährlichen Zuzahlungsbeträge an die Krankenkassen. Die Rückzahlung der Darlehen erfolgt durch Verrechnung mit den monatlich auszahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

II. Sonderregelung (Jahreswechsel 2004 / 2005)

1. Der Träger der Sozialhilfe informiert die zuständige Krankenkasse -ggfls. unter Hinzuziehung der Heimträger- spätestens bis zum 1. Januar 2005 über die Leistungsberechtigten.
2. Die Krankenkasse übermittelt allen mitgeteilten Personen unmittelbar die Befreiungsbescheinigung zum 1. Januar 2005.
3. Die Krankenkasse prüft, ob für die Leistungsberechtigten die ein- oder zweiprozentige Belastungsgrenze Anwendung findet.
4. Die Krankenkasse teilt dem Sozialhilfeträger die Höhe der Belastungsgrenze mit.
5. Der Träger der Sozialhilfe informiert die Leistungsberechtigten über die Zahlungsmöglichkeiten (Selbstzahler bzw. Darlehen), die Auszahlungsmodalitäten und die Möglichkeit des Widerspruchs.
6. Sofern die Leistungsberechtigten nicht widersprechen, überweist der Sozialhilfeträger die jährlichen Zuzahlungsbeträge an die Krankenkassen. Die Rückzahlung der Darlehen erfolgt durch Verrechnung mit den monatlich auszahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

BAG überörtliche Sozialhilfe beim LWL, 48133 Münster

An die
überörtlichen Träger der Sozialhilfe

gemäß Verteiler

per E-Mail

Unser Zeichen: (Bei Antwort bitte angeben)

BAGÜS-00-06

BAGÜS-SGB XII-35-03

Vorsitzender
- Dr. Fritz Baur -
Tel.: 0251/591-237

Geschäftsführer
- Bernd Finke -
Tel.: 0251/591-6530/6531
Fax: 0251/591-6539
E-Mail: bag@lwl.org

Besucheranschrift:
Warendorfer Straße 26 - 28
48133 Münster/Westfalen

Bankverbindung
Konto-Inhaber: Hauptkasse des
Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
WestLB AG Münster
Konto Nr. 60129 BLZ 400 500 00

BAGÜS im Internet
www.bagues.de

07.12.2004

Mitglieder-Info Nr. 43/2004

**Umsetzung der darlehensweisen Zuzahlung zur Erlangung der
Befreiungsbescheinigung nach § 35 Abs. 3 bis 5 SGB XII**

Mitglieder-Info Nr. 39/2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Anlage übersende ich Ihnen die vom BMGS gefertigte Information (Flyer) für Heimbewohner, die mit der BAGÜS und den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt wurde, zur Kenntnis.

Ich hoffe, dass der Flyer zur Umsetzung des vom Gesetzgeber gewollten Verfahrens trotz der nur noch sehr wenigen Arbeitstage bis zum neuen Jahr beiträgt.

Mit freundlichen Grüßen
gez.: Bernd Finke



4. Der Sozialhilfeträger übersendet spätestens bis zum 1. Januar die Befreiungsbescheinigungen an die Leistungsberechtigten. Dies erfolgt in einem Schreiben zusammen mit Informationen über die Zahlungsmöglichkeiten (Selbstzahler bzw. Darlehen), die Aus- und Rückzahlungsmodalitäten des Darlehens und die Möglichkeit des Widerspruchs.

5. Sofern die Leistungsberechtigten nicht widersprechen, überweist der Sozialhilfeträger die jährlichen Zuzahlungsbeträge an die Krankenkassen. Die Rückzahlung der Darlehen erfolgt durch Verrechnung mit den monatlich auszahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben.

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Referat für Öffentlichkeitsarbeit
11017 Berlin

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A819
Telefon: 0180 5/15 15 10 (0,12 Euro/Min.)
Fax: 0180 5/15 15 11 (0,12 Euro/Min.)
Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und
Soziale Sicherung
Information, Publikation, Redaktion
Postfach 500
53108 Bonn
E-Mail: info@bmgs.bund.de
Internet: www.bmgs.bund.de

www.bmgs.bund.de
www.die-gesundheitsreform.de

Bürger telefon zur gesetzlichen Krankenversicherung
Montags bis donnerstags von 8.00 bis 20.00 Uhr:
0800/15 15 15-9

Gestaltung: Zum goldenen Hirschen Berlin GmbH
Druck: RK Druck GmbH

Stand: Dezember 2004



Darlehensanspruch für Heimbewohner

Darlehensanspruch bei Zuzahlungen

Viele Menschen, die in Heimen leben und auf Sozialhilfe angewiesen sind, verfügen nur über ein so genanntes Taschengeld. Nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) sind von Sozialhilfeempfängern in Einrichtungen Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten. Dabei kam es Anfang des Jahres 2004 teilweise zu finanziellen Überforderungen, wenn die Hilfeempfänger aufgrund von Arztbesuchen und Verordnungen den Zuzahlungshöchstbetrag von ca. 72 Euro (ca. 36 Euro bei Chronikern) sogleich zu Jahresbeginn 2004 aufzubringen hatten.

Um solche übermäßigen Belastungen künftig zu vermeiden, hat der Gesetzgeber zur Entlastung des betroffenen Personenkreises einen speziellen Darlehensanspruch im Sozialhilferecht geschaffen.

Schnelle und unbürokratische Lösung

Der Darlehensanspruch deckt die Zuzahlungsverpflichtung im Jahr 2005 von 82,80 Euro (79,40 Euro Ost) bzw. von 41,40 Euro (39,70 Euro Ost) bei chronisch Kranken ab. Die Rückzahlung der Darlehen erfolgt durch Verrechnung mit den monatlich auszahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

So wird ab 1. Januar 2005 eine finanzielle Überforderung des betroffenen Personenkreises, vor allem der pflegebedürftigen und behinderten Menschen in Heimen, vermieden. Sie erhalten bereits zu Jahresbeginn eine Zuzahlungsbefreiung von ihrer Krankenkasse. Den einzelnen Heimbewohnern bleibt es selbstverständlich unbenommen, den Zuzahlungshöchstbetrag zu Jahresbeginn auch aus eigenen Mitteln aufzubringen und ihn selbst an die Krankenkasse zu entrichten.

Alle Beteiligten ziehen an einem Strang

Damit sichergestellt ist, dass die betroffenen Menschen bereits zum anstehenden Jahreswechsel 2004/2005 die Befreiungsbescheinigungen erhalten, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung am 30. November 2004 ein Gespräch mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kommunen sowie mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe geführt. In diesem Gespräch wurde vereinbart, größtmögliche Anstrengungen zu unternehmen, um eine für die Betroffenen unbürokratische Lösung zu verwirklichen. Daher appellieren die an dem Gespräch Beteiligten an alle Akteure vor Ort - insbesondere an die Heimträger -, bei der Umsetzung dieses Ziels tatkräftig mitzuwirken und die Betroffenen umfassend zu beraten und zu unterstützen.

Die Umsetzung des Verfahrens im Einzelnen

Für den Jahreswechsel 2004/2005 haben sich die Gesprächsteilnehmer auf folgendes Verfahren geeinigt:

1. Der Träger der Sozialhilfe informiert die zuständige Krankenkasse - ggf. unter Hinzuziehung der Heimträger - spätestens bis zum 1. Januar 2005 über die Leistungsberechtigten.
2. Die Krankenkasse übermittelt allen mitgeteilten Personen unmittelbar die Befreiungsbescheinigung zum 1. Januar 2005.
3. Die Krankenkasse prüft, ob für die Leistungsberechtigten die ein- oder zweiprozentige Belastungsgrenze Anwendung findet.

4. Die Krankenkasse teilt dem Sozialhilfeträger die Höhe der Belastungsgrenze mit.
5. Der Träger der Sozialhilfe informiert die Leistungsberechtigten über die Zahlungsmöglichkeiten (Selbstzahler bzw. Darlehen), die Aus- und Rückzahlungsmodalitäten des Darlehens und die Möglichkeit des Widerspruchs.
6. Sofern die Leistungsberechtigten nicht widersprechen, überweist der Sozialhilfeträger die jährlichen Zuzahlungsbeträge an die Krankenkassen. Die Rückzahlung der Darlehen erfolgt durch Verrechnung mit den monatlich auszuzahlenden Barbeträgen über das gesamte Kalenderjahr.

Für die Folgejahre (ab Jahreswechsel 2005/2006) wurde folgendes Verfahren verabredet:

1. Der Träger der Sozialhilfe informiert die zuständige Krankenkasse spätestens bis zum 1. November des Vorjahres über die Leistungsberechtigten, die der Darlehensregelung in der Vergangenheit nicht widersprochen haben.
2. Die Krankenkasse prüft, ob für die Leistungsberechtigten die ein- oder zweiprozentige Belastungsgrenze Anwendung findet.
3. Die Krankenkasse übermittelt dem Sozialhilfeträger die Befreiungsbescheinigungen rechtzeitig vor dem 1. Januar und teilt die Höhe der Belastungsgrenze mit.



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 53108 Bonn

Deutscher Landkreistag
z.H. Frau Dr. Vorholz
Lennéstraße 17
10785 Berlin

Deutscher Städtetag
z.H. Frau Walzleben
Straße des 17. Juni 112
10623 Berlin

Deutscher Städte- und Gemeindebund
z.H. Herrn Lübking
Marienstraße 6
12207 Berlin

Bundesarbeitsgemeinschaft der
überörtlichen Träger der Sozialhilfe
beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe
z.H. Herrn Finke
48133 Münster

UNTERABTEILUNG 52
BEARBEITET VON MinDirig Irenkaeuser
HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT Postfach 14 02 80, 53107 Bonn
LIEFERANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn

TEL +49 (0)1888 527-4300
FAX +49 (0)1888 527-1195
EMAIL poststelle@bmgs.bund.de
INTERNET http://www.bmgs.de

ORT, DATUM Bonn, 23. Dezember 2004

23 | 12/12 LR | 28/2
2) Bittbrief

**Umsetzung der Gesprächsergebnisse vom 30. November 2004;
Freistellungsbescheinigungen und Darlehensgewährung**

Sehr geehrte Frau Dr. Vorholz, sehr geehrte Frau Walzleben,
sehr geehrter Herr Lübking, sehr geehrter Herr Finke,

im Auftrag von Herrn Parlamentarischen Staatssekretär Thönnies möchte ich Sie bitten, sich in
oben genannter Angelegenheit weiter dafür nachdrücklich einzusetzen, dass die notwendigen
Voraussetzungen für die Ausstellung der Freistellungsbescheinigung an die Heimbewohner
rasch geschaffen werden können.

Einzelne Berichte, deren Richtigkeit ich nicht überprüfen kann, deuten darauf hin, dass bei der
Anschritternmittlung noch Verzögerungen vorkommen und dass auch bei der Darlehensge-
währung zum Teil ein restriktiver Kurs gefahren wird.



Seite 2 von 2

Im Geist der Absprache vom 30. November 2004 wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie dafür Sorge tragen könnten, dass das gemeinschaftliche Vorhaben - so wie besprochen - realisiert werden wird.

In der Zuversicht, dass es uns gemeinsam gelingen wird, den betroffenen Heimbewohnern auf diese Weise gleich zu Beginn des Jahres die Befreiungsbescheinigung zukommen zu lassen, verbleibe ich mit den besten Wünschen für ein frohes Weihnachtsfest und ein erfolgreiches neues Jahr.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Irlenkaeuser

BAG überörtliche Sozialhilfe beim LWL, 48133 Münster

An die
überörtlichen Träger der Sozialhilfe
gemäß Verteiler

per E-Mail

Unser Zeichen: (Bei Antwort bitte angeben)

BAGÜS-00-06

BAGÜS-SGB XII-35-03

Vorsitzender
- Dr. Fritz Baur -
Tel.: 0251/591-237

Geschäftsführer
- Bernd Finke -
Tel.: 0251/591-6530/6531
Fax: 0251/591-6539
E-Mail: bag@lwl.org

Besucheranschrift:
Warendorfer Straße 26 - 28
48133 Münster/Westfalen

Bankverbindung
Konto-Inhaber: Hauptkasse des
Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
WestLB AG Münster
Konto Nr. 60129 BLZ 400 500 00

BAGÜS im Internet
www.baques.de

09.09.2005

Mitglieder-Info Nr. 42/2005

Belastungsgrenze nach § 62 SGB V

hier: Befreiung von Heimbewohnern mit Taschengeldbezug gem. § 35 Abs. 3

SGB XII

Siehe Mitglieder-Info Nr. 39/2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Anlage übersende ich Ihnen einen Schriftwechsel zwischen der Bundesknappschaft – handelnd im Namen aller Krankenkassen-Bundesverbände - sowie der BAGÜS zum Verfahren der Befreiung von Heimbewohnern mit Taschengeldbezug nach § 35 Abs. 3 SGB XII.

Hinsichtlich der Forderungen von Sozialhilfeträgern gegenüber Krankenkassen auf (teilweise) Rückzahlung der Darlehen bei Tod möchte ich in Erinnerung rufen, dass in der Besprechung am 30.11.2004 beim BMGS folgende Überlegungen bestanden:

Der Sozialhilfeträger kann für die Krankenkassen kein Ausfallbürge sein, wenn der Heimbewohner zusagt, den Zuzahlungsbetrag der Kasse direkt zu überweisen, seiner Zusage aber nicht nachkommt oder (z. B. infolge zwischenzeitlichen Todes) nicht nachkommen kann. Sie haben darauf hingewiesen, dass sie im Falle des Ablebens von Heimbewohnern ebenso ein Risiko tragen, da sie die volle Darlehenstilgung vom Darlehensnehmer immer dann nicht zurück erhalten, wenn dieser im Lau-

fe des Jahres verstirbt.

Über diese gegenseitigen Risikoverteilung bestand Einvernehmen, bei dem wir davon ausgegangen sind, dass damit auch von den Kassen Teile der Darlehensleistungen nicht zurückgefordert werden können. Hierbei spielten auch verwaltungsökonomische Gründe eine Rolle.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn ich von denjenigen Mitgliedern eine Rückmeldung erhalten könnte, die gleichwohl Darlehensrückforderungen von den Krankenkassen fordern und durchsetzen wollen.

Mit freundlichem Gruß
gez.: Dr. Baur



KNAPPSCHAFT

Landesverband
Westfalen-Lippe

05. SEP 05 13 4

Abt. 

Bundesknappschaft
Dezernat I.5.1
Königsallee 175
44799 Bochum
www.bundesknappschaft.de

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

Bundesknappschaft • 44781 Bochum

~~Deutscher Städte-
und Gemeindebund
Marienstr. 6~~

~~12207 Berlin~~

Unsere Zeichen/Unsere Nachricht vom
Dezernat I.5.1

Ihr Ansprechpartner
Ivo Katzorke
Tel. 0234/304-15105
Fax 0234/304-15190
belastungsgrenze@bundesknappschaft.de

Bochum, 01. Sep. 2005

~~Deutscher Städtetag
Lindenallee 13 - 17~~

~~50968 Köln~~

~~Deutscher Landkreistag
Lennéstr. 11~~

~~10785 Berlin~~

Bundesarbeitsgemeinschaft der
überörtlichen Träger der Sozialhilfe

48133 Münster

IK 1099 0500 3 (LZB)

SEB AG Bochum
Konto 1 173 334 400, BLZ 340 101 11

Deutsche Bank AG Bochum
Konto 160 / 86 45, BLZ 430 700 61

Landeszentralbank Bochum
Konto 43 001 610, BLZ 430 000 00

Westfalenbank AG Bochum
Konto 509 205, BLZ 430 200 00

Commerzbank AG Bochum
Konto 1 065 200, BLZ 430 400 36

Dresdner Bank Bochum
Konto 8 020 188, BLZ 430 800 83

Sparkasse Bochum
Konto 1 300 474, BLZ 430 500 01

Postbank: Niederlassung Dortmund
Konto 28 88-462, BLZ 440 100 46

Belastungsgrenze nach § 62 SGB V

hier: Befreiung von Heimbewohnern mit Taschengeldbezug § 35 Abs. 3 SGB XII

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Wirkung ab 01.01.2005 haben Versicherte, die einen Barbetrag nach § 35 Abs. 2 Satz 2 SGB XII erhalten, einen Rechtsanspruch auf ein ergänzendes Darlehen nach § 35 Abs. 3 ff. SGB XII, soweit sie der Inanspruchnahme des Darlehens nicht widersprechen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben hierzu mit den Dachorganisationen der Träger der Sozialhilfe im Rahmen eines Gesprächs am 30.11.2004 beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Absprachen hinsichtlich der praktischen Umsetzung getroffen.

Zugleich im Namen

des AOK-Bundesverbandes,
des BKK Bundesverbandes,
des IKK-Bundesverbandes,
des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
des AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V. sowie
der See-Krankenkasse

möchten wir auf Basis der bisherigen Erfahrungen zur Umsetzung der ergänzenden Darlehensregelung nach § 35 Abs. 3 SGB XII an dieser Stelle zu drei Sachverhalten Stellung nehmen:

Forderungen gegenüber Krankenkassen auf (teilweise) Rückzahlung

Einzelne Träger der Sozialhilfe erheben Forderungen gegenüber Krankenkassen auf (teilweise) Rückzahlung der ergänzenden Darlehen nach dem Tod des Heimbewohners.

Nach dem Gesetzeswortlaut ist der Heimbewohner Empfänger des ergänzenden Darlehens, die Auszahlung der Darlehensbeträge an die Krankenkassen erfolgt lediglich zur Verwaltungsvereinfachung. Die Rückzahlung erfolgt nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XII durch den Heimbewohner durch Einbehaltung gleicher Teilbeträge über das ganze Kalenderjahr.

Mangels gesetzlicher Regelungen in den §§ 35 bis 37 SGB XII scheidet eine Forderung auf (teilweise) Erstattung des Darlehens gegenüber den Krankenkassen über diese Vorschriften aus. Auch ein Erstattungsanspruch über die Vorschriften der §§ 102 bis 105 SGB X kommt nicht in Betracht, da es sich bei der Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen und in Übereinstimmung mit den Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger um keine Sozialleistung handelt, sondern hier ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch des Versicherten bzw. der Erben vorliegt.

Würde unabhängig von der Frage der gesetzlichen Grundlage eine (teilweise) Rückzahlung des Darlehens durch die Krankenkasse an den Sozialhilfeträger erfolgen, bestünde dieser öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Erben daneben unverändert weiter, mit der Folge, dass die Krankenkassen den Vorauszahlungsbetrag ggf. erneut erstatten müssten.

In der Gesamtsicht kann daher nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen keine (teilweise) Rückzahlung gewährter Darlehen bei Tod des Versicherten an den Träger der Sozialhilfe erfolgen.

Auszahlung der Darlehen erst nach Antrag

Durch einzelne Träger der Sozialhilfe wurde nach erfolgter Meldung gemäß § 35 Abs. 3 Satz 3 SGB XII mitgeteilt, dass eine Auszahlung der ergänzenden Darlehen nach § 35 Abs. 3 SGB XII i.V.m. § 37 SGB XII nicht erfolgen könne, da die von dort betreuten Hilfeempfänger dieses Darlehen nicht beantragt hätten.

Das von einigen Sozialhilfeträgern unterstellte Antragserfordernis führt dazu, dass einseitig zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in einer weit überdurchschnittlich hohen Anzahl der Fälle der Befreiungsausweis zwar zugesandt wird, aber keine Auszahlung des ergänzenden Darlehens an die einzelnen Krankenkassen erfolgt.



Nach der Vorschrift des § 35 Abs. 3 SGB XII kann die Zahlung des ergänzenden Darlehens jedoch *nicht* von einer (separaten) Antragsstellung abhängig gemacht werden. Dieses Darlehen ist eine Rechtsanspruchsleistung, die allen Leistungsberechtigten nach § 35 Abs. 2 Satz 2 SGB XII zu gewähren und an die Krankenkassen auszuführen ist.

Lediglich in den Fällen, in denen die Leistungsberechtigten dem ergänzenden Darlehen ausdrücklich widersprechen, kann eine Darlehensgewährung und damit eine Zahlung an die Krankenkassen nicht erfolgen. Hierzu möchten wir auch auf das am 30.11.2004 beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung abgesprochene Ablaufschema hinweisen.

Fehlende Information an Krankenkassen bei Widerspruch des Leistungsberechtigten

Sofern der Leistungsberechtigte, nach dem ihm die Bescheinigung über die Befreiung von Zuzahlungen vom Träger der Sozialhilfe gemäß § 35 Abs. 4 Satz 1 SGB XII übermittelt wurde, der Gewährung eines ergänzenden Darlehens nach § 35 Abs. 3 Satz 1 SGB XII widerspricht, werden die betroffenen Krankenkassen über den Widerspruch und damit über die nicht erfolgende Zahlung des Darlehens von einzelnen Trägern der Sozialhilfe nicht informiert.

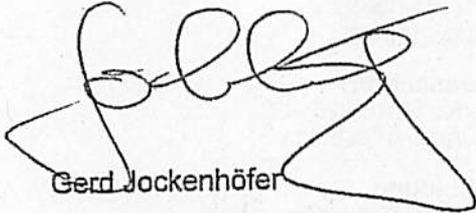
Die betroffenen Krankenkassen erlangen dann erst im Rahmen von Nachfragen beim Träger der Sozialhilfe in Bezug auf die – vermeintlich – noch ausstehenden Beträge Kenntnis von diesem Sachverhalt. Diese Vorgehensweise steht jedoch den Bemühungen der Krankenkassen entgegen, ihrer Verpflichtung hinsichtlich der zügigen Einziehung der noch ausstehenden – insoweit dann vom Versicherten zu leistenden – Beträge nachzukommen. Aus diesem Grund halten es die Spitzenverbände der Krankenkassen für erforderlich, dass die Träger der Sozialhilfe den Informationsfluss an die Krankenkassen in den in Rede stehenden Fällen gewährleisten.

Ein derartiger Informationsfluss zwischen dem Träger der Sozialhilfe und der Krankenkasse ergibt sich zwar weder direkt aus der gesetzlichen Vorgabe des § 35 Abs. 3 und 4 SGB XII noch aus der am 30.11.2004 beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung getroffenen Verfahrensabsprache, allerdings kann dies den in der Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 20.10.2004 enthaltenen Ausführungen entnommen werden (vgl. BT-Drs. 15/3977, B. Besonderer Teil, Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe b, letzter Satz).



Wir bitten Sie, die Träger der Sozialhilfe über die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertretenen Rechtsauffassungen zu informieren.

Mit freundlichen Grüßen
Die Geschäftsführung
I. A.



Gerd Jockenhöfer



BAG überörtliche Sozialhilfe beim LWL, 48133 Münster

Bundesknappschaft
Dezernat I.5.1
44781 Bochum

per E-Mail
belastungsgrenze@bundesknappschaft.de

nachrichtlich:
Deutscher Städte- und Gemeindebund
Deutscher Städtetag
Deutscher Landkreistag
Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft
der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Vorsitzender
- Dr. Fritz Baur -
Tel.: 0251/591-237

Geschäftsführer
- Bernd Finke -
Tel.: 0251/591-6530/6531
Fax: 0251/591-6539
E-Mail: bag@lwl.org

Besucheranschrift:
Warendorfer Straße 26 - 28
48133 Münster/Westfalen

Bankverbindung
Konto-Inhaber: Hauptkasse des
Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe
WestLB AG Münster
Konto Nr. 60129 BLZ 400 500 00

BAGÜS im Internet
www.bagues.de

Unser Zeichen: (Bei Antwort bitte angeben)
BAGÜS-SGB-XII-35-03

09.09.2005

Belastungsgrenze nach § 62 SGB V
hier: Befreiung von Heimbewohnern mit Taschengeldbezug nach
§ 35 Abs. 3 SGB XII

Ihr Schreiben vom 01.09.2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst vielen Dank für die Darstellung der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertretenen Rechtsauffassungen zu den von Ihnen angesprochenen Themen.

Lassen Sie mich zunächst feststellen, dass die Darstellung der Rechtslage in der praktischen Gesetzesausführung wenig zielführend ist, da damit ein unangemessener und kaum zu bewältigender Verwaltungsaufwand ausgelöst wurde, der eine Reihe von Detailproblemen mit sich gebracht hat, wie die Praxis im ersten Jahr gezeigt hat.

Deshalb plädiere ich ausdrücklich dafür, auf der Ebene der Landesverbände einvernehmliche und pragmatische Lösungen zu suchen, die für die Praxis hilfreich sind und den Verwaltungsaufwand auf ein Minimum reduzieren.

So hat der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge bereits in seiner Stellungnahme vom Juli 2004 empfohlen, dass *alle Krankenkassen für Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren anwen-*

den, ihre Mitglieder auf diese Verfahrensvereinfachung aufmerksam machen und auf die Vorteile dieses Abrechnungsverfahrens hinweisen. Das vereinfachte Verfahren sieht vor, dass vor Beginn eines jeden Jahres die Versicherten den Betrag an Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze an die Krankenkassen zahlen und diese direkt die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht für das kommende Jahr erstellt.

Wir gehen davon aus, dass ein großer Teil der Bewohner von Heimen, insbesondere die Langzeitbewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe (weit über 230 000 Bewohner bundesweit) von einer solchen Möglichkeit Gebrauch machen.

Ich begrüße, dass immer mehr Kassen zu dieser pragmatischen Lösung bereit sind und würde mir wünschen, dass sich alle Kassen diesem Vorschlag anschließen und ihre Mitglieder entsprechend informieren und für dieses Verfahren auch werben. Wir sind überzeugt, dass dies der einzige Weg ist, der für alle Beteiligten, auch für die Krankenkassen, den Verwaltungsaufwand soweit möglich begrenzt.

Soweit Ihnen Erfahrungsberichte der Bundesverbände, der Landesverbände und ihrer Krankenkassen direkt vorliegen, gehe ich davon aus, dass sich diese auf die in der ersten Jahreshälfte gemachten Erfahrungen beziehen, also noch nicht mit der Frage, wie das Verfahren zum kommenden Jahr praktikabel gehandhabt werden kann.

Auch die BAGüS hat sich inzwischen über die bisherigen praktischen Erfahrungen ausgetauscht und Mängel festgestellt.

Allerdings beabsichtigen eine Reihe unserer Mitglieder mit den Landesverbänden der Krankenkassen in den jeweiligen Ländern das Verfahren für das Jahr 2006 abzustimmen und möglichst einvernehmliche Vereinbarungen zu treffen. Deshalb glaube ich, dass Probleme vermieden werden können, wenn auf dieser Ebene auf allen Seiten Bereitschaft für vernünftige praktikable und wenig verwaltungsaufwendige Lösungen besteht.

Zu Ihren einzelnen Punkten folgendes:

1. In dem Gespräch am 30.11.2004 beim BMGS haben wir in Aussicht gestellt, unseren Mitgliedern zu empfehlen, auf Rückforderungen aus verwaltungsökonomischen Gründen zu verzichten, wenn ein Darlehensnehmer vor Ablauf der Laufzeit des Darlehens verstirbt. Dies geschah im Rahmen einer angemessenen Risikoverteilung. Diese Empfehlung haben die überörtlichen Träger der Sozialhilfe akzeptiert, eine gegenteilige Mitteilung liegt mir derzeit nicht vor.
2. Hinsichtlich der auch mir bekannten teilweise geübten Praxis der Auszahlung der Darlehen erst nach Antragstellung hilft aus meiner Sicht eine rechtliche Bewertung nicht weiter. Ich plädiere nochmals dafür, auf Landesebene praktische Lösungen zu suchen, die den Verwaltungsaufwand auf ein Minimum reduziert. Der Verweis auf die Rechtslage ist hierbei nicht hilfreich.
3. Sie weisen auf möglicherweise in Einzelfällen fehlenden Informationsfluss oder verspätete Informationen an Krankenkassen bei Widerspruch des Leistungsberechtigten hin. Dies ist nachvollziehbar aber auch begründbar angesichts der vie-

len tausend Einzelfälle, die im Rahmen der Darlehensbewilligung zu bearbeiten sind. Angesichts der hohen Belastung der Sozialhilfeträger durch die „Hartz IV“-Gesetzgebung sind bei den Sozialhilfeträgern erhebliche Bearbeitungsrückstände entstanden, die zum weit überwiegenden Teil der Grund für fehlende Informationen sein wird.

Die von Ihnen aufgezeigten und auch von unseren Mitgliedern geschilderten Probleme zeigen mir, dass wir gemeinsam nach möglichst einfachen und effizienten Verfahren suchen müssen. Die vom Gesetzgeber vorgegebenen praxisfernen Bestimmungen dienen dem nicht.

Ich hoffe sehr, dass wir gemeinsam zumindest auf Landesebene zu einfachen und handhabbaren Verfahrensabsprachen kommen, damit die Streitfälle möglichst auf ein Minimum reduziert werden können.

Unabhängig davon sollten wir gemeinsam praxisgerechte Vorschläge zu einer Gesetzesvereinfachung vorlegen, sobald sich hierfür eine Möglichkeit bietet. Zu Gesprächen hierüber sind wir gerne bereit.

Mit freundlichem Gruß
gez.: Dr. Baur