

Niederschrift
über die Fachkonferenz
Leistungs- und Beziehungsrecht
am 20./21.03.2018 in Berlin



Inhaltsübersicht:

Seite

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | § 38 SGB V – Haushaltshilfe;
hier: Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 3 und 4
SGB V bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei einem im Haus-
halt lebenden Kind | 5 |
| 2. | § 61 SGB V – Zuzahlungen,
§ 62 SGB V – Belastungsgrenze;
hier: Änderung der Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung
bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2
und 3 SGB V | 9 |



- nicht besetzt -



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 20./21.03.2018 in Berlin

1. § 38 SGB V – Haushaltshilfe;

hier: Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei einem im Haushalt lebenden Kind

Sachstand:

1. Gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Lebt ein Kind im Haushalt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch auf längstens 26 Wochen (§ 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V). In diesen Fällen ist neben der Versorgung des Versicherten auch die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung des Kindes anspruchsauslösend.

In dem gemeinsamen Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege wurden grundlegende Hinweise u.a. zu den Leistungsansprüchen zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V mit Blick auf die Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, gegeben. Das gemeinsame Rundschreiben enthält in Abschnitt 2.2.1.3 Ausführungen zu dem auf bis zu 26 Wochen verlängerten Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V, wenn bei Beginn der Haushaltshilfe ein Kind im Haushalt lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Für Kinder mit Behinderung, die deswegen auf Hilfe angewiesen sind, gibt es keine altersmäßige Begrenzung.



In diesem Kontext wird ausgeführt: „Liegt bei dem im Haushalt lebenden Kind eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI vor, bedarf es aufgrund des insoweit bestehenden eigenständigen Sozialleistungsanspruchs des Kindes zur Vermeidung einer Versorgungslücke keiner Erweiterung des Haushaltshilfeanspruchs. In die Beurteilung, ob mit Blick auf den verlängerten Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V im Haushalt ein Kind lebt, sind deshalb nur Kinder einzubeziehen, für die kein Anspruch auf Pflegeleistungen gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI besteht.“

Die genannten Ausführungen zur Nichtberücksichtigung von Kindern mit einem Anspruch auf Pflegeleistungen gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI im Hinblick auf den verlängerten Anspruch auf Haushaltshilfe kann für die Versorgung der Kinder zu Versorgungslücken führen, da sich die Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V und die Pflegeleistungen nach dem SGB XI nur zum Teil decken. Insbesondere die Betreuung und Beaufsichtigung der im Haushalt lebenden Kinder, die nach § 38 SGB V geschuldet wird, ist nicht identisch mit den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI.

2. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 21.12.2017 beschlossen, die Richtlinie über die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) in Bezug auf den Anspruch auf Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V zu ändern. Demgemäß ist die Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans und kann verordnet werden, wenn
 - eine schwere Krankheit oder eine akute Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung vorliegt und
 - die dadurch resultierenden krankheits- oder behandlungsbedingten Beeinträchtigungen in einem Maß vorliegen, dass die oder der Versicherte sich nicht mehr selbstständig in den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaft versorgen kann und
 - der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nur für einen voraussichtlich vorübergehenden Zeitraum vorliegt und
 - keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2 bis 5 gemäß §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt.

Des Weiteren wurde der Verordnungsvordruck 12 zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege mit Wirkung zum 01.10.2017 überarbeitet und sieht u.a. zur Verordnung der Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V ein gesondertes Ankreuzfeld vor.

Aufgrund des o.g. Beschlusses des G-BA und der Überarbeitung des Verordnungsvordrucks 12 sind in den Abschnitten 3.1, 3.2.1, 3.2.4, 3.4.2, 3.5, 3.6.1 und 3.6.2 des gemeinsamen Rundschreibens vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege Änderungen erforderlich. An den grundsätzlichen Kriterien zum Leistungsanspruch ergeben sich keine Änderungen, da diese durch die Neufassung der HKP-Richtlinie insoweit nicht geändert wurden.

Aus diesen Gründen war eine Beratung in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

Besprechungsergebnis:

1. Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass die Voraussetzungen und der Inhalt des nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V ggf. auf bis zu 26 Wochen verlängerten Anspruchs auf Haushaltshilfe jeweils im Einzelfall unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI zu prüfen sind. An den Ausführungen in Abschnitt 2.2.1.3 des gemeinsamen Rundschreibens vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege, wonach in die Beurteilung eines verlängerten Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V nur Kinder einzubeziehen sind, für die kein Anspruch auf Pflegeleistungen gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI besteht, wird nicht weiter festgehalten. Der letzte Absatz in Abschnitt 2.2.1.3 des gemeinsamen Rundschreibens wird wie folgt gefasst:

Liegt bei dem im Haushalt lebenden Kind eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI vor, bedarf es aufgrund des insoweit bestehenden eigenständigen Sozialleistungsanspruchs des Kindes einer einzelfallbezogenen Prüfung des Leistungsanspruchs und -umfangs an Haushaltshilfe unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI.

Daraus ergeben sich Folgeänderungen in den Abschnitten 2.2.1.5, 2.2.5.5 und 5 des gemeinsamen Rundschreibens.

2. Die Besprechungsteilnehmer/-innen vereinbaren einvernehmlich, dass in den Abschnitten 3.1, 3.2.1, 3.2.4, 3.4.2, 3.5, 3.6.1 und 3.6.2 des gemeinsamen Rundschreibens vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege Anpassungen aufgrund des Beschlusses des G-BA zur Überarbeitung der HKP-Richtlinie zum Anspruch auf Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V und der Überarbeitung des Verordnungsvordrucks 12 vorgenommen werden.

Darüber hinaus werden in den übrigen Abschnitten geringfügige redaktionelle Änderungen durchgeführt.

3. Die Besprechungsteilnehmer/-innen beschließen das in der Anlage beigefügte gemeinsame Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018.

Anmerkung:

Sofern von den Änderungen Regelungen zur häuslichen Krankenpflege tangiert sind, erfolgt im Nachgang zur Sitzung eine Abstimmung im Kreis der Fachkonferenz Pflege.

Anlage

GKV-Spitzenverband, Berlin¹

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Vorwort

Durch das Krankenhausstrukturgesetz – KHSG – vom 10.12.2015 (BGBl. Teil I Nr. 51 vom 17.12.2015, S. 2229 ff.) sind zum 01.01.2016 neue Leistungsansprüche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie neue Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V geschaffen worden. Danach wurden die bestehenden Leistungsansprüche zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V mit Blick auf Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung erweitert. Ergänzend wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V eingeführt.

Durch die Neuregelungen soll ausweislich der jeweiligen Gesetzesbegründungen dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Menschen in den genannten Konstellationen häufig nicht in der Lage sind, sich adäquat mit grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen zu versorgen. Versicherte bedürfen in diesen Situationen daher der Unterstützung, soweit nicht andere, insbesondere im Haushalt lebende Personen dies leisten können. Im Hinblick auf die bestehenden Leistungsvoraussetzungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung kann der Versorgungsbedarf der Betroffenen bisher ausweislich der Gesetzesbegründung nicht immer gedeckt werden.

Zu den vorgenannten Leistungserweiterungen sind die im Gesetz genannten Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen nicht hinreichend konkretisiert. Vor diesem Hintergrund geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit diesem Rundschreiben erste grundlegende Hinweise zur Rechtsauslegung. Dabei folgt die Struktur der Darstellung den aufeinander aufbauenden Leistungsansprüchen. Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt. Diese Lösungen werden im Rundschreiben regelmäßig aktualisiert und in einer Änderungsübersicht kenntlich gemacht.

Inhaltsverzeichnis

1. Änderungshistorie	5
2. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V.....	6
2.1 Allgemeines	7
2.2 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V.....	7
2.2.1 Anspruchsvoraussetzungen	8
2.2.1.1 Versorgungskonstellationen	8
2.2.1.2 Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts des Versicherten.....	9
2.2.1.3 Ein im Haushalt lebendes Kind	10
2.2.1.4 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.....	11
2.2.1.5 Fazit	13
2.2.2 Inhalt der Leistung	16
2.2.3 Leistungsdauer	16
2.2.3.1 Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe	16
Beispiel 1 – Beginn der Haushaltshilfeleistung.....	16
Beispiel 2 –Wechsel von § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V zu § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V	17
2.2.3.2 Dauer und Umfang des Anspruchs	17
Beispiel 3 – Dauer der Haushaltshilfe 1	18
Beispiel 4 – Dauer der Haushaltshilfe 2	18
Beispiel 5 – Dauer der Haushaltshilfe bei einem tageweisen Leistungsbedarf.....	19
Beispiel 6 – Dauer der Haushaltshilfe mit akuter Verschlimmerung	19
Beispiel 7 – Dauer der Haushaltshilfe bei unbezahltem Urlaub des Ehegatten	20
2.2.3.3 Verfahren.....	20
2.2.3.4 Abgrenzung zu anderen Leistungen	21
2.2.3.4.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V.....	21
2.2.3.4.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V	21
2.2.3.4.3 Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V	22
2.2.3.4.4 Anspruch auf Haushaltshilfe während Leistungen anderer Sozialversicherungsträger.....	22
2.2.3.4.5 Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB XI.....	23
2.2.3.4.6 Haushaltshilfe im Zusammenhang mit stationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V	23
2.2.4 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V	24
3. Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V	25
3.1 Allgemeines	26
3.2 Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V.....	28
3.2.1 Versorgungskonstellationen	28
3.2.2 Im Haushalt lebende Person	30
3.2.3 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI	30

3.2.4	Geeignete Orte	30
3.2.5	Fazit.....	32
3.3	Leistungsinhalt	33
3.4	Leistungsdauer	33
3.4.1	Beginn der Leistung	33
	Beispiel 8 – Beginn der häuslichen Krankenpflege	33
3.4.2	Dauer der Leistung.....	34
	Beispiel 9 – Dauer der häuslichen Krankenpflege 1	34
	Beispiel 10 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – Fortsetzung Beispiel 9.....	34
	Beispiel 11 – Anspruch bei Chemotherapie.....	35
	Beispiel 12 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – tagesweise Inanspruchnahme	36
3.5	Verfahren.....	36
3.6	Abgrenzung zu anderen Leistungen	36
3.6.1	Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V	36
3.6.2	Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V	37
3.6.3	Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V	37
4.	Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V.....	38
4.1	Allgemeines	38
4.2	Anspruchsvoraussetzungen	39
4.2.1	Versorgungskonstellation.....	39
4.2.2	Im Haushalt lebende Person	40
4.2.3	Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI	40
4.2.4	Verfahren.....	41
4.2.5	Fazit.....	42
4.3	Leistungsinhalt	43
4.4	Leistungsdauer und -höhe.....	43
	Beispiel 13 – Beginn und Dauer der Kurzzeitpflege.....	43
4.5	Abgrenzung zu anderen Leistungen	44
4.5.1	Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V	44
4.5.2	Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege	44
4.6	Kurzzeitpflegeeinrichtungen	45
4.7	Fahrtkosten zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V	45
5.	Zusammenfassung	46
	Beispiel 14 – Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung mit einem im Haushalt lebendem Kind.....	46

1. Änderungshistorie

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
06.12.2016	Titel aktualisiert
06.12.2016	Änderungshistorie eingeführt
06.12.2016	Abschnitt 2., 2.2, 2.2.1.3, 2.2.1.4, 2.2.1.5 und 2.2.5.5 aufgrund von Gesetzesänderungen durch das PSG III zum 01.01.2017 angepasst
06.12.2016	Abschnitt 3., 3.1, 3.2.3, 3.2.4, 3.2.5, 4., 4.2.3, 4.2.5, 5. aufgrund von Gesetzesänderungen durch das PSG III zum 01.01.2017 angepasst
20.03.2018	Abschnitt 2.2.1.3, 2.2.1.5, 2.2.5.5 und 5 – Ausführungen wurden angepasst aufgrund des Besprechungsergebnisses zu TOP 01 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 20.03.2018, wonach auch ein verlängerter Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V beim Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bei einem im Haushalt lebenden Kind bestehen kann
20.03.2018	Abschnitt 3.1, 3.2.1, 3.2.4, 3.4.2, 3.5, 3.6.1, 3.6.2 wurde aufgrund der geänderten Fassung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie dem geänderten Verordnungsvordruck 12 angepasst

2. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

§ 38 SGB V

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen. Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.

(2) Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Schwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

2.1 Allgemeines

In § 38 Abs. 1 SGB V wird der gesetzliche Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe geregelt. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann (vgl. § 38 Abs. 3 SGB V).

Durch die Gewährung der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V soll verhindert werden, dass die Versicherten die in § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungen (z. B. Krankenhausbehandlung) nicht in Anspruch nehmen, weil die Weiterführung ihres Haushalts sowie die Betreuung ihrer im Haushalt lebenden Kinder nicht gesichert sind. Insofern stellt die Haushaltshilfe eine Nebenleistung dar, die die spezifische Bedarfssituation abdecken soll, welche durch die Inanspruchnahme der Hauptleistung entsteht.

Durch das KHSG und die damit verbundene Einführung der Sätze 3 und 4 in § 38 Abs. 1 SGB V wurde der Regelleistungsanspruch erweitert (s. Abschnitt 2.2 „Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V“).

Darüber hinaus werden die Krankenkassen nach § 38 Abs. 2 SGB V ermächtigt, Satzungsleistungen zu bestimmen, um so ihren Versicherten über den gesetzlichen Anspruch nach § 38 Abs. 1 SGB V hinaus weitergehende Ansprüche auf Leistungen der Haushaltshilfe einzuräumen.

Durch die Erweiterung des gesetzlichen Anspruchs auf Haushaltshilfe durch das KHSG wurde die verpflichtende Regelung für die Krankenkassen, Satzungsleistungen anzubieten, wieder in eine Kann-Leistung umgewandelt und somit in das Ermessen der Krankenkassen gestellt.

2.2 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V

Gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe auch dann, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts – zu ihrer eigenen Versorgung – wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen. In diesen Fällen ist neben der Versorgung des Versicherten auch die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung des Kindes anspruchsauslösend. Bei dem Versicherten darf jedoch keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegen (Näheres s. Abschnitt 2.2.1.4 „Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“).

Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Die Regelung steht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem erweiterten Anspruch nach § 37 Abs. 1a SGB V, der in demselben Versorgungskontext eine Anspruchsergänzung der häuslichen Krankenpflege hinsichtlich Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung vorsieht.

2.2.1 Anspruchsvoraussetzungen

2.2.1.1 Versorgungskonstellationen

Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht möglich ist und daher ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und ggf. bei der Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes besteht (s. Abschnitt 0 „

Inhalt der Leistung“).

Hierdurch soll ausweislich der Gesetzesbegründung dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Versicherten in den vorgenannten Versorgungskonstellationen mitunter nicht in der Lage sind, ihren eigenen Haushalt ohne Unterstützung weiter zu führen bzw. ihre im Haushalt lebenden Kinder zu betreuen, entweder weil sie allein leben oder z. B. der Ehegatte beziehungsweise der Lebenspartner berufstätig ist. Eine vergleichbare Versorgungssituation kann auch bei Alleinerziehenden entstehen, sofern sie nicht in der Lage sind, die hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ihrer im Haushalt lebenden Kinder sicherzustellen. Dieser Bedarf wurde durch die bisherigen Leistungsansprüche zur Haushaltshilfe nicht immer gedeckt.

Die Eingangsvoraussetzungen „wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit“ werden weder in der gesetzlichen Vorschrift noch in der Gesetzesbegründung näher konkretisiert. Es ist deshalb davon auszugehen, dass diese Anforderungen an die Krankheit nicht isoliert, sondern nur in einer Gesamtbetrachtung mit den weiteren gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu bewerten sind. Danach kann der Leistungsanspruch gegeben sein, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder besteht. Da es sich insoweit um keine abschließende Aufzählung maßgeblicher Anknüpfungssachverhalte handelt, sind auch die mit den genannten Leistungen vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. ambulante onkologische Chemotherapie) zu berücksichtigen. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist somit, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Versicherten nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie in vergleichbaren Fallkonstellationen ursächlich für den Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder sind. Gleiches gilt, wenn sich ein bestehender Bedarf aufgrund einer – bestehenden oder neuen – schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit wesentlich verändert (zur Abgrenzung von Sachverhalten mit dauerhaft bestehendem Hilfebedarf gelten die Ausführungen zu § 37 Abs. 1a SGB V unter Abschnitt 3.2.1 „Versorgungskonstellationen“ entsprechend).

Von § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V umfasste Fallkonstellationen können beispielhaft in folgenden Fällen vorliegen:

- Schwere Erkrankungen:
Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird (z. B. nach Fraktur, Entlastung/Ruhigstellung einer unteren Extremität bei einer Bänderverletzung o. ä., akuter Bandscheibenvorfall)

- Nach Operationen (ambulant oder stationär):
Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Hüftgelenk-Endoprothese bzw. Hüft-Totalendoprothese infolge Oberschenkelhalsfraktur
- Während bzw. nach bestimmten Therapien:
Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Chemo- oder Strahlentherapie (z. B. starke Übelkeit, häufiges Erbrechen, starke Kreislaufprobleme)
- Im Zeitraum zwischen „Krankenhausentlassung“ (= nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig) und „Anschlussrehabilitation“ (= noch nicht rehabilitationsfähig):
Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird, z. B. nach einer Bandscheibenoperation infolge eines Bandscheibenvorfalles oder Paresen der oberen oder unteren Extremitäten nach Schlaganfall.

Diese Aufzählung benennt nur beispielhaft mögliche Konstellationen, bei denen nach einem entsprechend Abschnitt 2.2.1.1 „Versorgungskonstellationen“ eingetretenem Ereignis die hauswirtschaftliche Versorgung sowie ggf. die Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder nicht selbstständig erfolgen kann. Die übrigen Ausführungen unter Abschnitt 2.2.1 „Anspruchsvoraussetzungen“ gelten entsprechend.

2.2.1.2 Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts des Versicherten

Anspruch auf Haushaltshilfe besteht insoweit, wie der Versicherte den Haushalt selbst geführt hat. Der Anspruch ist demnach ausgeschlossen, wenn die wesentlichen Haushaltsarbeiten einschließlich der Beaufsichtigung und Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder durch den Ehe- oder Lebenspartner, einen anderen Angehörigen oder durch Dritte (z. B. eine Hausangestellte) durchgeführt wurden. Kann die Haushaltshilfe ganz oder teilweise von einer im Haushalt des Versicherten lebenden Person durchgeführt werden, entfällt insoweit die Leistungspflicht der Krankenkasse (vgl. § 38 Abs. 3 SGB V). Dies gilt jedoch nicht, wenn die im Haushalt lebende Person teilweise an der Betreuung gehindert ist (z. B. wegen Krankheit oder Alters).

Auf den Grund der Hinderung der im Haushalt lebenden anderen Personen an der Übernahme der Haushaltsführung kommt es nicht an. Dafür können berufliche sowie während der Aus- und Fortbildung auch schulische Verpflichtungen oder auch andere, z. B. körperliche oder altersmäßige Gründe, ausschlaggebend sein (BSG-Urteile vom 28.01.1977 – 5 RKn 32/76 –, vom 13.07.1977 – 3 RK 52/76 – und vom 22.04.1987 – 8 RK 22/85). Dagegen wird an arbeitsfreien Tagen, für Zeiten eines bezahlten Urlaubs, einer Arbeitsunfähigkeit, einer Arbeitslosigkeit, bei witterungsbe-

dingten Arbeitsausfällen oder bei Kurzarbeit ein Hinderungsgrund nicht oder nicht in vollem Umfang vorliegen (BSG-Urteil vom 30.03.1977 – 5 RKn 23/76). Dementsprechend kann beispielsweise Haushaltshilfe zeitweise auch in Betracht kommen, wenn eine im Haushalt lebende arbeitslose andere Person deshalb die Haushaltsführung nicht übernehmen kann, weil sie wegen Vorstellung bei einem neuen Arbeitgeber von zu Hause abwesend sein muss.

Sind die Versicherten noch zu einer teilweisen Haushaltsführung (z. B. Beaufsichtigung der Kinder oder Verrichtung bestimmter Arbeiten) in der Lage, ist eine Haushaltshilfe in entsprechend eingeschränktem Umfang zur Verfügung zu stellen.

Die Versicherten müssen erklären, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

2.2.1.3 Ein im Haushalt lebendes Kind

Der auf bis zu 26 Wochen verlängerte Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V besteht nur, wenn bei deren Beginn ein Kind im Haushalt lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Vollendung des 12. Lebensjahres während der Haushaltshilfe ist unschädlich. Als Kind in diesem Sinne kommt jedes auf Dauer im Haushalt lebende Kind in Betracht ohne Rücksicht darauf, ob es zum Versicherten rechtlich in einer Angehörigenbeziehung steht. Für den Anspruch ist ferner die Art der Versicherung des Kindes unerheblich.

Für Kinder mit Behinderung, die deswegen auf Hilfe angewiesen sind, gibt es keine altersmäßige Begrenzung.

Behindert und auf Hilfe angewiesen sind Kinder, die nicht nur vorübergehend für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Pflege oder Beaufsichtigung bedürfen. Unterdurchschnittliche Begabung, Unkonzentriertheit, Nervosität, Labilität sowie ein Rückstand der geistigen Entwicklung stellen für sich allein keine Behinderung dar (BSG-Urteil vom 31.01.1979 – 11 RA 19/78). Ebenso sind akute Erkrankungen eines Kindes nicht als Behinderung anzusehen. Sie führen nicht zu einer Aufhebung der Altersgrenze.

Die Aufhebung der Altersgrenze gilt für Kinder mit Behinderung, bei denen die Behinderung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei keiner Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie bei Schul- oder Berufsausbildung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten ist.

Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Zugleich muss das Kind mit Behinderung auf Hilfe angewiesen sein. Dies ist gegeben, wenn das Kind bei Verrichtungen des täglichen Lebens objektiv fremder Hilfe bedarf (z. B. bei der Ernährung oder Körperpflege), die über das für das Lebensalter typische Maß hinausgeht. Maßstab ist insofern die Hilfebedürftigkeit eines bis zu 12 Jahre alten Kindes.

Liegt bei dem im Haushalt lebenden Kind eine Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI vor, bedarf es aufgrund des insoweit bestehenden eigenständigen Sozialleistungsanspruchs des Kindes einer einzelfallbezogenen Prüfung des Leistungsanspruchs und – umfanga an Haushaltshilfe unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XI.

2.2.1.4 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Liegt bei dem Versicherten eine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch gem. § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen, da aufgrund des Anspruchs auf hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XI keine Versorgungslücke zu schließen ist.

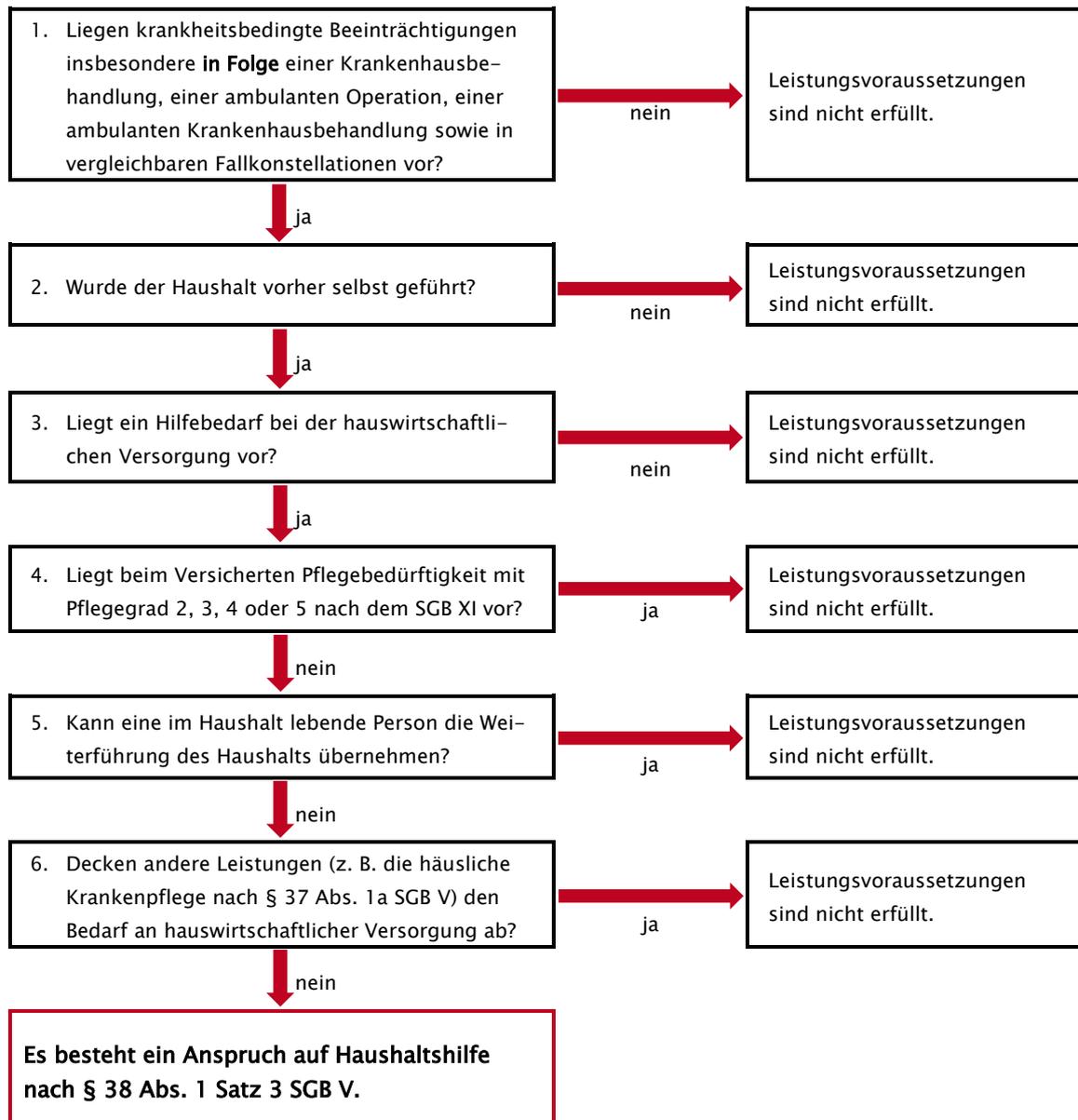
Ggf. kann auch bei Versicherten mit einem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI ein Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V bestehen, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Dabei sind jedoch die Ausführungen der Abschnitte 2.2.1.2 „Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts des Versicherten“, 2.2.1.3 „Ein im Haushalt lebendes Kind“ und 2.2.3.2 „Dauer und Umfang des Anspruchs“ zu beachten. Der Anspruch beschränkt sich in diesem Fall ausschließlich auf die hauswirtschaftliche Versorgung bzw. die Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes.

Wird für den Versicherten rückwirkend das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V erbracht wurden, sind die Ausführungen des Abschnittes 2.2.5.5 „Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB XI“ zu beachten.

2.2.1.5 Fazit

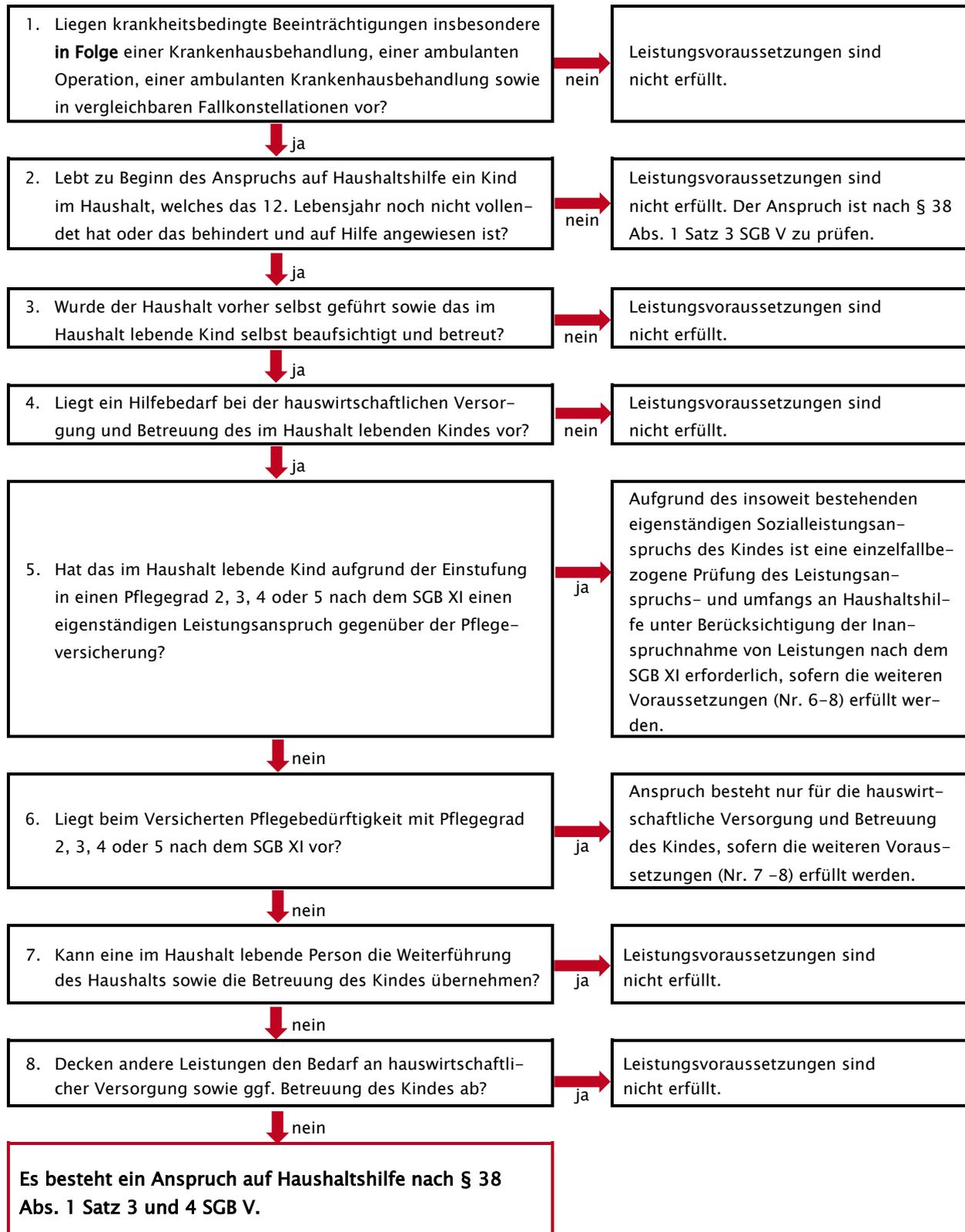
Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Im Ergebnis ist bei einem Antrag auf Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V

Bei einem Antrag auf Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V ist im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018

2.2.2 Inhalt der Leistung

Der Inhalt der "Haushaltshilfe" wird durch § 38 SGB V nicht definiert. Aus der Tatsache, dass die Haushaltshilfe bei krankheitsbedingter Verhinderung der haushaltsführenden Person zur Verfügung zu stellen ist, muss aber geschlossen werden, dass die Hilfe in hauswirtschaftlichen Tätigkeiten besteht. Die Haushaltshilfe umfasst demnach die Dienstleistungen, die zur Weiterführung des Haushalts notwendig sind. Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung). Zudem gehören auch die Betreuung und Beaufsichtigung der im Haushalt lebenden Kinder, soweit dies in Anbetracht des Alters oder des Gesundheitszustandes der Kinder erforderlich ist, zu den Leistungen der Haushaltshilfe.

2.2.3 Leistungsdauer

2.2.3.1 Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe

Der Anspruch auf bzw. der Beginn von Leistungen nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V entsteht grundsätzlich mit dem Tag, an dem aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in vergleichbaren Fallkonstellationen nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder entsteht.

Beispiel 1 – Beginn der Haushaltshilfeleistung

Eine alleinstehende Versicherte, ohne Kinder, erleidet einen Bandscheibenvorfall am 05.04.
Aufgrund dessen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig in der Zeit vom 17.05. bis 27.05.
Ab dem 27.05. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein entsprechender Antrag wird von der Versicherten gestellt. Der Bedarf wird durch eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 2.2.4 „Verfahren“) nachgewiesen.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 27.05. zu gewähren. Der Anspruch besteht längstens bis zum 23.06.

Sofern Versicherte bereits für die Dauer einer nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Behandlung bzw. in vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. Krankenhausbehandlung) einen An-

Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

spruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V haben, beginnt der Anspruch auf Haushaltshilfeleistungen gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V erst ab dem Tag nach dem Ende des Haushaltshilfeanspruchs nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V (z. B. Tag nach der Entlassung aus dem Krankenhaus; s. auch Abschnitt 2.2.5.1 „Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V“).

Beispiel 2 –Wechsel von § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V zu § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V

Ein alleinerziehender Versicherter mit zwei Kindern (8 und 10 Jahre alt) hat sich durch einen Sturz eine schwere Unterschenkelfraktur zugezogen. Er wird sofort ins Krankenhaus aufgenommen und operiert.

Stationäre Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 02.08. bis 09.08.

Die Krankenkasse bewilligt für diese Zeit Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist es dem Versicherten aufgrund der Beeinträchtigungen durch die Unterschenkelfraktur nicht möglich, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie die Betreuung der Kinder eigenständig fortzuführen. Daher stellt der Versicherte erneut einen Antrag auf Haushaltshilfe. Eine entsprechende ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 2.2.4 „Verfahren“) liegt vor.

Lösung:

Der Versicherte hat Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V aufgrund seiner schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 10.08. für längstens 26 Wochen zu gewähren, da bis einschließlich 09.08. Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V besteht.

2.2.3.2 Dauer und Umfang des Anspruchs

Der Anspruch auf die neuen Haushaltshilfeleistungen besteht, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation, nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in einer vergleichbaren Fallkonstellation, nicht möglich ist. Der Anspruch ist darüber hinaus begrenzt auf eine Dauer von 4 Wochen bzw. längstens 26 Wochen, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Da der Gesetzeswortlaut hinsichtlich der zeitlichen Begrenzung keine explizite Regelung – anders als bei § 37 Abs. 1a SGB V mit grds. 4 Wochen je Krankheitsfall und § 39c SGB V mit 8 Wochen je Kalenderjahr – enthält, woran der Anspruchszeitraum festzumachen ist, ist insoweit auf die anspruchsauslösende Versorgungskonstellation nach Abschnitt 2.2.1.1 „Versorgungskonstellationen“ abzustellen. D.h., dass bei einem maßgeblichen Unterstützungsbedarf in Folge einer schweren Krankheit

Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018

Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

oder wegen einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit, z. B. nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung, für den Zeitraum des durchgehend bestehenden Unterstützungsbedarfs ein Anspruch auf Haushaltshilfe für längstens 4 bzw. 26 Wochen besteht. In den Fällen, in denen eine schwere Krankheit wieder auflebt, besteht demnach ein neuer Anspruch auf Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V, sofern die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel 3 – Dauer der Haushaltshilfe 1

Eine alleinstehende Versicherte, ohne Kinder, befindet sich bis 19.08. wegen einer schweren Erkrankung in stationärer Krankenhausbehandlung. Ab dem 19.08. hat sie einen Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein entsprechender Antrag wird von der Versicherten gestellt. Der Bedarf wird durch eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 2.2.4 „Verfahren“) für 4 Wochen nachgewiesen.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 19.08. für längstens 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 15.09.

Weder der Gesetzeswortlaut noch die Gesetzesmaterialien lassen zweifelsfrei erkennen, wie in Fallgestaltungen der Leistungsunterbrechung der Haushaltshilfe mit dem auf 4 bzw. 26 Wochen begrenzten Anspruch umzugehen ist. Der Hinweis in der Gesetzesbegründung auf eine moderate Leistungserweiterung lässt darauf schließen, dass der Leistungsanspruch unabhängig von der Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungstage generell auf einen Zeitraum von 4 bzw. 26 Wochen ab dem auslösenden Ereignis begrenzt ist. Hierfür spricht auch, dass in anderen Rechtsvorschriften des SGB V, in denen der Leistungsanspruch auf eine bestimmte Anzahl von Leistungstagen begrenzt ist, diese Begrenzung unmittelbar in dem Gesetzeswortlaut angeführt wird (vgl. Regelung zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V).

Beispiel 4 – Dauer der Haushaltshilfe 2

Eine verheiratete Versicherte muss aufgrund einer schweren Erkrankung bis zum 27.05. zur stationären Behandlung ins Krankenhaus.

Ab dem 27.05. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein entsprechender Antrag wird von der Versicherten gestellt. Der Bedarf wird durch eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 2.2.4 „Verfahren“) nachgewiesen. Der Unterstützungsbedarf kann tageweise durch den im Haushalt lebenden Ehemann sichergestellt werden.

Lösung:

Im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe für längstens 4 Wochen (bis 23.06.). Dabei ist unerheblich, dass die Versorgung nicht durchgängig über die Haushaltshilfe sichergestellt werden muss.

Sofern dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts bzw. die Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes aufgrund durchgehender krankheitsbedingter Beeinträchtigungen in Folge einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit nicht im vollem Umfang eigenständig möglich ist und ein Unterstützungsbedarf durchgängig nur für bestimmte hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. Einkaufen) bzw. Betreuungsleistungen des Kindes (z. B. das Hinbringen und Abholen des Kindes zur Kindertagesstätte) vorliegt, besteht der Leistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V dennoch durchweg für bis zu 4 bzw. 26 Wochen.

Beispiel 5 – Dauer der Haushaltshilfe bei einem tageweisen Leistungsbedarf

Ein alleinstehender Versicherter befand sich aufgrund einer schweren Erkrankung in stationärer Krankenhausbehandlung. Am 20.09. wird der Versicherte in die Häuslichkeit entlassen. Aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen kann der Versicherte nicht alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten übernehmen, so kann er z. B. nicht selbst den Einkauf bzw. Besorgungen aus der Apotheke erledigen. Ein Antrag mit einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 2.2.4 „Verfahren“) wird gestellt. Danach benötigt der Versicherte voraussichtlich 2x wöchentlich für diese Leistungen eine Haushaltshilfe.

Lösung:

Ab dem 20.09. besteht durchgängig für bis zu 4 Wochen (längstens bis 17.10.) ein Anspruch auf Haushaltshilfe, die jedoch auf den notwendigen Umfang (2x wöchentlich) zu beschränken ist.

Kommt es bei länger andauernden Erkrankungen, z. B. bedingt durch die Behandlung, zu einer akuten Verschlimmerung der Erkrankung, haben Versicherte mit jeder akuten Verschlimmerung der Erkrankung einen neuen Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V, sofern sie die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Liegt nur ein kurzfristiger Unterstützungsbedarf bei der Weiterführung des Haushalts sowie ggf. der Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes vor, ist die Anspruchsdauer entsprechend anzupassen.

Beispiel 6 – Dauer der Haushaltshilfe mit akuter Verschlimmerung

Eine alleinerziehende Versicherte erhält ab dem 04.07. 2x wöchentlich eine Chemotherapie über 6 Monate. Nach jeder Chemotherapiebehandlung verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Versicherten aufgrund schwerer Nebenwirkungen derart, dass sie jeweils für den restlichen Tag nach der Behandlung nicht in der Lage ist, ihren Haushalt sowie die Betreuung ihres Kindes (9 Jahre) zu übernehmen. Sie beantragt daher eine Haushaltshilfe je-

weils für den Rest des Tages nach der Chemotherapie, somit für 2 Tage in der Woche. Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 2.2.4 „Verfahren“) bestätigt den Unterstützungsbedarf.

Lösung:

Nach jeder Chemotherapiebehandlung liegt bei der Versicherten eine akute Verschlimmerung ihrer Erkrankung aufgrund der schweren Nebenwirkungen in Folge der Chemotherapie vor. Grundsätzlich wird daher nach jeder Chemotherapiebehandlung ein neuer Anspruch auf Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V ausgelöst.

Wenn eine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt nur weiterführen kann, indem sie unbezahlten Urlaub nimmt, kann ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V bestehen. Danach ist der (Netto-)Verdienstaufschlag zu erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Beispiel 7 – Dauer der Haushaltshilfe bei unbezahltem Urlaub des Ehegatten

Selbe Situation wie im Beispiel 4.

Im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausentlassung kann die Versorgung der Versicherten grundsätzlich nicht sichergestellt werden. Der Ehemann nimmt jedoch vom 27.05. bis 30.05. unbezahlten Urlaub, um den Haushalt weiterzuführen. Danach befindet sich dieser für mehrere Wochen auf Dienstreise.

Lösung:

Der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V besteht für längstens 4 Wochen ab dem 27.05.

Da der Ehemann den Haushalt in der Zeit vom 27.05. bis 30.05. nur aufgrund seines unbezahlten Urlaubs weiterführen kann, besteht in dieser Zeit ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. Abs. 4 Satz 2 SGB V. Erstattungsfähig ist sein ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten.

Sind die Versicherten noch zu einer teilweisen Haushaltsführung (z. B. Beaufsichtigung der im Haushalt lebenden Kinder oder Verrichtung bestimmter Arbeiten) in der Lage, ist eine Haushaltshilfe in entsprechend eingeschränktem Umfang zur Verfügung zu stellen. Diese Leistungstage sind als volle Anspruchstage anzurechnen.

2.2.4 Verfahren

Die Haushaltshilfe ist grundsätzlich vor ihrer Inanspruchnahme durch die Versicherten bei der Krankenkasse zu beantragen. Dem Antrag ist eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beizu-

fügen. Darin sollten Angaben über den Grund der Haushaltshilfe (Diagnose), den täglichen Umfang sowie die voraussichtliche Dauer des Unterstützungsbedarfs enthalten sein. Außerdem soll der Arzt angeben, ab wann der Unterstützungsbedarf besteht und welche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen vorliegen.

2.2.5 Abgrenzung zu anderen Leistungen

2.2.5.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen

- einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
- einer medizinischen Vorsorgeleistung (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V),
- einer medizinischen Vorsorgeleistung für Mütter oder Väter (§ 24 SGB V),
- häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) oder
- einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Mütter oder Väter (§ 41 SGB V)

nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe kann in diesen Fällen nur beansprucht werden, wenn bei deren Beginn ein Kind im Haushalt lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist (§ 38 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Sofern Versicherte gleichzeitig an einer schweren Erkrankung bzw. einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit leiden, ist der Anspruch auf Leistungen gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V für die Dauer der o.g. Behandlungen ausgeschlossen und der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V zu gewähren (s. hierzu auch Abschnitt 2.2.3.1 „Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe“).

2.2.5.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

Besteht ein Bedarf auf hauswirtschaftliche Versorgung sowie auf Grundpflege, sind Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V regelmäßig nicht ausreichend. Daher ist ein Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 1a SGB V (s. Abschnitt 3 „Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V“) zu prüfen.

Sofern der Versicherte einen Antrag auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V stellt, jedoch ausschließlich einen Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung sowie ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder hat, sind Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3

Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

bzw. 4 SGB V ausreichend. In einschlägigen Fallkonstellationen sollten dem Versicherten daher die entsprechenden Leistungen der Haushaltshilfe angeboten werden.

Haben Versicherte einen Bedarf an Grundpflege sowie an hauswirtschaftlicher Versorgung und können daher die Versorgung und Betreuung eines im Haushalt lebenden Kindes nicht eigenständig sicherstellen, besteht neben dem ausschließlich auf die grundpflegerische Versorgung des Versicherten ausgerichteten Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V auch ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V, um die hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten sowie die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung des Kindes abzudecken.

Sofern keine Kinder im Haushalt leben und der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V ausgeschöpft ist, führt dies nicht zu einem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

2.2.5.3 Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Versicherte können gleichzeitig einen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V und aufgrund ihrer Abwesenheit während dieser Leistung auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V haben, wenn im Haushalt ein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist (s. hierzu auch Abschnitt 2.2.1.3 „Ein im Haushalt lebendes Kind“).

Der Anspruch besteht nur, soweit auch eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann (vgl. § 38 Abs. 3 SGB V).

Leben keine Kinder im Haushalt und ist der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege ausgeschöpft (vgl. Abschnitt 4.4 „Leistungsdauer und -höhe“), führt dies nicht zu einem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

2.2.5.4 Anspruch auf Haushaltshilfe während Leistungen anderer Sozialversicherungsträger

Haushaltshilfe wird als ergänzende Nebenleistungen zu Leistungen der Krankenkassen erbracht. Daher besteht für die Zeiten, in denen andere Sozialversicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung) Leistungen gewähren (z. B. Anschlussrehabilitation) kein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V. Für den Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe sind während dieser Zeiten ausschließlich die Regelungen des leistungserbringenden Sozialversicherungsträgers ausschlaggebend. Wird danach kein Anspruch auf Haushaltshilfe gewährt, besteht auch keine Leistungspflicht der GKV.

Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V besteht ggf. vor bzw. nach der Leistung des anderen Sozialversicherungsträgers, sofern die Voraussetzungen der Abschnitte 2.2.1 „Anspruchsvoraussetzungen“, 2.2.3.1 „Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe“ sowie 2.2.3.2 „Dauer und Umfang des Anspruchs“ erfüllt sind. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn Versicherte aufgrund eines im Haushalt lebenden Kindes einen Höchstanspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe bis zu 26 Wochen haben.

2.2.5.5 Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB XI

In dem Abschnitt 2.2.1.4 „Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ ist eine Sachverhaltskonstellation dargestellt, in der wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI bei den Versicherten ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V ausgeschlossen ist. Wird in diesen Fallkonstellationen das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI rückwirkend für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem Pflegebedürftigkeit gemäß dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt, der Anspruch auf Leistungen nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V. In diesen Fällen ist durch die Krankenkassen ein Erstattungsanspruch nach § 102ff. SGB X zu prüfen. Beim Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 gemäß SGB XI bei einem im Haushalt lebenden Kind vgl. Abschnitt 2.2.1.3.

2.2.5.6 Haushaltshilfe im Zusammenhang mit stationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Die Erweiterung des Anspruchs auf Haushaltshilfe durch die Regelung des § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V hat die Frage aufgeworfen, ob und ggf. nach welcher Rechtsvorschrift ein Anspruch auf Haushaltshilfe in Fallgestaltungen besteht, in denen die haushaltsführende Person sich in stationäre Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V begeben muss. § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthält eine abschließende Aufzählung von Fallkonstellationen, in denen Haushaltshilfeleistungen als ergänzende Leistung zur Verfügung zu stellen sind. Es ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber dabei bewusst die stationäre Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V nicht aufgeführt hat. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, analog der Fallgestaltungen der stationären Versorgung in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie in Krankenhäusern auch bei stationärer Hospizversorgung einen Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V einzuräumen.

2.3 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V

Aufgrund der Erweiterung des Leistungsanspruchs mit § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V werden durch die Änderungen in § 38 Abs. 2 SGB V die Satzungsleistungen der Krankenkassen wieder in deren Ermessen gestellt.

Danach können Krankenkassen in anderen als den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen Haushaltshilfe erbringen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Die Krankenkassen können dabei auch Dauer und Umfang der Leistung bestimmen.

Näheres zu Anspruchsvoraussetzungen, Inhalt der Leistungen, Dauer und Umfang des Anspruchs sowie zum Verfahren regelt die jeweilige Krankenkasse.

3. Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

§ 37 SGB V

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) – (2a) ...

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) ...

3.1 Allgemeines

Versicherte haben nach den näheren Bestimmungen des § 37 SGB V Anspruch auf häusliche Krankenpflege.

Die häusliche Krankenpflege umfasst

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege),
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
- Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung) (vgl. § 2 Abs. 1 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie)).

Die häusliche Krankenpflege wird auf der Grundlage unterschiedlicher Rechtsgrundlagen gewährt. Je nach Rechtsgrundlage der häuslichen Krankenpflege besteht ein unterschiedlicher Anspruch auf die Leistungen der Behandlungspflege, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung:

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungs- und -verkürzungspflege):

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V beinhaltet Leistungen der Behandlungspflege, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch auf die Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht nur in Verbindung mit Leistungen der Behandlungspflege. Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V kommt in Betracht, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist (1. Alternative), oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (2. Alternative). Die erste Alternative erfasst Fälle, in denen die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich ist und deshalb rechtlich auch ein Anspruch auf stationäre Versorgung in einem Krankenhaus nach § 39 Abs. 1 SGB V besteht, dieser Anspruch aber aus tatsächlichen Gründen, z. B. wegen Bettenmangels, nicht erfüllt werden kann. In solchen Fällen ist die Versorgung durch eine ambulante Behandlung und häusliche Krankenpflege aus medizinischer Sicht zwar nicht ausreichend und die weniger zweckmäßige und geeignete Form der Versorgung. Da es sich jedoch um einen auf andere Weise nicht behebbaren Mangel in einer Notfallsituation handelt, wollte der Gesetzgeber eine Rechtsgrundlage zur Gewährung dieser "notdürftigen", medizinisch nicht ausreichenden und nur für eine Über-

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

gangszeit akzeptablen Versorgung schaffen (vgl. BSG – Urteil vom 28.01.1999 – B 3 KR 4/98; Rz. 17).

Im Rahmen der zweiten Alternative soll es dem Versicherten ermöglicht werden, frühzeitig in den häuslichen Bereich zurückzukehren (oder diesen gar nicht erst zu verlassen). Ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 36 Abs. 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsreform-Gesetzes – GRG sollte dem Versicherten somit ein Anreiz gegeben werden, „die teure Krankenhausbehandlung soweit wie möglich abzukürzen oder zu vermeiden“ (vgl. BT.-Dr. 11/2237 vom 03.05.1988, S. 176). Die häusliche Krankenpflege (2. Alternative) kommt demnach in Betracht, wenn Krankenhausbehandlung medizinisch nicht (mehr) zweifelsfrei geboten ist und eine ambulante Behandlung vielmehr auch (noch oder nunmehr) vertretbar erscheint. Dies trifft nur auf akute Behandlungsfälle zu, nicht aber in Fällen einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit (vgl. BSG-Urteil vom 28.01.1999 – B 3 KR 4/98; Rz. 19).

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Unterstützungspflege):

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V beinhaltet ausschließlich Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V besteht, wenn Versicherte wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Bedarf für eine grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI darf nicht vorliegen (vgl. Abschnitt 3.2 „Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V“).

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V (Sicherungspflege):

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V kann verordnet werden, wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann (vgl. § 2b Abs. 1 der HKP-Richtlinie). Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V beinhaltet grundsätzlich nur die Leistungen der Behandlungspflege. Ein Anspruch auf Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht nur, wenn die Satzung der jeweiligen Krankenkasse dies vorsieht. Zudem können Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nur zur Ergänzung eines bestehenden Bedarfs an Behandlungspflege erbracht werden. Eine eigenständige Erbringung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V ist nicht möglich. Sofern Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach den §§ 14 und 15 SGB XI eintritt, ist die Erbringung von Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung über § 37 Abs. 2 SGB V nicht zulässig.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege müssen ärztlich verordnet werden. Als weitere Voraussetzung gilt, dass der Patient die notwendigen Pflegemaßnahmen nicht selbst leisten kann, aber auch keine andere im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

Das Nähere zur Verordnung und zum Leistungsanspruch von häuslicher Krankenpflege sowie zur Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten und Krankenkassen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der HKP-Richtlinie. Der Richtlinie ist ein Leistungsverzeichnis über die verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege beige-fügt.

3.2 Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V

3.2.1 Versorgungskonstellationen

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V besteht, wenn Versicherte wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Bedarf für eine grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Durch den neuen Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege soll ausweislich der Gesetzesbegründung dem Versorgungsproblem Rechnung getragen werden, dass Versicherte in den vorgenannten Fallkonstellationen einen Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben können, der durch die bisherigen Leistungsansprüche der häuslichen Krankenpflege nicht gedeckt wurde, da die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V nur in Verbindung mit medizinischer Behandlungspflege erbracht werden konnte und der Anspruch zudem im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V von einer entsprechenden Satzungsregelung der Krankenkasse abhängig war (vgl. Abschnitt 3.1 „Allgemeines“).

Die Eingangsvoraussetzungen für Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V „wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit“ werden weder in der gesetzlichen Vorschrift noch in der Gesetzesbegründung näher konkretisiert. Nach der aktuellen Fassung der HKP-Richtlinie (Fassung vom 21.12.2017) sind die Anforderungen an die Krankheit nicht isoliert, sondern nur in einer Gesamtbetrachtung mit den weiteren gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu bewerten. Danach kann der Leistungsanspruch gegeben sein, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht. Da es sich insoweit um keine abschließende Aufzählung maßgeblicher Anknüpfungssachverhalte handelt, sind auch die mit den genannten Leistungen

vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. ambulante onkologische Chemotherapie) zu berücksichtigen. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist somit, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Versicherten nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie in vergleichbaren Fallkonstellationen ursächlich für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sind. Gleiches gilt, wenn sich ein bestehender Bedarf aufgrund einer – bestehenden oder neuen – schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit wesentlich verändert. Hat der Versicherte auch unabhängig von der akuten Versorgungssituation einen dauerhaften Versorgungsbedarf im Bereich der grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung, der durch die z. B. Krankenhausbehandlung oder ambulante Operation nicht wesentlich für einen vorübergehenden Zeitraum verändert wird, besteht kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V. Für eine solche Rechtsauslegung spricht auch die Darstellung in der Gesetzesbegründung, wonach der Bedarf auf körperlichen Beeinträchtigungen der Versicherten wegen der anspruchsauslösenden akuten Ereignisse beruhen muss. Bedarfe im Hinblick auf kognitive Beeinträchtigungen, die regelhaft auch losgelöst von z. B. Krankenhausbehandlung, ambulanter Operation oder ambulanter Krankenhausbehandlung bestehen können, würden durch den erweiterten Leistungsanspruch grundsätzlich nicht erfasst. Mit der Erweiterung wären keine Leistungverschiebungen bezüglich der sozialen Pflegeversicherung oder der Eingliederungshilfe verbunden.

Von § 37 Abs. 1a SGB V umfasste Fallkonstellationen können insbesondere in folgenden Fällen vorliegen:

- Schwere Erkrankungen:
Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird (z. B. nach Fraktur, Entlastung/Ruhigstellung einer unteren Extremität bei einer Bänderverletzung o. ä., akuter Bandscheibenvorfall)
- Nach Operationen (ambulant oder stationär):
Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Hüftgelenk-Endoprothese bzw. Hüft-Totalendoprothese infolge Oberschenkelhalsfraktur
- Während bzw. nach bestimmten Therapien:
Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Chemo- oder Strahlentherapie (z. B. starke Übelkeit, häufiges Erbrechen, starke Kreislaufprobleme)
- Im Zeitraum zwischen „Krankenhausentlassung“ (= nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig) und „Anschlussrehabilitation“ (= noch nicht rehabilitationsfähig):
Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird z. B. nach einer Bandscheibenoperation infolge eines

Bandscheibenvorfalls oder Parese der oberen oder unteren Extremitäten nach Schlaganfall.

Diese Aufzählung benennt nur beispielhaft mögliche Konstellationen, bei denen nach einem entsprechend Abschnitt 3.2.1 „Versorgungskonstellationen“ eingetretenem Ereignis die notwendige grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung nicht selbstständig erfolgen kann. Die übrigen Ausführungen unter Abschnitt 3.2 „Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V“ gelten entsprechend.

3.2.2 Im Haushalt lebende Person

Auch bei der Regelung des § 37 Abs. 1a SGB V gelten die Grundvoraussetzungen des § 37 Abs. 3 SGB V. In Bezug auf die Anwendung dieser Regelung ist zu berücksichtigen, dass es in Fallkonstellationen nach § 37 Abs. 1a SGB V in Abweichung zu den Fällen nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V ausschließlich um die Beurteilung geht, ob im Haushalt lebende Personen grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen können und der Beurteilungsmaßstab insoweit verändert ist, als dass an behandlungspflegerische Leistungen grundsätzlich ein anderer Maßstab anzulegen sein dürfte. Dabei kann insbesondere bei Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung grundsätzlich unterstellt werden, dass sie zumutbar sind.

3.2.3 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Liegt Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch ausgeschlossen. Zur Auslegung der unterschiedlichen Gesetzeswortlaute in §§ 37 Abs. 1a und 39c SGB V siehe Abschnitt 4.2.3 „Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“.

Wird rückwirkend beim Versicherten das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem Pflegebedürftigkeit gemäß den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt, der Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V. Für den zurückliegenden Zeitraum, in dem entsprechende Leistungen bereits gewährt wurden, ist durch die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch nach § 102ff. SGB X zu prüfen.

3.2.4 Geeignete Orte

Die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V können an geeigneten Orten im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V erbracht werden. Demnach gelten auch für diese Leistungen die Vorgaben des G-BA nach § 1 Abs. 2 der HKP-Richtlinie. Danach besteht ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich die oder der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

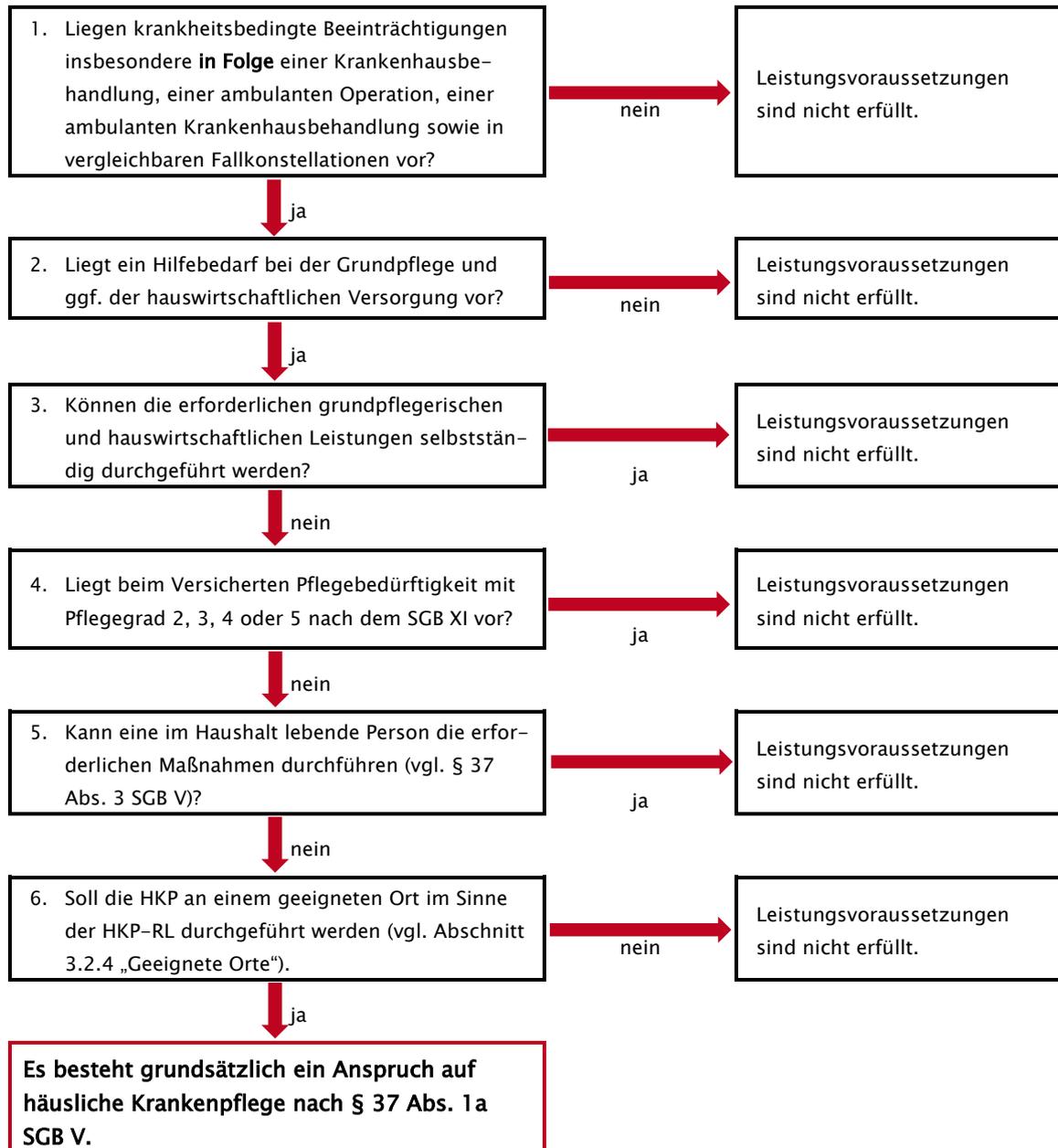
- die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und
- für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung),

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.

Grundsätzlich sind auch zugelassene Einrichtungen der Kurzzeitpflege nach § 1 Abs. 2 Satz 4 der HKP-Richtlinie geeignete Orte zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege. Nach § 2c Abs. 2 der HKP-Richtlinie können Leistungen der Unterstützungspflege gemäß § 37 Abs. 2a SGB V nicht in Einrichtungen der Kurzzeitpflege erbracht werden, da in Einrichtungen der Kurzzeitpflege grundsätzlich insoweit ein Anspruch nach § 39c SGB V besteht.

3.2.5 Fazit

Im Ergebnis ist bei einem Antrag auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



3.3 Leistungsinhalt

Der Leistungsumfang nach § 37 Abs. 1a SGB V entspricht ausweislich der Gesetzesbegründung der bisherigen GKV-Systematik zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung. Hierbei ist auf die HKP-Richtlinie abzustellen.

Gegenstand der Grundpflege sind Grundverrichtungen des täglichen Lebens. Dazu gehören insbesondere die Verrichtungen Ausscheiden, Ernährung und Körperpflege (vgl. die Nr. 1–4 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie).

Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung) (vgl. die Nr. 5 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie).

Leistungen der Behandlungspflege können nicht auf der Grundlage des § 37 Abs. 1a SGB V verordnet werden. Was unter Behandlungspflege zu verstehen ist, wird im Gesetz nicht definiert. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gehören zur Behandlungspflege alle Pflegemaßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (vgl. beispielhaft BSG-Urteil vom 13.06.2006 – B 8 KN 4/04 KR R). Hierzu gehören die Leistungen der Nummern 6 – 31 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie.

3.4 Leistungsdauer

3.4.1 Beginn der Leistung

Der Anspruch auf bzw. der Beginn von Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V entsteht grundsätzlich mit dem Tag, an dem aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in vergleichbaren Fallkonstellationen nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung entsteht.

Beispiel 8 – Beginn der häuslichen Krankenpflege

Eine alleinstehende Versicherte erlitt einen schweren Sturz	
am	05.06.
Aufgrund dessen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung	
notwendig in der Zeit vom	05.06. bis 30.06.

Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018

Am 30.06. wird die Versicherte in die Häuslichkeit entlassen. Aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen ist es der Versicherten nicht möglich, die Verrichtungen der Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung selbstständig durchzuführen. Das Krankenhaus verordnet im Rahmen des Entlassmanagements häusliche Krankenpflege.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 30.06. zu gewähren.

3.4.2 Dauer der Leistung

Zur Leistungsdauer besteht eine Analogie zur Krankenhausvermeidungs- bzw. -verkürzungs-pflege nach § 37 Abs. 1 SGB V. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V besteht daher bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. Ein neuer Krankheitsfall in diesem Sinne liegt insbesondere vor, wenn sich aufgrund einer neu aufgetretenen schweren Krankheit oder bei einer akuten Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit die Notwendigkeit einer – ggf. auch wiederholten – Krankenhausbehandlung, ambulanten Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung bzw. vergleichbaren Behandlung ergibt. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der MDK festgestellt hat, dass dies erforderlich ist (vgl. § 5 Abs. 3 der HKP-Richtlinie).

Beispiel 9 – Dauer der häuslichen Krankenpflege 1

Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung am 05.06.
Ab dem 05.06. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine entsprechende ärztliche Verordnung liegt vor.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V für grundsätzlich vier Wochen aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 05.06. daher grundsätzlich für 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 02.07. Soweit nach dem 02.07. noch weiterhin Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sind, kann ein längerer Zeitraum nach Einschaltung des MDK durch die Krankenkasse bewilligt werden.

Beispiel 10 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – Fortsetzung Beispiel 9

Fortgesetztes Beispiel:

Aufgrund einer Wundinfektion an der Operationsnarbe muss die Versicherte am 10.06. er-

neut stationär aufgenommen werden und wird am 15.06. entlassen. Ab dem 15.06. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine entsprechende ärztliche Verordnung liegt vor.

Lösung:

Die erneute Krankenhausbehandlung gilt als neuer Krankheitsfall im Sinne des § 37 Abs. 1a SGB V. Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V für grundsätzlich vier Wochen aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 15.06. daher grundsätzlich für 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 12.07.

Bei länger andauernden Erkrankungen ist es möglich, dass aufgrund einer akuten Verschlimmerung der Erkrankung nur ein tageweiser Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung entsteht. In diesen Fällen liegt grundsätzlich bei jeder akuten Verschlimmerung der Erkrankung ein neuer Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V vor (Beispiel Chemotherapie). Dies gilt jedoch nicht, sofern die krankheitsbedingte Beeinträchtigung durchgängig vorliegt und die häusliche Krankenpflege nur tageweise in Anspruch genommen wird (vgl. hierzu Beispiel 12 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – tagesweise Inanspruchnahme).

Beispiel 11 – Anspruch bei Chemotherapie

Ein Versicherter erhält ab dem 04.07. 2x wöchentlich eine Chemotherapie über 6 Monate. Nach jeder Chemotherapiebehandlung verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Versicherten aufgrund schwerer Nebenwirkungen derart, dass er jeweils für den restlichen Tag Unterstützung bei der Grundpflege und ggf. der hauswirtschaftlichen Versorgung bedarf. Der Arzt verordnet daher häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V jeweils für den Rest des Tages nach der Chemotherapie, somit an 2 Tagen in der Woche.

Lösung:

Nach jeder Chemotherapiebehandlung liegt bei dem Versicherten eine akute Verschlimmerung seiner Erkrankung aufgrund der schweren Nebenwirkungen in Folge der Chemotherapie vor. Grundsätzlich löst daher jede Chemotherapiebehandlung einen neuen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1a SGB V aus. Die übrigen Voraussetzungen müssen vorliegen (vgl. insbesondere Abschnitt 3.2.2 „Im Haushalt lebende Person“).

Der Anspruchszeitraum von grundsätzlich bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall gemäß § 37 Abs. 1a Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V gilt unabhängig vom tageweisen Bedarf an häuslicher Krankenpflege. Sofern dem Versicherten die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung aufgrund durchgehender krankheitsbedingter Beeinträchtigungen in Folge einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit nicht im vollem Umfang eigenstän-

Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege in der Fassung vom 21.03.2018

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

dig möglich ist und demnach ein Unterstützungsbedarf nur für bestimmte Tage besteht, besteht der Leistungsanspruch dennoch grundsätzlich bis zu 4 Wochen.

Beispiel 12 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – tagesweise Inanspruchnahme

Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung am 01.02.
Der Versicherte hat aufgrund einer Beinfraktur ab dem 01.02. Unterstützungsbedarf 2x die Woche im Rahmen des Badens. Eine entsprechende ärztliche Verordnung liegt vor.

Lösung:

Der Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V für grundsätzlich bis zu vier Wochen aufgrund seiner schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 01.02. daher grundsätzlich für 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 28.02.

3.5 Verfahren

Leistungen der häuslichen Krankenpflege setzen nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 SGB V eine vertragsärztliche Verordnung voraus. Dies gilt auch für die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V. Aus der Verordnung muss die Notwendigkeit der Maßnahmen hervorgehen. Das Ordnungsformular zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Muster 12) sieht eine entsprechende Verordnungsmöglichkeit der Unterstützungspflege durch ein eigenständiges Ankreuzfeld vor.

3.6 Abgrenzung zu anderen Leistungen

3.6.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V setzt nach § 2c Abs. 2 der HKP-Richtlinie voraus, dass Versicherte mindestens einen grundpflegerischen und ggf. zusätzlich einen hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf haben. Stellen Versicherte, die ausschließlich einen Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung sowie ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder haben, einen Antrag auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V, sollten ggf. Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V angeboten werden. Ein erschöpfter Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V führt nicht zu einem Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V.

Haben Versicherte einen Bedarf an Grundpflege sowie an hauswirtschaftlicher Versorgung und können sie daher die Versorgung und Betreuung eines im Haushalt lebenden Kindes nicht eigenständig sicherstellen, ist der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V auf Leistungen der Grundpflege beschränkt. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V (hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten und Sicherstellung der Versorgung und Betreuung des Kindes).

3.6.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V

Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V beinhalten insbesondere Leistungen der Behandlungspflege. Sie werden verordnet, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich sind. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V beinhalten nur die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V können nach § 3 Abs. 7 der HKP-Richtlinie grundsätzlich parallel zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V verordnet werden, wenn neben dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch ein Bedarf an Behandlungspflege besteht.

3.6.3 Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V (s. Abschnitt 4 „Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V“) setzt voraus, dass Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen. Von daher bildet der Anspruch auf Kurzzeitpflege in der Versorgungskaskade nach dem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V sowie dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V den weitestgehenden Anspruch. Ist der Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege ausgeschöpft, so besteht kein Anspruch darauf, die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen über Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V sicherzustellen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte in der Einrichtung verbleibt (vgl. Abschnitt 3.2.4 „Geeignete Orte“).

4. Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

§ 39c SGB V

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2018 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Einführung eines Anspruchs auf Leistungen nach dieser Vorschrift wiedergegeben werden.

§ 132h SGB V

Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Einrichtungen Verträge über die Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 39c schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

4.1 Allgemeines

Mit dem Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege wurde ein völlig neuer Leistungsanspruch im SGB V geschaffen, der ergänzend zu den erweiterten Leistungsansprüchen nach den §§ 37 Abs. 1a und 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V sicherstellt, dass Versicherte, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen im Bereich der Grundpflege und Hauswirtschaft Unterstützung benötigen, übergangsweise eine entsprechende Versorgung unter stationären Bedingungen in einer Einrichtung nach § 132h SGB V erhalten können. Die Regelung folgt der Konstruktion der Kurzzeitpflege im Bereich des SGB XI. Demnach handelt es sich bei der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V um einen Teilleistungsanspruch. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist eine finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten in diesem Bereich sachgerecht. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Hierzu können nach § 132h SGB V Verträge geschlossen werden, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

4.2 Anspruchsvoraussetzungen

4.2.1 Versorgungskonstellation

Die im Gesetz genannten Eingangsvoraussetzungen für Leistungen nach § 39c SGB V „wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit“ werden weder in der gesetzlichen Vorschrift noch in der Gesetzesbegründung näher konkretisiert. Es ist deshalb davon auszugehen, dass diese Anforderungen an die Krankheit nicht isoliert, sondern nur in einer Gesamtbetrachtung mit den weiteren gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu bewerten sind. Danach kann der Leistungsanspruch gegeben sein, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein auch unter Hinzuziehung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht. Da es sich insoweit um keine abschließende Aufzählung maßgeblicher Anknüpfungssachverhalte handelt, sind auch die mit den genannten Leistungen vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. ambulante onkologische Chemotherapie) zu berücksichtigen. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist somit, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Versicherten nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie in vergleichbaren Fallkonstellationen ursächlich für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sind. Gleiches gilt, wenn sich ein bestehender Bedarf aufgrund einer – bestehenden oder neuen – schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit wesentlich verändert (zur Abgrenzung von Sachverhalten mit dauerhaft bestehendem Hilfebedarf gelten die Ausführungen unter Abschnitt 3.2.1 „Versorgungskonstellationen“ zu § 37 Abs. 1a SGB V entsprechend).

Die Kurzzeitpflege soll ausweislich der Gesetzesbegründung nur in Betracht kommen, wenn andere Leistungsansprüche den **speziellen Bedarf** der Versicherten bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht im erforderlichen Maße abdecken. Ein spezieller Bedarf der Versicherten nach § 39c SGB V wird insbesondere dann vorliegen, wenn die Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich insbesondere auch unter Berücksichtigung des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen, weil der Versorgungsbedarf rund um die Uhr – auch nachts – besteht oder unvorhersehbar zu jeder Tages- oder Nachtzeit eintreten kann und deshalb die Versorgung mangels ergänzender Unterstützung im persönlichen Umfeld des Versicherten nur im stationären Kontext ausreichend sichergestellt werden kann.

4.2.2 Im Haushalt lebende Person

Ausweislich des Gesetzeswortlauts kommt die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V nur in Betracht, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Da die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nur gewährt werden können, wenn keine im Haushalt lebende Person die Leistungen erbringen kann, ist der Grundsatz der Subsidiarität des Leistungsanspruchs gegenüber der Versorgung und Betreuung durch im Haushalt lebende Personen (§ 37 Abs. 3 SGB V) unmittelbar auch für den Bereich der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V anzuwenden (vgl. Abschnitt 3.2.2 „Im Haushalt lebende Person“ zu § 37 Abs. 1a SGB V).

4.2.3 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Liegt Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch ausgeschlossen.

Es gibt keine Hinweise darauf, dass die unterschiedlichen Formulierungen in § 37 Abs. 1a SGB V „soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt“ und in § 39c Satz 1 SGB V „wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist“ bewusst gewählt wurden, um einerseits bereits beim faktischen Vorliegen der maßgeblichen Anspruchsvoraussetzungen des SGB XI und andererseits erst bei dessen Feststellung im förmlichen Verwaltungsverfahren den Leistungsausschluss zu bewirken. Aus den Gesetzesmaterialien insgesamt ist erkennbar, dass der Gesetzgeber die Leistungsansprüche nach § 37 Abs. 1a SGB V sowie § 39c SGB V einheitlich für die Fallgestaltungen ausschließen wollte, in denen ein Anspruch auf Leistungen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung nach dem SGB XI tatsächlich besteht und demnach die zur Anspruchsrealisierung erforderliche Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 erfolgt ist.

Wird rückwirkend beim Versicherten das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt, der Anspruch auf Leistungen nach § 39c SGB V. Für den zurückliegenden Zeitraum, in dem entsprechende Leistungen bereits gewährt wurden, ist durch die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch nach § 102ff. SGB X zu prüfen.

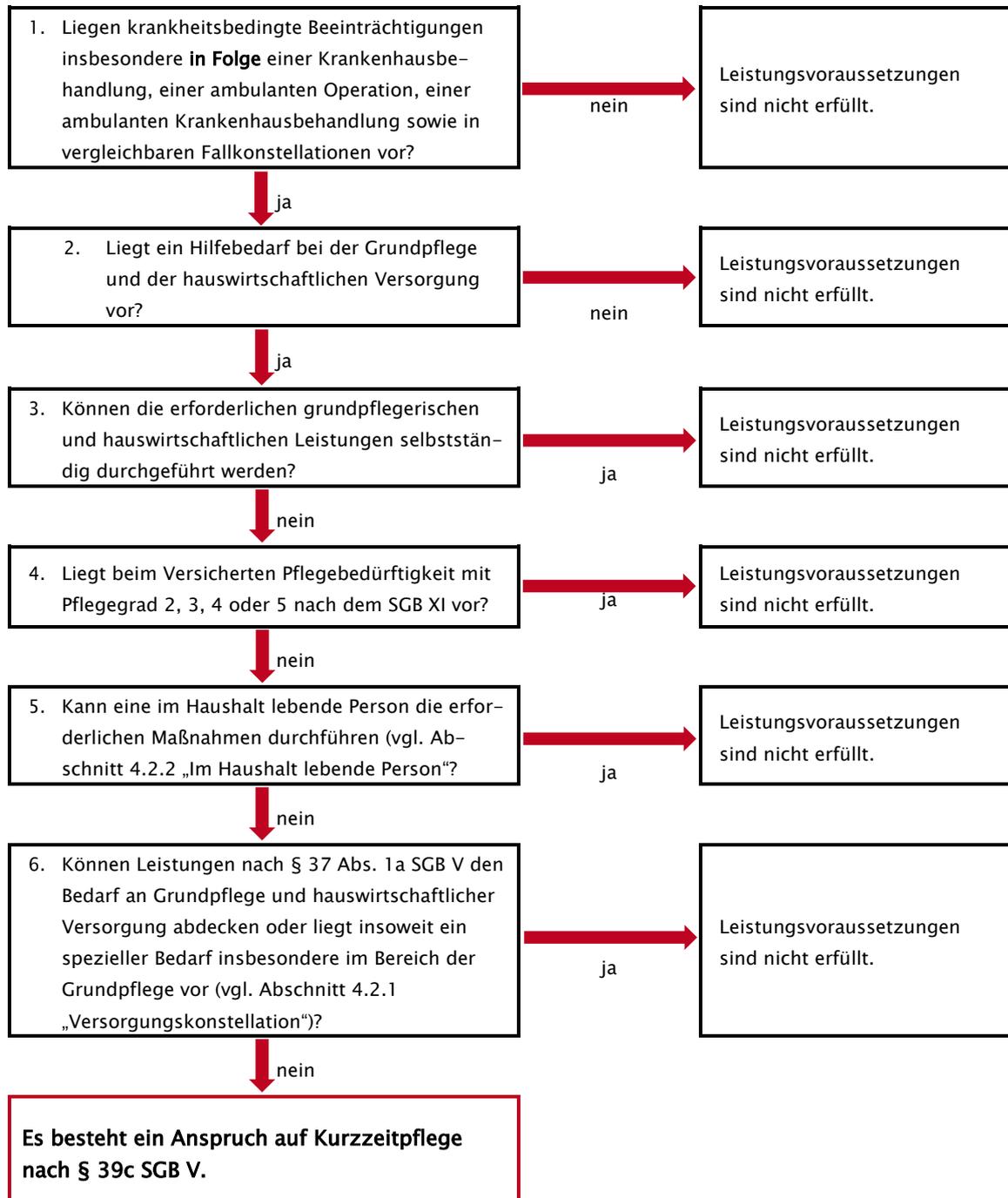
4.2.4 Verfahren

Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V sind bei der Krankenkasse zu beantragen. Dem Antrag muss eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beigelegt werden, dass aufgrund einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit ein Kurzzeitpflegeaufenthalt indiziert ist. Auch die voraussichtliche Dauer des Kurzzeitpflegeaufenthalts sollte aus der Bescheinigung hervorgehen.

Aus den Antragsunterlagen muss hervorgehen, dass Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichend sind.

4.2.5 Fazit

Im Ergebnis ist bei einem Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



4.3 Leistungsinhalt

Die Dauer und die Höhe des Leistungsanspruchs richten sich nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI. Somit werden Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V je Kalenderjahr bis zu einem gesetzlich festgelegten Höchstbetrag übernommen. Ausweislich der Gesetzesbegründung richtet sich der Leistungsinhalt nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, so dass die Leistungen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfassen.

4.4 Leistungsdauer und -höhe

§ 39c SGB V verweist hinsichtlich der Leistungsdauer und -höhe explizit auf den Anspruch nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI. Folglich ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf acht Wochen je Kalenderjahr und auf einen Gesamtbetrag von aktuell bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr begrenzt. Ist der Gesamtbetrag in Höhe von aktuell 1.612 Euro bereits vor Ablauf der acht Wochen verbraucht, endet an diesem Tag der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege. Es handelt sich dabei ausweislich der Gesetzesbegründung um einen begrenzten Teilleistungsanspruch, der ggf. zu einer finanziellen Eigenleistung des Versicherten führt. Die Vorschriften zur Berücksichtigung bzw. zur Anrechnung der Verhinderungspflege nach § 42 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 SGB XI finden keine Anwendung.

Der Anspruch auf bzw. der Beginn von Leistungen nach § 39c SGB V entsteht grundsätzlich mit dem Tag, an dem aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder einer vergleichbaren Behandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht, wobei die stationäre Krankenhausbehandlung, die ambulante Operation oder die ambulante Krankenhausbehandlung sowie ggf. eine vergleichbare Behandlung ursächlich für den Bedarf ist oder einen insoweit bestehenden Bedarf vorübergehend wesentlich verändert.

Beispiel 13 – Beginn und Dauer der Kurzzeitpflege

Eine alleinstehende Versicherte erlitt einen schweren Sturz	
am	05.06.
Aufgrund dessen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig in der Zeit vom	05.06. bis 30.06.
Am 30.06. soll die Versicherte in die Häuslichkeit entlassen werden. Aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen ist es der Versicherten nicht möglich, die Verrichtungen der Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung selbstständig durchzuführen. Eine Versorgung in der Häuslichkeit der Versicherten ist wegen fehlender ergänzender Unterstützung im persönlichen Umfeld und aufgrund des unvorhersehbar auftretenden Hilfebe-	

darfs nicht möglich. Die Versicherte stellt daher einen Antrag auf Kurzzeitpflege. Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V ab dem 30.06. für längstens 8 Wochen in Höhe eines Gesamtbetrages von bis zu 1.612 Euro, sofern in diesem Kalenderjahr noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass der Leistungsanspruch nach § 39c SGB V – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 1.1. eines Jahres für grundsätzlich acht Wochen neu besteht. Nicht verbrauchte Tage oder ein verbliebener Restbetrag können nicht in das neue Kalenderjahr übertragen werden.

4.5 Abgrenzung zu anderen Leistungen

4.5.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V setzt voraus, dass Versicherte einen grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf haben, der durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht abgedeckt werden kann. Versicherte, die ausschließlich einen Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung – sowie ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder – haben und einen Antrag auf Leistungen nach § 39c SGB V stellen, haben keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V. Es sind ggf. Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V anzubieten.

Haben Versicherte einen Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie an der Versorgung und Betreuung eines im Haushalt lebenden Kindes und reichen für den Bedarf an Grundpflege die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht aus, besteht neben dem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Sicherstellung der Versorgung und Betreuung des Kindes) ein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V.

4.5.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege

Wie bereits in Abschnitt 4.2.1 „Versorgungskonstellation“ dargestellt, können Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V nur eingeräumt werden, wenn auch die Leistungen § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen, um einen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Ansprüche nach § 39c SGB V und § 37 Abs. 1a SGB V schließen sich demnach gegenseitig aus (s. auch Abschnitt 3.6.3 „Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V“).

Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V können aufgrund der sich überschneidenden Leistungsinhalte nicht parallel zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V gilt insoweit als *lex specialis*. Der Anspruch nach § 39c SGB V lehnt sich an den Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI an. Nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr. Ausweislich der Gesetzesbegründung richten sich die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V nach den Regelungen des § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI. Folglich ist der Anspruch auf Behandlungspflege für den Zeitraum der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V mit dem Leistungsanspruch nach § 39c SGB V abgegolten. Weiteres ist in den Verträgen nach § 132h SGB V zu regeln.

4.6 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Nach § 39c Satz 3 SGB V können die Leistungen der Kurzzeitpflege in zugelassenen Einrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Hierfür werden Verträge nach § 132h SGB V geschlossen. Die näheren Anforderungen mit Blick auf Voraussetzungen für einen Vertragsabschluss sind nicht Gegenstand des Gemeinsamen Rundschreibens und werden von den vertragsschließenden Parteien festgelegt.

4.7 Fahrkosten zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Versicherte haben nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Fahrkosten, sofern diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V sind die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages (Fahrkosten abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen) bei Leistungen, die stationär erbracht werden, zu übernehmen.

Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V werden bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit gewährt, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen im Bereich der Grundpflege und der Hauswirtschaft ein Unterstützungsbedarf besteht (Näheres s. Abschnitt 4.2 „Anspruchsvoraussetzungen“). Es handelt sich hierbei um eine stationäre Leistung, welche durch die Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird. Insofern besteht in diesen Fällen ein Anspruch auf Fahrkosten. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und ist durch den Arzt festzustellen.

5. Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat drei verschiedene Leistungsansprüche bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit eingeführt. Ausweislich der zugrunde liegenden Gesetzesbegründung zum KHSG ist erkennbar, dass diese Leistungen voneinander abzugrenzen sind, aber im Sinne einer kaskadenförmigen Versorgung aufeinander aufbauen. Im Rahmen der praktischen Umsetzung sind demnach weitere Abgrenzungen der einzelnen Leistungen erforderlich. Sofern eine Krankenkasse diesbezügliche Anträge von ihren Versicherten erhält, wird folgende Vorgehensweise empfohlen:

Sofern aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigung in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in vergleichbaren Fallkonstellation nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ausschließlich ein hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf besteht, kommen für die Dauer von bis zu vier Wochen vorrangig Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Betracht, sofern keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI vorliegt. Lebt ein Kind im Haushalt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen. § 38 Abs. 3 bis 5 SGB V gelten entsprechend.

Besteht ein hauswirtschaftlicher und grundpflegerischer Versorgungsbedarf, kommen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V in Betracht. Lebt im Haushalt ein Kind, welches zu Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, besteht die Besonderheit, dass ausschließlich Leistungen der Grundpflege über § 37 Abs. 1a SGB V und die Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung des Versicherten und des im Haushalt lebenden Kindes sowie die Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes über § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V zu erbringen sind.

Beispiel 14 – Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung mit einem im Haushalt lebendem Kind

Ein alleinerziehender Versicherter (Kind 10 Jahre alt) muss sich wegen einer Fraktur am 08.04. ambulant operieren lassen. Nach der Operation liegt ein Bedarf an grundpflegerischen Maßnahmen und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes vor. Hierzu stellt der Arzt eine Verordnung für die häusliche Krankenpflege aus. Dem Antrag wird zudem eine ärztliche Bescheinigung für den Bedarf an Haushaltshilfe beigelegt.

Lösung:

Nach der Operation ist die Grundpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V grundsätzlich für 4 Wochen zu erbringen. Da sein 10-jähriges Kind im gemeinsamen Haushalt lebt, ist der Bedarf

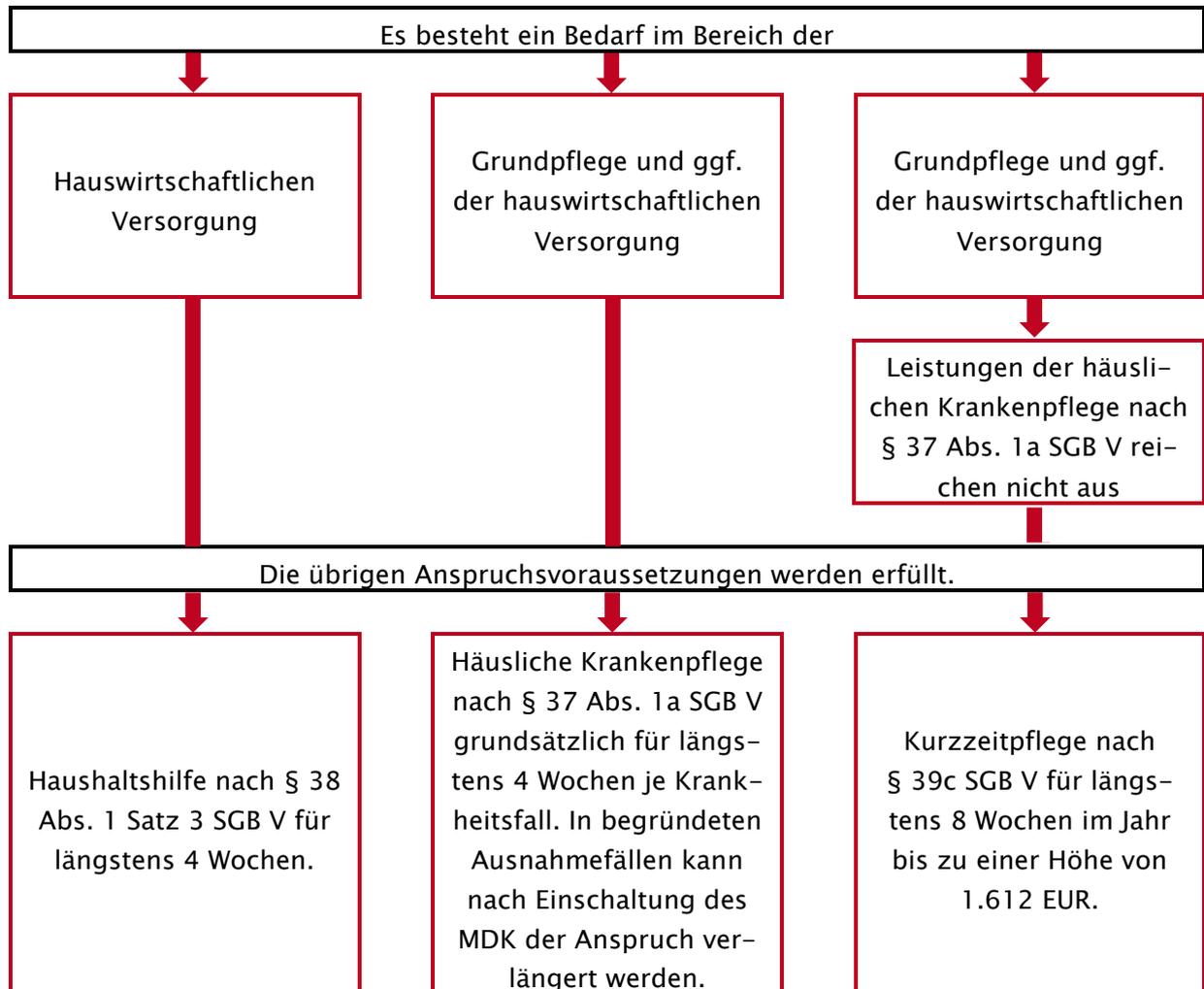
an hauswirtschaftlicher Versorgung für ihn und sein Kind gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V ebenfalls nach der Operation für längstens 26 Wochen zu erbringen.

Besteht ein hauswirtschaftlicher und grundpflegerischer Versorgungsbedarf und reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht aus, weil der Versorgungsbedarf rund um die Uhr – auch nachts – besteht oder unvorhersehbar zu jeder Tages- oder Nachtzeit eintreten kann und deshalb die Versorgung mangels ergänzender Unterstützung im persönlichen Umfeld des Versicherten nur im stationären Kontext ausreichend sichergestellt werden kann, kommen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen in Betracht, vorausgesetzt es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor. Versicherte können gleichzeitig einen Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V haben, wenn im Haushalt ein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

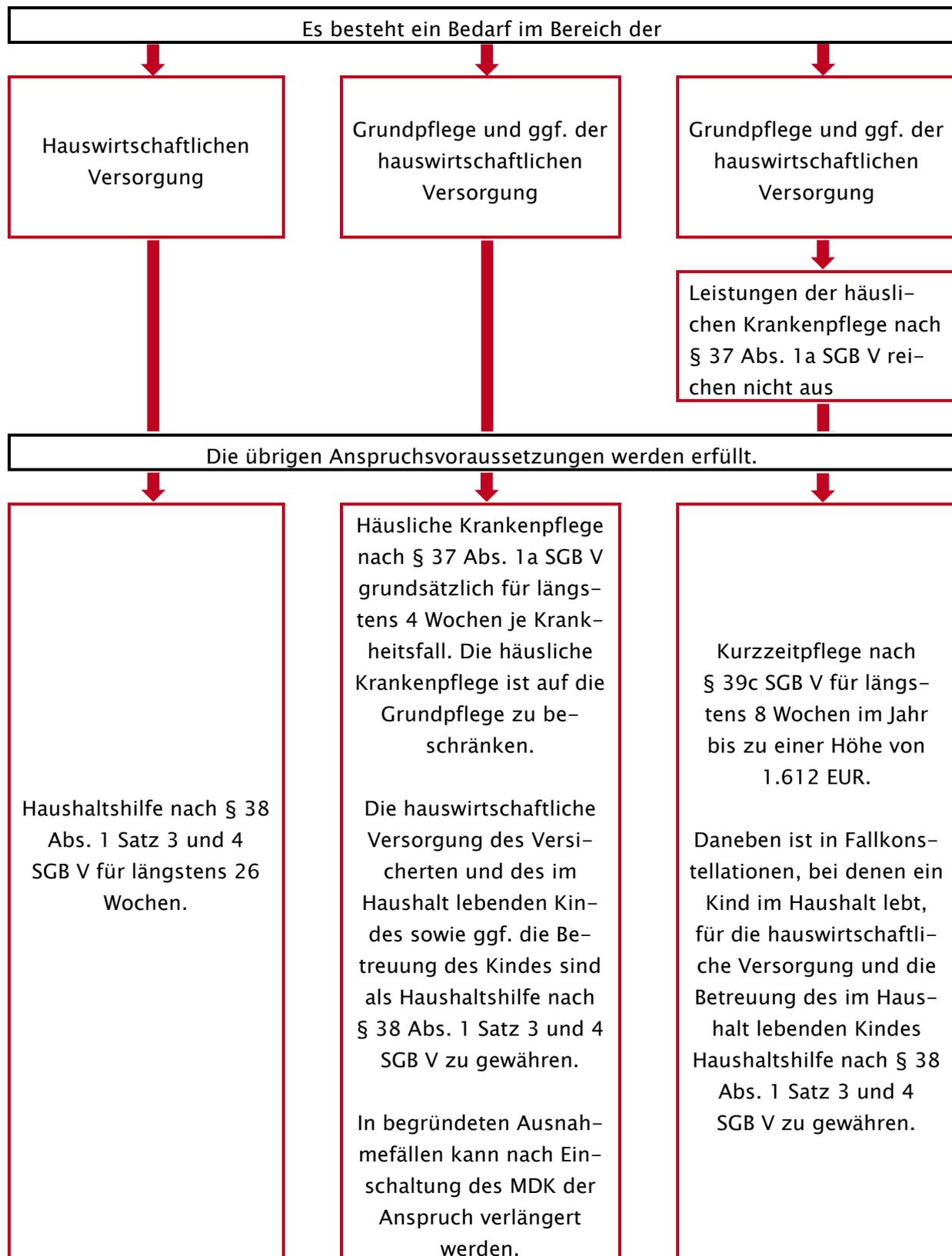
Zusammenfassung

Die vorgenannte Versorgungskaskade kann der nachfolgenden Abbildung exemplarisch entnommen werden:

Kein im Haushalt lebendes Kind (gem. § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V)



Mit einem im Haushalt lebendem Kind (gem. § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V)



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 20./21.03.2018 in Berlin

2. § 61 SGB V – Zuzahlungen,
§ 62 SGB V – Belastungsgrenze;
hier: Änderung der Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V

Sachstand:

Versicherte haben 10 vom Hundert (v. H.) des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels, als Zuzahlung zu leisten (§ 61 Satz 1 SGB V). Ausnahmen für stationäre Maßnahmen, Heilmittel und häusliche Krankenpflegeleistungen regelt § 61 Satz 2 und 3 SGB V. Gemäß § 61 Satz 4 SGB V sind die geleisteten Zuzahlungen von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren.

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von 2 v. H. bzw. 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten (§ 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 SGB V versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Abs. 4 KVLG 1989 jeweils zusammerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben.

In diesem Zusammenhang wurde mit dem Besprechungsergebnis zu TOP 5 vom 11./12.10.2004 (s. Anlage 1) durch die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen bereits eine Aussage in die 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) aufgenommen, wonach der volle Zuzahlungsbetrag zu berücksichtigen ist, wenn Leistungserbringer den Versicherten Rabatte oder Boni auf Leistungen gewähren und diese lediglich mit der Zuzahlung verrechnen.



Anlass für das Besprechungsergebnis war, dass insbesondere Versandapotheken den Versicherten bereits seinerzeit unterschiedliche Bonus-Programme gewährten (z. B. ein Rabatt von 3 v. H. für jedes rezeptpflichtige Medikament) und den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen hierzu eine Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 10.08.2004 an den Bayerischen Apothekerverband vorlag. Das Bayerische Staatsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass Apotheken mit Bonus-Programmen bei der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen genauso viel abrechneten wie beim Fehlen von Bonus-Programmen. Das Bayerische Staatsministerium sah daher in der Gewährung von Bonus-Programmen keine zweifelsfreie Rechtswidrigkeit. Infolgedessen gelangten die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen zu der Auffassung, dass sich durch die angebotenen Bonus-Programme von Apotheken keine finanziellen Nachteile für die Krankenkassen ergeben würden. Daher bestanden auch keine Bedenken, bei der Anwendung der Härtefallregelung des § 62 SGB V vom vollen Zuzahlungsbetrag auszugehen.

Die Verwaltungsvereinbarung zu § 62 SGB V wird seit dem 04./05.10.2010 durch die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V ersetzt (s. Besprechungsergebnis der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht zu TOP 1 vom 04./05.10.2010). Derzeit gelten die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V mit Stand vom 13./14.06.2016 (s. Besprechungsergebnis zu TOP 1 vom 13./14.06.2016). Die Regelung, wonach bei Rabatten/Boni dennoch der volle Zuzahlungsbetrag anzuerkennen ist, befindet sich dort im Abschnitt 4.3 „Zuzahlungen“ im 2. Absatz.

Im Zusammenhang mit der Gewährung von Rabatten/Boni hat das Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart mit seinem rechtskräftigen Urteil vom 23.03.2017 – 2 U 113/16 – (siehe Anlage 2) einer ausländischen Versandapotheke untersagt, Quittungen zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse über eine Zuzahlung auszustellen, die die Versicherten wegen einer nicht auf dieser Quittung vermerkten anderweitigen Gutschrift nur zur Hälfte geleistet haben. Anlass des Rechtsstreits war eine Zuzahlungsquittung über 5,71 Euro für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel. Diese hatte die Versandapotheke einer Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse ausgestellt – obwohl sie nur eine Zuzahlung von 2,85 Euro geleistet hatte und dem Kundenkonto der Versicherten die Hälfte der gesetzlichen Zuzahlung (2,86 Euro) gutschrieb. Das OLG Stuttgart sah – wie zuvor das Landgericht Ravensburg (Urteil vom 21.07.2016 – 7 O 1/16 KfH) – darin einen Verstoß gegen § 3 Abs. 2 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Es stellte zwar fest, dass der Krankenkasse im Rahmen der Abrechnung der Arzneimittel mit der Apotheke kein Schaden entstanden ist. Jedoch legte es dar, dass eine solche Zuzahlungsquittung die Gefahr einer missverständlichen Betrachtung durch Sozialbehörden und das Finanzamt zulässt. Denn Zuzah-



lungsquittungen dienen gemäß § 61 Satz 4 SGB V den Versicherten zum Nachweis der während eines Kalenderjahres geleisteten Zuzahlungen gegenüber ihrer jeweiligen Krankenkasse. Daher würden sich alle Zuzahlungsquittungen und damit auch die, die nicht geleistete Zuzahlungen ausweisen, auf die Ermittlung auswirken, ob die Belastungsgrenze überschritten wurde. Eine Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen solle jedoch zum Ausgleich von Härten gewährt werden, die durch die Zuzahlungspflicht ausgelöst werden. Sind Zuzahlungen nicht angefallen, sei die Befreiung von der Zuzahlungspflicht daher ungerechtfertigt. Zudem könnten Versicherte mit einer solchen Zuzahlungsquittung zugleich eine außergewöhnliche Belastung beim Finanzamt geltend machen und damit die Steuerlast mindern, obwohl sie nur mit der Hälfte der angegebenen Zuzahlungen belastet wurden.

Bereits aus den Gesetzeswortlauten der §§ 61 und 62 SGB V wird deutlich, dass nur die tatsächlich vom Versicherten nachweislich gezahlten Zuzahlungen im Rahmen der teilweisen Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V berücksichtigt werden sollen. Dementsprechend wurde auch der Abschnitt 3.2 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr“, Absatz 1 der Verfahrensgrundsätzen zu § 62 SGB V vom 13./14.06.2016 formuliert, wonach nur die „tatsächlich geleisteten und nachgewiesenen Zuzahlungen“ zu berücksichtigen sind. Das Besprechungsergebnis vom 11./12.10.2004 zu TOP 5 sowie die aktuelle Regelung des 2. Absatzes des Abschnittes 4.3 „Zuzahlungen“, wonach der volle Zuzahlungsbetrag zu berücksichtigen ist, wenn Leistungserbringer den Versicherten Rabatte oder Boni auf Leistungen gewähren und diese lediglich mit der Zuzahlung verrechnen, scheinen hierzu im Widerspruch zu stehen.

Auch der Sinn und Zweck der Norm des § 62 SGB V scheint gegen die Auffassung des Besprechungsergebnisses vom 11./12.10.2004 zu TOP 5 und die entsprechend formulierte Aussage im 2. Absatz des Abschnittes 4.3 „Zuzahlungen“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V zu sprechen. Durch § 62 SGB V sollen (insbesondere einkommensschwache) Versicherte vor einer finanziellen Überforderung durch gesetzliche Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewahrt werden (u.a. BT-Drs. 15/1525, S. 95 und BSG-Urteil vom 16.12.2003 – B 1 KR 26/01 R). Dies soll damit erreicht werden, dass die Versicherten Zuzahlungen nur bis zu einer vom Gesetzgeber als zumutbar erachteten Höhe leisten müssen (BSG-Urteil vom 26.06.2007 – B 1 KR 41/06 R).

Die Anrechnung von nicht vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen aufgrund gewährter Rabatte/Boni von Leistungserbringern wirkt sich zudem im Rahmen der teilweisen Zuzahlungsbefreiung gemäß § 62 SGB V finanziell nachteilig auf die Versichertengemeinschaft und damit auf die Kran-



kenkassen aus. So können diese Versicherten bisher mithilfe von Rabatten/Boni ihre Belastungsgrenze und damit eine teilweise Zuzahlungsbefreiung erreichen und müssen dabei weniger eigene finanzielle Mittel aufbringen, als Versicherte, die keine Rabatte/Boni von Leistungserbringern erhalten. Eine solche gesetzliche Intention geht weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus den Gesetzesmaterialien hervor. Auch unter Berücksichtigung des Gleichbehandlungsgrundsatzes erscheint es nicht sachgerecht, Zuzahlungen im Rahmen einer teilweisen Zuzahlungsbefreiung anzuerkennen, die die Versicherten nicht selbst aufbringen mussten. Daher scheint es notwendig, im Rahmen des § 62 SGB V nur die nach Abzug eines Rabattes/Bonusses tatsächlich vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen anzuerkennen.

In diesem Zusammenhang ist weiterhin fraglich, wovon Rabatte/Boni bei Leistungen in Abzug zu bringen sind, bei denen Versicherte aufgrund eines Preises der Leistung oberhalb des Festbetrags neben der gesetzlichen Zuzahlung eine Aufzahlung (sogenannte Mehrkosten) selbst zu tragen haben.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsreform-Gesetz - GRG) soll durch die begrenzte Kostenübernahme anhand von Festbeträgen ein Anreiz geschaffen werden, dass Versicherte preisgünstige Leistungen (z. B. Arzneimittel) in Anspruch nehmen. Zudem war die gesetzgeberische Intention, den Wettbewerb unter den Herstellern solcher Leistungen zu verstärken. Damit konkretisieren Festbeträge das Wirtschaftlichkeitsgebot im Recht der GKV (BT-Drs. 11/2237, zu § 31, zu Abs. 2, S. 173 sowie zu § 33, zu Abs. 3, S. 174). In der Begründung zum GRG wird weiterhin betont, dass Mehrkosten ausschließlich vom Versicherten zu tragen sind (BT-Drs. 11/2237, zu § 69, zu Abs. 1, S. 187). Eine Verrechnung von Rabatten/Boni mit den Mehrkosten würde somit den vom Gesetzgeber gewollten Steuerungseffekt von Mehrkosten in Höhe des Rabattes/Bonusses aufheben und damit im Widerspruch zum Sinn und Zweck der Festbetragsregelung stehen. Insofern erscheint es auch bei diesen Leistungen erforderlich, Rabatte/Boni von der gesetzlichen Zuzahlung in Abzug zu bringen.

Vor diesem Hintergrund war im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht darüber zu beraten, ob und inwieweit an der bisherigen Auffassung des Besprechungsergebnisses zu TOP 5 vom 11./12.10.2004 festgehalten werden kann und inwiefern eine Anpassung des Abschnittes 4.3 „Zuzahlungen“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 13./14.06.2016 angezeigt ist.



Darüber hinaus scheint eine Anpassung des Abschnittes 5.3.1 „Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V aufgrund der am 06.03.2018 in Kraft getretenen Änderung der Chroniker-Richtlinie (Chr-RL) erforderlich. Die Chr-RL wurde u. a. aufgrund des Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015 angepasst, durch welches mit Wirkung zum 01.01.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff in das SGB XI eingeführt wurde. In diesem Zusammenhang führte das PSG II fünf Pflegegrade ein, die die drei Pflegestufen ersetzen. Dementsprechend wurde § 2 Abs. 2 Buchstabe a Chr-RL dahingehend angepasst, dass eine Krankheit nunmehr schwerwiegend chronisch ist, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und als Merkmal eine Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vorliegt. Die Änderung wurde auch in § 3 Abs. 1 Satz 2 der Chr-RL nachvollzogen. Hier wird nunmehr bei einer festgestellten Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit in einem dieser Pflegegrade das Vorliegen einer Dauerbehandlung unterstellt. Infolgedessen ist zu prüfen, inwieweit Absatz 1 des Abschnittes 5.3.1 „Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V anzupassen ist, in dem auf eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 gemäß der Chr-RL Bezug genommen wird.

Weiterhin scheint aufgrund der Richtlinienänderung eine redaktionelle Anpassung des Verweises auf die Chr-RL im 2. Absatz des Abschnittes 5.3.1 „Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V erforderlich.

Hierüber war im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht zu beraten. Darüber hinaus sollten alle Abschnitte vollständig überprüft und bei Bedarf redaktionell angepasst werden.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einheitlich die Auffassung, dass aufgrund des Gesetzeswortlautes der §§ 61 und 62 SGB V, des Sinns und Zwecks dieser Normen und des Urteils des OLG Stuttgart vom 23.03.2017 – 2 U 113/16 – nicht weiter an dem Besprechungsergebnis zu TOP 5 vom 11./12.10.2004 der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen und der entsprechenden Aussage im Abschnitt 4.3 „Zuzahlungen“ im Absatz 2 der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 13./14.06.2016 – wonach der volle Zuzahlungsbetrag zu berücksichtigen ist, wenn



Leistungserbringer den Versicherten Rabatte/Boni auf Leistungen gewähren und diese lediglich mit der Zuzahlung verrechnen – festgehalten werden kann.

Daher können aus Sicht der Besprechungsteilnehmer/-innen im Rahmen der teilweisen Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V nur die tatsächlich vom Versicherten geleisteten und nachgewiesenen Zuzahlungen berücksichtigt werden. Demzufolge ist der vom Leistungserbringer gewährte und in der Rechnung ausgewiesene Rabatt/Bonus, der mit den Zuzahlungen verrechnet wird, von dem vollen Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen und nur der entsprechend reduzierte Zuzahlungsbetrag im Rahmen des § 62 SGB V anzurechnen. Dies gilt gleichermaßen, sofern neben der gesetzlichen Zuzahlung vom Versicherten Mehrkosten zu tragen sind.

Vor diesem Hintergrund sprechen sich die Besprechungsteilnehmer/-innen einvernehmlich dafür aus, den 2. Absatz des Abschnittes 4.3 der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V wie folgt zu ändern:

„(2) Soweit Leistungserbringer dem Versicherten Rabatte/Boni auf zuzahlungspflichtige Leistungen gewähren und mit der Zuzahlung verrechnen, ist der um die ausgewiesenen Rabatte/Boni reduzierte Zuzahlungsbetrag anzuerkennen. Dies gilt auch, sofern neben der Zuzahlung Mehrkosten vom Versicherten zu tragen sind.“

Weiterhin sind die Änderungen der Chr-RL im Abschnitt 5.3.1 „Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V umzusetzen. Insofern ist im 1. Absatz auf das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit in dem Pflegegrad 3, 4 oder 5 abzustellen und im 2. Absatz ist der Verweis auf die aktuelle Fassung der Chr-RL vom 06.03.2018 anzupassen.

Darüber hinaus wurden in den übrigen Abschnitten geringfügige redaktionelle Änderungen, insbesondere die Anpassung von Jahreszahlen, vorgenommen.

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vereinbaren einvernehmlich, dass die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V in der in Anlage 3 beigefügten Fassung rückwirkend zum 01.01.2018 in Kraft treten und damit die Fassung der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 13./14.06.2016 ersetzen. Die Verfahrensgrundsätze gelten für alle Anträge auf Erstattung, Befreiung oder Vorauszahlung nach § 62 SGB V, soweit sie Zeiträume nach dem 31.12.2017 betreffen. Bereits für das Kalenderjahr 2018 auf Grundlage der Verfahrensgrundsätze vom 13./14.06.2016 durchgeführte Befreiungen bleiben grundsätzlich unberührt, soweit nicht eine Neufeststellung (z. B. auf Antrag



des Versicherten) angezeigt ist. Eine Änderung der Anlagen 1, 2 und 2a der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V (s. Anlagen 3.1 – 3.2a) war nicht erforderlich.

Das Verfahren zur Abgabe der Erklärungen über die Anwendbarkeit der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V durch die Krankenkassen soll möglichst bis zum 30.06.2018 abgeschlossen sein.

Anlagen



- nicht besetzt -



(Zur Veröffentlichung freigegeben)

Niederschrift

über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht
am 11./12. Oktober 2004 in Bensheim

5. Umsetzung der Härtefallregelungen des § 62 SGB V; Umgang mit „Bonus-Programmen“ von Apotheken

Doku-Nr.: - 512.90 -

Sachstand:

Insbesondere Versandapotheken räumen Versicherten „Rabatte“ ein. So wird z. B. den Versicherten ein Bonus auf den Arzneimittelpreis in Höhe der jeweils halben Zuzahlung gewährt. Den Versicherten wird in diesen Fällen allerdings eine Quittung über die volle Zuzahlung ausgestellt. Zusätzlich erhalten die Versicherten eine Rechnung, die zur Vorlage beim Finanzamt dienen soll (offensichtlich zur evtl. Geltendmachung von außergewöhnlichen Belastungen). In dieser Rechnung wird als Rechnungsbetrag der um den Bonus geminderte Betrag ausgewiesen.

In einer anderen Variante wird den Versicherten ein Bonus von 3 % für jedes rezeptpflichtige Medikament bezogen auf den deutschen Apothekenverkaufspreis (mindestens 2,50 EUR je Medikament, höchstens 15 EUR) eingeräumt. Dieser Bonus wird unmittelbar mit der Zuzahlung verrechnet.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen hat zu dieser Praxis mit Schreiben vom 10. August 2004 gegenüber dem Bayerischen Apothekerverband Stellung genommen. Aus diesem Schreiben ergibt sich, dass von den Apotheken bei der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen die Rabatte nach den §§ 130 und 130 a SGB V sowie die nach §§ 31, 61 SGB V bestimmten Zuzahlungen mit den Vergütungsansprüchen gegenüber den Krankenkassen verrechnet werden. Vor diesem Hintergrund sieht das Bayerische Staatsministerium für die „Bonus-Programme“ keine zweifelsfreie Rechtswidrigkeit.

Da die Versandapotheken offensichtlich bei ihrer Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen den um die (volle) Zuzahlung geminderten Betrag in Rechnung stel-

len, wirken sich die „Bonus-Programme“ insoweit auf die Krankenkassen nicht aus. Die Krankenkassen zahlen an die Versandapotheken genau soviel, wie sie bei Fehlen von Bonus-Programmen zu zahlen hätten.

Fraglich ist allerdings, ob bei der Anwendung der Härtefallregelung des § 62 SGB V vom vollen Zuzahlungsbetrag ausgegangen werden muss. Durch die „Bonus-Programme“ wird der Versicherte jedenfalls letztlich mit geringeren Eigenbeteiligungen an den Arzneimitteln belastet.

Besprechungsergebnis:

Aufgrund des im Sachverhalt beschriebenen Abrechnungsverfahrens ist die Krankenkasse ungeachtet der „Bonus-Programme“ um die volle Zuzahlung nach den §§ 31, 61 SGB V entlastet. Es bestehen daher keine Bedenken, bei der Anwendung der Härtefallregelung des § 62 SGB V vom vollen Zuzahlungsbetrag auszugehen. Finanzielle Nachteile ergeben sich dadurch für die Krankenkasse nicht.

OLG Stuttgart Urteil vom 23.3.2017, 2 U 113/16

(Wettbewerbsverstoß einer ausländischen Versandapotheke: Quittierung einer vom Kunden aufgrund der Verrechnung einer Gutschrift tatsächlich nicht gezahlten Zuzahlung zur Vorlage an die Krankenkasse)

Leitsätze

Die von einer ausländischen Versandapotheke getätigte Ausstellung von Quittungen zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse über eine Zuzahlung, die die Kunden wegen einer nicht auf dieser Quittung vermerkten anderweitigen Gutschrift nur zur Hälfte geleistet haben, stellt eine Unlauterkeit nach § 3 Abs. 2 UWG dar.

Die am 23.03.2017 verkündete Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig.

Tenor

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Landgerichts Ravensburg vom 21.07.2016, Az. 7 O 1/16 KfH, wird zurückgewiesen.
2. Die Beklagte hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
3. Dieses und das angefochtene Urteil sind vorläufig vollstreckbar. Die Beklagte kann die Vollstreckung aus dem Unterlassungsanspruch durch Sicherheitsleistung in Höhe von 100.000,00 Euro und aus dem Kostenerstattungsanspruch in Höhe von 120 % des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht der Kläger vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Streitwert: 100.000,00 Euro

Gründe

A.

- 1 Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Unterlassung, an Endverbraucher in Deutschland Zuzahlungsquittungen über einen Betrag auszustellen, der von diesen nie an sie geleistet wurde.

I.

- 2 Der Kläger ist Inhaber der B...-Apotheke in K... und verfügt zudem über eine Versandhandelserlaubnis, die er im Internet unter der Anschrift „www.f...-p... .de“ nutzt. Die Beklagte ist eine in den Niederlanden ansässige Versandhandelsapotheke, die ihr Internetangebot auf den deutschen Markt ausrichtet.
- 3 Die Beklagte warb auf ihrer Internetseite mit dem folgenden „Rezeptbonus“ (Anlage K 7):
- 4 „D...-Rezeptbonus
- 5 Für jedes rezeptpflichtige Medikament erhalten Sie in jedem Fall einen Rezeptbonus von 2,50 EUR - selbst, wenn Sie keine Zuzahlung leisten müssen. Für zuzahlungspflichtige Medikamente erhalten Sie sogar einen Rezeptbonus in Höhe der halben gesetzlichen Zuzahlung - das sind bis zu fünf Euro.“

- 6 Darunter heißt es u.a.: „Bonus wird direkt mit dem Rechnungsbetrag verrechnet.“
- 7 Im Juni 2015 bestellte eine gesetzlich krankenversicherte Kundin, Frau S... K..., bei der Beklagten das Medikament „F... D...“. Der gesetzliche Zuzahlungsbetrag lag bei 5,71 Euro (Anlage K 1). Die Beklagte stellte der Kundin die in der Urteilsformel des Landgerichts abgedruckte Zuzahlungsquittung zur Vorlage bei der Krankenkasse über diesen Betrag aus (Anlage K 2). Zugleich schrieb sie dem Kundenkonto die Hälfte dieses Betrages (2,86 Euro) gut und verlangte Zahlung von 2,85 Euro (Anlage K 3).
- 8 Der Kläger hat erstinstanzlich die Auffassung vertreten, die Ausstellung der Quittung über eine höhere als tatsächlich geleistete Zahlung sei wegen eines Verstoßes gegen die fachliche Sorgfalt wettbewerbswidrig. Die Quittung erlaube dem Käufer, gegenüber der Krankenkasse und dem Finanzamt eine höhere als tatsächlich erbrachte Belastung geltend zu machen und damit die Belastungsgrenzen schneller zu erreichen.
- 9 Der Kläger hat erstinstanzlich sinngemäß folgenden Antrag gestellt:
- 10 1. Die Beklagte wird verurteilt, es zu unterlassen, gegenüber gesetzlich versicherten Endverbrauchern in Deutschland Zuzahlungsquittungen zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse über einen Betrag auszustellen, den der Kunde tatsächlich als Zuzahlung an die Beklagte nicht geleistet hat, wenn dies geschieht wie folgt (gemäß Anlage K 2):
- 11 2. Der Beklagten wird für jeden Fall der Zuwiderhandlung die Festsetzung eines Ordnungsgeldes bis zu 250.000,- EUR und für den Fall, dass dieses nicht beigetrieben werden kann, eine Ersatzordnungshaft oder Ordnungshaft bis zu sechs Monaten, im Wiederholungsfall bis zu zwei Jahren angedroht.
- 12 3. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger Auskunft über die Verletzungshandlung gem. Ziff. 1 zu erteilen, nämlich Auskunft über die Anzahl der Verschreibungen, bei denen den gesetzlich versicherten Endverbrauchern in Deutschland Zuzahlungsquittungen zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse über einen Betrag ausgestellt wurden, den der Kunde tatsächlich nicht als Zahlung an die Beklagte geleistet hat, aufgeschlüsselt nach Kalendermonaten und Bundesländern sowie die mit diesen Verschreibungen erzielten Umsätze, sowie Auskunft über die Werbung für diese Handlungen, wobei die Angaben nach Werbeträgern, Auflage der Werbeträger, Bundesländern und Kalendervierteljahren aufzuschlüsseln sind.
- 13 4. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger sämtlichen Schaden zu ersetzen, der diesem durch die Handlung Ziff. 1 entstanden ist und noch entstehen wird.
- 14 5. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger einen Betrag von 1.973,90 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.10.2015 sowie ferner weitere 1.973,90 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 19.02.2016 zu zahlen.
- 15 Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

- 16 die Klage abzuweisen.
- 17 Die Beklagte stellte sich auf den Standpunkt, die Gutschrift stehe nicht in einem Zusammenhang mit der Zuzahlungspflicht. Es handle sich um einen Willkommensbonus, der unabhängig von der Bestellung gewährt worden sei. Die Ausstellung der Quittung entspreche den Tatsachen.
- 18 Wegen des weiteren Vorbringens wird auf die Feststellungen im landgerichtlichen Urteil verwiesen.

II.

- 19 Das Landgericht hat der Klage stattgegeben.
- 20 Dem Kläger stehe ein Unterlassungsanspruch nach § 8 in Verbindung mit § 3 Absatz 2 UWG zu. Verkaufsfördermaßnahmen könnten, auch wenn sie weder aggressiv noch irreführend seien, gegen die unternehmerische Sorgfalt verstoßen. Die Beklagte verstoße gegen diese Sorgfalt, wenn sie ihren Kunden Zuzahlungsquittungen über Beträge erteile, welche die Kunden unter Berücksichtigung der Verrechnung einer über die Gutschrift auf dem Kundenkonto erfolgten Rabattierung tatsächlich nicht bezahlten und wenn sie die Quittungen als „zur Vorlage an die Krankenkasse“ bezeichne. Die tatsächlichen Zahlungsflüsse müssten für die Vorlagestelle eindeutig offen gelegt werden. Diesem Zweck genügten die Quittungen nicht, da sie die im Zusammenhang mit der Leistung erteilte Gutschrift nicht erkennen ließen. Hierdurch begründe die Beklagte die Gefahr einer missverständlichen Betrachtung. Es bestehe kein nachvollziehbarer Grund, die Zuzahlungsquittungen nicht in einer eindeutigen Form auszustellen. Das Verhalten könne den Kunden dazu veranlassen, die Medikamente nur deshalb bei der Beklagten zu beziehen, weil er dort die Belastungsgrenzen eher erreichen könne. Der Auskunftsanspruch ergebe sich aus den Grundsätzen von Treu und Glauben, der Schadensersatzanspruch aus § 9 Satz 1 UWG.
- 21 Wegen der Einzelheiten wird auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils verwiesen.
- 22 Eine beglaubigte Ausfertigung des Urteils des Landgerichts vom 21.07.2016 wurde der Beklagten am 26.07.2016 zugestellt. Die Berufung ging am 10.08.2016 ein. Sie wurde am letzten Tag der bis 26.10.2016 verlängerten Frist begründet.

III.

- 23 Mit der Berufung verteidigt sich die Beklagte weiter gegen die Klage. Aus der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshof ergebe sich, dass die Erstreckung der Preisbindung auf Versandapotheken im EU-Ausland einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die Warenverkehrsfreiheit darstelle. Die Beklagte habe von Frau K... die volle Zuzahlung verlangt und lediglich wegen der Rezepteinreichung einen Bonus gewährt, welcher dann mit der Zuzahlung verrechnet worden sei. Die Gutschrift auf dem Kundenkonto in Höhe von 2,86 Euro stehe in keinem Zusammenhang mit der

Zuzahlung. Aus dem Gesetz ergebe sich auch nicht, dass die Kunden die Zuzahlung selbst erbringen müssten. Die „passive“ Warenverkehrsfreiheit erfordere, dass sich der Verbraucher gegenüber der Krankenversicherung und den Steuerbehörden darauf berufen können dürfe, dass die Zuzahlung teilweise von der Versandapotheke übernommen worden sei. Es sei auch nicht das Ansinnen der Beklagten gewesen, ihren Kunden unrichtige Quittungen auszustellen, um ihnen eine schnellere Befreiung von der Zuzahlungspflicht zu ermöglichen.

24 Die Beklagte beantragt,

25 das Urteil des Landgerichts Ravensburg vom 31.7.2016 - Az. 7 O 1/16 KfH - aufzuheben und die Klage abzuweisen.

26 Der Kläger beantragt,

27 die Berufung zurückzuweisen.

28 Der Kläger verteidigt das landgerichtliche Urteil und betont den Zusammenhang zwischen dem eingeräumten Rabatt und der Höhe der gesetzlichen Zuzahlungspflicht. Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshof habe an der Arzneimittelpreisbindung nichts geändert, da sich die Beklagte gem. §§ 129, 130 SGB V in einem Rahmenvertrag freiwillig zur Einhaltung der Preisvorschriften gebunden habe.

29 Wegen der Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf die gewechselten Schriftsätze sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung verwiesen.

B.

30 Die zulässige Berufung ist unbegründet. Dem Kläger steht aus § 8 i.V.m. § 3 Absatz 2 UWG n.F. der geltend gemachte Unterlassungsanspruch zu.

I.

31 Gemäß § 8 Absatz 1 Satz 1 UWG kann derjenige, der eine nach § 3 UWG unzulässige geschäftliche Handlung vornimmt, bei Wiederholungsgefahr auf Unterlassung in Anspruch genommen werden. Die Klägerin ist als Mitbewerberin der Beklagten aktivlegitimiert (§ 8 Absatz 3 Nr. 1 UWG). Mitbewerber ist gemäß § 2 Absatz 1 Nr. 3 UWG jeder Unternehmer, der mit einem oder mehreren Unternehmern als Anbieter oder Nachfrager von Waren oder Dienstleistungen in einem konkreten Wettbewerbsverhältnis steht. Beide Parteien sind Apotheker, die im Internet einen Versandapothekenhandel betreiben und ihr Angebot deutschlandweit anbieten.

II.

32 Es liegt eine unlautere Handlung vor.

33 1. Dabei kann offenbleiben, ob sich die Unlauterkeit bereits aus § 3a UWG ergibt. Demnach handelt unlauter, wer einer gesetzlichen Vorschrift zuwiderhandelt, die auch dazu bestimmt ist, im Interesse der Marktteilnehmer das Marktverhalten zu regeln, und

der Verstoß geeignet ist, die Interessen von Verbrauchern, sonstigen Marktteilnehmern oder Mitbewerbern spürbar zu beeinträchtigen.

- 34 a) Gemäß § 78 Absatz 3 Satz 1 AMG und § 1, 3 AMPPreisV unterliegt die Abgabe von Arzneimitteln der Preisbindung. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs liegt ein Verstoß gegen die arzneimittelrechtliche Preisbindung nicht nur dann vor, wenn der Apotheker ein preisgebundenes Arzneimittel zu einem anderen als dem nach der Arzneimittelpreisverordnung zu berechnenden Preis abgibt, sondern auch dann, wenn für das preisgebundene Arzneimittel zwar der korrekte Preis angesetzt wird, dem Kunden aber gekoppelt mit dem Erwerb des Arzneimittels Vorteile gewährt werden, die den Erwerb für ihn wirtschaftlich günstiger erscheinen lassen (BGH, Urteil vom 08. Mai 2013 - I ZR 98/12, juris Rn. 13 - Rezeptbonus). Ein Verstoß gegen diese Bestimmungen ist geeignet, die Interessen von Mitbewerbern und sonstigen Marktteilnehmern spürbar zu beeinträchtigen, wenn der Wert der für den Bezug eines Arzneimittels gewährten Werbegabe einen Euro übersteigt (ebda., Rn. 19).
- 35 Nicht entscheidungsrelevant ist, ob diese Rechtsfragen nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs über die Arzneimittelpreisbindung für Versandapotheken aus der Europäischen Union (EuGH, Urteil vom 19.10.2016, C-148/15) anders zu bewerten sind. Der Bundesgerichtshof ging (in Rn. 11) nach der Entscheidung des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes (Beschluss vom 22. August 2012 - GmS-OGB 1/10) davon aus, dass die deutschen Vorschriften für den Apothekenabgabepreis auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel gelten, die Apotheken mit Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union im Wege des Versandhandels nach Deutschland an Endverbraucher abgeben. Demgegenüber hat der Gerichtshof nunmehr entschieden, dass die Arzneimittelpreisbindung nicht mit dem Schutz der Gesundheit und des Lebens von Menschen im Sinne von Artikel 36 AEUV gerechtfertigt werden kann, da sie nicht geeignet ist, die angestrebten Ziele zu erreichen.
- 36 b) Wie das Landgericht zutreffend ausgeführt hat, ist hier nicht der Verstoß gegen die Arzneimittelpreisbindung als solcher streitgegenständlich. Rechtsschutz wird vielmehr begehrt gegen die Ausstellung von Quittungen zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse über eine Zuzahlung, die die Kunden nicht geleistet haben.
- 37 2. Die Unlauterkeit dieser Handlung folgt aus § 3 Absatz 2 UWG n.F. Demnach sind geschäftliche Handlungen, die sich an Verbraucher richten oder diese erreichen, unlauter, wenn sie (a) nicht der unternehmerischen Sorgfalt entsprechen und (b) dazu geeignet sind, das wirtschaftliche Verhalten des Verbrauchers wesentlich zu beeinflussen.
- 38 a) Als „unternehmerische Sorgfalt“ gilt der Standard an Fachkenntnissen und Sorgfalt, von dem billigerweise angenommen werden kann, dass ein Unternehmer ihn in seinem Tätigkeitsbereich gegenüber Verbrauchern nach Treu und Glauben unter Berücksichtigung der anständigen Marktgepflogenheiten einhält (§ 2 Absatz 1 Nr. 7 UWG, Artikel 2 Buchst. h UGP-Richtlinie). Selbst bei einer - zwischen den Parteien weiterhin strittigen - Zulässigkeit von Rabatten auf Arzneimittel unterliegen

entsprechende Angebote der Missbrauchskontrolle, wenn der angesprochene Verkehr bei Entscheidungen, die er zu treffen hat, auch die Interessen dritter Personen zu wahren hat (vgl. BGH, Versäumnisurteil vom 08. November 2007 - I ZR 121/06, juris Rn. 14; OLG Hamm, Urteil vom 12. November 2013 - I-4 U 31/13, juris Rn. 57).

- 39 Die Interessen Dritter werden durch die ausgestellte Zuzahlungsquittung nicht gewahrt. Wie das Landgericht zutreffend festgestellt hat, begründet sie die Gefahr einer missverständlichen Betrachtung der Quittung durch die Sozialbehörden und Finanzämter.
- 40 aa) Gemäß § 61 Satz 1 SGB V haben gesetzlich Versicherte Zuzahlungen von 10 % des Abgabepreises, mindestens fünf und höchstens zehn Euro, zu bezahlen. Die Pflicht zur Zuzahlung besteht nur bis zu einer Belastungsgrenze, die grundsätzlich bei zwei Prozent - in manchen Fällen auch nur bei einem Prozent - der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt liegt (§ 62 Absatz 1 SGB V). Nach § 61 Satz 4 SGB V ist über die Zuzahlungen eine Quittung auszustellen. Diese Quittung dient dem Versicherten zum Nachweis der während eines Kalenderjahres geleisteten Zuzahlungen im Hinblick auf die Belastungsgrenze (Gerlach in: Hauck/Noftz, Kommentar zur SGB, Stand 07/05, § 61 SGB V Rn. 56).
- 41 In der im Urteilstenor abgebildeten Quittung der Anlage K 2 wird eine Zuzahlung von 5,71 Euro bestätigt, obwohl die Kundin lediglich die Hälfte (2,85 Euro) zu zahlen hatte.
- 42 Zurückzuweisen ist der Versuch der Beklagten, die Verrechnung einer Gutschrift mit einem „unabhängigen Bonus bei Gelegenheit des Erwerbs verschreibungspflichtiger Arzneimittel“ (Bl. 113, 116) zu umschreiben. Der Zusammenhang zwischen der Höhe der Zuzahlung und dem Bonus wird durch die Beklagte selbst hergestellt, wie sich aus der Anlage K 7 deutlich ergibt, wenn es darin heißt: „Rezeptbonus in Höhe der halben gesetzlichen Zuzahlung“. Dass der Kunde zunächst eine volle Zuzahlung zahlen würde und dann lediglich ein Werbegeschenk erhalte (Bl. 113), ist nicht nachvollziehbar. Vom Kunden wird von Anfang an lediglich die Leistung des halben Zuzahlungsbetrages eingefordert. Zwar wurde zunächst eine Rechnung über den vollen Zuzahlungsbetrag ausgestellt (Anlage K 1). Gleichzeitig wird jedoch der halbe Betrag dem Konto gutgeschrieben, so dass der Kunde von vornherein lediglich zur Zahlung der Hälfte der Zuzahlung aufgefordert wird (Anlagen K 2 und K 3).
- 43 Der Beklagten kann auch nicht darin gefolgt werden, dass es gleichgültig wäre, ob der Zuzahlungsbetrag vom Versicherten selbst oder von der Beklagten gem. § 267 BGB übernommen wird. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Beklagte gemäß § 43c Absatz 1 SGB V die Zuzahlungsbeiträge in voller Höhe mit ihrem Erstattungsanspruch gegen die jeweilige Krankenkasse verrechnet hat, so dass alleine hieraus den Krankenkassen kein Schaden entstanden ist. Auswirkungen hat die beanstandete Handlung der Beklagten jedoch für die Ermittlung, ob die Belastungsgrenze überschritten wurde. Die Regelung über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht dient dem Ausgleich von Härten, die durch die Zuzahlungspflicht ausgelöst werden kann (Nolte in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 91. EL (2016), § 62 SGB V Rn. 2). Maßgebend ist, ob die Zuzahlungen aus dem Vermögen derjenigen erbracht

werden, deren Einkommen gem. § 62 Absatz 2 SGB V zusammen betrachtet wird. Berücksichtigt wird die finanzielle Belastung des Haushaltseinkommens durch die Aufwendungen des Versicherten bzw. seiner Angehörigen (BSG, Urteil vom 19. Februar 2002 - B 1 KR 20/00 R, juris Rn. 30). Sind sie tatsächlich nicht angefallen, ist die Befreiung von der Zuzahlungspflicht ungerechtfertigt, weil damit das Solidarprinzip durchbrochen wird.

- 44 bb) Auch gegenüber dem Finanzamt könnte die Zuzahlungsquittung missbräuchlich eingesetzt werden. Dass die Beklagte im Kleingedruckten vermerkt, die Quittung diene nur zur Vorlage bei der Krankenkasse, verhindert eine entsprechende Verwendung nicht zuverlässig.
- 45 Gemäß § 33 EStG wird auf Antrag die Einkommensteuer dadurch ermäßigt, dass der Teil der Aufwendungen, der die dem Steuerpflichtigen zumutbare Belastung übersteigt, vom Gesamtbetrag der Einkünfte abgezogen wird. Die Belastungsgrenze liegt je nach Einkommen und Unterhaltspflicht bei ein bis sieben Prozent des Gesamtbetrags der Einkünfte (§ 33 Absatz 3 Satz 1 EStG). Die Arzneikosten, die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen zu tragen haben, sind als Aufwendungen im Sinne dieser Bestimmung anerkannt (Blümich/Heger, 134. Aufl. 2016, § 33 EStG Rn. 160). Werden Krankheitskosten jedoch von Dritten übernommen, so bewirkt dies eine Minderung der Belastung des Steuerpflichtigen im Sinne von § 33 EStG (BFH, Urteil vom 14. März 1975 - VI R 63/73, juris Rn. 7; Blümich/Heger, a.a.O., § 33 EStG Rn. 177). So liegt der Fall hier, da die Beklagte die Hälfte des Zuzahlungsbeitrages an die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Nachdem die Quittung missverständlich ausgestellt ist, könnte das Finanzamt dazu verleitet werden, das Erreichen der Belastungsgrenze anzunehmen, obwohl die Voraussetzungen hierfür tatsächlich nicht vorliegen.
- 46 cc) Vor diese Hintergrund ist auch nicht erkennbar, dass damit der von der Beklagten behauptete Eingriff in die passive Warenverkehrsfreiheit verbunden wäre. Mit dem von der Beklagten angeführten Urteil hat der Europäische Gerichtshof entschieden, dass eine Regelung gegen Gemeinschaftsrecht verstößt, mit der die Erstattung eines in einem anderen Mitgliedstaat erworbenen Medizinproduktes von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht werde (EuGH, Urteil vom 28. April 1998 - C-120/95, Rn. 35). In derselben Entscheidung hat der Gerichtshof betont, dass die Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherheitssysteme zuständig sind (ebda., Rn. 21). Im vorliegenden Fall ist die Frage berührt, ob die ausgestellte Quittung eine zuverlässige Aussage über die tatsächliche Belastung des Versicherten bzw. Steuerpflichtigen trifft. Die passive Warenverkehrsfreiheit ist hiervon nicht berührt. Dem Kunden ist es unbenommen, seine Heilmittel bei der Beklagten zu beziehen. Die Erteilung missverständlicher Quittungen ist von der Warenverkehrsfreiheit hingegen nicht geschützt. Mit überzeugenden Argumenten führt das Landgericht aus, dass es auch keinen nachvollziehbaren Grund dafür gibt, die Zuzahlungsquittung in der vorliegenden Form zu erteilen.
- 47 b) Die Handlung ist auch dazu geeignet, das wirtschaftliche Verhalten des Verbrauchers wesentlich zu beeinflussen. Darunter versteht das Gesetz die Vornahme einer

geschäftlichen Handlung, um die Fähigkeit des Verbrauchers, eine informierte Entscheidung zu treffen, spürbar zu beeinträchtigen und damit den Verbraucher zu einer geschäftlichen Entscheidung zu veranlassen, die er andernfalls nicht getroffen hätte (§ 2 Absatz 1 Nr. 8 UWG).

- 48 Zutreffend führt das Landgericht aus, dass ein konkret vorliegender Ursachenzusammenhang zwischen der Handlung und der Kaufentscheidung nicht vorausgesetzt wird. Maßgeblich ist alleine die objektive Eignung der in Rede stehenden Werbemaßnahme zur Förderung des Absatzes der Ware (OLG Hamm, Urteil vom 12. November 2013 - I-4 U 31/13, juris Rn. 54).
- 49 Diese Eignung ergibt sich aus der Berufungsbegründung selbst. Die Beklagte führt aus, dass chronisch kranke Patienten - die zu ihrer Zielgruppe gehören - nicht nur auf eine kostengünstige Arzneimittelversorgung angewiesen seien, sondern auch darauf, diese Zuzahlungen im vollen Umfang gegenüber der Krankenkasse bzw. steuerlich geltend zu machen (Bl. 118/199). Auch wenn der Patient bei der ersten Bestellung die geübte Praxis hinsichtlich der Zuzahlungsquittung noch nicht kennt, kann er - wovon das Landgericht berechtigterweise ausgeht - darauf hoffen, entsprechende Quittungen bei weiteren Käufen ebenfalls zu erhalten, um einen wirtschaftlichen Vorteil gegenüber der Krankenkasse oder dem Finanzamt zu erzielen. Unerheblich ist der Vortrag der Beklagten, dies sei nicht ihr Ansinnen gewesen (Bl. 117). Vorsätzliches Handeln ist nicht erforderlich (Köhler/Bornkamm, UWG, 35. Aufl. (2017), § 2 UWG Rn. 144).
- 50 3. Zutreffend geht das Landgericht davon aus, dass die Handlung im Juni 2015 auch unter der alten Fassung von § 3 Absatz 2 UWG wettbewerbsrechtlich nicht anders zu werten war. Da der Kläger den geltend gemachten Unterlassungsanspruch auf Wiederholungsgefahr stützt, ist die Klage nur begründet, wenn das beanstandete Verhalten der Beklagten sowohl zum Zeitpunkt seiner Vornahme rechtswidrig war als auch zum Zeitpunkt der Entscheidung in der Berufungsinstanz rechtswidrig ist (BGH, Urteil vom 04. Februar 2016 - I ZR 194/14, juris Rn. 9 - Fressnapf). Die Vorschrift hat zu keiner maßgebenden Änderung geführt. Sie bewertete Handlungen als unlauter, die nicht der für den Unternehmer geltenden fachlichen Sorgfalt entsprachen und dazu geeignet waren, die Fähigkeit des Verbrauchers, sich auf Grund von Informationen zu entscheiden, spürbar zu beeinträchtigen und ihn damit zu einer geschäftlichen Entscheidung zu veranlassen, die er andernfalls nicht getroffen hätte. Hierzu gilt das oben Ausgeführte.
- 51 4. Die Feststellung des Landgerichts zur Wiederholungsgefahr wurde durch die Berufung nicht angegriffen. Rechtsfehler sind nicht erkennbar.

III.

- 52 Ebenso verhält es sich mit den Ausführungen des Landgerichts zum Auskunftsanspruch, zur Feststellungsklage und zum Anspruch auf Erstattung der vorgerichtlichen Anwaltskosten. Auch diese sind weder angegriffen noch weisen sie Rechtsfehler auf.

C.

- 53 Die Kostenentscheidung folgt aus § 97 Absatz 1 ZPO. Die Entscheidung zur vorläufigen Vollstreckbarkeit beruht auf § 708 Nr. 10, §§ 711, 709 Satz 2 ZPO. Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 543 Absatz 2 ZPO nicht vorliegen. Die entscheidungserheblichen Rechtsfragen sind in der höchstrichterlichen Rechtsprechung abstrakt geklärt.

GKV–Spitzenverband¹, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e. V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin

Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 20./21.03.2018

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V –

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

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 diesen vom GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erarbeiteten Verfahrensgrundsätzen 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. Gleichzeitig sollen den Krankenkassen durch die Erläuterungen Hilfestellungen zur Beurteilung verschiedener Sachverhalte gegeben werden. Die Verfahrensgrundsätze sind für die Krankenkassen verbindlich, die gegenüber dem GKV-Spitzenverband ihre Anwendung erklärt haben. Die Erklärung kann auch über den jeweiligen Verband der Krankenkasse auf Bundesebene an den GKV-Spitzenverband abgegeben werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Anwendungsbereich	4
2. Zuständigkeit und zu beachtende Grundsätze	4
2.1 Zuständigkeit.....	4
2.2 Allgemeine Grundsätze.....	4
3. Verfahren je nach Zeitpunkt der Antragstellung	5
3.1 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres	5
3.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr	5
3.3 Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung	6
4. Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V.....	9
4.1 Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige	9
4.2 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt	17
4.3 Zuzahlungen.....	19
5. Belastungsgrenze der Versicherten	21
5.1 Höhe der Belastungsgrenze	21
5.2 Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen	22
5.3 Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.	24
5.3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft.....	24
5.3.2 Nachweis der Fortdauer der Behandlung in den Folgejahren	24
6. Inkrafttreten	25
7. Erklärung zur zukünftigen Nichtanwendung	25
8. Anlagen.....	25

1. Anwendungsbereich

Sind im Laufe eines Kalenderjahres

- einzelne Versicherte bei mehr als einer Krankenkasse versichert oder
- Versicherte eines Familienverbundes bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert,

werden die Erstattung des von der Krankenversicherung insgesamt zu übernehmenden Anteils an Zuzahlungen sowie die Befreiung von den Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für das restliche Kalenderjahr nach den folgenden Regelungen durchgeführt.

Daneben ist eine Befreiung von den Zuzahlungen aufgrund einer Vorauszahlung in Höhe der Belastungsgrenze im Einzelfall möglich. Auch hierfür sind nachfolgend einheitliche Regelungen festgelegt.

2. Zuständigkeit und zu beachtende Grundsätze

2.1 Zuständigkeit

- (1) Für die Ermittlung der Belastungsgrenze bzw. die Erstattung der über die Belastungsgrenze hinausgehenden Zuzahlungen sind die Krankenkassen zuständig, bei der die Versicherten des Familienverbundes zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der zuerst angegangenen Krankenkasse jeweils versichert sind. Dies gilt sowohl für den Fall eines Krankenkassenwechsels im laufenden Kalenderjahr als auch bei unterschiedlicher Krankenkassenzuständigkeit in einer Familie.
- (2) Wird der Antrag erst nach Ablauf des zu beurteilenden Kalenderjahres gestellt, sind die Krankenkassen zuständig, bei denen die Versicherten am Ende des zu beurteilenden Kalenderjahres versichert waren.
- (3) Besteht zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. bei nachträglicher Antragstellung am Ende des Jahres, für das der Antrag gestellt wird, keine Versicherung, sind die Krankenkassen zuständig, bei denen im Laufe des zu beurteilenden Kalenderjahres zuletzt eine Versicherung bestanden hat.
- (4) Der Antrag wird von der zuerst angegangenen und nach Absatz (1) bis (3) zuständigen Krankenkasse (berechnende Krankenkasse) auch mit Wirkung für die anderen nach Absatz (1) bis (3) zuständigen Krankenkassen (übrige Krankenkassen) bearbeitet.
- (5) Für die Ermittlung der Grundlagen für die Berechnung der Belastungsgrenze sowie die Höhe der insgesamt zu berücksichtigenden Zuzahlungen steht der als Anlage 1 beigefügte Mustervordruck zur Verfügung. Es kann auch ein inhaltlich entsprechendes Formular genutzt werden.

2.2 Allgemeine Grundsätze

- (1) Wechselt ein für ein Kalenderjahr bereits befreiter Versicherter zu einer anderen Krankenkasse, akzeptiert diese grundsätzlich die Feststellungen der bisherigen Krankenkasse und

befreit den Versicherten für denselben Zeitraum, für den bereits eine Befreiung vorlag. Ein Ausgleich bereits entrichteter Voraus- oder Zuzahlungen zwischen den Krankenkassen findet nicht statt. Eine Aufteilung einer Erstattung der über die Belastungsgrenze hinausgehenden Zuzahlungen für diesen Versicherten auf die anderen Krankenkassen erfolgt ebenfalls nicht.

- (2) Sofern nach der Ausstellung einer Bescheinigung über die Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen weitere Zuzahlungsbelege eingereicht werden, werden diese unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Fälligkeit oder Entrichtung von der für den Versicherten jeweils zum Zeitpunkt der Antragstellung auf nachträgliche Erstattung zuständigen Krankenkasse erstattet. Auf eine Neuberechnung der Teilerstattungsbeiträge bzw. des Vorauszahlungsbeitrages wird verzichtet.

3. Verfahren je nach Zeitpunkt der Antragstellung

3.1 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres

- (1) Die berechnende Krankenkasse stellt die Belastungsgrenze und den Erstattungsbetrag für den gesamten Familienverbund fest und teilt den Erstattungsbetrag unter den nach Abschnitt 2.1 „Zuständigkeit“ zuständigen Krankenkassen im Verhältnis der von den einzelnen berücksichtigungsfähigen Personen im Familienverbund gezahlten Zuzahlungen zum Gesamtbetrag aller Zuzahlungen auf und erstattet ihren Versicherten den von ihr zu tragenden Teilbetrag.
- (2) Die von den übrigen Krankenkassen zu erstattenden Teilbeträge werden dem Versicherten mit dem als Anlage 2 beigefügten Mustervordruck oder einem inhaltlich entsprechenden Formular in entsprechender Anzahl mitgeteilt. Eine weitere Aufteilung der Teilbeträge in die jeweiligen Leistungsbereiche ist nicht erforderlich. Die von der berechnenden Krankenkasse ermittelten jeweiligen Erstattungsbeträge werden dabei von den anderen Krankenkassen akzeptiert.

3.2 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 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres“ gleichermaßen. Daneben befreit die berechnende 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 seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen Anspruch, von der für sie zuständigen Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit zu werden. Hierzu informiert die berechnende Krankenkasse ihren Versicherten mit der Ausstellung des Befreiungsausweises über die Möglichkeit, dass die bei den anderen Krankenkassen versicherten berück-

sichtigungsfähigen 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. 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 übrigen Krankenkassen der 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.

3.3 Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung

- (1) Eine Befreiung aufgrund einer Vorauszahlung in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze ist möglich, insbesondere dann, wenn innerhalb eines kurzen Zeitraums die Belastungsgrenze erreicht würde. Die berechnende Krankenkasse ermittelt die Belastungsgrenze sowie den Vorauszahlungsbetrag nach den Maßgaben des Abschnittes 3.2 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr“ Absatz (3), vereinnahmt den gesamten Vorauszahlungsbetrag und befreit ihre/n 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 mindernd berücksichtigt.
- (3) Der geleistete Vorauszahlungsbetrag wird unter den nach Abschnitt 2.1 „Zuständigkeit“ 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 Euro, Ehefrau Krankenkasse B, Kind geboren am 01.01.2000, Krankenkasse B, nachgewiesene Zuzahlung 90 Euro. Antrag auf Vorauszahlung der Belastungsgrenze für das laufende Kalenderjahr 2018, die ermittelte Belastungsgrenze beträgt 244 Euro.

Lösung: Die Vorauszahlung beträgt 144 Euro (244 Euro Belastungsgrenze – 100 Euro Zuzahlung). Da das Kind im Jahr 2018 das 19. Lebensjahr beginnt, ist die Vorauszahlung durch 3 Versicherte zu teilen (48 Euro). Der Krankenkasse A stehen somit 48 Euro der Vorauszahlung zu, der Krankenkasse B 96 Euro.

- (4) Unterschreitet der Anteil an der Vorauszahlung, den die berechnende Krankenkasse einer der übrigen Krankenkassen zu überweisen hätte, den Betrag von 50 Euro (Bagatellgrenze analog § 110 Satz 2 SGB X), kann die berechnende Krankenkasse diesen Anteil der Vorauszahlung vereinnahmen. Die den übrigen Krankenkassen zustehenden Einzelbeträge ihrer jeweiligen Versicherten werden je Antrag addiert für den Vergleich mit der Bagatellgrenze.

Beispiel 2

Lösung zu Beispiel 1: Ist Krankenkasse A für die Berechnung und Erstattung zuständig, erfolgt nach Anforderung eine Überweisung an Krankenkasse B in Höhe von 96 Euro. 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 48 Euro die Bagatellgrenze unterschreitet.

- (5) Die Krankenkassen, die die Anwendung dieser Verfahrensgrundsätze erklärt haben, können – ggf. über ihren Verband auf Bundesebene – einen gegenseitigen Verzicht auf eine Aufteilung der Vorauszahlung nach Absatz (3) erklären oder eine höhere als die in Absatz (4) genannte Bagatellgrenze vereinbaren.
- (6) Die den übrigen Krankenkassen zustehenden Teilbeträge werden dem Versicherten mit dem als Anlage 2a beigefügten Mustervordruck oder einem inhaltlich entsprechenden Formular in entsprechender Anzahl mitgeteilt. Zur Begründung siehe Abschnitt 3.1 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres“ Absatz (2). Eine weitere Aufteilung der Teilbeträge in Leistungsbereiche ist nicht erforderlich. Die von der berechnenden Krankenkasse ermittelten jeweiligen Beträge werden dabei von den anderen Krankenkassen akzeptiert.
- (7) Die übrigen Krankenkassen können auf der Grundlage der Mitteilung nach Absatz (6) den ihnen zustehenden Vorauszahlungsanteil unter Angabe des im Muster nach Anlage 2a oder einem inhaltlich entsprechenden Formular vergebenen Aktenzeichens anfordern. Der Vorauszahlungsanteil ist nach Anforderung von der berechnenden Krankenkasse umgehend nach Erhalt der Vorauszahlung an die übrigen Krankenkassen zu überweisen.

- (8) Die unter Abschnitt 3.2 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr“ Absätze (2) bis (5) enthaltenen Regelungen gelten bei einer Befreiung nach Abschnitt 3.3 „Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung“ gleichermaßen.
- (9) Ändert sich aufgrund einer Neuberechnung der Belastungsgrenze der Vorauszahlungsbeitrag, 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 3

Ehemann Krankenkasse A, Ehefrau Krankenkasse B. Antrag auf Vorauszahlung für das Kalenderjahr 2018, die ermittelte Belastungsgrenze beträgt 250 Euro. Es erfolgt eine Befreiung aufgrund einer Vorauszahlung. Die Krankenkasse A überweist der Krankenkasse B nach Anforderung 125 Euro der Vorauszahlung.

Der Versicherte verstirbt am 30.06. des Jahres, für das die Befreiung ausgesprochen wurde. Die hinterbliebene Ehefrau beantragt eine Neuberechnung des ursprünglich ermittelten Vorauszahlungsbetrages. Die daraufhin neu festgestellte Belastungsgrenze beträgt 100 Euro.

Lösung: Der Differenzbetrag zwischen der Vorauszahlung und der rückschauend richtigen Belastungsgrenze beträgt 150 Euro (Vorauszahlung 250 Euro – 100 Euro Belastungsgrenze). Die Krankenkasse A fordert eine Rückzahlung von 75 Euro 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 4

Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 Euro am 01.12. für das darauffolgende 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 Euro erreicht habe.

Lösung: Eine Rückzahlung kann nicht erfolgen.

Beispiel 5

Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 Euro am 20.12. für das darauffolgende Kalenderjahr, der Befreiungsausweis wird am 27.12. des Jahres versandt. Am 18.01. 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 aufgrund der geänderten Einkommensverhältnisse und ggf. eine entsprechende Erstattung erfolgen (vgl. Abschnitt 4.1 „Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige“ Absatz (13)).

Beispiel 6

Wie Beispiel 5, der Befreiungsausweis wurde jedoch noch nicht versandt.

Lösung: Eine Rückzahlung der Vorauszahlung kann erfolgen.

4. Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V

- (1) Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V und die Beurteilung, ob Versicherte höhere als nach § 62 SGB V vorgesehene Zuzahlungen im Laufe eines Kalenderjahres getragen haben, sind
 - die zu berücksichtigenden Angehörigen (Abschnitt 4.1 „Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige“),
 - die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Abschnitt 4.2 „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“) sowie
 - die im Kalenderjahr entstandenen Zuzahlungen (Abschnitt 4.3 „Zuzahlungen“).
- (2) Für die Prüfung der zu berücksichtigenden Angehörigen sind die zum Zeitpunkt der Beurteilung des Antrages bzw. bei nachträglicher Antragstellung die am Ende des jeweiligen Kalenderjahres vorliegenden Verhältnisse maßgebend (vgl. auch Beispiel 17). Die Bruttoeinnahmen sind aus dem Jahr heranzuziehen, für das die Befreiung beantragt wird.

4.1 Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige

- (1) Angehörige im Sinne des § 62 SGB V sind der/die im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende/n
 - Ehegatte/Lebenspartner,
 - sonstigen Angehörigen (nur im Recht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),
 - Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, generell (unabhängig davon, ob sie familien-, pflicht-, freiwillig oder nicht gesetzlich versichert sind) und
 - Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, sofern sie nach § 10 SGB V/§ 7 Abs. 1 KVLG 1989 familienversichert sind (s. jedoch Absatz (14)).

Lebenspartner im Sinne des SGB V und dieser Erläuterungen sind eingetragene Lebenspartner nach dem „Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ vom 16.02.2001.

Ausschließlich im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sind auch die sonstigen Angehörigen, die nach § 7 Abs. 2 KVLG 1989 familienversichert sind und die mitarbeitenden Familienangehörigen (ohne Arbeitsvertrag), die nicht rentenversicherungspflichtig sind, als Angehörige im Sinne des § 62 SGB V zu berücksichtigen.

Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen sowie der Versicherte bilden den Familienverbund im Sinne dieser Verfahrensgrundsätze.

- (2) Ein gemeinsamer Haushalt setzt voraus, dass mehrere Familienangehörige im Sinne des § 62 SGB V ihren Wohnsitz zusammen an der gleichen Stelle (Haus, Wohnung) begründet haben und in Wirtschaftsgemeinschaft leben. Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird (§ 30 Abs. 3 Satz 1 SGB I). Dies bedeutet, dass ein vorübergehendes Wohnen außerhalb des gemeinsamen Haushalts nicht zu dessen endgültiger Auflösung führt. Ein gemeinsamer Haushalt kann grundsätzlich immer dann unterstellt werden, wenn sich Ehegatten/Lebenspartner, sonstige Angehörige oder Kinder zwar vorübergehend nicht in dem gemeinsamen Haushalt aufhalten, dort jedoch noch einen Erst- oder Zweitwohnsitz haben.
- (3) Ein gemeinsamer Haushalt liegt nicht vor, wenn sich für den Ehegatten/Lebenspartner, sonstige Angehörige oder die Kinder – für einen nicht absehbaren Zeitraum – ein anderer Lebensmittelpunkt als der des Haushalts des Versicherten ergibt. Das gilt insbesondere bei Personen, deren dauernder und eigenständiger Wohnsitz im In- oder Ausland liegt.
- (4) Bei Ehegatten und Lebenspartnern besteht die Besonderheit, dass ein gemeinsamer Haushalt auch dann anzunehmen ist, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden, oder in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der Leistungen nach dem § 43a SGB XI erbracht werden, aufgenommen wird (§ 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der vorgenannten Einrichtungen aufgenommen werden.
- (5) Ehegatten/Lebenspartner des Versicherten sind immer zu berücksichtigen, wenn sie im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten leben, unabhängig davon, ob sie selbst versichert, familienversichert oder nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen, die außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung anfallen, bleiben jedoch bei der Höhe der insgesamt geleisteten Zuzahlungen unberücksichtigt (vgl. Abschnitt [4.3 „Zuzahlungen“](#)).

Beispiel 7

Ehemann bis 30.06. Krankenkasse A (monatlich 1.500 Euro, Zuzahlungen 100 Euro), ab 01.07. privat versichert (monatlich 1.800 Euro, Selbstbehalt 120 Euro), Ehefrau Krankenkasse A (monatlich 2.200 Euro, Zuzahlungen 150 Euro), am 01.05. geborenes Kind Krankenkasse A (Zuzahlungen 30 Euro).
--

Lösung: Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen (Bruttoeinnahmen 19.800 Euro + 26.400 Euro = 46.200 Euro); Minderung der Bruttoeinnahmen um 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Angehörigenfreibetrag für den ersten Angehörigen) und den Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG (Kinderfreibetrag) für ein Kind. Zuzahlungen in Höhe von 280 Euro sind zu berücksichtigen (Ehemann 100 Euro + Ehefrau 150 Euro + Kind 30 Euro).

- (6) Kinder sind stets bis zu dem Kalenderjahr zu berücksichtigen, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Ab den folgenden Kalenderjahren muss bei einer Antragstellung im laufenden Kalenderjahr zum Zeitpunkt der Ermittlung der Belastungsgrenze bzw. bei einer Beantragung für vergangene Kalenderjahre zum jeweiligen Ende des Kalenderjahres eine Familienversicherung nach § 10 SGB V (im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nach § 7 KVLG 1989) bestehen (s. jedoch Absatz (14)). Familienversicherte Studenten sind damit ebenfalls zu berücksichtigen. Dies gilt auch dann, wenn sie zwar am Studienort wohnen aber ihren Erst- oder Zweitwohnsitz noch bei den Eltern haben. Hat ein familienversicherter Student hingegen am Studienort seinen alleinigen Wohnsitz, scheidet er bei der Beurteilung der Befreiung für die übrigen Angehörigen aus.
- (7) Für Kinder von nicht miteinander verheirateten Eltern, die in einem gemeinsamen Haushalt leben, besteht ein Wahlrecht, mit welchem Elternteil das Kind gemeinsam bei der Ermittlung der Belastungsgrenze beurteilt werden soll. Liegt der Krankenkasse hierüber keine Information vor, ist das Kind mit dem Elternteil gemeinsam zu beurteilen, bei dem die Familienversicherung nach § 10 SGB V/§ 7 KVLG 1989 durchgeführt wird. Sofern das Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und eine eigene Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse begründet und demzufolge nicht mehr familienversichert ist, wird das Kind mit dem Elternteil gemeinsam beurteilt, in dessen Krankenkasse es versichert ist. Sollte eine solche Zuordnung des Kindes nicht möglich sein, weil beide Elternteile der gleichen Krankenkasse angehören, das Kind bei einer anderen als der von den Eltern gewählten Krankenkasse versichert oder nicht gesetzlich versichert ist, erfolgt die Zuordnung der Kinder zur gemeinsamen Beurteilung mit einem Elternteil nach dem Willen der Beteiligten (Ausübung des Wahlrechts). Hierzu hat die Krankenkasse die beteiligten Personen über die entsprechenden Möglichkeiten aufzuklären, zu beraten bzw. ihnen Auskunft zu erteilen (§§ 13, 14 und 15 SGB I).

Beispiel 8

In einem gemeinsamen Haushalt leben: Unverheiratetes Paar, gemeinsames Kind (18. Lebensjahr noch nicht vollendet und keine eigene Mitgliedschaft), Mutter und Kind: Krankenkasse A, Vater: Krankenkasse B.

Lösung: Die nicht miteinander verheirateten Eltern sind getrennt zu beurteilen. Es besteht ein Wahlrecht, mit welchem Elternteil das Kind gemeinsam bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V beurteilt werden soll. Der Krankenkasse liegt hierüber keine Information vor, daher ist das Kind gemeinsam mit der Mutter zu beurteilen, da bei ihr die Familienversicherung durchgeführt wird.

Beispiel 9

In einem gemeinsamen Haushalt leben: Unverheiratetes Paar, gemeinsames Kind (18. Lebensjahr noch nicht vollendet, eigene Mitgliedschaft in Krankenkasse A), Mutter und Vater: Krankenkasse B. Nach dem Willen der Beteiligten soll das Kind mit der Mutter gemeinsam beurteilt werden.

Lösung: Die nicht miteinander verheirateten Eltern sind getrennt zu beurteilen. Es besteht ein Wahlrecht, mit welchem Elternteil das Kind gemeinsam bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V beurteilt werden soll. Durch die Ausübung des Wahlrechts werden Mutter und Kind gemeinsam beurteilt.

- (8) Kinder im Sinne der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V sind auch die im Haushalt des Versicherten lebenden Stief-, Enkel- und Pflegekinder. Diese Kinder sind für die Ermittlung der Belastungsgrenze und der Zuzahlungshöhe bei der Familie zu berücksichtigen, mit der sie im gemeinsamen Haushalt leben. Eine Familienversicherung kann sich auch aus der Versicherung eines anderen – nicht im gemeinsamen Haushalt lebenden – Angehörigen des Kindes ableiten.

Beispiel 10

In einem gemeinsamen Haushalt leben: Stiefvater Krankenkasse A, Mutter Krankenkasse B, und das über den leiblichen Vater familienversicherte Kind (19 Jahre) aus erster Ehe der Mutter (Krankenkasse C).

Lösung: Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen.

- (9) Tritt im Laufe des Antragsjahres ein Ehegatte/Lebenspartner, sonstiger Angehöriger oder ein Kind z. B. durch Begründung einer Familienversicherung oder Einzug in den gemeinsamen Haushalt in den Familienverbund ein, sind die Belastungsgrenze sowie ggf. die Erstattung von Zuzahlungen unter Berücksichtigung der Bruttoeinnahmen und der Zuzahlungen aus dem gesamten Kalenderjahr zu ermitteln.

Beispiel 11

Die Versicherten heiraten am 07.03. des Jahres (monatliche Einnahmen des Mannes 1500 Euro, Zuzahlungen im gesamten Jahr 150 Euro, monatliche Einnahmen der Ehefrau 1500 Euro, Zuzahlungen im gesamten Jahr 100 Euro). Am 10.12. des Jahres wird das gemeinsame Kind geboren. Antragstellung am 02.01. des Folgejahres.

Lösung: Das Ehepaar und das Kind sind gemeinsam zu beurteilen (Bruttoeinnahmen 36.000 Euro; abzgl. Freibetrag für 1. Angehörigen (15 v. H.) und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG, Zuzahlungen 250 Euro).

- (10) Scheidet im Laufe eines Kalenderjahres ein Kind, das das 19. Lebensjahr bereits vollendet hat oder in diesem Kalenderjahr vollenden wird, aus der Familienversicherung aus, wird das Kind bei der Ermittlung der Belastungsgrenze und der Zuzahlungen des verbleibenden

Familienverbundes nicht berücksichtigt (s. jedoch Absatz (14)). Begründet das Kind eine eigene Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist die Belastungsgrenze sowie ggf. die Erstattung von Zuzahlungen für das Kind unter Berücksichtigung seiner Bruttoeinnahmen und der Zuzahlungen aus dem gesamten Kalenderjahr zu ermitteln.

Beispiel 12

In einem gemeinsamen Haushalt lebt ein Ehepaar mit 2 familienversicherten Kindern (19 und 21 Jahre alt). Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung eines Kindes am 01.07., Krankenkasse B (monatliche Einnahmen 1.000 Euro, Zuzahlungen im gesamten Jahr 150 Euro). Antragstellung am 02.01. des Folgejahres.

Lösung: Das Ehepaar und das am Jahresende familienversicherte Kind sind gemeinsam zu beurteilen (Freibetrag für 1. Angehörigen [15 v. H.] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG). Das ab 01.07. selbst krankenversicherte Kind hat ggf. am Jahresende Anspruch auf Erstattung nach § 62 SGB V. Grundlagen sind seine Zuzahlungen sowie Bruttoeinnahmen des ganzen Kalenderjahres (Bruttoeinnahmen 6.000 Euro; Zuzahlungen 150 Euro, keine Minderung der Bruttoeinnahmen).

Beispiel 13

Wie Beispiel 12, die Kinder sind jedoch 15 und 17 Jahre alt.

Lösung: Das Ehepaar und die Kinder sind gemeinsam mit ihren Einnahmen und Zuzahlungen zu beurteilen (Freibetrag für 1. Angehörigen [15 v. H.] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG für zwei Kinder).

- (11) Scheidet nach einer Befreiung des Familienverbundes im Laufe des Kalenderjahres ein Kind, das das 19. Lebensjahr bereits vollendet hat oder in diesem Kalenderjahr vollenden wird, aus der Familienversicherung aus, kann auf Antrag des Kindes eine Neufeststellung seiner persönlichen Belastungsgrenze erfolgen (s. jedoch Absatz (14)). Für die übrigen Mitglieder des Familienverbundes verbleibt es für dieses Kalenderjahr bei den bisherigen Feststellungen.

Beispiel 14

In einem gemeinsamen Haushalt lebt ein Ehepaar mit 2 familienversicherten Kindern (19 und 21 Jahre alt). Antragstellung am 15.03. des laufenden Jahres mit nachfolgender Befreiung des Familienverbundes von gesetzlichen Zuzahlungen. Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung eines Kindes am 01.07. (monatliche Einnahmen 1.000 Euro, Zuzahlungen im ersten Halbjahr 50 Euro, im zweiten Halbjahr 100 Euro), erneute Antragstellung zu Beginn des Folgejahres.

Lösung: Das Ehepaar und die beiden zum Zeitpunkt der Antragstellung am 15.03. familienversicherten Kinder sind zunächst gemeinsam zu beurteilen (Freibetrag für 1. Angehörigen [15 v. H.] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG für zwei Kinder).

Das ab 01.07. selbst krankenversicherte Kind hat ggf. am Jahresende Anspruch auf Erstattung nach § 62 SGB V. Grundlagen sind seine Zuzahlungen sowie Bruttoeinnahmen ab 01.07. (Bruttoeinnahmen 6.000 Euro; Zuzahlungen 100 Euro, keine Minderung der Bruttoeinnahmen). Für den verbleibenden Familienverbund verbleibt es auch für die Zeit ab 01.07. bei den bisherigen Feststellungen.

- (12) Begründet der Familienverbund im Antragsjahr erstmalig eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. durch Zuzug in den Geltungsbereich des SGB V) oder beendet der Familienverbund diese Mitgliedschaft im Antragsjahr (z. B. durch Wechsel zu einer privaten Krankenversicherung), so sind die Belastungsgrenze sowie ggf. die Erstattung von Zuzahlungen unter Berücksichtigung der Bruttoeinnahmen aus dem gesamten Kalenderjahr zu ermitteln. Es können jedoch nur die im System der gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten Zuzahlungen berücksichtigt werden (siehe auch Abschnitt 4.3 „Zuzahlungen“).

Beispiel 15

Zuzug des Familienverbundes (Ehepaar und 1 Kind, 6 Jahre alt) aus dem Ausland am 01.07. (monatlich 500 Euro Einnahmen bis 30.06., ab 01.07. 1.500 Euro monatlich, Zuzahlungen ab 01.07. 100 Euro), Antrag am 02.01. des Folgejahres.

Lösung: Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen (Bruttoeinnahmen 12.000 Euro); Minderung der Bruttoeinnahmen um Freibetrag für 1. Angehörigen (15 v. H.) und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG. Zuzahlungen in Höhe von 100 Euro sind zu berücksichtigen.

- (13) Stirbt ein Mitglied des Familienverbundes im laufenden Kalenderjahr, so ist diese Person gleichwohl bei der Ermittlung der Belastungsgrenze zu berücksichtigen.

Beispiel 16

Versicherter verstirbt am 01.02. des Jahres. Der hinterbliebene Ehegatte und 1 Kind (Vollendung des 18. Lebensjahres im zu beurteilenden Kalenderjahr) beziehen Witwen- bzw. Waisenrente. Antragstellung am 15.01. des Folgejahres.

Lösung: Das Ehepaar und das Kind sind gemeinsam mit den Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen zu beurteilen (Minderung der Bruttoeinnahmen um Freibetrag für 1. Angehörigen [15 v. H.] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG).

Verstirbt ein Mitglied des Familienverbundes nach einer Befreiung im Laufe des Kalenderjahres, kann auf Antrag der hinterbliebenen berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen eine Neufeststellung und ggf. Erstattung erfolgen.

Beispiel 17

In einem gemeinsamen Haushalt lebt ein Ehepaar mit einem familienversicherten Kind (20 Jahre alt). Aufgrund einer Vorauszahlung zu Jahresbeginn ist der Familienverbund von Zuzahlungen befreit. Ehemann 2.000 Euro Rente, Ehefrau und Kind

ohne Einnahmen.

Versicherter verstirbt am 01.02. des Jahres. Der hinterbliebene Ehegatte und das Kind (bis 01.02. familienversichert) beziehen Witwenrente (1.200 Euro) bzw. Waisenrente (300 Euro). Die Witwe beantragt am 15.04. eine Korrektur des ermittelten Vorauszahlungsbetrages.

Lösung: Das Ehepaar ist gemeinsam mit seinen Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen zu beurteilen (Rente des verstorbenen Ehemannes 2 x 2.000 Euro + „Sterbevierteljahr“² 3 x 2.000 Euro + Witwenrente 7 x 1.200 Euro, abzgl. Freibetrag für 1. Angehörigen [15 v. H.]). Hinsichtlich der Aufteilung der Vorauszahlung im Falle unterschiedlicher Kassenzuständigkeit vgl. [Beispiel 3](#).

Das ab 02.02. selbst krankenversicherte Kind hat ggf. Anspruch auf Erstattung nach § 62 SGB V. Grundlagen sind seine Zuzahlungen sowie seine Bruttoeinnahmen ab 02.02. (keine Minderung der Bruttoeinnahmen).

Verstirbt ein allein zu berücksichtigender Versicherter nach einer Befreiung im Laufe des Kalenderjahres, kann auf Antrag eines Erben auf Grundlage der BGB-Regelungen zum Erbrecht eine Neufeststellung der Belastungsgrenze und ggf. Erstattung erfolgen.

Beispiel 18

Aufgrund einer Vorauszahlung zu Jahresbeginn ist ein allein lebender Versicherter von Zuzahlungen befreit. Versicherter verstirbt am 01.02. des Jahres. Ein Erbe beantragt am 15.04. eine Korrektur des ermittelten Vorauszahlungsbetrages.

Lösung: Der Wegfall des Einkommens des Versicherten führt zu einer Herabsetzung der Belastungsgrenze. Dem Erben ist die Differenz zu der zunächst vereinbarten Vorauszahlung auszuführen.

Ein Anspruch auf Erstattung zu viel geleisteter Zuzahlungen auf Basis der BGB-Regelungen zum Erbrecht besteht auch dann, wenn der Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nicht zu Lebzeiten des Versicherten gestellt wurde.

- (14) In Fällen des § 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V ist der Familienverbund nach Absatz (1) grundsätzlich als „Bedarfsgemeinschaft“ im Sinne dieser Vorschrift anzusetzen.

Sofern durch eine andere Behörde bereits eine „Bedarfsgemeinschaft“ festgestellt wurde (insbesondere bei Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII), ist diese als Familienverbund im Sinne der weiteren Erläuterungen zu übernehmen, soweit sie nicht mehr Personen umfasst, als nach Absatz (1) Berücksichtigung finden (s. hierzu [Beispiel 19](#)). Letzteres gilt nicht, sofern die „Bedarfsgemeinschaft“ nur deswegen mehr Personen als nach Absatz (1) umfasst, weil im gemeinsamen Haushalt ein Kind lebt, welches

² Mit „Sterbevierteljahr“ ist der Zeitraum bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach Ablauf des Todesmonats gemeint.

- das 19. Lebensjahr (in dem Kalenderjahr) vollendet hat,
- Arbeitslosengeld II bezieht und
- aufgrund der ab dem 01.01.2016 einheitlich für alle Arbeitslosengeld II-Bezieher geltenden Versicherungspflicht in der Krankenversicherung (nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V) nicht mehr familienversichert ist und nur deswegen nicht mehr dem Familienverbund nach Absatz (1) zuzurechnen wäre.

Kinder, die die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, sind daher weiterhin ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, als Angehörige im Sinne dieser Vorschrift anzurechnen. Der Familienverbund ist jedoch längstens bis zu dem Kalenderjahr anzusetzen, solange das Kind mit seinen im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern eine Bedarfsgemeinschaft nach § 7 Abs. 3 SGB II bildet. Eine Bedarfsgemeinschaft in diesem Sinne besteht, solange das Kind das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies entspricht der Altersgrenze nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (s. hierzu [Beispiel 20](#)). Die Ausführungen des Absatzes (10) bzw. (11) sind zu berücksichtigen.

Beispiel 19

Versicherter lebt in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit seiner Freundin und ihren Kindern (5 und 7 Jahre alt) aus erster Ehe zusammen. Sie beziehen als „Bedarfsgemeinschaft“ (Bescheid des Sozialamtes) Hilfe zum Lebensunterhalt.

Lösung: Für den Versicherten einerseits sowie andererseits die Freundin und ihre Kinder sind getrennte Belastungsgrenzen jeweils nach dem Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme festzusetzen. Der Versicherte und seine Freundin (mit Kindern) bilden zwar eine „Bedarfsgemeinschaft“, jedoch sind Freundin und Kinder keine berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Versicherten im Sinne des SGB V bzw. dieser Verfahrensgrundsätze.

Beispiel 20

Ein Ehepaar lebt gemeinsam mit seinem nicht familienversicherten Kind (20 Jahre alt) in einem Haushalt. Die Eltern und das Kind beziehen als „Bedarfsgemeinschaft“ (Bescheid der Agentur für Arbeit) Arbeitslosengeld II.

Lösung: Für die Eltern ist gemeinsam mit ihrem Kind als Belastungsgrenze der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme festzusetzen, da das Kind das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und daher mit den Eltern eine „Bedarfsgemeinschaft“ im Sinne des SGB II bildet.

Bei der Berechnung der Belastungsgrenze ist kein Freibetrag für das Kind anzusetzen.

Umfasst der Familienverbund im Sinne des Absatzes (1) über die bereits durch eine andere Behörde festgestellte „Bedarfsgemeinschaft“ für Grundsicherungsleistungen (ggf. bestehend aus nur einer Person) hinaus weitere Personen, ist für die von dieser „Bedarfsgemeinschaft“ nicht erfassten Personen separat eine Belastungsgrenze zu ermitteln. Abwei-

chend hiervon ist bei den in Absatz (4) beschriebenen Fällen (§ 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V) keine separate Belastungsgrenze zu ermitteln.

Beispiel 21

Ein Ehepaar lebt gemeinsam mit dem familienversicherten, behinderten Kind (20 Jahre alt) in einem Haushalt. Das Kind bezieht Hilfe zur Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach § 41 Abs. 3 SGB XII. Die Unterhaltsansprüche des Kindes gegenüber den Eltern bleiben laut Bescheid des Sozialamtes unberücksichtigt (§ 43 Abs. 5 SGB XII), sodass das Kind und die Eltern insoweit keine „Bedarfsgemeinschaft“ bilden.

Lösung: Das Kind einerseits und die Eltern andererseits werden unabhängig voneinander mit den jeweiligen Einnahmen und Zuzahlungen des gesamten Kalenderjahres betrachtet, da zwar die Eltern und das Kind einen Familienverbund im Sinne des SGB V bzw. dieser Verfahrensgrundsätze darstellen, jedoch die Eltern nicht von der vom Sozialamt festgestellten Bedarfsgemeinschaft erfasst werden. Zudem könnte eine gemeinsame Betrachtung der Eltern und des Kindes ggf. dazu führen, dass der Anspruch des Kindes auf Grundsicherung infolge einer i.d.R. höheren Belastungsgrenze als nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V geschmälert würde. Dies ist erkennbar nicht Zielsetzung des Gesetzgebers. Für das Kind ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme anzusetzen.

Bei der Berechnung der Belastungsgrenze für die Eltern ist kein Freibetrag für das Kind anzusetzen.

Beispiel 22

Eine Ehefrau lebt in einer vollstationären Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden. Der Ehemann bezieht Rente und lebt weiterhin zu Hause. Das Ehepaar wird laut Bescheid des Sozialamtes nicht in einer „Bedarfsgemeinschaft“ im Sinne des SGB XII erfasst.

Lösung: Es liegt weiterhin ein gemeinsamer Haushalt vor (vgl. § 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Wenn die Ehefrau aufgrund der Heimunterbringung Leistungen nach dem SGB XII erhält, ist bei der Berechnung für das Ehepaar der Wert der Regelbedarfsstufe 1 maßgebend.

4.2 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

- (1) Für die Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V ist auf die tatsächlichen berücksichtigungsfähigen jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abzustellen. Welche Einnahmen der Versicherten zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des § 62 SGB V gehören, ergibt sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt in der jeweils gültigen Fassung.

Bei Versicherten,

- die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
- bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden,

sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis sind unabhängig von im gleichen Zeitraum evtl. erzielten weiteren Einnahmen als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte „Bedarfsgemeinschaft“ nur einmalig der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII für den Haushaltsvorstand anzusetzen. Diesen Personenkreisen sind Empfänger von Pflegegeld nach § 12 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen oder vergleichbaren Leistungen in anderen Bundesländern gleichgestellt.

Bei Versicherten, die laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II erhalten, ist stets der Regelbedarf nach § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB II als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte „Bedarfsgemeinschaft“ maßgebend. Damit führt auch der alleinige Bezug von Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II zur Anwendung des Regelbedarfs.

- (2) Nach § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V werden die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nur der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners zusammengerechnet.

Beispiel 23

Die Ehefrau lebt in einem Altenheim, in dem keine Leistungen nach § 43 bzw. § 43a SGB XI erbracht werden und erhält 1.500 Euro Unterhalt von ihrem Ehemann als Zuschuss zu den Heimkosten und 150 Euro eigene Rente. Der Ehemann bezieht eine Bruttorente von 2.400 Euro.

- a) Die Kosten der Unterbringung im Heim werden anteilig vom Träger der Sozialhilfe getragen.
- b) Die Kosten der Unterbringung im Heim werden nicht vom Träger der Sozialhilfe getragen.

Lösung zu a): Das Ehepaar ist getrennt zu beurteilen, für die Ehefrau ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als monatliche Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt anzusetzen. Beim Ehemann sind 1.500 Euro Unterhalt von den zu berücksichtigenden Einnahmen abzusetzen. Seine jährliche Belastungsgrenze errechnet sich daher aus monatlich 900 Euro (2.400 Euro – 1.500 Euro).

Lösung zu b): Das Ehepaar ist getrennt zu beurteilen, für die Ehefrau sind bei der Bemessung der jährlichen Belastungsgrenze 1.650 Euro als monatliche Einnahme anzusetzen. Beim Ehemann sind 1.500 Euro Unterhalt von den zu berücksichtigenden Einnahmen abzusetzen. Seine jährliche Belastungsgrenze errechnet sich daher aus monatlich 900 Euro (2.400 Euro – 1.500 Euro).

Beispiel 24

Ein in einem gemeinsamen Haushalt lebendes Ehepaar bezieht Hilfe zum Lebensunterhalt (Ehemann) und zusätzlich Leistungen der Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Ehefrau).

Lösung: Für das Ehepaar ist einmalig der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als monatliche Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt anzusetzen, keine Freibeträge.

4.3 Zuzahlungen

- (1) Im Rahmen der Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V werden alle im System der gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten gesetzlichen Zuzahlungen wie z. B. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln oder Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung etc.³ berücksichtigt. Dies gilt auch für Zuzahlungen,
 - die bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland auf Grundlage der Verordnung (EG) 883/04⁴ entrichtet wurden,
 - die im Rahmen der Kostenerstattung bei selbst beschafften Sachleistungen nach der Verordnung (EG) 987/09 vom Träger des Aufenthaltsortes bzw. von der deutschen Krankenkasse angerechnet wurden und dem Versicherten somit verblieben sind,sofern und soweit diese auch bei Inanspruchnahme der Leistung in Deutschland auf die Belastungsgrenze angerechnet würden. Darüber hinaus sind auch im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V bzw. im Rahmen der Kostenübernahme nach § 18 SGB V angerechnete Zuzahlungen berücksichtigungsfähig.
- (2) Soweit Leistungserbringer dem Versicherten Rabatte/Boni auf zuzahlungspflichtige Leistungen gewähren und mit der Zuzahlung verrechnen, ist der um die ausgewiesenen Rabatte/Boni reduzierte Zuzahlungsbetrag anzuerkennen. Dies gilt auch, sofern neben der Zuzahlung Mehrkosten vom Versicherten zu tragen sind.
- (3) Die sich aus Satzungsregelungen nach § 53 Abs. 3 SGB V oder § 65a Abs. 1 SGB V ergebenden Auswirkungen sind – ggf. im Anschluss an die Durchführung der Erstattung nach diesen Verfahrensgrundsätzen – allein von der Krankenkasse zu berücksichtigen, bei der der Versicherte, für den derartige Zuzahlungsermäßigungen in Betracht kommen, versichert ist.

³ Z. B. bis 31.12.2012 die Praxisgebühr

⁴ Seit dem 01.04.2012 gilt die Verordnung (EG) 883/04 auch in Bezug auf die Schweiz und seit dem 01.06.2012 auch in Bezug auf Norwegen, Island und Liechtenstein (EWR-Staaten).

Hinweis:

Seit Inkrafttreten der Verordnung (EG) 1231/10 am 01.01.2011 gilt die Verordnung (EG) 883/04 auch für Staatsangehörige von Nicht-EU-Staaten (sog. Drittstaatsangehörige), die ihren rechtmäßigen Wohnsitz in der EU haben und sich in einer grenzüberschreitenden Situation befinden. Diese Vorschriften gelten auch für ihre Angehörigen und Hinterbliebenen, sofern sich diese in der EU aufhalten. Dänemark, das Vereinigte Königreich, Island, Norwegen, Liechtenstein sowie die Schweiz sind von dieser Regelung ausgenommen.

- (4) Zuzahlungen sind jeweils dem Jahr zuzuordnen, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde (Abgabedatum). Der Zeitpunkt der Aufforderung zur Entrichtung der Zuzahlung oder der Zeitpunkt der Entrichtung der Zuzahlung spielen hingegen keine Rolle.
- (5) Nicht berücksichtigt werden insbesondere Kosten, die dadurch entstehen, dass
- Arznei-/Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,
 - aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden,
 - Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist (z. B. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung i. S. § 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V),
 - Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe), erhoben werden,
 - Leistungen ohne ärztliche Verordnung bezogen wurden,
 - Abschläge im Rahmen der Kostenerstattung etwa für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen werden,
 - Versicherte Zahlungen für im Ausland in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben, die nach den ausländischen Rechtsvorschriften keine Zuzahlungen sind, z. B. Zahlungen oberhalb von Festbeträgen oder für Wahlleistungen,
 - Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen – also außerhalb der Verordnung (EG) 883/04 – in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben; dies gilt auch bei Kostenerstattungen aufgrund in diesen Staaten selbst beschaffter Sachleistungen, die aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nach deutschen Sätzen unter Abzug von Zuzahlungen erfolgen,
 - Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen der Verordnung (EWG) 1408/71 in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben⁵;
 - Zuzahlungen/Eigenanteile zu Leistungen außerhalb des SGB V zu leisten sind (z. B. bei stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, bei Hilfsmitteln aus der Pflegeversicherung, im Rahmen beihilferechtlicher Regelungen).

Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Eigenanteile zu Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

- (6) Die berechnende Krankenkasse hat auch die Zuzahlungen zu berücksichtigen, die während der Versicherung bei anderen gesetzlichen Krankenkassen entstanden sind.
- (7) Die Zuzahlungen sind durch den Versicherten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu belegen. An den Nachweis geleisteter Zuzahlungen sind in der Praxis hohe Anforderungen zu stellen. Es können nur solche Zuzahlungsbelege akzeptiert werden, aus denen

⁵ Die Verordnung (EWG) 1408/71 gilt über den 30.04.2010 hinaus für Drittstaatsangehörige in Fällen, die das Vereinigte Königreich betreffen. Dort ist die Verordnung (EG) 859/03 vom 14.05.2003 zur Ausdehnung der Bestimmungen der Verordnung (EWG) 1408/71 und 574/72 auf Staatsangehörige aus Nicht-EU-Ländern weiterhin in Kraft.

- der Vor- und Zuname des Versicherten,
 - die Bezeichnung der Leistung (z. B. Arzneimittel, Heilmittel),
 - der Zuzahlungsbetrag und
 - das Datum der Abgabe und die abgebende Stelle (z. B. Stempel)
- hervorgehen.

5. Belastungsgrenze der Versicherten

5.1 Höhe der Belastungsgrenze

- (1) Die Belastungsgrenze beträgt 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Vor der Ermittlung der Belastungsgrenze werden von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen Freibeträge abgezogen (vgl. Abschnitt [5.2 „Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“](#)). Sind berücksichtigungsfähige Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt - ggf. nach Abzug der Familienabschläge nach § 62 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V - nicht vorhanden, beträgt die Belastungsgrenze 0 Euro.
- (2) Bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach Maßgabe des Abschnittes [5.3 „Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.“](#) beträgt die Belastungsgrenze 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. gilt für den gesamten Familienverbund, wenn mindestens eine Person des Verbundes die Voraussetzungen nach Abschnitt [5.3 „Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.“](#) erfüllt.
- (3) Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. ist ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem die Behandlung der chronischen Erkrankung ein Jahr andauert, vorzunehmen.
- (4) Verstirbt der "chronisch Kranke", gilt für die übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen in diesem Kalenderjahr unabhängig von der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abschnitt [5.3 „Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.“](#) im Todesjahr noch die Belastungsgrenze von 1 v. H.

Beispiel 25

Versicherter Krankenkasse A verstirbt am 01.02. des Jahres, für das laufende Kalenderjahr galt eine Belastungsgrenze von 1 v. H. Der hinterbliebene Ehegatte und 1 Kind (16 Jahre alt) beziehen Witwen- bzw. Waisenrente. Antragsstellung am 15.01. des Folgejahres.

Lösung: Das Ehepaar ist gemeinsam mit seinen Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen dieses Kalenderjahres zu beurteilen (Freibetrag für 1. Angehörigen [15 v. H.] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG). Die Belastungsgrenze beträgt in diesem Kalenderjahr 1 v. H.

5.2 Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

- (1) Vor der Ermittlung der Belastungsgrenze wird von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte/Lebenspartner oder sonstiger Angehöriger) ein Betrag in Höhe von 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Betrag in Höhe von 10 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV abgezogen (Angehörigen-freibetrag). Für jedes berücksichtigungsfähige Kind sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag zu mindern (Kinderfreibetrag). Dieser errechnet sich aus dem Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes und zusätzlich aus dem weiteren Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes - die Summe ist unabhängig von der tatsächlichen steuerrechtlichen Betrachtung des Einzelfalls stets zu verdoppeln. Ein Abzug in Höhe 15 v. H. bzw. 10 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV kommt für Kinder ausnahmslos nicht in Betracht.

Beispiel 26

Ein familienversichertes Kind lebt mit seinen leiblichen Eltern im gemeinsamen Haushalt. Die versicherten Eltern des Kindes sind miteinander verheiratet und werden nach den §§ 26, 26b EStG zusammen zur Einkommensteuer veranlagt.

Lösung: Das Ehepaar und das Kind werden im Rahmen der Prüfung nach § 62 SGB V gemeinsam mit ihren Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen des Kalenderjahres beurteilt. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist für den Ehegatten als erster Angehöriger ein Freibetrag in Höhe von 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und für das Kind der Betrag sowohl für das sächliche Existenzminimum als auch für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes (Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG; Kinderfreibetrag) in Abzug zu bringen.

Beispiel 27

Eine alleinerziehende Versicherte lebt mit ihrem leiblichen, minderjährigen Kind im gemeinsamen Haushalt. Das Kind ist nur in der Wohnung der Mutter gemeldet. Der leibliche Vater des Kindes ist gesetzlich versichert und lebt in einem eigenen Haushalt. Die Eltern des Kindes sind nicht miteinander verheiratet und werden nicht nach den §§ 26, 26b EStG zusammen zur Einkommensteuer veranlagt.

- a) Der Vater zahlt für das Kind Unterhalt. Die Eltern erhalten jeweils den Freibetrag für das sächliche Existenzminimum und für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes (§ 32 Abs. 6 Satz 1 EStG).
- b) Der Vater zahlt für das Kind keinen Unterhalt. Der Mutter wurde auf Antrag der dem Vater zustehenden Freibetrag für das sächliche Existenzminimum des Kindes aufgrund der mangelnden Unterhaltszahlung übertragen. Zudem wurde der Mutter auf Antrag auch der Freibetrag für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf übertragen (§ 32 Abs. 6 Satz 1 und 6

ESTG).

Lösung zu a) und b): Die alleinerziehende Versicherte und das Kind werden im Rahmen der Prüfung nach § 62 SGB V gemeinsam mit ihren Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen des Kalenderjahres beurteilt. Unabhängig von der steuerlichen Zuordnung der Freibeträge zu den Elternteilen, ist für die alleinerziehende Versicherte und das Kind von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für das Kind der Betrag sowohl für das sächliche Existenzminimum als auch für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf (Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG) in Abzug zu bringen. Der Vater wird für sich allein ohne Berücksichtigung eines Kinderfreibetrages beurteilt. Im Beispiel 26 a) werden die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Vaters um die Unterhaltszahlungen vermindert, beim Kind stellen die Unterhaltszahlungen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt dar.

Beispiel 28

Eine verwitwete Versicherte lebt mit ihrem leiblichen, minderjährigen Kind im gemeinsamen Haushalt. Der verstorbene Ehemann ist der leibliche Vater des Kindes. Der hinterbliebene Ehegatte und das Kind beziehen Witwen- bzw. Waisenrente.

Lösung: Die verwitwete Versicherte und das Kind werden im Rahmen der Prüfung nach § 62 SGB V gemeinsam mit ihren Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen des Kalenderjahres beurteilt. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist für das Kind der Betrag sowohl für das sächliche Existenzminimum als auch für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes in Abzug zu bringen (Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 3 EStG).

- (2) Freibeträge sind auch dann für das gesamte Kalenderjahr zu berücksichtigen, wenn ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger die Voraussetzungen für deren Anrechnung nach § 62 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V nur für einen Teil des Kalenderjahres erfüllt, z. B. bei Heirat oder Tod (Beispiel 15 bis Beispiel 17). In Fällen, in denen für einen Teil des Kalenderjahres die in § 62 Abs. 2 Satz 5 oder 6 SGB V genannten Einnahmen und für den anderen Teil sonstige in tatsächlicher Höhe zu berücksichtigende Einnahmen erzielt werden, sind die Freibeträge für die Angehörigen jedoch nur von den in tatsächlicher Höhe erzielten Einnahmen in Abzug zu bringen.

Beispiel 29

Versicherter vom 01.01. bis 31.03.2018 beschäftigt (monatlich 1.400 Euro), ab 01.04.2018 Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt. Ehefrau, keine Kinder. Antrag am 02.01. des Folgejahres.

Lösung: Als Einnahme zum Lebensunterhalt sind der Lohn für 3 Monate und der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2018: 416 Euro monatlich) für 9 Monate anzusetzen.

Von dem Lohn in Höhe von 4.200 Euro (1.400 Euro x 3) ist zunächst der Freibetrag

für den 1. Angehörigen in Höhe von 15 v. H. abzusetzen (2018: 5.481 Euro). Zum verbleibenden Betrag in Höhe von 0 Euro (4.200 Euro - 5.481 Euro) ist der Regelsatz in Höhe von 3.744 Euro (416 Euro x 9) hinzuzurechnen. Für die Berechnung der Belastungsgrenze ist ein Betrag in Höhe von 3.744 Euro (0 Euro + 3.744 Euro) anzusetzen.

5.3 Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.

5.3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft

- (1) Für Versicherte, die gemäß der Richtlinie nach § 92 SGB V zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind (chronisch Kranke), gilt eine Belastungsgrenze von 1 v. H. Die Entscheidung zum Vorliegen einer chronischen Erkrankung wird auf Basis der ärztlichen Bescheinigung (Muster 55) getroffen. Als chronisch krank gelten laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.11.2017 über eine Änderung der Chroniker-Richtlinie auch Pflegebedürftige des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit nach einem dieser Pflegegrade.
- (2) Chronisch kranke Versicherte haben darüber hinaus grundsätzlich die regelmäßige Inanspruchnahme der in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen vor ihrer Erkrankung nachzuweisen. Die Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.11.2017 in der Fassung vom 06.03.2018 sieht zu den in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen derzeit keine zwingende Inanspruchnahme vor. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Basis der Neuregelung des § 62 Abs. 1 Satz 5 SGB V noch keine Kriterien festgelegt. Aus diesen Gründen entfaltet diese Regelung in der Praxis keine Relevanz.

5.3.2 Nachweis der Fortdauer der Behandlung in den Folgejahren

- (1) Ein erneuter Nachweis über die weitere Dauer dieser Behandlung ist spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres, somit alle 2 Jahre zu erbringen. Die Krankenkasse kann auf den Nachweis zur Fortdauer der Behandlung verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen.
- (2) Sofern ein geforderter Nachweis des Fortbestehens der Chronikereigenschaft nicht erbracht wird, gilt eine Belastungsgrenze von 2 v. H. bis der Nachweis nachgeholt wird.

Beispiel 30

Anerkennung der abgesenkten Belastungsgrenze ab dem Jahr 2015. Bei Antragsstellung für das Jahr 2017 wird der geforderte erneute Nachweis nach Muster 55 nicht erbracht. Der Nachweis wird im Jahr 2018 rückwirkend für das Jahr 2017 ausgestellt und eingereicht.

Lösung: Bei Bearbeitung des Antrages für das Jahr 2017 gilt zunächst eine Belastungsgrenze von 2 v. H. Mit dem Nachreichen des Nachweises im Jahr 2018 kann rückwirkend eine Belastungsgrenze von 1 v. H. für das Jahr 2017 anerkannt werden.

6. Inkrafttreten

Diese Verfahrensgrundsätze treten am 01.01.2018 in Kraft und ersetzen die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 13./14.06.2016. Sie gelten für alle Anträge auf Erstattung, Befreiung oder Vorauszahlung nach § 62 SGB V, soweit sie Zeiträume nach dem 31.12.2017 betreffen.

7. Erklärung zur zukünftigen Nichtanwendung

Eine Krankenkasse kann mit vierteljährlicher Frist zum Ende eines Kalenderjahres erklären, die Verfahrensgrundsätze ab dem Folgejahr nicht mehr anzuwenden. Die Erklärung ist gegenüber dem GKV-Spitzenverband abzugeben. Sie kann auch über den jeweiligen Verband der Krankenkasse auf Bundesebene an den GKV-Spitzenverband abgegeben werden.

8. Anlagen

Anlage 1: Mustervordruck zur Ermittlung der Grundlagen für eine Befreiung

Anlage 2: Mustervordruck zur Dokumentation der Feststellungen der zuerst angegangenen Krankenkasse

Anlage 2 a: Mustervordruck zur Dokumentation der Feststellungen der zuerst angegangenen Krankenkasse bei Vorauszahlungen

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr _____

Ich, mein nachstehend aufgeführter Ehegatte/Lebenspartner* und die aufgeführten Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt.

	Mitglied	Ehegatte / Lebenspartner*	Kind	Kind	Kind	Kind
Name						
Vorname						
Geburtsdatum						
Jahres- Bruttoeinnahmen ¹	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Sachbezüge ²						
Krankenkasse (Name, Sitz)						
Zuzahlungen ³	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

* Lebenspartner i. S. des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben und habe entsprechende Einkommens- /Zuzahlungsnachweise beigelegt:

Bankverbindung:

IBAN _____ BIC _____

bei (Kreditinstitut) _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

¹ Zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören u. a. Lohn und Gehalt einschließlich Sonderzahlungen sowie Sachbezüge, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Arbeitslosengeld, Betriebsrenten, Versorgungsbezüge und Renten aus einer gesetzlichen oder privaten Versicherung, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Elterngeld sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung. Nicht zu den Jahres-Bruttoeinnahmen gehören z.B. Grundrenten für Beschädigte nach dem BVG, Pflegezulage, BAföG, Blindenunterstützung, Kindergeld, Wohngeld, Pflegegeld SGB XI. Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten sowie an Kinder, die nicht im Haushalt des Versicherten leben, gehören zu deren Bruttoeinnahmen.

² Zu den Sachbezügen gehören z. B. freie Kost und Wohnung aus Arbeits- oder sonstigen Verträgen. Sofern der Wert der Sachbezüge in den Jahres-Bruttoeinnahmen nicht enthalten ist, bitte die Art der gewährten Sachbezüge angeben (z. B. freie Kost und/oder Wohnung).

³ Berücksichtigt werden die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse entstandenen gesetzlichen Zuzahlungen. **Nicht** zu berücksichtigen sind z. B. Eigenanteile zu Zahnersatz.

Berechnung des Erstattungsbetrages nach § 62 SGB V bei Zuständigkeit mehrerer Krankenkassen für das Jahr _____ zur Vorlage bei der Krankenkasse Ihres Angehörigen

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige:

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Zuzahlungen
Mitglied				EUR
Ehegatte/ Lebenspartner*				EUR
Kind				EUR

* Lebenspartner i. S. des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

Summe der Zuzahlungen EUR

Brutto-Familieneinnahmen zum Lebensunterhalt EUR

Freibetrag für Ehegatten/Lebenspartner* ./..... EUR

Freibetrag für sonstige Angehörige ./..... EUR

Freibetrag für Kinder des Mitgliedes/Ehegatten/Lebenspartners* ./..... EUR

Summe = EUR

Berechnung nach Regelbedarf Ja Nein = EUR

Belastungsgrenze 1% 2% EUR

Erstattungsbetrag EUR

Aufteilung des Erstattungsbetrages:

Krankenkasse	Einzelne Zuzahlung	Anteilige Erstattung
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Krankenkasse

Anschrift und Aktenzeichen der ausstellenden Krankenkasse:

MUSTER-KK; Postfach 99 99, 99999 Musterstadt, Tel.: 012345/678790, IK-Nr.: 123456789

Aktenzeichen: 1234567890

Berechnung des Vorauszahlungsbetrages nach § 62 SGB V bei Zuständigkeit mehrerer Krankenkassen für das Jahr _____ zur Vorlage bei der Krankenkasse Ihres Angehörigen

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige:

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Zuzahlungen
Mitglied				EUR
Ehegatte/ Lebenspartner*				EUR
Kind				EUR

* Lebenspartner i. S. des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

Brutto-Familieneinnahmen zum Lebensunterhalt		EUR
Freibetrag für Ehegatten/Lebenspartner*		./.	EUR
Freibetrag für sonstige Angehörige		./.	EUR
Freibetrag für Kinder des Mitgliedes/Ehegatten/Lebenspartners*		./.	EUR
Summe		=	EUR
Berechnung nach Regelbedarf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	= EUR
Belastungsgrenze	<input type="checkbox"/> 1%	<input type="checkbox"/> 2% EUR
Summe der Zuzahlungen		 EUR
(verbleibender) Vorauszahlungsbetrag		 EUR

Aufteilung der Vorauszahlung (Belastungsgrenze ./.. Zuzahlungen):

Krankenkasse	Anzahl der Versicherten über 18 Jahre der Krankenkasse	Anteil an der Vorauszahlung
		EUR
		EUR
		EUR

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Krankenkasse

Anschrift und Aktenzeichen der ausstellenden Krankenkasse:

MUSTER-KK; Postfach 99 99, 99999 Musterstadt, Tel.: 01 2345/678790, IK-Nr.: 123456789

Aktenzeichen: 1234567890