



Spitzenverband

**Niederschrift**  
**über die Fachkonferenz**  
**Leistungs- und Beziehungsrecht**  
**am 26.09.2018 in Berlin**



**Inhaltsübersicht:**

Seite

- |  |   |
|--|---|
| 1. § 13 SGB V – Kostenerstattung;<br>hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens vom<br>15.05.2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Ge-<br>setzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patien-<br>ten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V | 5 |
| 2. § 24i SGB V – Mutterschaftsgeld,<br>§ 14 KVLG 1989 – Mutterschaftsgeld;<br>hier: Änderung der Personenstandsverordnung  | 9 |



- nicht besetzt -



## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 26.09.2018 in Berlin

#### 1. § 13 SGB V – Kostenerstattung;

hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens vom 15.05.2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V

#### Sachstand:

Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden. Kann die Krankenkasse Fristen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 oder Satz 4 SGB V nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 und 2 sowie Satz 4 1. Satzteil bis Satz 7 SGB V).

Mit dem gemeinsamen Rundschreiben zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 15.05.2013 haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bereits in der Vergangenheit Umsetzungshinweise gegeben u. a.

- zum Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V (welche Leistungen sind erfasst),
- zum Antrag,



- zu den gutachtlichen Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie zum psychotherapeutischen bzw. zu den vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren und zur Zusammenarbeit zwischen der Krankenkasse und dem MDK/Gutachter,
- zur Leistungsentscheidung,
- zu den hinreichenden Gründen,
- zur Fristenberechnung sowie
- zu den Voraussetzungen für die Kostenerstattung.

Das BSG hatte sich erstmals mit Urteil vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R – mit der Wirkung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V und deren Rechtsfolgen befassen müssen. Weitere BSG-Urteile, insbesondere zu den Fristen zur Antragsbearbeitung, den Folgen der gesetzlichen Genehmigungsfiktion bei Fristüberschreitung und der Rücknahme der fingierten Genehmigung als Verwaltungsakt, folgten, so dass es allein deshalb schon notwendig wurde, das gemeinsame Rundschreiben vom 15.05.2013 in der bisherigen Fassung vollständig inhaltlich zu überarbeiten und neu zu strukturieren.

Das gemeinsame Rundschreiben beinhaltet nun auch einen ausführlichen Abschnitt, der sich insbesondere mit dem Begriff des „fiktionsfähigen Antrages“ auseinandersetzt und den damit verbundenen verschiedenen Antragsformen und Zugangswegen von Anträgen, auch in Bezug auf die in diesem Zusammenhang weiter fortschreitende Digitalisierung.

Des Weiteren werden die Urteilsbegründungen der vom BSG am 15.03.2018 schon entschiedenen Verfahren (B 3 KR 4/16 R, B 3 KR 18/17 R und B 3 KR 12/17 R), die sich u. a. im Zusammenhang mit der Versorgung von Hilfsmitteln mit der Frage beschäftigen, wie der Ausnahmetatbestand des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V auszulegen ist, noch einer leistungsrechtlichen Bewertung unterzogen, um zu entscheiden, ob für die Anwendung der Genehmigungsfiktion § 13 Abs. 3a SGB V oder § 18 SGB IX einschlägig ist. Auch das am 11.09.2018 ergangene BSG-Urteil (B 1 KR 1/18 R), welches sich mit der Frage beschäftigt, ob sich Versicherte auf Kosten ihrer Krankenkasse eine fiktiv genehmigte Leistung im Ausland privat besorgen dürfen, wird nach Vorliegen der Urteilsbegründung noch leistungsrechtlich bewertet.

Sobald die dazu notwendigen Beratungsergebnisse vorliegen, wird das gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V erneut zeitnah angepasst, um der Praxis auch in diesen Fällen weitere Umsetzungshinweise geben zu können.



Vor diesem Hintergrund war eine Beratung im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass aufgrund der mittlerweile zahlreich ergangenen BSG-Rechtsprechungen eine Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V erforderlich ist. Der aktualisierte Stand des verabschiedeten gemeinsamen Rundschreibens ist als Anlage 1 beigefügt.

Das gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V wurde entsprechend aktualisiert und löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben vom 15.05.2013 ab.

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.

### **Anlage**



- nicht besetzt -



GKV-Spitzenverband<sup>1</sup>, 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

---

Gemeinsames Rundschreiben vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V

---

---

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

## Vorwort

Dieses gemeinsame Rundschreiben vom 26.09.2018 löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes zu der leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 15.05.2013 ab.

Die Anpassung des Rundschreibens ist aufgrund zahlreicher zwischenzeitlich vom Bundessozialgericht (BSG) ergangener Urteile notwendig geworden. Ein Hauptaugenmerk liegt hierbei insbesondere auf den Fristen zur Antragsbearbeitung, den Folgen der gesetzlichen Genehmigungsfiktion bei Fristüberschreitung und der Rücknahme der fingierten Genehmigung als Verwaltungsakt. Wesentliche Aussagen der bisher ergangenen Urteile des 1. und 3. Senats des BSG zum Eintritt der Genehmigungsfiktion wurden bei der Neufassung des gemeinsamen Rundschreibens zugrunde gelegt. Folgende Urteile wurden bisher berücksichtigt:

- BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R,
- BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R,
- BSG vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R und B 1 KR 26/16 R,
- BSG vom 26.09.2017, B 1 KR 6/17 und B 1 KR 8/17 R,
- BSG vom 7.11.2017, B 1 KR 2/17 R, B 1 KR 7/17 R, B 1 KR 15/17 R und B 1 KR 24/17 R,
- BSG vom 15.03.2018, B 3 KR 4/16 R, B 3 KR 18/17 R, B 3 KR 12/17 R<sup>2</sup>
- BSG vom 24.04.2018, B 1 KR 10/17 R.

Zusätzlich wurde im Zuge der mit dem GKV-WSG einhergehenden Neuordnung der Organisationsstrukturen im vertragszahnärztlichen Bereich die Zusammenführung des Bundesmantelvertrages (BMV-Z) und des Ersatzkassenvertrags-Zahnärzte (EKV-Z) zum 01.07.2018 vollzogen, so dass auch hierdurch eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens notwendig wurde.

Zukünftige Änderungen werden im Rundschreiben regelmäßig aktualisiert und in der Änderungsübersicht kenntlich gemacht. In der Gesamtausgabe des gemeinsamen Rundschreibens wird unter „Stand“ auf das Datum der letzten Änderung hingewiesen. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffene/n Passage/n der Änderung entnommen werden. Soweit dort keine Änderungen vermerkt sind, befindet sich der Text demnach in der jeweiligen Ursprungsfassung. Die in diesem Rundschreiben aufgeführten Beispiele wurden unabhängig von Jahreszahlen gestaltet, so dass kalenderjahresabhängige Änderungen nicht notwendig sind.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden im Übrigen in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

---

<sup>2</sup> Siehe hierzu Fußnote in Abschnitt 4.3 zu Hilfsmitteln nach § 24e bzw. § 33 SGB V

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Änderungsübersicht</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Gesetzliche Grundlagen</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Allgemeines</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V</b> .....	<b>8</b>
4.1 Sozialleistungen .....	8
4.2 Keine Sozialleistungen .....	9
4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen .....	11
4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen .....	21
4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche .....	21
4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns .....	22
4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung .....	22
4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf .....	22
4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	22
4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V .....	23
<b>5. Leistungsberechtigte</b> .....	<b>24</b>
<b>6. Antrag</b> .....	<b>25</b>
6.1 Formerfordernis .....	25
6.2 Sonstige Anforderungen .....	25
6.3 Hinreichend bestimmter Antrag .....	26
6.4 Zugang des Antrags .....	26
6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden .....	27
6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden .....	27
6.4.2.1 Brief .....	27
6.4.2.2 Telefax .....	28
6.4.2.3 Elektronische Willenserklärung .....	28
6.4.2.4 Anrufbeantworter .....	28
<b>7. Gutachtliche Stellungnahme</b> .....	<b>29</b>
7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MDK .....	29
7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie .....	30
7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren .....	31
<b>8. Leistungsentscheidung</b> .....	<b>32</b>
8.1 Bevollmächtigter .....	32

8.2 Form .....	33
8.3 Bekanntgabe .....	33
8.3.1 Schriftlicher Verwaltungsakt .....	33
8.3.2 Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes .....	33
<b>9. Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V .....</b>	<b>35</b>
9.1 Definition eines hinreichenden Grundes .....	35
9.2 Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes .....	35
9.3 Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes .....	36
9.4 Hinreichende Gründe .....	36
9.5 Taggenaue Fristverlängerung (Prognose) .....	39
<b>10. Fristenberechnung .....</b>	<b>41</b>
Beispiel 1 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse .....	41
Beispiel 2 – Beginn der Entscheidungsfristen der Krankenkasse .....	42
Beispiel 3 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse mit Fristverlängerung wegen Wochenend- /Feiertagsregelung .....	42
Beispiel 4 – Fristen bei gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse .....	43
Beispiel 5 – Taggenaue Prognose (Fortsetzung von Beispiel 4) .....	43
<b>11. Genehmigungsfiktion .....</b>	<b>44</b>
<b>12. Folgen der Genehmigungsfiktion .....</b>	<b>46</b>
12.1 Naturalleistungsanspruch .....	46
12.2 Kostenerstattung .....	47
12.2.1 Selbstbeschaffung .....	47
12.2.2 Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung .....	47
12.3 Kostenfreistellung .....	48
12.4 Kostenübernahme .....	49
<b>13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion .....</b>	<b>50</b>
13.1 Aufhebung der fingierten Genehmigung .....	50
13.2 Erledigung auf andere Weise .....	51
<b>14. Inkrafttreten/Übergangsregelung .....</b>	<b>52</b>

## 1. Änderungsübersicht

<b>Änderungsdatum</b>	<b>Durchgeführte Änderung</b>
26.09.2018	Neufassung

## 2. Gesetzliche Grundlagen

### § 13 SGB V – Kostenerstattung

(1) bis (3) ...

(3a) 1Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. 2Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. 3Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. 4Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. 5Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. 6Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. 7Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. 8Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. 9Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) bis (6) ...

### 3. Allgemeines

Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungs-/Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen. Dies dient zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen. Damit wird die in § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I normierte allgemeine Pflicht der Leistungsträger konkretisiert, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält.

Bei nicht rechtzeitiger Leistungsentscheidung innerhalb der jeweiligen Fristen und fehlender Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung durch die Krankenkasse gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Die Versicherten können sich dann eine aus ihrer subjektiven Sicht erforderliche Leistung selbst beschaffen und sich die hierdurch entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen. Eine Inanspruchnahme als Naturalleistung ist auch möglich, wenn Versicherte sich die Leistung nicht erst auf eigene Kosten selbst beschaffen können oder möchten. Bei der Vorschrift handelt es sich folglich um eine Regelung, die eine Sanktionsmöglichkeit des Versicherten gegen die Krankenkasse darstellt, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen erwogenem Zeitraum über den Leistungsantrag entscheidet oder den Versicherten nicht, nicht rechtzeitig oder unzureichend über die Hinderungsgründe informiert hat.

Sozialleistungen, die nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst werden, sind nach der sich aus der allgemeinen Vorschrift des § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I ergebenden Pflicht in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig zu gewähren.

## 4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V bezieht sich grundsätzlich auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wobei es sich dem Grunde nach nur um Sozialleistungen handeln kann. Hiervon können sowohl Gesetzes- als auch Satzungsleistungen erfasst sein. Unerheblich ist ebenfalls, ob es sich um Rechtsanspruchsleistungen (vgl. § 38 SGB I) oder Ermessensleistungen (vgl. § 39 SGB I) handelt.

Der Anwendungsbereich dieser Norm umfasst allerdings im Falle der Genehmigungsfiktion auch die Leistungen, die der Leistungsberechtigte aus subjektiver Sicht für medizinisch erforderlich halten darf und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegen. Hierbei muss es sich nicht zwingend um Sozialleistungen handeln. Daher ist es notwendig, dass die Krankenkassen ihre Prozesse so gestalten, dass grundsätzlich alle Anträge auf Leistungen ihrer Versicherten frühzeitig bearbeitet werden können, um Sanktionen in Form der Genehmigungsfiktion zu vermeiden.

### 4.1 Sozialleistungen

Gemäß § 37 Satz 1 und 2 SGB I ist der Begriff der Sozialleistung auch für die anderen Sozialleistungsbereiche des Sozialgesetzbuchs verbindlich in § 11 SGB I definiert, so dass die Definition neben dem SGB I somit u. a. auch für das SGB V gilt.

Gegenstand der sozialen Rechte sind die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Sozialleistungen (vgl. § 11 Satz 1 SGB I). § 4 Abs. 2 SGB I sieht als soziales Recht vor, dass gesetzlich Krankenversicherte ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie auf wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit und Mutterschaft haben, wobei gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB I Ansprüche nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden können, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs im Einzelnen bestimmt sind. Die Definition des Begriffs „Sozialleistungen“ umfasst somit alle Vorteile, die nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs zur Verwirklichung sozialer Rechte dem Einzelnen zugutekommen sollen, also eine vorteilhafte Rechtsposition begründen. Die §§ 21, 21b und (teilweise) § 29 SGB I weisen die von der GKV zu erbringenden Leistungen aus, wobei die Aufzählung nicht als abschließend anzusehen ist. Vielmehr beschränkt sich die Darstellung auf die wichtigen Sozialleistungen der einzelnen Bereiche, um den mit ihr verfolgten Zweck zu erreichen.

Sozialleistungen bestehen nach § 11 Satz 1 SGB I aus Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Die Vorschrift stellt klar, wie die u. a. in § 4 SGB I formulierten sozialen Rechte sich für den Einzelnen verwirklichen. Geldleistungen realisieren sich in der Zahlung eines Geldbetrages, bei Sachleistungen erhält der Empfänger Sachen zur Verfügung gestellt und Dienstleistungen sind alle Formen

persönlicher Betreuung und Hilfe. Die Abgrenzung zwischen Dienst- und Sachleistungen kann im Einzelfall problematisch sein, wenn fraglich ist, ob der Schwerpunkt der Sozialleistung darin besteht, dass dem Empfänger Sachen oder Dienste zur Verfügung gestellt werden. Der Begriff der Dienstleistung ist umfassend. Die Zuordnung der einzelnen Sozialleistungen nach § 11 SGB I richtet sich somit nach der Form, in der die Leistung erbracht wird. Für die GKV ist im Ersten Kapitel unter Allgemeine Vorschriften in § 2 Abs. 2 Satz 1 und 3 SGB V vorgesehen, dass die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen erhalten, soweit das SGB V oder das SGB IX nichts Abweichendes vorsehen, wobei die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Damit gilt für den Bereich der GKV grundsätzlich das Naturalleistungsprinzip. Hiervon abweichend ist im SGB V jedoch auch die Erbringung von Geldleistungen vorgesehen.

#### 4.2 Keine Sozialleistungen

Leistungen, die keine Sozialleistungen im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I sind, sind von vornherein nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Hierbei handelt es sich u. a. um folgende Fallgestaltungen:

- Keine Sozialleistung im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I stellt die **Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V** dar, da die Krankenkassen die Träger der Unfallversicherung und somit einen anderen Leistungsträger und nicht den einzelnen Versicherten unterstützen. Die in § 20c Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgesehene **Meldung an die für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und den Unfallversicherungsträger** bei Annahme, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, weist zwar einen individuellen Versichertenbezug aus, begründet jedoch keine vorteilhafte Rechtsposition durch die Krankenkasse, da für die Leistungsgewährung der jeweilige Träger der Unfallversicherung zuständig ist.
- Bei der **Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V** handelt es sich ebenfalls nicht um eine Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, da die finanzielle Förderung den Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen gewährt wird und nicht gegenüber dem einzelnen (betroffenen) Versicherten erfolgt. Des Weiteren handelt es sich auch nicht um eine mittelbare Finanzierung von Leistungen, da sich die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände u. a. an der Gesamtzahl ihrer Versicherten orientieren und somit ohne konkreten individuellen Versichertenbezug sind (vgl. § 20h Abs. 3 Satz 1 SGB V).
- Dies gilt gleichermaßen für die **Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V**. Auch diese Leistung ist auf die finanzielle Förderung einer Struktur ehrenamtlicher Hilfen ausgerichtet und wird nicht gegenüber dem einzelnen (betroffenen) Versicherten gewährt. Die Leistung wird von den Krankenkassen gemeinschaftlich anhand der jeweiligen Versichertenanteile finanziert.

- Bei der **Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach § 62 SGB V** handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch und somit um die Rückgängigmachung einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung. Demgemäß handelt es sich nicht um eine dem Einzelnen zur Verwirklichung seiner sozialen Rechte nach den Vorschriften des SGB gewährte Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, so dass § 13 Abs. 3a SGB V nicht – auch nicht in analoger Anwendung – greift. Dies gilt gleichermaßen auch für die **anderweitige Erstattung von Zuzahlungen** an Versicherte, z. B. bei zu Unrecht gezahlter Zuzahlung zur vollstationären Krankenhausbehandlung über den 28. Tag im Kalenderjahr hinaus.
- **Leistungen bei Beschäftigung im Ausland nach § 17 Abs. 1 SGB V** erhalten die Mitglieder und ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen nicht von der Krankenkasse sondern vom Arbeitgeber des im Ausland beschäftigten Mitglieds, so dass nicht die Krankenkasse sondern der Arbeitgeber leistungspflichtig ist. Die Erstattung der dem Arbeitgeber hierdurch entstandenen Kosten durch die Krankenkasse gemäß § 17 Abs. 2 bzw. 3 SGB V ist nicht als Sozialleistung einzuordnen, sondern verfügt über den Charakter eines Erstattungsanspruchs des (vor-) leistungspflichtigen Trägers (Arbeitgeber) gegenüber der (insoweit) letztlich zuständigen Krankenkasse. Dies gilt auch, wenn der Arbeitgeber seinen Erstattungsanspruch an den Versicherten wirksam – also mit Zustimmung der Krankenkasse – abgetreten hat und der Versicherte anstelle des Arbeitgebers die Erstattung der selbstgetragenen Kosten gegenüber der Krankenkasse begehrt, da sich die Rechtsnatur der Forderung (Erstattungsanspruch) nicht ändert und der Versicherte insoweit „lediglich“ an die Stelle des Arbeitgebers tritt.

Bei Verweigerung einer Leistungsgewährung durch den Arbeitgeber wandelt sich der Sachleistungsanspruch des Versicherten allerdings in einen (systemversagensbezogenen) Kostenerstattungsanspruch um, der durch den Versicherten auch unmittelbar gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht werden kann. In diesen Fällen handelt es sich um die Geltendmachung von Sozialleistungsansprüchen.

Auch in Fällen einer unmittelbaren Inanspruchnahme der Krankenkasse durch den Versicherten ohne Abtretungserklärung des Arbeitgebers und diesbezügliche Zustimmung der Krankenkasse ist – obwohl höchstrichterlich bislang noch nicht eindeutig entschieden – anzunehmen, dass die Krankenkasse insoweit an die Stelle des Arbeitgebers tritt und es sich somit um die Realisierung von Sozialleistungsansprüchen handelt. Gleichwohl greift in beiden Fällen nicht die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V (siehe hierzu Abschnitt 4.3.).

- **Bonuszahlungen** für gesundheitsbewusstes Verhalten **nach § 65a Abs. 2 SGB V an den Arbeitgeber** sind keine Sozialleistungen im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I, da es sich nicht um Zahlungen an den Versicherten handelt.
- Die **finanzielle Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V durch den GKV-Spitzenverband** ist ebenfalls keine Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, da sie nicht gegenüber dem einzelnen (betroffenen) Versicherten erfolgt. Des Weiteren handelt es sich auch nicht um eine mittelbare Finanzierung von Leistungen, da sich die von den Krankenkassen aufzubringende Umlage an der Gesamtzahl ihrer Mitglieder auf Basis der KM6-Statistik bestimmt und somit ohne konkreten individuellen Versichertenbezug ist (vgl. § 65b Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V).

#### 4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen

§ 13 Abs. 1 SGB V regelt allgemein, dass die Erstattung von Kosten – als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip – nur anstelle von Sach- oder Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 SGB V) erfolgen darf, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsehen. Hierauf aufbauend stellt die Kostenerstattungsregelung nach § 13 Abs. 3a SGB V die Spezialvorschrift dar, wobei der Anwendungsbereich bereits aufgrund der Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V grundsätzlich auf Sach- oder Dienstleistungen beschränkt ist.

Allerdings muss § 13 Abs. 3a SGB V grundsätzlich auch für Leistungen zur Anwendung gelangen,

1. die dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistungen vorgesehen sind,
  - a. für die jedoch – als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip gemäß § 13 Abs. 1 SGB V – ein Anspruch auf Erstattung von Kosten bestehen kann – sachleistungsersetzende Kostenerstattung (z. B. selbstbeschaffte Ersatzkraft bei Haushaltshilfe nach § 38 SGB V) oder
  - b. die dem Leistungsberechtigten auf Antrag im Rahmen eines Persönlichen Budgets in Geld nach § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, § 29 SGB IX (siehe jedoch nachfolgende Ausführungen unter Nr. 33 und Abschnitt 4.4.5 zur Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget), bzw.
2. die dem Leistungsberechtigten in Form eines Zuschusses mit dem Ziel der Inanspruchnahme einer Naturalleistung gewährt werden (z. B. Festzuschuss für eine Zahnersatzversorgung nach § 55 Abs. 5 SGB V).

Hierbei handelt es sich zwar um Geldleistungen. Nach der gesetzlichen Intention (Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens) ist § 13 Abs. 3a SGB V jedoch so auszulegen, dass die Vorschrift grundsätzlich auch in diesen Fällen zu gelten hat und die eingrenzende Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V insoweit durchbrochen wird.

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

§ 13 Abs. 3a SGB V kann nur bei Leistungen greifen, die vor ihrer Durchführung einer Genehmigung durch die Krankenkasse unterliegen bzw. der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Die ggf. bestehende vorherige Genehmigungspflicht von Leistungen wird durch die Kostenerstattungsregelungen nicht berührt oder sogar noch ausdrücklich gesetzlich normiert (vgl. § 13 Abs. 2 Satz 5 oder § 13 Abs. 5 SGB V).

Fälle, in denen sich Versicherte die – dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistung vorgesehene – Leistung selbst beschaffen und nunmehr eine Erstattung der Kosten beantragen, sind jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nach der Intention des Gesetzgebers soll mit § 13 Abs. 3a SGB V die Beschleunigung der Leistungsentscheidung bzw. die zeitnahe –inanspruchnahme bewirkt werden. Als Sanktion ist die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der erforderlichen Leistung und Erstattung der dadurch entstandenen Kosten oder die Inanspruchnahme als Naturalleistung vorgesehen (siehe Abschnitt 12). Im Falle des Antrags auf Erstattung der Kosten ist die Leistungs-inanspruchnahme jedoch bereits erfolgt, so dass die Leistung gerade nicht mehr selbst beschafft werden muss. Dies gilt gleichermaßen für den Fall, dass der Arbeitgeber die Leistungsgewährung nach § 17 Abs. 1 SGB V verweigert oder der Versicherte unmittelbar – also ohne vorherige Einschaltung des Arbeitgebers – die Erstattung der entstandenen Kosten aufgrund selbstbeschaffter Sozialleistungen gegenüber der Krankenkasse beantragt.

Von § 13 Abs. 3a SGB V sind erfasst:

1. Leistungen, die der Genehmigungspflicht unterliegen und von Versicherten, die **Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V** gewählt haben, beantragt werden (z. B. künstliche Befruchtung, Zahnersatz),
2. **Inanspruchnahme von Leistungen** durch nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer aufgrund medizinischer oder sozialer Gründe bei Gewährleistung einer zumindest gleichwertigen Versorgung **nach § 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V**,
3. **Außervertragliche Leistungen (z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)**, soweit die Leistung nicht unaufschiebbar ist (vgl. § 13 Abs. 3 SGB V),
4. **Inanspruchnahme von Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz** im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V, die nach deutschen Vorgaben der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen (z. B. Künstliche Befruchtung, Zahnersatzversorgung),

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

5. **Behandlung in einem anderen EU-/EWR-Staat** nach § 13 Abs. 4 Satz 6 und Abs. 6 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 SGB V,
6. **Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz** nach § 13 Abs. 5 SGB V,
7. Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der **Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V**, die der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen,
8. **Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR** nach § 18 Abs. 1 und 2 i. V. m. § 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V,
9. Einholung der Zustimmung zur **Kostenübernahme nach § 18 Abs. 3 SGB V**,
10. **Medizinische Vorsorgeleistungen** nach § 23 SGB V,
11. **Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter** nach § 24 SGB V,
12. **Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation nach § 24b SGB V als Krankenhausbehandlung**,

Anmerkung:

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die Beantragung des stationären Schwangerschaftsabbruchs bzw. der stationären Sterilisation vor Beginn der Krankenhausbehandlung (siehe Anmerkung zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V).

Für die nach § 24b Abs. 3 und 4 SGB V von der Leistungspflicht der GKV ausgenommenen Leistungen bei einem unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch kann ggf. ein Anspruch nach dem 5. Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen) bestehen, der jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist (siehe Abschnitt 4.4.6).

13. **Künstliche Befruchtung** nach § 27a SGB V,

14. **Humangenetische Leistungen** im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach § 28 Abs. 1 SGB V,

Anmerkung:

Leistungen der ärztlichen Behandlung unterliegen in der Regel keiner Genehmigungspflicht und werden nicht von § 13 Abs. 3a SGB V umfasst. Eine Ausnahme hiervon bilden die vom Bewertungsausschuss zur Weiterentwicklung humangenetischer Leistungen eingeführten Gebührenordnungspositionen 11449 (monogene Erkrankungen), 11514 (syndromale oder seltene Erkrankungen) und 19425 (krankheitsrelevante oder krankheitsauslösende somatische genomische Mutation) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die nur berechnungsfähig sind, sofern eine vorherige Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse vorliegt.

15. **Psychotherapie** nach § 28 Abs. 3 SGB V,

Ausnahme:

Probatorische Sitzungen (§ 12 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie], § 14 Abs. 2 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) sowie andere Leistungen (z. B. EBM-GOP 35100 Diagnostik, EBM-GOP 35110 Intervention), auch wenn sie während einer laufenden Psychotherapie anfallen, sind gegebenenfalls über die elektronische Gesundheitskarte oder den Abrechnungs- bzw. Überweisungsschein abzurechnen (vgl. § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä bzw. EKV). Nicht erfasst von § 13 Abs. 3a SGB V sind auch die psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie, § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie, § 15 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä).

16. **Implantologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V,

17. **Parodontologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V,

Ausnahme:

- a. Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen (vgl. Abschnitt 5.2.1 der Anlage 1 und § 1 Abs. 2 der Anlage 5 BMV-Z).
- b. Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Pa-

rodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt (vgl. § 1 Abs. 3 der Anlage 5 BMV-Z).

18. **Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V,

Ausnahme:

Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen (vgl. Abschnitt 3.1, 3.1.1 und 3.1.2 der Anlage 1 BMV-Z).

19. **Kieferorthopädische Behandlung** nach § 29 SGB V (einschließlich Anträge auf Therapieänderung und Verlängerung sowie kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich zahntechnischer Leistungen, die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen),

Ausnahme:

Stellt der Zahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme dieser Mitteilung ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten (vgl. § 2 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Dieser Sachverhalt ist nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da der Zahnarzt bereits vor Einschaltung der Krankenkasse entschieden hat, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht. Die Mitteilung des Zahnarztes ist lediglich als Information zu werten und stellt keinen Antrag des Versicherten zur Überprüfung der Entscheidung des Zahnarztes dar. Auch die evtl. Einleitung eines Gutachtens durch die Krankenkasse ändert hieran nichts. Etwas anderes gilt nur, wenn der Versicherte – nach der Mitteilung des Zahnarztes – nochmal ausdrücklich einen Antrag auf die begehrte kieferorthopädische Behandlung bei der Krankenkasse stellt.

20. **Arzneimittel** nach § 31 SGB V

Anmerkung:

Bei Vorliegen eines Leistungsanspruchs der Versicherten unterliegt die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel in der Regel keiner Genehmigungspflicht (§ 29 BMV-Ä) und fällt nicht unter das Regime des § 13 Abs. 3a SGB V. Dies gilt nicht bei der Verordnung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes (Off-Label-Use) sowie bei Importarzneimitteln nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG). Hier kann die Krankenkasse

se im Vorfeld eingeschaltet werden bzw. ist aufgrund entsprechender vertraglicher Verpflichtungen im Vorfeld einzuschalten. In diesen Fällen ist § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Eine weitere Besonderheit gibt es bei der Verordnung von Cannabis nach § 31 Abs. 6 SGB V. Hier hat die die Krankenkasse bei der ersten Verordnung vor Beginn der Leistung eine Genehmigung unter Beachtung des § 13 Abs. 3a SGB V zu erteilen. Wird die Leistung jedoch im Rahmen der Versorgung nach § 37b SGB V (SAPV) verordnet, ist abweichend von der Fristenregelung des § 13 Abs. 3a SGB V über den Antrag innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Im Weiteren ist auch hier § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

## 21. Heilmittel nach § 32 SGB V

### Ausnahme:

- a. Bei der Heilmittelversorgung bedürfen die **Verordnungen innerhalb des** im Heilmittelkatalog definierten **Regelfalls** keiner Genehmigung. Derartige Leistungen kann der Versicherte unabhängig von einer Entscheidung der Krankenkasse immer direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen.
- b. **Verordnungen außerhalb des Regelfalls** sind der zuständigen Krankenkasse ebenfalls nicht zur Genehmigung vorzulegen, sofern diese **auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet** hat. Der Verzicht auf ein Genehmigungsverfahren hat die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 1 und 3 der Heilmittel-Richtlinie), die Leistung kann direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch genommen werden.

### Anmerkung:

Wird bei **Verordnungen außerhalb des Regelfalls** ein **Genehmigungsverfahren durchgeführt**, hat die Krankenkasse nach Vorlage der Verordnung die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag zunächst zu übernehmen, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 2 der Heilmittel-Richtlinie). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

Zu den nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfassten **Anträgen auf Genehmigung langfristig notwendiger Heilmittel** nach § 32 Abs. 1a SGB V siehe Abschnitt 4.4.

22. **Hilfsmittel** nach § 24e bzw. § 33 SGB V<sup>3</sup>,

Ausnahme:

Zu bestimmten Produkten (z. B. Bandagen, Kompressionsstrümpfe) bestehen Genehmigungsfreigrenzen; das heißt, die Krankenkassen verzichten gemäß entsprechender vertraglicher Vereinbarungen auf eine vorherige Leistungsbewilligung.

Anmerkung:

Es kann vertraglich vereinbart sein, dass Hilfsmittel trotz bestehender vorheriger Genehmigungspflicht vorab geliefert werden dürfen. In diesen Fällen nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen somit bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den vertraglichen Regelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

23. **Häusliche Pflege** nach § 24g SGB V bzw. **Häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGB V,

Anmerkung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 6 Abs. 6 Satz 1 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

---

<sup>3</sup> Die Urteilsbegründungen der vom BSG schon entschiedenen Verfahren, die sich u. a. im Zusammenhang mit der Versorgung von Hilfsmitteln mit der Frage beschäftigen, wie der Ausnahmetatbestand des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V auszulegen ist, werden derzeit einer leistungsrechtlichen Bewertung unterzogen. Dies ist entscheidend für die Anwendung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V oder § 18 SGB IX. Bis zu einer abgeschlossenen leistungsrechtlichen Bewertung wird an den bisherigen Aussagen zur Anwendung des § 13 Abs. 3a SGB V bei Hilfsmitteln in diesem Rundschreiben festgehalten.

24. **Soziotherapie** nach § 37a SGB V,

Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 9 Abs. 3 der Soziotherapie-Richtlinien). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

25. **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach § 37b SGB V,

Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 8 Satz 1 der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

26. **Haushaltshilfe** nach § 24h bzw. § 38 SGB V,

27. **Entbindung** nach § 24f SGB V bzw. **Krankenhausbehandlung** nach § 39 SGB V,

Anmerkung:

Die Entscheidungsabläufe bei der Inanspruchnahme zur Krankenhausbehandlung sind unterschiedlich, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren befasst wird. Beantragt der Versicherte vorab die Genehmigung einer gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 i. V. m. Abs. 4 SGB V vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheidet die Krankenkasse ihm gegenüber durch Verwaltungsakt. Wird er dage-

gen, wie zumeist, wegen einer akuten Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationär aufgenommen, so entscheidet diese über den Behandlungsanspruch lediglich indirekt, indem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MDK, dem die Leistung erbringenden Krankenhaus eine – ggf. befristete – Kostenzusage (Kostenübernahmeerklärung) erteilt. Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist.

Für eine Entbindung nach § 24f SGB V ist eine vertragsärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V nicht vorgesehen. Die Versicherte hat ein Wahlrecht bezüglich des Entbindungsortes und benötigt hierfür grundsätzlich keine Kostenzusage ihrer Krankenkasse. Beantragt sie dennoch im Vorfeld die Kostenübernahme für eine Entbindung, so entscheidet auch in diesem Fall die Krankenkasse über den Antrag und erlässt gegenüber der Versicherten einen Verwaltungsakt.

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die Beantragung der Krankenhausbehandlung oder der Entbindung durch den/die Versicherte/n vor Beginn der Krankenhausbehandlung bzw. Entbindung. In den übrigen Fällen nimmt der/die Versicherte die Krankenhausbehandlung oder Entbindung bereits in Anspruch, so dass die Notwendigkeit für eine Selbstbeschaffung nicht mehr besteht. Demgemäß sind Überprüfungen im Rahmen des § 275 Abs. 1c SGB V ebenfalls nicht erfasst.

28. **Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen** an Versicherte nach § 39a Abs. 1 SGB V,
29. **Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit** gemäß § 39c SGB V,
30. **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation** nach § 43 SGB V,

Ausnahme:

Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind die in § 43 SGB V in Bezug genommenen Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 sowie § 73 und § 74 SGB IX (siehe Abschnitt 4.4.5).

31. **Zahnersatz** nach § 55 SGB V,

Ausnahme:

- a. Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0 – 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind nicht bewilligungsbedürftig (vgl. Abschnitt 5. und 7.c) der Anlage 2 zum BMV-Z sowie § 1 Abs. 2 der Anlage 6 des BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.
- b. Nicht bewilligungsbedürftig ist auch der sich während der Zahnersatzversorgung ergebende notwendige Stiftaufbau nach den Befunden 1.4 und 1.5 der Festzuschuss-Richtlinie (vgl. § 1 Abs. 2 der Anlage 6 BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.
- c. Hinweise des Versicherten auf eine mangelhafte Zahnersatzversorgung, die die Krankenkasse zur Einholung eines Mängelgutachtens veranlasst, sind nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da es sich hierbei zum einen nicht um einen Leistungsantrag des Versicherten handelt und es zum anderen um die Prüfung einer bereits gewährten Leistung geht. Aufgrund einer mangelhaften Zahnersatzversorgung erfolgte Anträge der Leistungsberechtigten auf eine Neuversorgung – ggf. auch innerhalb der Gewährleistungsfrist nach § 137 Abs. 4 SGB V – sind hingegen von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst.

32. **Fahrkosten** nach § 60 SGB V, soweit eine vorherige Genehmigungspflicht besteht,

Ausnahme:

Fälle, in denen Versicherte – ggf. nach vorheriger Genehmigung – eine Erstattung der entstandenen Kosten für Fahrten beantragen, die mit dem öffentlichen Verkehrsmittel, dem PKW oder Taxi durchgeführt wurden, sind ebenfalls nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind des Weiteren die Fahr- und Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V (siehe Abschnitt 4.4.5.).

33. Leistungen im Rahmen eines **Persönlichen Budgets** (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, § 29 SGB IX).

Anmerkung:

Auf beantragte Leistungen im Rahmen eines trägerspezifischen persönlichen Budgets sowie auf beantragte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets ist § 13 Abs. 3a SGB V anwendbar, soweit es sich nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt. Zur Anwendbarkeit der §§ 14 bis 24 SGB IX in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und trägerübergreifende persönliche Budgets siehe Abschnitt 4.4.5. Wird die Einbindung einer Leis-

tung zur Krankenbehandlung in ein trägerübergreifendes persönliches Budget beantragt, so findet auf diese beantragte Leistung § 13 Abs. 3a SGB V Anwendung.

Darüber hinaus besteht zu bestimmten Leistungen zwar keine ausdrückliche Genehmigungspflicht. Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass **Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung einen Antrag bei der Krankenkasse stellen (z. B. Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V)**. Auch in solchen Fällen gilt § 13 Abs. 3a SGB V.

#### **4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen**

##### **4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche**

§ 13 Abs. 3a SGB V gilt für solche Geldleistungen nicht, die eine finanzielle Absicherung bewirken oder die auf die Zahlung oder Erstattung eines Geldbetrages ohne Sicherstellung der Inanspruchnahme einer Naturalleistung gerichtet sind. Hätte § 13 Abs. 3a SGB V generell auch für Geldleistungen nach dem SGB V gelten sollen, hätte es gerade vor dem Hintergrund des in § 13 Abs. 1 SGB V verankerten Grundsatzes (Erstattung von Kosten nur anstelle von Sach- oder Dienstleistungen) eines klaren Hinweises in der Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 3a SGB V bedurft. Da die Gesetzesmaterialien hierzu jedoch keine Aussagen treffen, kann sich daraus letztlich nur die Konsequenz ableiten lassen, dass Geldleistungen grundsätzlich nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sein sollen.

Diese Auffassung wurde mittlerweile durch das BSG bestätigt. Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V findet danach keine Anwendung bei allen Leistungsansprüchen, die unmittelbar auf eine Geldleistung ausgerichtet sind (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

Dazu gehören

- bei **stationärer Behandlung des Versicherten die Erstattung des Verdienstauffalls** nach § 11 Abs. 3 SGB V bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten,
- Anträge auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V (zur Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a SGB V auf Genehmigungsverfahren im Rahmen der Kostenerstattung siehe Abschnitt 4.3),
- **Mutterschaftsgeld** nach § 24i SGB V,
- bei **Dialyse die Erstattung des Verdienstauffalls** nach § 43 SGB V,
- **Krankengeld** nach den §§ 44, 44a und 47b SGB V,
- **Krankengeld bei Erkrankung des Kindes** nach § 45 SGB V,
- die **Wahltarif-Prämienzahlungen durch die Krankenkasse** nach § 53 SGB V,
- das **Wahltarif-Krankengeld** nach § 53 Abs. 6 SGB V,
- die **Bonuszahlungen** für gesundheitsbewusstes Verhalten nach **§ 65a SGB V**,
- **Prämienzahlungen** nach § 242 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

#### 4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns

Weiterhin können Fälle, in denen die Krankenkasse die Leistung im Rahmen eigenen Verwaltungshandelns selbst erbringt, nicht unter die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V fallen. Hierzu zählen

- die **Hospiz- und Palliativberatung** gemäß § 39b SGB V,
- nach § 44 Abs. 4 Satz 1 SGB V der **Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung beim Krankengeld**,
- die **Befreiung von den Zuzahlungen und die Ausstellung eines Befreiungsausweises** nach § 62 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V,
- die Ausstellung der **elektronischen Gesundheitskarte** nach § 291 Abs. 1 SGB V,
- **evtl. Sachleistungen**, die die Krankenkasse selbst für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V gewährt, sowie
- die **Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern** nach § 66 SGB V.

#### 4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Ebenfalls von der Krankenkasse zu erbringen sind **Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben** nach § 20b SGB V. Zwar können die in diesem Zusammenhang anfallenden Aufgaben auch durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) wahrgenommen werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass der Beauftragte der Aufgabenwahrnehmung zugestimmt hat (vgl. § 20b Abs. 2 Satz 2 SGB V). Erfolgt die Zustimmung, wird die Leistung durch den Beauftragten erbracht und es bedarf keiner Selbstbeschaffung. Erfolgt keine Zustimmung durch den Beauftragten, ist die Leistung durch die Krankenkasse selbst zu erbringen.

#### 4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf

Zudem regelt § 32 Abs. 1a SGB V zum **langfristigen Heilmittelbehandlungsbedarf**, dass die Genehmigung eines entsprechenden Antrages als erteilt gilt, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb von 4 Wochen eine Entscheidung herbeiführt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. Die Regelung gilt als Spezialregelung und geht § 13 Abs. 3a SGB V vor.

#### 4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V sieht vor, dass für **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen sowie die dazu ergangenen untergesetzlichen Regelungen (insbesondere gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) gelten (s. a. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R). Hierzu gehören unter anderem:

- die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V,
- die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V,

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

- die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bzw. § 44 SGB IX,
- die Belastungserprobung und Arbeitstherapie nach § 42 SGB V i. V. m. § 42 SGB IX,
- die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 46 SGB IX

(zur Hilfsmittelversorgung siehe Abschnitt. 4.3, Nr. 22).

Dies gilt auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die als Persönliches Budget beantragt werden. Ebenfalls gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX für Leistungen, die im Rahmen eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ausgeführt werden sollen, sowie für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 SGB IX i. V. m. § 73 und § 74 SGB IX und Fahr- und andere Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V.

### 4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V

Ferner kann § 13 Abs. 3a SGB V aufgrund seiner Einordnung ins SGB V und mangelnder Verweisungsvorschriften nur für Leistungen gelten, die ihre Rechtsgrundlage im SGB V haben (vgl. § 31 SGB I). Die Vorschrift entfaltet somit z. B. keine Rechtswirkung bei der Hilfe für Frauen bei **Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen** nach dem 5. Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, der nach § 68 Nr. 17 SGB I als besonderer Teil des Sozialgesetzbuches gilt.

Da das Recht des Leistungsberechtigten, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, bzw. im Verwaltungsverfahren Gebärdensprache und andere Kommunikationshilfen zu verwenden, als Nebenleistung zu der Hauptleistung nach dem SGB V besteht, dürfte die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V auf entsprechende Leistungsanträge zur Anwendung kommen, obwohl die Anspruchsgrundlagen sich nach § 17 Abs. 2 SGB I bzw. § 19 Abs. 1 SGB X richten.

## 5. Leistungsberechtigte

Leistungsberechtigter ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Krankenkasse (vgl. BSG u. a. vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R), sowie die in § 264 Abs. 2 SGB V genannten Personen.

## 6. Antrag

Für die Anwendung des § 13 Abs. 3a SGB V bedarf es zunächst eines Leistungsantrags des Versicherten an seine Krankenkasse (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Soweit das SGB V eine Leistungsgewährung auch ohne vorherige Antragstellung zulässt (vgl. § 19 Satz 1 SGB IV), wie z. B. im Falle der allgemeinen vertragsärztlichen Behandlung oder im Falle der konservierend-chirurgischen Leistung bei der zahnärztlichen Behandlung, die durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte in Anspruch genommen werden können, findet die Regelung keine Anwendung.

Als Anträge im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V sind empfangsbedürftige Willenserklärungen zu werten, die auf den Beginn, die Fortsetzung oder Änderung bzw. Ergänzung einer Leistung, Versorgung bzw. Therapie gerichtet sind.

Versichertenseitige Kontaktaufnahmen mit dem Ziel, sich gemäß § 14 SGB I zunächst über Rechte und Pflichten nach dem SGB V (z. B. über bestimmte Leistungen und ggf. zu erfüllende Voraussetzungen) von der Krankenkasse beraten zu lassen, sind nicht als Antrag zu werten. Allerdings kann sich aus einer Beratung ergeben, dass der Leistungsberechtigte einen Antrag stellt.

Die Regelung des § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I, wonach in Fällen, in denen die Sozialleistung von einem Antrag abhängig ist, ein Antrag auch zu dem Zeitpunkt als gestellt gilt, in dem er bei einer unzuständigen Stelle eingegangen ist, findet in Bezug auf den Beginn der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V keine Anwendung, da es im Rahmen dieser Vorschrift um den Eingang des Antrags bei der zuständigen Krankenkasse und deren Fristenregime geht.

### 6.1 Formerfordernis

Die Antragstellung ist nicht an eine bestimmte Form gebunden (vgl. § 9 SGB X). Wirksame Leistungsanträge können nicht nur schriftlich, sondern z. B. auch mündlich, zur Niederschrift oder per einfacher E-Mail ohne Signatur gestellt werden. Die Wirksamkeit des Antrags hängt auch nicht davon ab, dass dieser unter Verwendung eines bestimmten Antragsformulars gestellt worden ist, sofern nur das (Leistungs-) Begehren unmissverständlich zum Ausdruck kommt. Die Krankenkasse ist verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden (vgl. § 16 Abs. 3 SGB I).

### 6.2 Sonstige Anforderungen

Allgemein erfordert eine wirksame Antragstellung, dass die entsprechende Willenserklärung mit Willen des Antragstellers von ihm selbst oder für ihn abgegeben wurde. Ein einfacher, erkennbar ohne Einbeziehung des Versicherten gestellter Kostenübernahmeantrag eines Leistungserbringers genügt nicht. Ein Antrag bedarf aber weder zwingend einer Unterschrift noch einer beigefügten

## Antrag

Einverständniserklärung des Versicherten. So ist z. B. die Vorlage einer Verordnung medizinischer Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach Muster 64 als Antrag zu werten<sup>4</sup>. In der Regel ist der Leistungsberechtigte antragsbefugt. Dies können auch Minderjährige sein (vgl. § 36 SGB I). Im Übrigen kann ein Antrag auch in Vertretung des Versicherten von einem hierzu Bevollmächtigten gestellt werden (vgl. § 13 Abs. 1 SGB X). Der Bevollmächtigte hat auf Verlangen seine Vollmacht schriftlich nachzuweisen (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB X). Als Bevollmächtigter des Versicherten kann auch ein Leistungserbringer handeln.

### 6.3 Hinreichend bestimmter Antrag

Ein im Sinne des § 13 Abs. 3a SGB V fiktionsfähiger Antrag ist Voraussetzung dafür, dass eine Leistung als genehmigt gelten kann (Satz 6). Diese Fiktion greift nur dann, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass auch die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung selbst im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist.

Diese Anforderung ist bereits dann erfüllt, wenn sich der Antrag auf eine aus subjektiver Sicht des Versicherten medizinisch erforderliche Leistung bezieht, ohne dass es einer weiteren Einschränkung etwa hinsichtlich einer bestimmten Methode, der Art der Leistungserbringung (ambulant oder stationär) oder eines bestimmten Leistungserbringers bedarf. Es genügt, dass das Behandlungsziel klar ist (vgl. BSG vom 11.7.2017, B 1 KR 1/17 R).

### 6.4 Zugang des Antrags

Ein Antrag im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V wird entsprechend § 130 Abs. 1 Satz 1 BGB rechtswirksam, wenn er bei der Krankenkasse eingeht (Zugang des Antrags). Dabei trägt der Antragsteller das Risiko der Übermittlung (z. B. auf dem Postweg) und damit des Zugangs.

Die Krankenkasse als Empfängerin der Willenserklärung trägt das Risiko für die Gefahren, die in ihrem Organisations- und Machtbereich liegen, wenn z. B. der Leistungsantrag am Empfang im Eingangsbereich abgegeben, aber von dort nicht zur Bearbeitung weitergeleitet wird (Verzögerungsrisiko).

Eine wesentliche Bedeutung kommt dem Zeitpunkt des Zugangs des Leistungsantrags zu, da dieser den Beginn der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V bestimmt und somit den Ausgangspunkt für einen zeitlich eng getakteten Bearbeitungsprozess in der Praxis der Krankenkassen vorgibt.

---

<sup>4</sup> Tritt in Kraft zum 01.10.2018.

#### **6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden**

Ein derartiger Zugang liegt vor, wenn der Versicherte den Antrag mündlich, insbesondere in einem persönlichen Beratungs- oder Telefongespräch stellt (nicht verkörperte Willenserklärung). Der Antrag ist in dem Zeitpunkt zugegangen, in dem ihn der Mitarbeiter der Krankenkasse vernommen hat. Von einem zugegangenen Antrag unter Anwesenden ist auch dann auszugehen, wenn dieser entsprechend § 147 Abs. 1 Satz 2 BGB z. B. in einem Online-Chat (sonstige technische Einrichtung) gestellt und vom Mitarbeiter der Krankenkasse vernommen wird.

#### **6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden**

Ein in schriftlicher oder elektronischer Form gestellter Antrag (verkörperte Willenserklärung unter Abwesenden) ist zugegangen, wenn er in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt ist und diese unter normalen Umständen die Möglichkeit hat, vom Inhalt des Antrags Kenntnis zu nehmen. Entscheidend ist also nicht die tatsächliche Kenntnisnahme des Antrags durch die Krankenkasse, sondern der gewöhnliche Zeitpunkt der Möglichkeit dazu. Wird etwa ein Brief erst nach dem Ende der üblichen Geschäftszeit der Krankenkasse (insbesondere am Wochenende oder an einem Feiertag) in den Briefkasten der Krankenkasse eingeworfen, gilt als Zugangstag der nachfolgende Arbeitstag.

Die Abgabe einer empfangsbedürftigen Willenserklärung unter Abwesenden kann auf verschiedenen, nachfolgend dargestellten Übertragungswegen stattfinden.

##### **6.4.2.1 Brief**

Wird der Antrag als Brief an die Krankenkasse geschickt, dann ist er zugegangen, wenn die Krankenkasse von ihm unter üblichen Umständen Kenntnis erlangen konnte. Für den Zugang eines solchen Antrags über einen Hausbriefkasten oder ein Postschließfach gilt daher, dass der Antrag nicht schon mit dem Einwurf in den Hausbriefkasten oder dem Einsortieren in das Postfach, sondern erst mit dem Zeitpunkt der nächsten üblichen Leerung oder Abholung zugegangen ist.

Wählt der Versicherte für die Übersendung des Antrags die Form des Einschreibens, so gelten grundsätzlich dieselben Voraussetzungen wie bei einem einfachen Brief. Sollte ein Übergabe-Einschreiben der Krankenkasse nicht unmittelbar ausgehändigt werden, so reicht die im Briefkasten befindliche Benachrichtigung nicht aus, um das Einschreiben als zugegangen zu deklarieren. Erst bei der Abholung des Einschreibens kann von einem Zugang ausgegangen werden. Bei einem Einwurf-Einschreiben sagt der Zustellungsnachweis lediglich aus, dass der Brief in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt ist, aber nicht, dass diese auch schon die für den Zugang erforderliche Möglichkeit der Kenntnisnahme hatte.

## Antrag

### **6.4.2.2      Telefax**

Ein Antrag auf Leistungen, der der Krankenkasse per Telefax übermittelt wird, ist in der Regel mit dem Abschluss des Ausdrucks am Empfangsgerät in der Krankenkasse zugegangen, wobei auch hier zusätzlich auf den gewöhnlichen Zeitpunkt der Möglichkeit der Kenntnisnahme abzustellen ist. Telefaxe an die Krankenkasse, die während der üblichen Geschäftszeiten empfangen werden, gehen somit in diesem Zeitpunkt zu. Ein technischer Defekt oder fehlendes Papier gehen nicht zu Lasten des Antragstellers. In den Machtbereich der Krankenkasse ist der Antrag dann gelangt, wenn er bei ordnungsgemäßem Funktionieren fertig ausgedruckt worden wäre.

### **6.4.2.3      Elektronische Willenserklärung**

Wird der Leistungsantrag vom Versicherten auf elektronischem Wege (z. B. elektronisches Kundenpostfach, -portal, E-Mail, De-Mail, Messenger-Dienste) bei der Krankenkasse gestellt, handelt es sich ebenfalls um eine Willenserklärung unter Abwesenden. Voraussetzung für die zulässige Übermittlung eines Leistungsantrages als elektronisches Dokument ist in jedem Fall, dass die Krankenkasse hierfür einen Zugang eröffnet hat (vgl. § 36a Abs. 1 SGB I). Sollte die Krankenkasse z. B. im Briefkopf oder auf ihrer Webseite eine E-Mail-Adresse bekanntgeben, so ist davon auszugehen, dass sie diesem Weg der Kommunikation zustimmt und den Zugang eröffnet hat.

In den Machtbereich der Krankenkasse gelangt z. B. der Antrag per E-Mail dann, wenn er auf dem Rechner des Dienstbieters (Provider) der Krankenkasse abrufbar gespeichert wurde. Von der Möglichkeit der Kenntnisnahme durch die Krankenkasse ist aber erst in dem Zeitpunkt auszugehen, in dem die E-Mail üblicherweise abgerufen wird. Sollte der Versicherte eine andere als die von der Krankenkasse für den Rechts- und Geschäftsverkehr angegebene E-Mail-Adresse nutzen, trägt er das Risiko der Übermittlung und damit auch des Zugangs. Dies gilt auch bei technischen Übermittlungsfehlern. Ist das vom Versicherten übermittelte elektronische Dokument für die Krankenkasse nicht lesbar und daher auch zur Bearbeitung nicht geeignet, hat sie dies dem Antragsteller unter Angabe der für sie geltenden technischen Rahmenbedingungen unverzüglich mitzuteilen (vgl. § 36a Abs. 3 SGB I), so dass in diesem Fall nicht von einem Zugang des Antrags ausgegangen werden kann.

### **6.4.2.4      Anrufbeantworter**

Sollte der Versicherte seinen Antrag telefonisch stellen und eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen, so ist seine Willenserklärung in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt, wenn sie aufgezeichnet wurde. Der Zugang ist in dem Zeitpunkt erfolgt, in dem unter normalen Umständen davon ausgegangen werden kann, dass die Krankenkasse den Anrufbeantworter abhört.

## 7. Gutachtliche Stellungnahme

Hält die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich – also ohne schuldhaftes Zögern (vgl. § 121 Abs. 1 BGB) – einzuholen. Die Leistungsberechtigten sind hierüber zu unterrichten (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V), damit diese rechtzeitig wissen, welche Frist für sie gilt (siehe Abschnitt 9). Für die Unterrichtung des Leistungsberechtigten ist keine bestimmte Form vorgesehen. Die Unterrichtung kann daher auch mündlich erfolgen. Zu empfehlen ist jedoch auch in diesen Fällen allein aus Gründen der Nachweisbarkeit eine Mitteilung in schriftlicher Form, um zu vermeiden, dass die beantragte Leistung als genehmigt gilt.

Gutachtliche Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind von den Krankenkassen unter den in § 275 SGB V genannten Voraussetzungen einzuholen bzw. können eingeholt werden. Daneben können auch andere Stellen gutachtliche Stellungnahmen abgeben (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). So regelt für die Psychotherapie die Psychotherapie-Richtlinie das Nähere u. a. zum Gutachterverfahren (vgl. § 92 Abs. 6a SGB V). Für den vertragszahnärztlichen Bereich sind Gutachterverfahren für bestimmte Leistungen in den bundesmantelvertraglichen Vorgaben vorgesehen.

### 7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MDK

Stellungnahmen durch den MDK gegenüber der Krankenkasse erfolgen im Rahmen von sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) und Gutachten. Die SFB ist entweder eine kurze, ergebnisorientierte Form, welche der Krankenkasse eine Leistungsentscheidung ermöglicht, oder dient der Auswahl und Konkretisierung von Begutachtungsaufträgen, der Festlegung notwendiger Informationen und der Steuerung der weiteren Bearbeitung im MDK (sozialmedizinische Fallsteuerung). Gutachten werden nach Aktenlage oder aufgrund persönlicher Befunderhebung erstellt. Die Befunderhebung kann entweder in der MDK-Beratungsstelle oder im Rahmen eines Haus-, Krankenhaus-, Heimbefuchs in Einrichtungen erfolgen. Da weder § 13 Abs. 3a SGB V noch die amtliche Gesetzesbegründung Aussagen enthalten, was konkret als gutachtliche Stellungnahme anzusehen ist, ist davon auszugehen, dass neben den Gutachten auch die SFB mit Fallabschluss als gutachtliche Stellungnahme zu werten ist.

Ob die Krankenkasse den Leistungsberechtigten bereits zum Zeitpunkt der Einleitung einer SFB über die Notwendigkeit einer gutachtlichen Stellungnahme gemäß § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V informiert, sollte anhand von Erfahrungswerten beurteilt werden, da die Krankenkasse ggf. noch nach Einleitung der SFB/Begutachtung fehlende Informationen vom Leistungsberechtigten oder Dritten abzufordern hat. Auch ist es möglich, dass eine gutachtliche Stellungnahme auf Grundlage der vorgelegten (Standard-) Unterlagen z. B. im Rahmen einer SFB mit Fallabschluss so zügig zu erwarten ist, dass dem Leistungsberechtigten eine Leistungsentscheidung auch innerhalb einer Frist von drei Wochen zugehen kann.

## Gutachtliche Stellungnahme

Der MDK hat innerhalb von drei Wochen gegenüber der Krankenkasse gutachtlich Stellung zu nehmen, so dass die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von drei Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Diese Frist gilt für den MDK als Gesamtorganisation und nicht für einzelne Gutachter. Bei z. B. einer Weiterleitung des Begutachtungsauftrages innerhalb des MDK oder Hinzuziehung eines weiteren Gutachters verlängert sich die Frist nicht und wird auch nicht erneut ausgelöst. Im Hinblick auf die für die Krankenkasse bestehende Verpflichtung zur zügigen Leistungsentscheidung muss auch der MDK schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist lediglich eine Obergrenze darstellt, die nicht regelmäßig auszuschöpfen ist.

Damit der MDK erkennen kann, dass für den Leistungsantrag die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V maßgeblich ist, hat die Krankenkasse dies auf dem Fallberatungsbogen bzw. dem Begutachtungsauftrag entsprechend zu kennzeichnen und zudem das Datum des Antragseingangs sowie des Ablaufs der Frist von fünf Wochen anzugeben.

### 7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie

Die beantragten Psychotherapieverfahren sind durch eine nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung bestellte Gutachterin oder einen Gutachter zu prüfen (vgl. § 92 Abs. 6a SGB V und § 34 i. V. m. § 15 der Psychotherapie-Richtlinie). Dabei haben die Gutachter ihre Gutachten in angemessener Frist gegenüber der beauftragenden Krankenkasse zu erstatten, wobei zwischen Eintreffen der Unterlagen beim Gutachter und der Absendung des Gutachtens in der Regel kein größerer Zeitraum als zwei Wochen vergehen soll (vgl. § 12 Abs. 7 Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 BMV-Ä). Damit kommt es bei der Einhaltung der Frist – anders als bei gutachtlichen Stellungnahmen durch den MDK – nicht auf den Eingang bei der Krankenkasse sondern auf den Zeitpunkt der Absendung des Gutachtens an. Zudem sind zwar durch die Formulierung „in der Regel“ ausnahmsweise Fristüberschreitungen zulässig. In Anbetracht der für die Krankenkasse bestehenden engen gesetzlichen Frist von fünf Wochen können diese jedoch nur wenige Tage umfassen.

Darüber hinaus ist ein Obergutachten vorgesehen, deren Einholung durch die Krankenkasse jedoch erst beim Einspruch des Versicherten gegen die Ablehnung einer Therapie im Gutachterverfahren erfolgt und somit erst nach einer Leistungsentscheidung der Krankenkasse (vgl. § 12 Abs. 16 i. V. m. § 13 Abs. 3 Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 BMV-Ä). Das Obergutachterverfahren ist daher für § 13 Abs. 3a SGB V ohne Bedeutung. Die konkreten Einzelheiten zum Gutachterverfahren ergeben sich aus den Psychotherapie-Richtlinie sowie der Psychotherapie-Vereinbarung.

### 7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren

Verfahren zur Begutachtung von zahnärztlichen Leistungen sind im Rahmen bundesmantelvertraglicher Regelungen für die Parodontosebehandlung, kieferorthopädische Behandlung, implantologische Leistung, Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vorgesehen, wobei ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (vgl. § 1 Abs. 2 sowie § 2 Abs. 5 der Anlage 6 BMV-Z) sowie für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (vgl. Nr. 3.1.1 der Anlage 1 BMV-Z) möglich sind. In der Regel können ein Gutachterverfahren und ein Obergutachterverfahren bzw. ein Prothetikeinigungsverfahren durchgeführt werden. Hiervon unbenommen bleiben die Begutachtungen durch den MDK im Rahmen des § 275 SGB V.

Die Bearbeitung eingehender Anträge durch den Gutachter

- hat bei geplanter Parodontosebehandlung bzw. Therapieergänzung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. Anlage 5 BMV-Z),
- hat bei implantologischer Leistung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. A.4. der Anlage 7 BMV-Z),
- hat bei geplanter kieferorthopädischer Behandlung bzw. einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. Anlage 4 BMV-Z),
- hat bei geplanter Zahnersatzversorgung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. § 3 der Anlage 6 BMV-Z).

§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V sieht vor, dass der Gutachter innerhalb von vier Wochen gegenüber der Krankenkasse gutachtlich Stellung zu nehmen hat, so dass die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von vier Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Im Hinblick auf die für die Krankenkasse bestehende Verpflichtung zur zügigen Leistungsentscheidung muss auch der Gutachter schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist von vier Wochen lediglich eine Obergrenze darstellt, die somit nicht regelmäßig auszuschöpfen ist. Die aktuellen bundesmantelvertraglichen Regelungen sehen durch die entsprechende Formulierung „innerhalb“ bereits vor, dass die für eine Bearbeitung der Anträge durch den Gutachter vorgesehenen Fristen nicht regelmäßig ausgeschöpft werden müssen.

Die Einleitung eines Obergutachterverfahrens bzw. die Anrufung des Prothetikeinigungsausschusses kann einen hinreichenden Grund darstellen (siehe hierzu Abschnitt 9.4).

Für den Fall, dass durch die Gesamtvertragspartner auf der Landesebene die Begutachtung von Behandlungsplänen bei Kiefergelenkserkrankungen vereinbart wurde, gelten die zuvor aufgeführten Grundsätze entsprechend.

## 8. Leistungsentscheidung

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird eine gutachtliche Stellungnahme des MDK oder im Rahmen des psychotherapeutischen Gutachterverfahrens eingeholt, beträgt die Frist fünf Wochen, beim zahnärztlichen Gutachtenverfahren sechs Wochen. Die Leistungsentscheidung muss dem Versicherten bzw. dem Bevollmächtigten spätestens am letzten Tag der jeweils maßgebenden Frist zugegangen sein.

Bei der von der Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidung handelt es sich um einen Verwaltungsakt (vgl. § 31 SGB X), der gegenüber demjenigen, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, in dem Zeitpunkt wirksam wird, in dem er ihm bekannt gegeben wird (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB X).

Widerspruchsbescheide gemäß § 85 SGG werden nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da sich die Vorschrift nur auf die von der Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidungen bezieht und nicht auf die Entscheidung über einen Widerspruch gegen eine fristgerechte aber negative Leistungsentscheidung (vgl. BSG vom 24.04.2018 – B 1 KR 10/17 R).

### 8.1 Bevollmächtigter

Ist ein Bevollmächtigter bestellt, kann die Bekanntgabe ihm gegenüber vorgenommen werden (vgl. § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Es steht somit im Ermessen der Krankenkasse, ob der Verwaltungsakt dem Leistungsberechtigten oder dem Bevollmächtigten bekannt gegeben wird; § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X geht insoweit § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB X vor. Die Krankenkasse ist somit berechtigt, auch bei erteilter Vollmacht nur dem Leistungsberechtigten den Verwaltungsakt bekanntzugeben.

Wird der Verwaltungsakt dem Bevollmächtigten bekannt gegeben, muss der Bevollmächtigte allerdings ohne jeden Zweifel erkennen können, um welchen Leistungsberechtigten es sich handelt. Die Bekanntgabe an einen Bevollmächtigten ist jedoch nur dann möglich, wenn die Vollmacht auch die Entgegennahme von Leistungsentscheidungen beinhaltet. Gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB X ermächtigt die Vollmacht zu allen das Verwaltungsverfahren betreffenden Verfahrenshandlungen, sofern sich aus ihrem Inhalt nicht etwas anderes ergibt. Hierzu gehört somit neben der Antragstellung auch die Entgegennahme von Leistungsentscheidungen. Sofern daher nicht ausdrücklich etwas anderes im Rahmen der Antragstellung erklärt oder schriftlich nachgewiesen wird bzw. mit dem Leistungserbringer ggf. vertraglich vereinbart ist, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Vollmacht auch die Bekanntgabe der Leistungsentscheidungen beinhaltet.

## **8.2 Form**

Ein Verwaltungsakt kann schriftlich, elektronisch, mündlich (z. B. telefonisch) oder in anderer Weise erlassen werden. Ein mündlicher Verwaltungsakt ist schriftlich oder elektronisch zu bestätigen, wenn hieran ein berechtigtes Interesse besteht und der Betroffene dies unverzüglich verlangt. Ein elektronischer Verwaltungsakt ist unter denselben Voraussetzungen (berechtigtes Interesse und unverzügliches Verlangen) schriftlich zu bestätigen; § 36a Abs. 2 SGB I findet insoweit keine Anwendung (vgl. § 33 Abs. 2 SGB X). Die schriftliche oder elektronische Bestätigung eines mündlichen Verwaltungsaktes selbst muss nicht innerhalb der Frist von drei, fünf oder sechs Wochen erfolgen. Entscheidend ist, dass der mündliche Verwaltungsakt innerhalb der jeweils maßgebenden Frist erlassen bzw. zugegangen ist.

## **8.3 Bekanntgabe**

### **8.3.1 Schriftlicher Verwaltungsakt**

Ein schriftlicher Verwaltungsakt, der im Inland durch die Post übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben. Ein Verwaltungsakt, der im Inland oder Ausland elektronisch übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Absendung als bekannt gegeben. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist; im Zweifel hat die Behörde den Zugang des Verwaltungsaktes und den Zeitpunkt des Zugangs nachzuweisen (§ 37 Abs. 2 SGB X). Auch wenn der tatsächliche Zugang schon vor dem Ablauf der Drei-Tages-Frist erfolgt, gilt als Zeitpunkt der Bekanntgabe dennoch der dritte Tag nach der Aufgabe zur Post oder der Absendung.

Erfolgt die Bekanntgabe sowohl gegenüber dem Leistungsberechtigten als auch gegenüber dem Bevollmächtigten, so ist für den Zeitpunkt der Bekanntgabe der zuerst erfolgte Zugang ausschlaggebend.

### **8.3.2 Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes**

Durch das Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens vom 18. Juli 2016 ist es seit dem 01.01.2017 auch möglich, einen elektronischen Verwaltungsakt mit Einwilligung des Beteiligten nach § 37 Abs. 2a SGB X dadurch bekannt zu geben, dass er durch öffentlich zugängliche Netze abgerufen wird. Die Behörde (Krankenkasse) hat zu gewährleisten, dass der Abruf nur nach Authentifizierung der berechtigten Person möglich ist und der elektronische Verwaltungsakt von ihr gespeichert werden kann. Der Verwaltungsakt gilt am Tag nach dem Abruf als bekannt gegeben. Wird der Verwaltungsakt nicht innerhalb von zehn Tagen nach Absenden einer Benachrichtigung über die Bereitstellung abgerufen, wird diese beendet. In diesem Fall ist die Bekanntgabe nicht bewirkt; die Möglichkeit einer erneuten Bereitstellung zum Abruf oder der Bekanntgabe auf andere Weise bleibt unberührt.

## Leistungsentscheidung

Ruft der Leistungsberechtigte in diesem Fall nach Benachrichtigung der Krankenkasse den Verwaltungsakt erst nach dem Ende der jeweils maßgeblichen Frist nach § 13 Abs. 3a SGB V ab, so liegt ein Fristversäumnis vor, da dieser erst am Tag nach Abruf als bekanntgeben gilt. Sollte dieser Kommunikationsweg gewählt werden, so ist darauf zu achten, dass die Bereitstellung des Leistungsbescheides so frühzeitig erfolgt, dass auch nach nicht erfolgtem Abruf noch genug Zeit für die Bekanntgabe auf andere Weise verbleibt, da ansonsten eine Verfristung und somit Genehmigungsfiktion eintreten kann.

## 9. Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

Die Krankenkasse hat gemäß § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V über einen Leistungsantrag grundsätzlich spätestens innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Das Gesetz ermöglicht es ihr aber darüber hinaus, im Falle der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme innerhalb von fünf Wochen (Satz 2) und bei Einleitung eines zahnärztlichen Gutachterverfahrens innerhalb von sechs Wochen (Satz 4) zu entscheiden. Damit der Leistungsberechtigte nicht nach drei Wochen davon ausgehen kann, dass seine beantragte Leistung als genehmigt gilt und somit die Genehmigungsfiktion greift, hat die Krankenkasse ihn vor Ablauf von drei Wochen darüber zu unterrichten (vgl. BSG vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R). Insoweit beinhaltet der § 13 Abs. 3a SGB V neben den Entscheidungsfristen auch eine „Hinweisfrist“.

Kann die Krankenkasse die jeweils maßgebliche Frist aus einem hinreichenden Grund nicht einhalten, hat sie den Leistungsberechtigten vor Fristablauf schriftlich darüber zu informieren (§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V) und mitzuteilen, welche neue Entscheidungsfrist (anhand der voraussichtlichen, taggenau bestimmten Dauer des Bestehens des hinreichenden Grundes) maßgeblich ist.

### 9.1 Definition eines hinreichenden Grundes

Das Gesetz definiert den Begriff des „hinreichenden Grundes“ nicht näher. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein hinreichender Grund immer dann vorliegt, wenn es aus objektiver Sicht der Krankenkasse nicht möglich ist, eine abschließende Entscheidung über den Leistungsantrag zu treffen. Dazu zählen typischerweise solche Gründe, die sich außerhalb des Verantwortungsbereichs der Krankenkasse bewegen. Solange dieser Zustand andauert, verhindert das Vorliegen eines hinreichenden Grundes die Entscheidungsfindung der Krankenkasse.

### 9.2 Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Kann die Krankenkasse nicht innerhalb der jeweils maßgebenden Frist von drei, fünf bzw. sechs Wochen nach Antragsingang eine Leistungsentscheidung treffen, muss die Krankenkasse dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe innerhalb der Frist schriftlich mitteilen. Dies erfolgt in der Regel per Post. Eine mündliche bzw. fernmündliche Mitteilung reicht nicht aus. Werden z. B. medizinische Befunde und zusätzliche Informationen telefonisch vom Leistungsberechtigten angefordert, so informiert die Krankenkasse damit nicht formgerecht über einen hinreichenden Grund für die Überschreitung der Frist und deren voraussichtliche, taggenau bestimmte Dauer.

Die angeordnete Schriftform kann jedoch durch die elektronische Form ersetzt werden, wenn der Leistungsberechtigte für die Übermittlung elektronischer Dokumente einen Zugang eröffnet hat (vgl. § 36a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB I). Dazu muss er neben der Mitteilung der E-Mail-

Adresse seine Bereitschaft zum Empfang von rechtlich verbindlichen Erklärungen gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich erklärt haben. Zudem ist das von der Krankenkasse zu übermittelnde elektronische Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz zu versehen (vgl. § 36a Abs. 2 Satz 2 SGB I), so dass eine einfache E-Mail nicht ausreichend ist. Denkbar ist auch eine Informationsübermittlung per Telefax.

### 9.3 Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Rechtzeitig liegt die Information vor, wenn sie dem Leistungsberechtigten spätestens am letzten Tag der jeweils maßgebenden Frist zugegangen ist.

Für die fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes ist der Zeitpunkt der Bekanntgabe – wie im Falle der Entscheidung durch einen bekanntzugebenden Verwaltungsakt – gegenüber dem Antragsteller und nicht der der krankenkasseninternen Entscheidung über die Information maßgeblich (vgl. Abschnitt 8.3). Im Zweifel ist die Krankenkasse hinsichtlich der Tatsache des Zugangs sowie des Zeitpunkts des Verwaltungsaktes beweispflichtig. Ist die Frist gewahrt, so tritt keine Genehmigungsfiktion ein.

Ist ein Bevollmächtigter (siehe hierzu Ausführungen unter Abschnitt 8.1) bestellt und ist eine Begrenzung der Vollmacht im Rahmen der Antragstellung nicht erklärt oder schriftlich nachgewiesen, hat die Krankenkasse dem Bevollmächtigten den hinreichenden Grund mitzuteilen (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB X). Es empfiehlt sich allerdings zur Vermeidung von Missverständnissen in diesen Fällen, neben dem Bevollmächtigten auch den Leistungsberechtigten über den hinreichenden Grund für die verzögerte Leistungsentscheidung fristgerecht zu informieren. Das Risiko der rechtzeitigen Zustellung trägt die Krankenkasse.

### 9.4 Hinreichende Gründe

Damit die Krankenkassen ihrer Pflicht zur zügigen Leistungsentscheidung nachkommen können, sind umgekehrt Leistungsberechtigte oder Dritte (z. B. Leistungserbringer) zur Mitwirkung angehalten. Hinreichende Gründe für eine verzögerte Leistungsentscheidung können danach insbesondere sein,

- fehlende oder ergänzungsbedürftige Angaben von Tatsachen durch Leistungsberechtigte oder Dritte (z. B. Leistungserbringer), die für die Leistungsentscheidung erheblich sind (z. B. in Form von fehlenden aussagekräftigen Unterlagen des Leistungserbringers),
- die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung des Leistungsberechtigten bei erforderlicher körperlicher Befunderhebung durch den Gutachter (z. B. Absagen eines Termins zur körperlichen Untersuchung durch den Leistungsberechtigten, wenn dadurch eine rechtzeitige Befunderhebung nicht mehr möglich ist bzw. die für eine erforderliche körperliche Untersuchung erfor-

derlichen Unterlagen werden nicht zur Begutachtung mitgebracht oder sind nicht aussagekräftig),

- Verzögerungen, die bei notwendiger Mitwirkung des Leistungsberechtigten von ihm zu verantworten sind (z. B. angebotene frühzeitige Termine für körperliche Befunderhebung können vom Versicherten nicht wahrgenommen werden),
- die fehlende Zustimmung des Leistungsberechtigten zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte auf Verlangen der Krankenkasse,
- bei einem Persönlichen Budget die Durchführung eines Bedarfsfeststellungsverfahrens und die Verhandlungen zur Zielvereinbarung,

Die Abforderung der erforderlichen Informationen kann – sofern die Beschaffung durch die Krankenkasse nicht mit geringerem Aufwand verbunden ist – gegenüber dem Leistungsberechtigten (vgl. § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 65 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) oder gegenüber dem Leistungserbringer (vgl. § 100 SGB X) erfolgen. Bei einer erforderlichen körperlichen Befunderhebung (Untersuchung) hat die Mitwirkung durch den Leistungsberechtigten zu erfolgen (vgl. § 62 SGB I). Wurde ein Bevollmächtigter für das Verwaltungsverfahren uneingeschränkt bestellt (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB X), muss die Krankenkasse den Bevollmächtigten über die Abforderung von Informationen vom Leistungsberechtigten bzw. bei Einladung des Leistungsberechtigten zur körperlichen Befunderhebung verständigen (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB X). Hierzu genügt es, wenn dem Bevollmächtigten z. B. die Kopie einer Abforderung der erforderlichen Informationen bzw. die Einladung zur körperlichen Befunderhebung übersandt wird. Werden die erforderlichen Informationen von einem Leistungserbringer benötigt, der zugleich Bevollmächtigter ist, so empfiehlt sich die Abforderung der Informationen unmittelbar vom Leistungserbringer und die Unterrichtung des Leistungsberechtigten über die entsprechende Abforderung der Informationen.

Die Gründe für die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung des Leistungsberechtigten bzw. des Dritten sind ohne Bedeutung. Selbst triftige Gründe, z. B. in Form einer akuten Krankheit des Leistungsberechtigten oder des Dritten, die eine rechtzeitige Übermittlung bislang fehlender oder ergänzender Informationen oder die Durchführung einer körperlichen Untersuchung zum vorgesehenen Termin verhindern, können zu keinem anderen Ergebnis führen, da andernfalls die Krankenkasse ohne Verschulden sanktioniert werden könnte.

Um hinreichende Gründe für eine Überschreitung der jeweils maßgeblichen Frist handelt es sich dann, wenn die für eine Leistungsentscheidung notwendigen Informationen/Tatsachen nicht so rechtzeitig vorliegen oder gewonnen werden (können), dass die Krankenkasse eine Leistungsentscheidung noch bis zum Ablauf der jeweils maßgeblichen Frist – ggf. unter Berücksichtigung einer noch einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme oder der Durchführung einer (evtl. notwendigen persönlichen) Befunderhebung (Begutachtung) – treffen und dem Leistungsberechtigten zu-

gehen lassen kann. Damit ist nicht bereits jede Anforderung von Angaben oder Unterlagen gegenüber den Leistungsberechtigten oder Dritten ein hinreichender Grund.

Hat die Krankenkasse einen Auftrag zur Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme erteilt und kann der MDK/Gutachter auf Grund fehlender oder mangelhafter Mitwirkung des Leistungsberechtigten oder eines Dritten die gutachtliche Stellungnahme nicht so rechtzeitig erstellen, dass die Krankenkasse noch innerhalb der Frist von fünf bzw. sechs Wochen eine Leistungsentscheidung treffen und dem Leistungsberechtigten zugehen lassen kann, hat der MDK/Gutachter unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) die Krankenkasse hierüber zu informieren. Damit kann die Krankenkasse die Leistungsberechtigten rechtzeitig über den hinreichenden Grund für eine verzögerte Leistungsentscheidung schriftlich informieren.

Darüber hinaus können hinreichende Gründe bzw. den Vertragsarzt dann vorliegen, wenn im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung die Einholung eines Obergutachtens oder die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses erfolgt. Dies gilt gleichermaßen auch für die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses zu mutmaßlich mangelhaft ausgeführten prothetischen Leistungen im Zusammenhang mit Leistungsanträgen auf eine Neuversorgung. Zwar erfolgt die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses nicht zur beantragten Neuversorgung sondern zur bereits ausgeführten Leistung. Dennoch liegt auch in diesem Fall ein hinreichender Grund vor, da die Leistungsentscheidung zur beantragten Neuversorgung vom Ausgang der Prüfung abhängt, ob die bereits ausgeführte Leistung mangelhaft ist und demgemäß Gewährleistungsansprüche nach § 136a Abs. 4 Satz 4 SGB V in Bezug auf die bereits erfolgte Versorgung bestehen und somit eine Neuversorgung nicht in Betracht kommen muss. Danach hat der Zahnarzt für die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige – oder aufgrund entsprechender Vereinbarungen der Gesamtpartnerschaft auf Landesebene oder zwischen Zahnarzt und Krankenkasse längere – Gewähr zu übernehmen, innerhalb derer er die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen kostenfrei vorzunehmen hat.

Die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses muss so rechtzeitig nach Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme erfolgen, dass der Leistungsberechtigte hierüber noch bis zum Ablauf der Frist von sechs Wochen schriftlich informiert werden kann. Vor diesem Hintergrund können die vertraglichen Regelungen, die nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters die Beantragung eines Obergutachtens durch die Krankenkasse bzw. den Vertragszahnarzt vorsehen, bei

- geplanter Parodontosebehandlung bzw. Therapieergänzung innerhalb von einem Monat (vgl. § 4 Abs. 1 der Anlage 5 BMV-Z),
- implantologischer Leistung ohne einzuhaltende Frist (vgl. Abschnitt B der Anlage 7 BMV-Z),

- kieferorthopädischer Behandlung oder einem Verlängerungsantrag innerhalb von einem Monat (vgl. § 4 Abs. 1 der Anlage 4 BMV-Z),
- geplanter Zahnersatzversorgung innerhalb von einem Monat (vgl. §§ 5 ff. der Anlage 6 BMV-Z),
- mutmaßlich mangelhaft ausgeführter Zahnersatzversorgung innerhalb von einem Monat (vgl. §§ 5 ff. der Anlage 6 BMV-Z),

nicht losgelöst von der maßgeblichen Sechs-Wochen-Frist durch die Krankenkassen umgesetzt werden.

Gründe, die hingegen in den Verantwortungsbereich der Krankenkasse fallen wie z. B. Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sind nicht hinreichend. Dies gilt gleichermaßen für Gründe, die in den Verantwortungsbereich des MDK bzw. des Gutachters fallen. Daher müssen sowohl Krankenkassen als auch der jeweilige MDK bzw. der Gutachter alle in ihren jeweiligen Verantwortungsbereich fallenden Maßnahmen ergreifen, damit eine Leistungsentscheidung zügig, spätestens jedoch innerhalb der Frist von drei, fünf bzw. sechs Wochen erfolgen kann. Die Krankenkassen haben daher unter Berücksichtigung der sehr engen Fristen unverzüglich

- eingehende Leistungsanträge auf ihre Vollständigkeit zu überprüfen,
- die Erforderlichkeit einer gutachtlichen Stellungnahme – ggf. gemeinsam mit dem MDK – zu klären und ggf. eine gutachtliche Stellungnahme in Auftrag zu geben sowie
- ggf. die für eine Leistungsentscheidung bzw. eine in diesem Zusammenhang erforderliche gutachtliche Stellungnahme notwendigen Informationen/Tatsachen abzufordern – soweit nicht der MDK die Einholung von Informationen/Tatsachen übernommen hat; für diesen Fall hat der MDK die Informationen/Tatsachen unverzüglich abzufordern – und
- die eingegangenen Informationen/Tatsachen an den MDK zu übermitteln.

### 9.5 Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)

Damit der Leistungsberechtigte problemlos und eindeutig erkennen kann, wann die Fiktion der Genehmigung eintritt, ist es notwendig, dass die Krankenkasse eine taggenaue Verlängerung der Frist vornimmt. Die Krankenkasse kann hierfür den konkreten Verlängerungszeitraum angeben, so dass das Ende der Fristverlängerung vom Antragsteller selbst berechnet werden kann (z. B. „in zwei Wochen“ oder „in 14 Tagen“) oder sie bestimmt das Fristende kalendarisch (z. B. „bis zum TT.MM.JJJJ“).

Die Krankenkasse sollte sich bei der Festlegung der taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes an den Zeiträumen orientieren, die

- bis zum Wegfall eines hinreichenden Grundes – ggf. unter Berücksichtigung der typischerweise bestehenden regionalen Erfahrungswerte/Rahmenbedingungen – zu erwarten bzw. vorgesehen sind und

## Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme sowie
- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt werden.

Die Mitteilung über die Fristverlängerung hat schriftlich zu erfolgen, eine (fern-) mündliche Information ist nicht ausreichend. Zu favorisieren ist die schriftliche Mitteilung in Form eines kalen-  
darischen Endes der verlängerten Frist, da dies zum einen eine eindeutige und verbindliche In-  
formation für den Leistungsberechtigten darstellt und zum anderen der Krankenkasse die weitere  
Bearbeitung des Leistungsantrages erleichtert, da der weitere Bearbeitungsprozess an einem ein-  
deutigen „Wiedervorlage-Datum“ ausgerichtet werden kann.

Stellt sich im weiteren Verlauf heraus, dass die erste sachlich gerechtfertigte Frist nicht ausreicht  
und sich somit als zu kurz erweist, kann die Krankenkasse fristgerecht zur Vermeidung der Ge-  
nehmigungsfiktion dem Leistungsberechtigten die hinreichenden Gründe erneut mit einer tagge-  
nauen Prognose schriftlich mitteilen. Bei sachlich gerechtfertigter Notwendigkeit kann sich dieser  
Prozess ggf. mehrfach wiederholen. Erst wenn sich der Leistungsberechtigte nach Ablauf der letz-  
ten, hinreichend begründeten Frist eine erforderliche Leistung selbst beschafft, ist die Kranken-  
kasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (vgl. BSG vom 08.03.2016, B  
1 KR 25/15 R).

Mit der prognostizierten taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden  
Grundes ist letztlich das Ende der (verlängerten) Frist gemeint. Denn nach der Gesetzeskonstruk-  
tion des § 13 Abs. 3a SGB V muss der Versicherte den Zeitpunkt des Eintritts der Genehmigungs-  
fiktion erkennen können, um sich die erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaf-  
fen zu können oder als Naturalleistung zu beanspruchen. Das ist durch die im Gesetz konkret  
benannten Fristen und Mitteilungspflichten der Krankenkasse sichergestellt. Dies bedeutet, dass  
sich die Krankenkasse bei der Festlegung der taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines  
hinreichenden Grundes an den Zeiträumen zu orientieren hat, die

- bis zum Wegfall eines hinreichenden Grundes – ggf. unter Berücksichtigung der typischer-  
weise bestehenden regionalen Erfahrungswerte/Rahmenbedingungen – zu erwarten bzw. vor-  
gesehen sind und
- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme sowie
- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt  
werden.

Fällt der hinreichende Grund bereits eher – als prognostiziert – weg, führt dies nicht zu einer ent-  
sprechenden Fristverkürzung, da andernfalls die Krankenkasse die – auf Grundlage einer Progno-  
se – festgelegte (verlängerte) Frist wieder berichtigen und den Versicherten/Bevollmächtigten  
erneut informieren müsste.

## 10. Fristenberechnung

Für die Berechnung der Fristen gelten die §§ 187 bis 193 BGB entsprechend (vgl. § 37 Satz 1 SGB I i. V. m. § 26 Abs. 1 SGB X). Da der Eingang des Antrags ein Ereignis im Sinne des § 187 Abs. 1 BGB darstellt, beginnt die Frist mit dem Tag, der auf den Tag des Antragsesingangs folgt, und endet mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche, welcher durch seine Benennung oder seine Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis fällt (vgl. §§ 187 Abs. 1 und 188 Abs. 2 BGB). Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages (vgl. § 26 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB X).

Regelungen zur Unterbrechung der Frist, wie spezialgesetzlich zum längerfristigen Heilmittelbehandlungsbedarf in § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V bestimmt, bzw. zur Hemmung oder zum Neubeginn der Frist sind sowohl in der allgemeinen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V als auch in § 26 SGB X nicht vorgesehen und können weder in Analogie zur spezialgesetzlichen Regelung des § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V noch entsprechend der Vorschriften im BGB zur Verjährung (vgl. §§ 203 bis 213 BGB) zur Anwendung gelangen. Die Frist beginnt damit am Tag nach Zugang des Antrags und läuft ohne Unterbrechung oder Hemmung nach drei, fünf bzw. sechs Wochen ab (siehe auch Abschnitt 6 letzter Absatz).

### Beispiel 1 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 06.03. (Dienstag/Ereignistag)
<b>Ergebnis:</b>	
Fristbeginn	am 07.03. (Mittwoch)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 27.03. (Dienstag)
fünf Wochen	am 10.04. (Dienstag)
sechs Wochen	am 17.04. (Dienstag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	

## Fristenberechnung

### Beispiel 2 – Beginn der Entscheidungsfristen der Krankenkasse

Einwurf des Antrags bei der Krankenkasse (Briefkasten)	am 11.03. (Sonntag)
Gilt als zugegangen	am 12.03. (Montag/Ereignistag)
<b>Ergebnis:</b>	
Fristbeginn	am 13.03. (Dienstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 02.04 (Montag)
fünf Wochen	am 16.04. (Montag)
sechs Wochen	am 23.04. (Montag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein	

### Beispiel 3 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse mit Fristverlängerung wegen Wochenend-/Feiertagsregelung

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 09.03. (Freitag)
Der 30.03. ist Karfreitag, der 31.03. ist ein Samstag, der 01.04. ist ein Sonntag (Ostersonntag) und der 02.04. fällt auf einen Montag (Ostermontag).	
<b>Ergebnis:</b>	
Fristbeginn	am 10.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 30.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 13.04. (Freitag)
sechs Wochen	am 20.04. (Freitag)
Da das Ende der Drei-Wochen-Frist auf einen Feiertag fällt, verlängert sich die Frist gemäß § 193 BGB auf den nächstfolgenden Werktag. Das Fristende fällt somit bei einer Frist von	
drei Wochen	auf den 03.04. (Dienstag)
Der 31.03. ist ein Samstag, der 01. und 02.04. sind Feiertage.	
fünf Wochen	auf den 13.04. (Freitag)
sechs Wochen	auf den 20.04. (Freitag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	

Die Grundsätze der Fristenberechnung gelten auch für die gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse. Dabei sind die im Gesetz genannten Zeiträume für die Abgabe der gutachtlichen Stellungnahme von drei bzw. vier Wochen stets als Obergrenzen zu verstehen (s. Abschnitt 7.1).

## Fristenberechnung

### Beispiel 4 – Fristen bei gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 02.03. (Freitag)
Auftragseingang beim MDK	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)

#### **Ergebnis:**

Fristbeginn	am 03.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 23.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 06.04. (Freitag)
sechs Wochen	am 13.04. (Freitag)

Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.

Die Frist für die gutachtliche Stellungnahme beginnt am 08.03. (Donnerstag), also am Tag nach dem Eingang des Auftrags beim Gutachter/MDK, und endet am Mittwoch, dem 28.03. bei einer Frist von drei Wochen, 04.04. bei einer Frist von vier Wochen.

Die gutachtliche Stellungnahme muss spätestens bis zum 28.03. bei einer Frist von drei Wochen und spätestens bis zum 04.04. bei einer Frist von vier Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein. Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten spätestens am 06.04. (Freitag) innerhalb der 5-Wochen-Frist, 13.04. (Freitag) innerhalb der 6-Wochen-Frist vorliegen.

### Beispiel 5 – Taggenaue Prognose (Fortsetzung von Beispiel 4)

Auftragseingang beim MDK	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
Fristbeginn	am 08.03. (Donnerstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 28.03. (Mittwoch)

Der MDK teilt der Krankenkasse am 13.03. (Dienstag) mit, dass weitere Unterlagen vom Behandler anzufordern sind (hinreichender Grund). Die Krankenkasse fordert diese am 15.03. (Donnerstag) an und teilt dem Versicherten dies am selben Tag mit. Sie stellt unter der Annahme, dass die Unterlagen bis zum 02.04. beim MDK eingehen, die taggenaue Prognose, dass mit einer Entscheidung zu rechnen ist bis zum 15.04. (Dienstag).

#### **Ergebnis:**

Die Krankenkasse hat den Versicherten über die Leistungsentscheidung bis zum 15.04. zu informieren. Sollten die angeforderten Unterlagen nicht oder später als angenommen beim MDK eingehen und ist mit einer fristgemäßen Entscheidung nicht mehr zu rechnen, so hat die Krankenkasse dem Versicherten vor dem Ende der ersten Prognose (15.04.) rechtzeitig über den fortbestehenden hinreichenden Grund zu informieren und eine erneute taggenaue Prognose mitzuteilen.

## 11. Genehmigungsfiktion

Die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V und die danach vorgesehene Genehmigungsfiktion wurden mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (BGBl. I S.277) neu eingeführt. Ziel der Regelung soll es ausweislich der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 17/10488, S. 32) sein, die Entscheidungsprozesse und das Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu vereinfachen und zu beschleunigen. Zum einen sollen die Leistungsansprüche schnell geklärt werden und zum anderen sollen die Versicherten in kurzer Zeit die erforderlichen Leistungen erhalten. Bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung können sich die Versicherten diese Leistungen selbst beschaffen. Diese Ausnahme vom Sachleistungsprinzip stelle eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenkasse dar, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen angesehenen Zeitraum entscheidet. Die Leistungsberechtigten sollen nach dem Ablauf der vorgegebenen Fristen so gestellt werden, als habe die Krankenkasse den Leistungsantrag von vornherein positiv beschieden (Genehmigungsfiktion, § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V).

Voraussetzungen für das Eintreten der Genehmigungsfiktion sind nach § 13 Abs. 3a Satz 1 bis 5 SGB V und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

- ein hinreichend bestimmter Antrag eines leistungsberechtigten Versicherten (siehe Abschnitte 5 und 6.3), der auf eine grundsätzlich in den Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V fallende Leistung gerichtet ist, die dieser subjektiv für erforderlich halten durfte, und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt sowie
- das Versäumnis der Krankenkasse, rechtzeitig innerhalb der maßgeblichen Fristen eine Leistungsentscheidung zu treffen, ohne dem Antragsteller hierfür jeweils vor Fristablauf einen hinreichenden Grund und eine taggenau bestimmte Fristverlängerung schriftlich mitzuteilen (siehe Abschnitt 9).

Die Beschränkung der Genehmigungsfiktion auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen, soll nach der Rechtsprechung des BSG (nur) einen Rechtsmissbrauch vermeiden. Durch die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V dürften keine Leistungsgrenzen in der GKV überwunden werden, die jedem Versicherten klar sein müssten. Für die bisher ergangenen Entscheidungen des BSG zur Genehmigungsfiktion hat diese Beschränkung keine Bedeutung gehabt.

Nach diesen Entscheidungen darf ein Versicherter die beantragte Leistung bereits dann für erforderlich halten, wenn diese Leistung von einem zuvor konsultierten Arzt oder Psychotherapeuten zur Behandlung einer bestimmten Krankheit fachlich befürwortet wurde (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

## Genehmigungsfiktion

Nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt nach der Rechtsprechung eine Leistung, die zumindest ihrer Art nach diesem Leistungskatalog unterfällt. Dies kann auch bei einer Leistung im Rahmen einer neuen Behandlungsmethode, die noch nicht vom G-BA nach § 135 SGB V anerkannt worden ist, der Fall sein.

Sollte der Leistungsberechtigte eine Leistung, die zuvor schon einmal von der Krankenkasse abgelehnt wurde, erneut beantragen, so wird ein neues Verwaltungsverfahren in Gang gesetzt, in dessen Verlauf auch die Fristen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V erneut zu beachten sind. In einer solchen Fallgestaltung wird unter Berücksichtigung der Gegebenheiten im Einzelfall zu prüfen sein, ob ein Rechtsmissbrauch im oben genannten Sinne vorliegen kann, weil der Leistungsberechtigte diese Leistung dann nicht (mehr) für erforderlich halten durfte.

Die Folgen des Eintritts einer fingierten Genehmigung werden in den kommenden Abschnitten näher beschrieben und erläutert.

## 12. Folgen der Genehmigungsfiktion

Sind die im Abschnitt 11 genannten Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion erfüllt, gilt die beantragte Leistung als genehmigt (§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V). Ist diese vom Leistungskatalog der GKV umfasst, erwächst dem Leistungsberechtigten aus der fingierten Genehmigung nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein eigenständig durchsetzbarer Anspruch gegen die Krankenkasse auf eine Versorgung mit der Leistung als Sach- oder Dienstleistung (Naturalleistungsanspruch). Dieser Anspruch soll es ermöglichen, dass auch diejenigen Versicherten eine Leistung in Anspruch nehmen können, die finanziell nicht in der Lage sind, sich die beantragte Leistung selbst zu beschaffen.

Betrifft die fingierte Genehmigung dagegen eine nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasste Leistung, die nicht auf dem üblichen Weg der Naturalleistung erbracht werden kann, kann dem Leistungsberechtigten von vornherein nur ein naturalleistungsersetzender Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenfreistellung oder Kostenübernahme zustehen.

### 12.1 Naturalleistungsanspruch

Ein Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion kommt dann in Betracht, wenn die beantragte Leistung konkret im Naturalleistungssystem (als Sach- oder Dienstleistung) vorgesehen ist. Das kann etwa der Fall sein, wenn es um eine antrags- und genehmigungspflichtige Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geht (siehe Abschnitt 4.3), die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als abrechnungsfähige Leistung mit einer Gebührenordnungsposition aufgeführt ist. Auch auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel (siehe Abschnitt 4.3, Nr. 22), das allgemein von der Leistungspflicht umfasst ist (§ 139 Abs. 1 Satz 2 SGB V), kann dies zutreffen. Der Naturalleistungsanspruch setzt aber – genau wie ein Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenfreistellung oder Kostenübernahme – nicht voraus, dass der jeweilige Leistungsberechtigte im Einzelfall auch einen materiell-rechtlichen Anspruch auf die beantragte Leistung hat (vgl. u. a. BSG vom 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R).

Sofern der Leistungsberechtigte dies nicht ausdrücklich anders beantragt hat, dürfte in solchen Fällen der Leistungsantrag grundsätzlich auf die Versorgung durch zugelassene oder sonstige zur Teilnahme an der Versorgung berechnete Leistungserbringer (zugelassene Leistungserbringer) gerichtet sein (vgl. etwa § 95 Abs. 1, 4 und 10 SGB V, § 108 SGB V oder § 126 Abs. 1 und 1a SGB V). Zu beachten ist, dass eine Beschränkung auf eine Versorgung durch diese Leistungserbringer jedoch nicht mehr wirkt, wenn die Krankenkasse nach dem Eintritt der Genehmigungsfiktion dennoch eine ablehnende Entscheidung über den Antrag trifft. Der Versicherte kann dann nicht prinzipiell auf eine Selbstbeschaffung der Leistung bei zugelassenen Leistungserbringern verwiesen werden und sich eine der beantragten Naturalleistung entsprechende Leistung auch bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer verschaffen (vgl. u. a. BSG vom 26.9.2017, B 1 KR 6/17 R).

## **12.2 Kostenerstattung**

Hat sich der Leistungsberechtigte die als genehmigt geltende Leistung selbst beschafft und sind ihm dadurch Kosten entstanden, steht ihm unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gegen seine Krankenkasse zu.

### **12.2.1 Selbstbeschaffung**

Eine Leistung ist gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V selbst beschafft, wenn im Verhältnis zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungserbringer ein unbedingtes, auf die beantragte und fiktiv genehmigte Leistung bezogenes Verpflichtungsgeschäft mit einer endgültigen rechtlichen Zahlungsverpflichtung des Leistungsberechtigten zustande gekommen ist (vgl. BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R).

Der Leistungsberechtigte darf diese rechtlich verbindliche Vereinbarung erst nach dem Ablauf der nach § 13 Abs. 3a SGB V jeweils maßgeblichen Frist abgeschlossen haben. Hat er dies schon vor dem Fristablauf getan, scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V insgesamt aus.

Zudem muss die selbstbeschaffte Leistung der ursprünglich beantragten Leistung nach Art und Umfang entsprechen und grundsätzlich auf der gleichen Indikationsstellung beruhen. Nur dann darf der Leistungsberechtigte diese Leistung auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung subjektiv für erforderlich halten (vgl. Abschnitt 11) und davon ausgehen, dass sich die fingierte Genehmigung nicht bereits erledigt hat (vgl. Abschnitt 13.2).

### **12.2.2 Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung**

Hat sich der Leistungsberechtigte die Leistung in zulässiger Weise selbst beschafft, ist die Krankenkasse verpflichtet, ihm die durch die Selbstbeschaffung rechtswirksam entstandenen Kosten zu erstatten. Der Erstattungsanspruch ist also nicht auf die Erstattung der Kosten beschränkt, die der Krankenkasse im Fall der Erbringung als Naturalleistung entstanden wären. Insoweit orientiert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Kosten nach § 13 Abs. 3a SGB V an der Erstattungsregelung in § 13 Abs. 3 SGB V (vgl. BT-Drucks. 17/10488, S. 32).

Soweit es um die Kosten einer privatärztlichen Behandlung geht, besteht ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch und eine entsprechende Kostenbelastung des Leistungsberechtigten nur, wenn der Arzt dem Leistungsberechtigten eine ordnungsgemäße Abrechnung nach den formellen Voraussetzungen der GOÄ (§ 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ) erteilt. Das ist nicht der Fall, wenn der Arzt anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung stellt und den Auslagenersatz pauschaliert (vgl. BSG vom 11.7.2017, B 1 KR 1/17 R, Rn. 29 und 34).

## Folgen der Genehmigungsfiktion

Sofern der Leistungsberechtigte ohne die Selbstbeschaffung Zuzahlungen gemäß § 62 SGB V zu leisten hätte, mindern diese den Erstattungsanspruch. Entsprechendes gilt etwa für den bei einer Versorgung mit Zahnersatz gemäß § 55 SGB V vom Versicherten zu übernehmenden Eigenanteil (Vgl. Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses, BT-Drucks. 17/11710, S. 30).

Hat der Leistungsberechtigte im Rahmen des von ihm gewählten Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 Abs. 2 SGB V einen Antrag auf eine genehmigungspflichtige Leistung bei seiner Krankenkasse gestellt (siehe Abschnitt 4.3), kann er auch nach eingetretener Genehmigungsfiktion keine vollständige Erstattung der Kosten verlangen. Wählen Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, so werden sie von ihrer Krankenkasse nach §§ 14 und 15 SGB I in der Regel über ihre Rechte und Pflichten in diesem Zusammenhang beraten und aufgeklärt. Dem Leistungsberechtigten muss also bereits vor der Inanspruchnahme einer fiktiv genehmigten Leistung bekannt sein, dass der Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte (§ 13 Abs. 2 S. 8 SGB V). Dies gilt gleichermaßen für zu entrichtende Zuzahlungen und den in der jeweiligen Satzung vorgesehen Abschlag für Verwaltungskosten vom Erstattungsbetrag.

Ein Leistungsberechtigter, der nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt hat, kann demnach auch im Fall einer fiktiven Genehmigung seines Antrags eine Kostenerstattung nur in der Höhe beanspruchen, in der sie ihm nach den gesetzlichen Vorgaben in § 13 Abs. 2 SGB V auch bei einer von der Krankenkasse rechtzeitig erteilten Genehmigung zugestanden hätte. Diese Begrenzung des Kostenerstattungsanspruchs im Rahmen des § 13 Abs. 2 SGB V muss dem Leistungsberechtigten bewusst sein, insbesondere dann, wenn ihm bereits in der Vergangenheit von der Krankenkasse Kosten in diesem Kontext erstattet wurden.

### 12.3 Kostenfreistellung

Hat der Leistungsberechtigte über die fiktiv genehmigte Leistung zwar ein verbindliches Verpflichtungsgeschäft mit einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung abgeschlossen (Selbstbeschaffung), den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers aber noch nicht erfüllt, fehlt es an einer Kostenbelastung des Leistungsberechtigten. Ein Kostenerstattungsanspruch scheidet dann aus. Stattdessen kommt ein Anspruch des Leistungsberechtigten auf Freistellung von seiner Zahlungsverpflichtung in Betracht. Dieser Anspruch ist dann auf eine Zahlung der Krankenkasse unmittelbar an den Leistungserbringer gerichtet.

Im Übrigen gelten für diesen Anspruch die Ausführungen unter 12.2.1 und 12.2.2 entsprechend.

#### **12.4 Kostenübernahme**

Ist der Leistungsberechtigte bezüglich der fiktiv genehmigten Leistung noch keine verbindliche Vereinbarung mit einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung eingegangen (keine Selbstbeschaffung), kann er verlangen, dass die Krankenkasse die Kosten für die Leistung dem Grunde nach vorab übernimmt und nach der Inanspruchnahme der Leistung unmittelbar mit dem Leistungserbringer abrechnet. Die Krankenkasse hat dazu eine Kostenübernahmeerklärung zu erteilen, mit der sie die Abrechnungsfähigkeit der Leistung und einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen sie dem Grunde nach anerkennt.

Die Ausführungen unter 12.2.1 (dritter Absatz) und 12.2.2 gelten für den Anspruch auf Kostenübernahme entsprechend.

## 13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

So wie ein von der Krankenkasse erlassener und bekannt gegebener Verwaltungsakt, bleibt auch eine fingierte Genehmigung wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (vgl. § 39 Abs. 2 sowie §§ 45, 47 und 48 SGB X).

### 13.1 Aufhebung der fingierten Genehmigung

Eine Ablehnung der Leistung, die von der Krankenkasse nach dem Ablauf der Fristen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 oder 4 SGB V bekanntgegeben wird, stellt noch keine Aufhebung der fingierten Genehmigung dar. Dafür bedarf es vielmehr eines ausdrücklichen Aufhebungsbescheids. Ergeht der Aufhebungsbescheid nach dem Erlass eines verfristeten Ablehnungsbescheids, der bereits Gegenstand eines Widerspruchs-, Klage- oder Berufungsverfahrens ist, wird der Aufhebungsbescheid automatisch Gegenstand des jeweils anhängigen Verfahrens (vgl. § 86 SGG und § 96 Abs. 1 i.V.m. § 153 Abs. 1 SGG).

Derzeit kann hinsichtlich des Prüfungsmaßstabs für die Aufhebung einer fingierten Genehmigung, insbesondere deren Rücknahme nach § 45 SGB X (rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt), noch nicht von einer einheitlichen Auffassung der für die Revisionsverfahren zu § 13 Abs. 3a SGB V zuständigen Senate des Bundessozialgerichts ausgegangen werden.

Nach Ansicht des für die meisten leistungsrechtlichen Verfahren zuständigen 1. Senats des BSG kann eine Krankenkasse eine fingierte Leistungsgenehmigung nur aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind. Maßstab für die Rechtmäßigkeitsprüfung der fingierten Genehmigung und deren Bestandskraft könnten somit nur die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V selbst sein (vgl. u. a. BSG vom 07.11.2017, B 1KR 24/17 R). Wenn diese vorliegen, fehle es an der Rechtswidrigkeit der fingierten Genehmigung (begünstigender Verwaltungsakt) als Grundvoraussetzung für deren Rücknahme nach § 45 SGB X. Die Voraussetzungen der mit dem Antrag geltend gemachten Leistung sollen dagegen für die Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung ohne Belang sein.

Zur Begründung verweist der 1. Senat auf die Systematik und den Zweck der Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V, die einen eigenen Anspruch des Antragstellers begründe, der ihm allein kraft der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V durch einen fingierten Verwaltungsakt zustehe. Der Gesetzgeber sei damit bewusst über die Möglichkeiten einer sachleistungsersetzenden Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V hinausgegangen. Dieser eigene Anspruch könne daher rechtmäßig auch eine (nicht offensichtlich) außerhalb des Leistungskatalogs befindliche Leistung betreffen, auf die der Antragsteller sonst keinen materiell-rechtlichen Anspruch habe.

## Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

Im Gegensatz dazu neigt der für Verfahren zu § 13 Abs. 3a SGB V im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zuständige 3. Senat des BSG zu der Auffassung, dass die Voraussetzungen für eine rechtmäßige Aufhebung der fingierten Genehmigung an dem materiell-rechtlich genehmigten Leistungsanspruch zu bemessen seien (vgl. BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R). Auch auf eine fingierte Genehmigung fänden die allgemeinen Regelungen zur Bestandskraft und Aufhebung von Verwaltungsakten (§§ 39 ff., 44 ff. SGB X) Anwendung. Die Bestandskraft einer solchen (nur) fingierten Genehmigung könne nicht stärker sein als die einer ausdrücklich mittels eines formellen Verwaltungsakts erteilten Genehmigung. Nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V werde lediglich der Erlass der Genehmigung selbst fingiert, nicht aber deren Rechtmäßigkeit.

Die Krankenkasse müsste daher die Möglichkeit haben, eine fingierte Genehmigung, die der objektiven Rechtslage widerspreche, genauso aufzuheben, als wäre eine solche Genehmigung im Wege eines formellen begünstigenden Verwaltungsakts erlassen worden. Dabei habe grundsätzlich eine Abwägung mit Gesichtspunkten des Vertrauensschutzes des Betroffenen entsprechend §§ 44 ff. SGB X zu erfolgen. Habe der Versicherte also auf die beantragte und fiktiv genehmigte Leistung nach dem Recht der GKV keinen Sachleistungsanspruch, könne die fingierte Genehmigung unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X jedenfalls dann zurückgenommen werden, solange er sich die Leistung noch nicht selbst beschafft und noch keine Kosten veranlasst habe.

### 13.2 Erledigung auf andere Weise

Eine Genehmigung (Verwaltungsakt) kann sich auf andere Weise im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB X erledigen, wenn deren Bestand für den Adressaten erkennbar von vornherein an den Bestand einer bestimmten Situation gebunden ist. Besteht diese Situation nicht mehr, verliert die Genehmigung in der Regel ihre Wirksamkeit, ohne dass es dazu eines Aufhebungsbescheides bedarf.

Dementsprechend kann sich auch die fingierte Genehmigung einer Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB V auf andere Weise als durch eine Aufhebung erledigen, wenn etwa die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher – dem Antragsteller bekannter – Einschätzung vollständig geheilt ist. Durch diese Änderung der Sachlage verbleibt für die fiktive Genehmigung kein Anwendungsbereich mehr und sie wird gegenstandslos. Denkbar ist eine Erledigung nach dem Eintritt einer fiktiven Genehmigung aber auch dann, wenn die Krankheit noch nicht vollständig geheilt ist und sich die Ausprägung oder Schwere der Krankheit soweit verändert haben, dass die Leistung in ihrer zuvor beantragten Form zum Zeitpunkt ihrer Beschaffung auch subjektiv nicht mehr erforderlich gewesen wäre.

Die Genehmigungsfiktion gilt stets nur bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses.

## **14. Inkrafttreten/Übergangsregelung**

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten ist am 26.02.2013 in Kraft getreten. Da Übergangsregelungen nicht vorgesehen sind, gilt § 13 Abs. 3a SGB V für alle in Frage kommenden Leistungen, die nach dem 25.02.2013 beantragt werden.

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 26.09.2018 in Berlin

2. § 24i SGB V – Mutterschaftsgeld,  
§ 14 KVLG 1989 – Mutterschaftsgeld;  
hier: Änderung der Personenstandsverordnung

#### Sachstand:

Unter den Voraussetzungen des § 24i Abs. 1 SGB V / § 14 Abs. 1 KVLG 1989 haben Frauen einen Anspruch auf Zahlung von Mutterschaftsgeld. Dieses wird für die letzten sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Tag der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung gezahlt. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt und ein Antrag nach § 3 Abs. 2 Satz 4 MuSchG gestellt wird, verlängert sich der Zeitraum der Zahlung des Mutterschaftsgeldes auf die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung (§ 24i Abs. 3 Satz 2 SGB V).

Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld bei Frühgeburten von zwölf Wochen nach der Entbindung besteht auch dann, wenn es sich um ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbene Kind im Sinne des § 21 Abs. 2 Personenstandsgesetz (PStG) i. V. m. § 31 Abs. 2 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (PStV) handelt, bei dem die Anzeichen einer Frühgeburt vorliegen (BSG vom 15.05.1974 – 3 RK 16/73). In diesen Fällen ist daher auch die Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes (Muster 9) als Nachweis gegenüber der Krankenkasse vom Vertragsarzt auszustellen.

Durch die Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung (BR-Drs. 417/18 vom 30.08.2018, s. Anlage) soll der Begriff einer Totgeburt im § 31 Abs. 2 PStV erweitert werden. Danach liegt eine Totgeburt im Sinne des § 21 Abs. 2 PStG auch vor, wenn das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die Abgrenzung zwischen Tot- und Fehlgeburt nicht allein vom Gewicht des Kindes sondern auch von der Dauer der Schwangerschaft abhängig gemacht werden, um auch



diesen Frauen einen Anspruch auf Mutterschutz zu gewähren. Zudem erfolge auch eine Angleichung an das in anderen europäischen Ländern geltende Recht. Die Verordnung soll am 01.11.2018 in Kraft treten.

Vor diesem Hintergrund war in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht darüber zu beraten, ob und inwiefern eine Anpassung des Musters 9 sowie des gemeinsamen Rundschreibens vom 06./07.12.2017 zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich ist.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 06./07.12.2017 zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft bei nächster Gelegenheit an die gesetzliche Änderung anzupassen ist, sofern die Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung wie geplant in Kraft tritt.

Weiterhin ist die Bescheinigung einer Frühgeburt oder einer Behinderung des Kindes (Muster 9) entsprechend zu aktualisieren. Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, die fachlichen Abstimmungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Änderung des Musters 9 aufzunehmen.

### Anmerkung:

Die Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung ist am 29.10.2018 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I Nr. 36 vom 29.10.2018, S. 1768 ff.) veröffentlicht worden und ist am 01.11.2018 in Kraft getreten.

### **Anlage**

**30.08.18**

In - FJ - R

**Verordnung  
des Bundesministeriums  
des Innern, für Bau und Heimat**

---

**Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung****A. Problem und Ziel**

Das Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) ist am 1. Oktober 2017 in Kraft getreten. Das Gesetz sieht neben der Zulassung der gleichgeschlechtlichen Ehe auch eine Umwandlung bestehender Lebenspartnerschaften in eine Ehe vor und schließt die Begründung neuer Lebenspartnerschaften aus. Die Regelungen des Gesetzes haben damit erhebliche Auswirkungen auf die bestehenden personenstandsrechtlichen Vorschriften, die darauf ausgerichtet sind, dass eine Ehe nur von zwei Personen verschiedenen Geschlechts eingegangen werden kann und Personen gleichen Geschlechts eine Lebenspartnerschaft begründen können. Der Anpassungsbedarf in der Personenstandsverordnung betrifft neben redaktionellen Klarstellungen vor allem Änderungen des Beurkundungsverfahrens sowie der Regelungen zum behördlichen Datenaustauschverfahren der Standesämter.

Darüber hinaus enthält der Entwurf eine Änderung bei der Regelung zur Abgrenzung von Tot- und Fehlgeburten und zur Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen.

**B. Lösung**

Durch die Verordnung werden die vorhandenen Rechtsvorschriften an die neue Rechtslage angepasst. Dies erfolgt im Wesentlichen durch klarstellende und redaktionelle Änderungen der verwendeten Begrifflichkeiten sowie durch Anpassung der Beurkundungsmodalitäten.

**C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Für den Bund und die Länder entstehen keine Haushaltsausgaben. Bei den Kommunen entsteht für die Anpassung der in den Standesämtern eingesetzten Softwareprodukte eine Erhöhung der jährlichen Wartungs- und Pflegekosten, die im Hinblick auf die mit dieser Verordnungsänderung verbundenen Anpassungen des Fach- und Registerverfahrens nicht beziffert werden kann. Insgesamt wird sich die Erhöhung der Pflegekosten für alle seit 2017 erforderlichen Anpassungen im Personenstandsrecht auf rd. 3 % belaufen. Die Anpassung des Fachverfahrens für die Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen beim Standesamt I in Berlin wird voraussichtlich rd. 15.000 Euro kosten.

## **E. Erfüllungsaufwand**

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht durch die Verordnung kein Erfüllungsaufwand.

### **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Für die Wirtschaft entsteht in den Geburtskliniken ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die in der Verordnung geänderte Abgrenzung zwischen Tot- und Fehlgeburt. In den deutschen Geburtskliniken muss dadurch in rd. 300 Fällen pro Jahr eine zusätzliche Anzeige der Geburt an das Standesamt erfolgen.

### **E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Für den Bund entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Für die kommunale Verwaltung werden drei Vorgaben erweitert und eine Vorgabe vereinfacht. Die Erweiterungen betreffen die Eintragung der familienrechtlichen Bezeichnung des jeweiligen Betroffenen im Personenstandsregister, die zusätzliche Beurkundung von Totgeburten in den Standesämtern und die Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen beim Standesamt I in Berlin. Insgesamt ist eine Erhöhung des Erfüllungsaufwandes in den Standesämtern in Höhe von jährlich rd. 1,557 Millionen Euro zu erwarten.

## **F. Weitere Kosten**

Die Verordnung wirkt sich nicht auf die Einzelpreise, das allgemeine Preisniveau und insbesondere nicht auf das Verbraucherpreisniveau aus

**30.08.18**

In - FJ - R

**Verordnung  
des Bundesministeriums  
des Innern, für Bau und Heimat**

---

**Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, 28. August 2018

An den  
Präsidenten des Bundesrates  
Herrn Regierenden Bürgermeister  
Michael Müller

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat  
zu erlassende

Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des  
Grundgesetzes herbeizuführen.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG  
ist als Anlage beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Helge Braun

# Erste Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung

Vom ...

Auf Grund des § 73 des Personenstandsgesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 21 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2522) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat im Benehmen mit dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz:

## Artikel 1

### Änderung der Personenstandsverordnung

Die Personenstandsverordnung vom 22. November 2008 (BGBl. I S. 2263), die zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2522) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Die Angabe zu § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30 Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe“.
  - b) Die Angabe zu § 42 wird wie folgt gefasst:

„§ 42 Familienrechtliche Zuordnung im Personenstandseintrag“.
2. § 10 Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.
3. In § 12 werden die Wörter „Erfassung und“ gestrichen.
4. § 16 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Registernummer wird für die Darstellung des Haupteintrags im elektronischen Personenstandsregister die Folgenummer „0“ angefügt.“

§ 17 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Registernummer wird für die Darstellung von Folgebeurkundungen im elektronischen Personenstandsregister eine Folgenummer, beginnend mit der laufenden Nummer 1 angefügt.“
5. § 30 wird wie folgt gefasst:

#### „§ 30

#### Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe

(1) Für die Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe gelten die §§ 28 und 29 entsprechend. Die Niederschrift über die Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe ist mit einem Formular nach dem Muster der Anlage 10 zu fertigen; das Formular ist dem Beurkundungssachverhalt anzupassen und kann programmgerecht eingerichtet werden, soweit dies im Einzelfall notwendig ist.“

## 6. § 31 wird wie folgt geändert:

## a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes wenn

1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder
2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde,

im Übrigen als Fehlgeburt. Eine Fehlgeburt wird nicht im Personenstandsregister beurkundet. Sie kann von einer Person, der bei Lebendgeburt die Personensorge zugestanden hätte, dem Standesamt, in dessen Zuständigkeitsbereich die Fehlgeburt erfolgte, angezeigt werden. In diesem Fall erteilt das Standesamt dem Anzeigenden auf Wunsch eine Bescheinigung mit einem Formular nach dem Muster der Anlage 11.“

## b) Absatz 3 wird aufgehoben.

## c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 und wie folgt gefasst:

„(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.“

## 7. § 41 wird wie folgt gefasst:

## „§ 41

## Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen

(1) In die Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen und gerichtliche Feststellung der Todeszeit sind nur Ausfertigungen von rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidungen aufzunehmen. Wurde eine in der Sammlung enthaltene gerichtliche Entscheidung geändert oder aufgehoben, ist auch eine Ausfertigung des Änderungs- oder Aufhebungsbeschlusses aufzunehmen.

(2) Die Sammlung nach Absatz 1 kann elektronisch geführt werden. Die elektronische Führung erfolgt durch eine ersetzende Digitalisierung der Beschlüsse als Bilddatei. Aus den Beschlüssen können Daten, die zur eindeutigen Identifizierung, zum Auffinden eines Beschlusses und zur Erstellung einer Bescheinigung nach Absatz 3 erforderlich sind, in das elektronische Suchverzeichnis des Standesamts I in Berlin übernommen werden.

(3) Aus der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen und gerichtliche Feststellung der Todeszeit erteilt das Standesamt I in Berlin den nach den §§ 62 bis 66 des Gesetzes Berechtigten auf Antrag Bescheinigungen oder beglaubigte Abschriften der Ausfertigung der gerichtlichen Entscheidung oder beglaubigte Ausdrucke der elektronisch gespeicherten gerichtlichen Entscheidung; die Glaubhaftmachung eines berechtigten Interesses ist ausreichend.

(4) Die Absätze 2 und 3 sind entsprechend für das bis zum 31. Dezember 2008 geführte Buch für Todeserklärungen anzuwenden.“

8. Nach § 41 wird folgender § 42 eingefügt:

„§ 42

Familienrechtliche Zuordnung im Personenstandseintrag

(1) In den Personenstandseinträgen wird den Ehegatten und Lebenspartnern, den Eltern des Kindes und dem letzten Ehegatten oder Lebenspartner der verstorbenen Person ein Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung zugeordnet. Die Felder erhalten die Nummern 1. und 2. und stellen die Verbindung zu den Hinweisen des Registereintrags her.

(2) Im Geburtenregister wird bei der Erstbeurkundung der Geburt der Person, die das Kind geboren hat, die Nummer „1.“ zugeordnet und sie wird in dem Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung als „Mutter“ eingetragen. Der Person, deren Vaterschaft zu dem Kind nach § 1592 des Bürgerlichen Gesetzbuches besteht, wird die Nummer „2.“ zugeordnet und sie wird in dem Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung als „Vater“ eingetragen. Satz 1 gilt auch für Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet sind. Satz 2 gilt für Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet sind, nur dann, wenn sich die Vaterschaft aus § 1592 Nummer 3 BGB ergibt.

(3) Die Annahme eines Kindes wird im Geburtenregister ausschließlich in einer Folgebeurkundung dokumentiert, wobei weibliche Annehmende als „Mutter“ und männliche Annehmende als „Vater“ in dem Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung eingetragen werden. Soweit annehmende Personen weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind sie als „Elternteil“ zu bezeichnen.

(4) Im Eheregister werden den Ehegatten die Nummern „1.“ und „2.“ zugeordnet und männliche Personen als „Ehemann“, weibliche Personen als „Ehefrau“ in dem Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung eingetragen. Soweit Personen weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind sie als „Ehepartner“ zu bezeichnen.

(5) Im Lebenspartnerschaftsregister werden den Partnern die Nummern „1.“ und „2.“ zugeordnet und männliche Personen als „Lebenspartner“, weibliche Personen als „Lebenspartnerin“ in dem Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung eingetragen. Soweit Personen weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind sie als „Lebenspartner“ zu bezeichnen.

(6) Im Sterberegister wird der letzte männliche Ehegatte der verstorbenen Person als „Ehemann“ und der letzte weibliche Ehegatte als „Ehefrau“ in dem Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung eingetragen. Der letzte männliche Lebenspartner der verstorbenen Person wird als „Lebenspartner“ und der letzte weibliche Lebenspartner als „Lebenspartnerin“ in dem Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung eingetragen. Soweit Personen weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind sie als „Ehepartner“ oder „Lebenspartner“ zu bezeichnen.“

9. Dem § 47 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Bei unrichtigen und fehlenden Elementbezeichnungen oder familienrechtlichen Bezeichnungen kann die Eintragung nach § 47 Absatz 1 des Gesetzes durch

eine Folgebeurkundung richtig gestellt werden. Gleiches gilt auch bei der Fortführung von Hinweisen. Derartige Richtigstellungen bedürfen keiner Mitteilung nach den Absätzen 1 und 2.“

10. § 56 Absatz 3 wird aufgehoben.

11. In § 58 Absatz 1 wird der Satzteil vor Nummer 1 wie folgt gefasst:

„Das Standesamt, das die Eheschließung oder die Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe beurkundet, im Falle der Nummer 6 die Anmeldung der Eheschließung entgegennimmt, hat dies mitzuteilen.“

12. § 59 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Standesamt, das die Begründung einer Lebenspartnerschaft nach § 35 des Gesetzes beurkundet, hat dies mitzuteilen:

1. dem Standesamt, das die Geburtseinträge für die Lebenspartner führt,
2. dem Standesamt, das den Ehe- oder Lebenspartnerschaftseintrag der letzten Ehe oder Lebenspartnerschaft für die Lebenspartner führt,
3. dem Standesamt I in Berlin,
4. der Meldebehörde.“

13. Die Anlagen 1 bis 10 werden wie folgt gefasst:

**Datenfelder in den Personenstandsregistern**

Nr.	Datenfelder	Anmerkungen	Verwendung				
			Haupteintrag	Folgebeurkundung	Hinweis	Suchfeld	Beschränkung <sup>11</sup>
	<b>Allgemeine Registerangaben für alle Register</b>						
0001	Name des Standesamts		X			X	
0010	Standesamtsnummer	z.B. 06412001 für das Standesamt Frankfurt/Main, ggf. ergänzt um ein Suffix für ein verwaltetes Standesamt.	X			X	
0011	Art des Registers	G= Geburtenregister E= Eheregister L=Lebenspartnerschaftsregister S= Sterberegister	X			X	
0012	Eintragsnummer	z.B. „334“ für die 334. Beurkundung einer Geburt eines Jahres; bei Stilllegung des Eintrags z.B. 334-1 für die erneute Beurkundung zu dieser Eintragsnummer	X			X	
0013	Jahr des Eintrags	Bei Nacherfassung Jahr der ursprünglichen Beurkundung	X			X	
0014	Nummer der Folgebeurkundung	Beispiel: „3“ für die 3. Folgebeurkundung zu einem Haupteintrag		X			
0020	Anlass der Beurkundung	z.B. Geburt, Namensänderung, Vaterschaftsanerkennung, Wiederannahme des Geburtsnamens, Berichtigung.	X	X			
0030	Anlass eines Hinweises	z.B. Eheschließung des Kindes, Lebenspartnerschaft des Kindes, Kind des Kindes, Tod des Kindes, Wiederverheiratung, Ehe des Verstorbenen			X		

<sup>11</sup> Die Datenfelder unterliegen folgenden Beschränkungen:

- 1) = Datenfeld ist nicht Bestandteil des Personenstandseintrags und steht nur systemseitig als Funktion zur Verfügung.
- 2) = Datenfeld steht ab 1. November 2013 zur Verfügung.
- 3) = Datenfeld steht ausschließlich für die Nacherfassung von Alt- und Übergangsbeurkundungen zur Verfügung.
- 4) = Datenfeld steht ab [Einsetzen Datum des Inkrafttretens der 1. PStÄndV] zur Verfügung.
- 5) = Datenfeld steht nicht mehr für Eingaben zur Verfügung.

0040	Datum der Wirksamkeit	Wirksamkeit einer Folgebeurkundung		X			
0045	Datum der Stilllegung	Wirksamkeit einer Stilllegung des Personenstandseintrags					1)
0048	Sperrvermerk						1)
0049	Datum Sperrvermerk	Datum des Fristablaufs eines Sperrvermerks					1)
0050	Ort der Beurkundung		X	X			
0051	Datum der Beurkundung		X	X			
0052	Name der Urkundsperson		X	X			
0053	Funktionsbezeichnung	Unterscheidung nach männlichen oder weiblichen Standesbeamten	X	X			

Nr.	Datenfelder	Anmerkungen	Verwendung				
			Haupteintrag	Folgebeurkundung	Hinweis	Suchfeld	Beschränkung <small>Textmarke nicht definiert</small>
	<b>Geburtenregister</b>						
	<b>Angaben zur Geburt</b>						
1040	Tag der Geburt		X	X		X	
1041	Stunde und Minute der Geburt		X	X			
1050	Ort der Geburt		X	X		X	
1051	Geburtsort, Ortsteil	Bei landesrechtlicher Vorgabe	X	X			
1052	Geburtsort, Straße		X	X			
1053	Geburtsort, Hausnummer		X	X			2)
1055	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X	X			2)
1057	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland	X	X		X	
1090	Art der Geburt	Nur bei Totgeburt	X	X			
	<b>Angaben zum Kind</b>						
1101	Familienname / Geburtsname	Angabe des aktuellen Geburtsnamens des Kindes	X	X		X	
1102	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
1105	Vornamen		X	X		X	
1106	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
1119	Recht der Namensführung	Verweis auf maßgebliches Recht des Kindes			X		
1120	Geschlecht		X	X			
1130	Religion / Weltanschauung		X	X			

1180	Deutsche Staatsangehörigkeit	Nur Erwerb nach § 4 Abs. 3 StAG			X		
1199	Familiennamensführung nicht nachgewiesen	Nur bei nicht nachgewiesener Identität der Eltern	X				
	<b>Angaben zu den Eltern</b>						
	<b>1.</b>	Die Nummer dient der Zuordnung von Hinweisen und Folgebeurkundungen im Registerausdruck und in der Geburtsurkunde	X	X	X		4)
1200	Familienrechtliche Bezeichnung	Es können die Bezeichnungen „Mutter“ oder „Vater“ angegeben werden; bei Folgebeurkundungen sind Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, als „Elternteil“ anzugeben. Beispiel: „1. Mutter“	X	X			4)
1201	Familiename		X	X		X	
1202	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
1203	Geburtsname		X	X		X	
1204	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
1205	Vornamen		X	X		X	
1206	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
1230	Religion / Weltanschauung		X	X			
1240	Tag der Geburt				X		
1250	Ort der Geburt				X		
1255	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.			X		2)
1257	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland			X		
1270	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
1271	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
1275	Registernummer	Beispiel: G 399/2010			X		
1280	Staatsangehörigkeit				X		
1299	Identität nicht nachgewiesen	Nur bei nicht nachgewiesener	X	X			

		Identität					
	<b>2.</b>	Die Nummer dient der Zuordnung von Hinweisen und Folgebeurkundungen im Registerausdruck und in der Geburtsurkunde	X	X	X		4)
1300	Familienrechtliche Bezeichnung	Es können die Bezeichnungen „Mutter“ oder „Vater“ - angegeben werden; bei Folgebeurkundungen sind Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, als „Elternteil“ anzugeben.. Beispiel: 2. Vater“	X	X			4)
1301	Familienname		X	X		X	
1302	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
1303	Geburtsname		X	X		X	
1304	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
1305	Vornamen		X	X		X	
1306	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
1330	Religion / Weltanschauung		X	X			
1340	Tag der Geburt				X		
1350	Ort der Geburt				X		
1355	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.			X		2)
1357	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland			X		
1370	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
1371	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
1375	Registernummer	Beispiel: G 1499/2009			X		
1380	Staatsangehörigkeit				X		
1399	Identität nicht nachgewiesen	Nur bei nicht nachgewiesener Identität	X	X			

	<b>Eheschließung der Eltern</b>						
1440	Tag der Eheschließung			X			
1450	Ort der Eheschließung			X			
1457	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland		X			
1470	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung		X			
1471	Behördenname	Ortsbezeichnung		X			
1475	Registernummer	Beispiel: E 67/2009		X			
	<b>Ehe des Kindes</b>						
1540	Tag der Eheschließung			X			
1550	Ort der Eheschließung			X			
1555	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.		X		2)	
1557	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland		X			
1570	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung		X			
1571	Behördenname	Ortsbezeichnung		X			
1575	Registernummer	Beispiel: E 288/2030		X			
1590	Art der Eheauflösung	Beispiel: Scheidung oder Tod		X		3)	
1591	Datum der Eheauflösung	Wirksamkeitsdatum oder Todestag		X		3)	
1592	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung		X		3)	
1593	Behördenname	Ortsbezeichnung		X		3)	
1595	Registernummer / Aktenzeichen			X		3)	
	<b>Lebenspartnerschaft des Kindes</b>						
1640	Tag der Begründung			X			
1650	Ort der Begründung			X			
1655	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.		X		2)	
1657	Staat der Begründung	Nur bei Begründung im Ausland		X			
1670	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung		X			
1671	Behördenname	Ortsbezeichnung		X			

1675	Registernummer	Beispiel: L 12/2009			X	
1690	Art der Auflösung der Lebenspartnerschaft	Beispiel: Aufhebung oder Tod			X	3)
1691	Datum der Auflösung	Wirksamkeitsdatum oder Todestag			X	3)
1692	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X	3)
1693	Behördenname	Ortsbezeichnung			X	3)
1695	Registernummer / Aktenzeichen				X	3)
	<b>Kind des Kindes</b>					
1701	Familienname	Angabe des aktuellen Geburtsnamens des Kindes			X	
1705	Vornamen				X	
1740	Tag der Geburt				X	
1750	Ort der Geburt				X	
1755	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.			X	2)
1757	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland			X	
1770	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X	
1771	Behördenname	Ortsbezeichnung			X	
1775	Registernummer	Beispiel: G 475/2031			X	
1790	Art der Geburt	Nur bei Totgeburt			X	2)
	<b>Testamentsverzeichnis</b>					
1890	Testamentsverzeichnisnummer				X	5)
	<b>Tod, Todeserklärung, Feststellung der Todeszeit des Kindes</b>					
1940	Todestag	Datum aus Sterbeeintrag			X	
1942	Sterbezeitraum	Zeitraum umfasst Datum des letzten Tages lebend und Datum des Tages, an dem die Person mit Sicherheit tot war.			X	
1950	Sterbeort				X	
1955	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.			X	2)

1957	Sterbeort, Staat	Nur bei Tod im Ausland			X		
1960	Todeserklärung, Gerichtliche Feststellung der Todeszeit	Beschlussdatum			X		2)
1962	Festgestellter Todestag	Datum			X		2)
1963	Festgestellte Todeszeit	Uhrzeit			X		2)
1964	Staat	Nur bei Todeserklärung im Ausland			X		
1965	Aufhebung der Todeserklärung	Beschlussdatum			X		2)
1970	Registerbehörde / Gericht	Funktionsbezeichnung			X		
1971	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
1975	Registernummer / Aktenzeichen				X		

Nr.	Datenfelder	Anmerkungen	Verwendung				
			Haupteintrag	Folgebeurkundung	Hinweis	Suchfeld	Beschränkung <small>Textmarke nicht definiert</small>
	<b>Eheregister</b>						
	<b>Angaben zur Ehe</b>						
2040	Tag der Eheschließung	Ggf. Tag der Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe	X			X	
2050	Ort der Eheschließung	Ggf. Ort der Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe	X			X	
2051	Ort der Eheschließung, Ortsteil	Bei landesrechtlicher Vorgabe	X	X			2)
2055	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X				2)
2057	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland	X			X	
	<b>Angaben zur Lebenspartnerschaft bei Umwandlung in eine Ehe</b>						
2060	Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft	Tag der Begründung einer zu dieser Ehe umgewandelten Lebenspartnerschaft	X	X		X	4)
2070	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		4)
2071	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		4)
2075	Registernummer				X		4)
2078	Namensbestimmung	Gemeinsamer Familienname ist Name des Ehegatten zu 1., zu 2. oder Doppelname			X		
	<b>Angaben zu den Ehegatten</b>						
	<b>1.</b>	Diese Elementbezeichnung dient der Zuordnung der weiteren Datenfelder sowie der Hinweise und Folgebeurkundungen im Registerausdruck und in der Eheurkunde	X	X	X		4)

2100	Familienrechtliche Bezeichnung	Es können die Bezeichnungen „Ehefrau“ oder „Ehemann“ angegeben werden; Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind als „Ehepartner“ anzugeben, Beispiel: „1. Ehemann“	X	X			4)
2101	Familienname (vor Eheschließung)		X	X		X	
2102	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
2103	Geburtsname (vor Eheschließung)		X	X		X	
2104	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
2105	Vornamen (vor Eheschließung)		X	X		X	
2106	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
2111	Familienname in der Ehe		X	X		X	
2112	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
2113	Geburtsname in der Ehe		X	X		X	
2114	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
2115	Vornamen in der Ehe		X	X		X	2)
2116	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			2)
2119	Recht der Namensführung	Verweis auf maßgebliches Recht			X		
2120	Geschlecht		X	X			2)
2130	Religion / Weltanschauung		X	X			
2140	Tag der Geburt		X	X		X	
2150	Ort der Geburt		X	X			
2155	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X	X			2)
2157	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland	X	X			
2170	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		

2171	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
2175	Registernummer				X		
2180	Staatsangehörigkeit				X		
	<b>2.</b>	Diese Elementbezeichnung dient der Zuordnung der weiteren Datenfelder sowie der Hinweise und Folgebeurkundungen im Registerausdruck und in der Eheurkunde	X	X	X		4)
2200	Familienrechtliche Bezeichnung	Es können die Bezeichnungen „Ehefrau“ oder „Ehemann“ angegeben werden; Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind als „Ehepartner“ anzugeben.  Beispiel: „2. Ehefrau“	X	X			4)
2201	Familienname (vor Eheschließung)		X	X		X	
2202	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
2203	Geburtsname (vor Eheschließung)		X	X		X	
2204	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
2205	Vornamen (vor Eheschließung)		X	X		X	
2206	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
2211	Familienname in der Ehe		X	X		X	
2212	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
2213	Geburtsname in der Ehe		X	X		X	
2214	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
2215	Vornamen in der Ehe		X	X		X	2)
2216	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			2)
2219	Recht der Namensführung	Verweis auf maßgebliches Recht			X		

2220	Geschlecht		X	X				2)
2230	Religion / Weltanschauung		X	X				
2240	Tag der Geburt		X	X		X		
2250	Ort der Geburt		X	X				
2255	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X	X				2)
2257	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland	X	X				
2270	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X			
2271	Behördenname	Ortsbezeichnung			X			
2275	Registernummer				X			
2280	Staatsangehörigkeit				X			
	<b>Auflösung der Ehe</b>							
2390	Art der Eheauflösung	Beispiel: Scheidung, Aufhebung, Tod, Wiederverheiratung nach Todeserklärung		X				
2391	Datum der Eheauflösung	Wirksamkeitsdatum		X				
2392	Behörde	Funktionsbezeichnung			X			
2393	Behördenname	Ortsbezeichnung			X			
2395	Registernummer / Aktenzeichen				X			
	<b>Tod, Todeserklärung, Feststellung der Todeszeit zu1.</b>							
2440	Todestag	Datum aus Sterbeeintrag		X				
2442	Sterbezeitraum	Zeitraum umfasst Datum des letzten Tages lebend und Datum des Tages, an dem die Person mit Sicherheit tot war.		X				
2450	Sterbeort			X				
2455	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.		X				2)
2457	Sterbeort, Staat	Nur bei Tod im Ausland		X				
2460	Todeserklärung, Gerichtliche Feststellung der Todeszeit	Beschlussdatum		X				
2462	Festgestellter Todestag	Datum		X				2)
2463	Festgestellte Todeszeit	Uhrzeit		X				2)

2464	Staat	Nur bei Todeserklärung im Ausland			X		
2465	Aufhebung der Todeserklärung	Beschlussdatum		X			
2470	Registerbehörde / Gericht	Funktionsbezeichnung			X		
2471	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
2475	Registernummer / Aktenzeichen				X		
	<b>Tod, Todeserklärung, Feststellung der Todeszeit zu 2.</b>						
2540	Todestag	Datum aus Sterbeeintrag		X			
2542	Sterbezeitraum	Zeitraum umfasst Datum des letzten Tages lebend und Datum des Tages, an dem die Person mit Sicherheit tot war.		X			
2550	Sterbeort			X			
2555	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.		X			2)
2557	Sterbeort, Staat	Nur bei Tod im Ausland		X			
2560	Todeserklärung, Gerichtliche Feststellung der Todeszeit	Beschlussdatum		X			
2562	Festgestellter Todestag	Datum		X			2)
2563	Festgestellte Todeszeit	Uhrzeit		X			2)
2564	Staat	Nur bei Todeserklärung im Ausland			X		
2565	Aufhebung der Todeserklärung	Beschlussdatum		X			
2570	Registerbehörde / Gericht	Funktionsbezeichnung			X		
2571	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
2575	Registernummer / Aktenzeichen				X		
	<b>Neue Ehe zu 1.</b>						
2640	Tag der Eheschließung				X		
2650	Ort der Eheschließung				X		
2657	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland			X		
2670	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		

2671	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
2675	Registernummer				X		
	<b>Neue Ehe zu 2.</b>						
2740	Tag der Eheschließung				X		
2750	Ort der Eheschließung				X		
2757	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland			X		
2770	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
2771	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
2775	Registernummer				X		
	<b>Neue Lebenspartnerschaft zu 1.</b>						
2840	Tag der Begründung				X		
2850	Ort der Begründung				X		
2857	Staat der Begründung	Nur bei Begründung im Ausland			X		
2870	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
2871	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
2875	Registernummer				X		
	<b>Neue Lebenspartnerschaft zu 2.</b>						
2940	Tag der Begründung				X		
2950	Ort der Begründung				X		
2957	Staat der Begründung	Nur bei Begründung im Ausland			X		
2970	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
2971	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
2975	Registernummer				X		

Nr.	Datenfelder	Anmerkungen	Verwendung				
			Haupteintrag	Folgebeurkundung	Hinweis	Suchfeld	Beschränkung <small>Textmarke nicht definiert</small>
	<b>Lebenspartnerschaftsregister</b>						
	<b>Angaben zur Lebenspartnerschaft</b>						
3040	Tag der Begründung		X			X	
3050	Ort der Begründung		X			X	
3051	Ort der Begründung, Ortsteil	Bei landesrechtlicher Vorgabe	X	X			2)
3055	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X				2)
3057	Staat der Begründung	Nur bei Begründung im Ausland	X			X	
3070	Behörde der Begründung	Angabe einer vom Standesamt abweichenden Begründungsbehörde	X				
3078	Namensbestimmung	Gemeinsamer Familienname ist Name des Lebenspartners zu 1., zu 2. oder Doppelname			X		
	<b>Angaben zu den Lebenspartnern</b>						
	<b>1.</b>	Diese Elementbezeichnung dient der Zuordnung der weiteren Datenfelder sowie der Hinweise und Folgebeurkundungen im Registerausdruck und in der Lebenspartnerschaftsurkunde	X	X	X		4)
3100	Familienrechtliche Bezeichnung	Es können die Bezeichnungen „Lebenspartner“ oder „Lebenspartnerin“ angegeben werden; Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind als „Lebenspartner“ anzugeben. Beispiel: „1. Lebenspartner“	X	X			4)
3101	Familienname (vor Begründung)		X	X		X	
3102	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			

3103	Geburtsname (vor Begründung)		X	X		X	
3104	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
3105	Vornamen (vor Begründung)		X	X		X	
3106	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
3111	Familienname in der Lebenspartnerschaft		X	X		X	
3112	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
3113	Geburtsname in der Lebenspartnerschaft		X	X		X	
3114	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
3115	Vornamen in der Lebenspartnerschaft		X	X		X	2)
3116	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			2)
3119	Recht der Namensführung	Verweis auf maßgebliches Recht			X		
3120	Geschlecht		X	X			2)
3130	Religion / Weltanschauung		X	X			
3140	Tag der Geburt		X	X		X	
3150	Ort der Geburt		X	X			
3155	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X	X			2)
3157	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland	X	X			
3170	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
3171	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
3175	Registernummer				X		
3180	Staatsangehörigkeit				X		

	2.	Diese Elementbezeichnung dient der Zuordnung der weiteren Datenfelder sowie der Hinweise und Folgebeurkundungen im Registerausdruck und in der Lebenspartnerschaftsurkunde	X	X	X		4)
3200	Familienrechtliche Bezeichnung	Es können die Bezeichnungen „Lebenspartner“ oder „Lebenspartnerin“ angegeben werden; Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind als „Lebenspartner“ anzugeben. Beispiel: „2. Lebenspartner“	X	X			4)
3201	Familienname (vor Begründung)		X	X		X	
3202	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
3203	Geburtsname (vor Begründung)		X	X		X	
3204	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
3205	Vornamen (vor Begründung)		X	X		X	
3206	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
3211	Familienname in der Lebenspartnerschaft		X	X		X	
3212	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
3213	Geburtsname in der Lebenspartnerschaft		X	X		X	
3214	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
3215	Vornamen in der Lebenspartnerschaft		X	X		X	2)
3216	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			2)
3219	Recht der Namensführung	Verweis auf maßgebliches Recht			X		
3220	Geschlecht		X	X			2)
3230	Religion / Weltanschauung		X	X			
3240	Tag der Geburt		X	X		X	

3250	Ort der Geburt		X	X			
3255	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X	X			2)
3257	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland	X	X			
3270	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
3271	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
3275	Registernummer				X		
3280	Staatsangehörigkeit				X		
	<b>Auflösung oder Umwandlung der Lebenspartnerschaft in eine Ehe</b>						
3390	Art der Auflösung	Beispiel: Aufhebung, Tod, Todeserklärung, Feststellung der Todeszeit, Umwandlung in Ehe		X			
3391	Datum der Auflösung	Wirksamkeitsdatum		X			
3392	Behörde	Funktionsbezeichnung			X		
3393	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
3395	Registernummer / Aktenzeichen				X		
	<b>Tod, Todeserklärung, Feststellung der Todeszeit zu 1.</b>						
3440	Todestag	Datum aus Sterbeeintrag		X			
3442	Sterbezeitraum	Zeitraum umfasst Datum des letzten Tages lebend und Datum des Tages, an dem die Person mit Sicherheit tot war.		X			
3450	Sterbeort			X			
3455	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.		X			2)
3457	Sterbeort, Staat	Nur bei Tod im Ausland		X			
3460	Todeserklärung, Gerichtliche Feststellung der Todeszeit	Beschlussdatum		X			
3462	Festgestellter Todestag	Datum		X			2)
3463	Festgestellte Todeszeit	Uhrzeit		X			2)
3464	Staat	Nur bei Todeserklärung im Ausland			X		
3465	Aufhebung der Todeserklärung	Beschlussdatum		X			

3470	Registerbehörde / Gericht	Funktionsbezeichnung			X		
3471	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
3475	Registernummer / Aktenzeichen				X		
	<b>Tod, Todeserklärung, Feststellung der Todeszeit zu 2.</b>						
3540	Todestag	Datum aus Sterbeeintrag		X			
3542	Sterbezeitraum	Zeitraum umfasst Datum des letzten Tages lebend und Datum des Tages, an dem die Person mit Sicherheit tot war.		X			
3550	Sterbeort			X			
3555	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.		X			2)
3557	Sterbeort, Staat	Nur bei Tod im Ausland		X			
3560	Todeserklärung, Gerichtliche Feststellung der Todeszeit	Beschlussdatum		X			
3562	Festgestellter Todestag	Datum		X			2)
3563	Festgestellte Todeszeit	Uhrzeit		X			2)
3564	Staat	Nur bei Todeserklärung im Ausland			X		
3565	Aufhebung der Todeserklärung	Beschlussdatum		X			
3570	Registerbehörde / Gericht	Funktionsbezeichnung			X		
3571	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
3575	Registernummer / Aktenzeichen				X		
	<b>Neue Ehe zu 1.</b>						
3640	Tag der Eheschließung				X		
3650	Ort der Eheschließung				X		
3657	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland			X		
3670	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
3671	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
3675	Registernummer				X		

	<b>Neue Ehe zu 2.</b>						
3740	Tag der Eheschließung			X			
3750	Ort der Eheschließung			X			
3757	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland		X			
3770	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung		X			
3771	Behördenname	Ortsbezeichnung		X			
3775	Registernummer			X			
	<b>Neue Lebenspartnerschaft zu 1.</b>						
3840	Tag der Begründung			X			
3850	Ort der Begründung			X			
3857	Staat der Begründung	Nur bei Begründung der Lebenspartnerschaft im Ausland		X			
3870	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung		X			
3871	Behördenname	Ortsbezeichnung		X			
3875	Registernummer			X			
	<b>Neue Lebenspartnerschaft zu 2.</b>						
3940	Tag der Begründung			X			
3950	Ort der Begründung			X			
3857	Staat der Begründung	Nur bei Begründung der Lebenspartnerschaft im Ausland		X			
3970	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung		X			
3971	Behördenname	Ortsbezeichnung		X			
3975	Registernummer			X			

Nr.	Datenfelder	Anmerkungen	Verwendung				
			Haupteintrag	Folgebeurkundung	Hinweis	Suchfeld	Beschränkung <small>Textmarke nicht definiert</small>
	<b>Sterberegister</b>						
	<b>Angaben zum Sterbefall</b>						
4140	Todestag	Datum	X	X		X	
4141	Todeszeit	Uhrzeit	X	X			
4142	Sterbezeitraum (Datumsangaben)	Zeitraum umfasst Datum des letzten Tages lebend und Datum des Tages, an dem die Person mit Sicherheit tot war.	X	X		X	
4143	Sterbezeitraum (Uhrzeitangaben)	Zeitraum umfasst die Uhrzeit am letzten Tag lebend und Uhrzeit am Tag, an dem die Person mit Sicherheit tot war.	X	X			
4144	Todeszeit (nicht exakt)	Nur in Ergänzung zu Feld 4141, wenn Uhrzeit des Todes nur ungefähr (gegen... Uhr) feststeht	X	X			2)
4150	Sterbeort	Bei unbekanntem Sterbeort auch Auffindungsort	X	X		X	
4151	Sterbeort, Ortsteil	Bei landesrechtlicher Vorgabe	X	X			
4152	Sterbeort, Straße		X	X			
4153	Sterbeort, Hausnummer		X	X			
4155	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X	X			2)
4157	Sterbeort, Staat	Nur bei Sterbefall im Ausland	X	X		X	
4199	Tot aufgefunden	Nur bei Nacherfassung	X	X			
	<b>Angaben zur verstorbenen Person</b>						
4201	Familienname		X	X		X	

4202	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
4203	Geburtsname		X	X		X	
4204	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
4205	Vornamen		X	X		X	
4206	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
4220	Geschlecht		X	X			2)
4230	Religion / Weltanschauung		X	X			
4240	Tag der Geburt		X	X		X	
4250	Ort der Geburt		X	X			
4255	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.	X	X			2)
4257	Staat der Geburt	Nur bei Geburt im Ausland	X	X			
4270	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung				X	
4271	Behördenname	Ortsbezeichnung				X	
4275	Registernummer					X	
4290	Anschrift, Straße		X	X			
4291	Anschrift, Hausnummer		X	X			
4293	Anschrift, Ort		X	X			
4294	Anschrift, Ortsteil	Bei landesrechtlicher Vorgabe	X	X			
4297	Anschrift, Staat	Nur bei Wohnort im Ausland	X	X			
4299	Identität nicht nachgewiesen	Nur bei nicht nachgewiesener Identität	X	X			
	<b>Familienstand der verstorbenen Person</b>						
4300	Familienstand		X	X			
4300 A	Familienrechtliche Bezeichnung	Es können die Bezeichnungen „Ehefrau“, „Ehemann“, „Lebenspartner“ oder „Lebenspartnerin“ angegeben werden; Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind als „Ehepart-	X	X			4)

		ner“ oder „Lebenspartner“ anzugeben. Beispiel: „Lebenspartnerin“					
4301	Familienname des Ehegatten, Ehe- oder Lebenspartners		X	X			
4302	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Familiennamens	X	X			
4303	Geburtsname des Ehegatten, Ehe- oder Lebenspartners		X	X			
4304	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Geburtsnamens	X	X			
4305	Vornamen des Ehegatten, Ehe- oder Lebenspartners		X	X			
4306	Ausländische Namensart	Bezeichnung einer ausländischen Namensform des Vornamens	X	X			
4399	Identität nicht nachgewiesen	Nur bei nicht nachgewiesener Identität	X	X			
	<b>Ehe der verstorbenen Person</b>						
4450	Tag der Eheschließung				X		
4450	Ort der Eheschließung				X		
4455	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.			X		2)
4457	Staat der Eheschließung	Nur bei Eheschließung im Ausland			X		
4470	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
4471	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
4475	Registernummer				X		
4477	Führungsort Heiratseintrag	Bei Eheschließung bis zum 31.12.2008 (§ 15a PStG a.F.)			X		
	<b>Lebenspartnerschaft der verstorbenen Person</b>						
4540	Tag der Begründung				X		
4550	Ort der Begründung				X		
4555	Nähere Kennzeichnung des Ortes	Kreis, Verwaltungsbezirk o.ä.			X		2)
4557	Staat der Begründung	Nur bei Begründung im Ausland			X		

4570	Registerbehörde	Funktionsbezeichnung			X		
4571	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
4575	Registernummer				X		
	<b>Todeserklärung, Gerichtliche Feststellung der Todeszeit der verstorbenen Person</b>						
4660	Todeserklärung, Gerichtliche Feststellung der Todeszeit	Beschlussdatum			X		
4662	Festgestellter Todestag	Datum			X		
4663	Festgestellte Todeszeit	Uhrzeit			X		
4664	Staat	Nur bei Todeserklärung im Ausland			X		
4665	Aufhebung der Todeserklärung	Beschlussdatum			X		
4670	Behörde / Gericht	Funktionsbezeichnung			X		
4671	Behördenname	Ortsbezeichnung			X		
4675	Registernummer / Aktenzeichen				X		

## Eheregister

Standesamt, Nummer

Registernummer

---

Anlass der Beurkundung

Ort, Tag der Eheschließung

---

Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft<sup>1</sup>

---

### 1. (Ehemann, Ehefrau, Ehepartner)

Familienname vor der Ehe

Geburtsname vor der Ehe

Vorname(n) vor der Ehe

Geschlecht

Ort, Tag der Geburt

Religion

Familienname in der Ehe

Geburtsname in der Ehe

Vorname(n) in der Ehe

---

### 2. (Ehefrau, Ehemann, Ehepartner)

Familienname vor der Ehe

Geburtsname vor der Ehe

Vorname(n) vor der Ehe

Geschlecht

Ort, Tag der Geburt

Religion

Familienname in der Ehe

Geburtsname in der Ehe

Vorname(n) in der Ehe

---

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

<sup>1</sup> Leittext erscheint nur, wenn es der Beurkundungssachverhalt erfordert.

**Hinweise**

---

Registernummer

---

Zu 1.

Geburtseintrag

Staatsangehörigkeit

Recht Namensführung

---

Zu 2.

Geburtseintrag

Staatsangehörigkeit

Recht Namensführung

---

Zu 1. und 2.

---

Namensbestimmung

Lebenspartnerschaftseintrag

---

**Folgebeurkundung**

**Eheregister**

Standesamt, Nummer

Registernummer<sup>2</sup>

Anlass der Beurkundung

---

Beurkundete Daten<sup>3</sup>

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

**Hinweise**

Registernummer

---

Hinweisdaten

---

---

<sup>2</sup> Registernummer unter Hinzufügung der fortlaufenden Nummer der Folgebeurkundung nach § 17 PStV.

<sup>3</sup> Es werden alle Beurkundungsdaten des Eintrags mit den nach der Folgebeurkundung aktualisierten Daten angegeben.

## Lebenspartnerschaftsregister

Standesamt, Nummer

Registernummer

---

Anlass der Beurkundung

Ort, Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft

---

### 1. (Lebenspartner, Lebenspartnerin)

Familienname vor der Begründung

Geburtsname vor der Begründung

Vorname(n) vor der Begründung

Geschlecht

Ort, Tag der Geburt

Religion

Familienname in der Lebenspartnerschaft

Geburtsname in der Lebenspartnerschaft

Vorname(n) in der Lebenspartnerschaft

---

### 2. (Lebenspartner, Lebenspartnerin)

Familienname vor der Begründung

Geburtsname vor der Begründung

Vorname(n) vor der Begründung

Geschlecht

Ort, Tag der Geburt

Religion

Familienname in der Lebenspartnerschaft

Geburtsname in der Lebenspartnerschaft

Vorname(n) in der Lebenspartnerschaft

---

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

**Hinweise**

---

Registernummer

---

Zu 1.

Geburtseintrag

Staatsangehörigkeit

Recht Namensführung

Zu 2.

Geburtseintrag

Staatsangehörigkeit

Recht Namensführung

---

Namensbestimmung

---

**Folgebeurkundung**

**Lebenspartnerschaftsregister**

Standesamt, Nummer

Registernummer<sup>1</sup>

Anlass der Beurkundung

---

Beurkundete Daten<sup>2</sup>

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

**Hinweise**

Registernummer

---

Hinweisdaten

---

---

<sup>1</sup> Registernummer unter Hinzufügung der fortlaufenden Nummer der Folgebeurkundung nach § 17 PStV.

<sup>2</sup> Es werden alle Beurkundungsdaten des Eintrags mit den nach der Folgebeurkundung aktualisierten Daten angegeben.

### Geburtenregister

Standesamt, Nummer

Registernummer

---

Anlass der Beurkundung

Tag, Uhrzeit der Geburt

Ort der Geburt

---

Kind

Geburtsname

Vorname(n)

Geschlecht

Religion

---

**1.** (Mutter)

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Religion

---

**2.** (Vater)

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Religion

---

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

**Hinweise**

Registernummer

Zu 1. und 2.

Ort, Tag der Eheschließung

Eheeintrag

---

Zu 1.

Ort, Tag der Geburt

Geburtseintrag

Staatsangehörigkeit

Zu 2.

Ort, Tag der Geburt

Geburtseintrag

Staatsangehörigkeit

---

Kind

Staatsangehörigkeit

Recht Namensführung.

---

**Folgebeurkundung**

**Geburtenregister**

Standesamt, Nummer

Registernummer<sup>1</sup>

Anlass der Beurkundung

---

Beurkundete Daten<sup>2</sup>

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

**Hinweise**

Registernummer

---

Hinweisdaten

---

<sup>1</sup> Registernummer unter Hinzufügung der fortlaufenden Nummer der Folgebeurkundung nach § 17 PStV.

<sup>2</sup> Es werden alle Beurkundungsdaten des Eintrags mit den nach der Folgebeurkundung aktualisierten Daten angegeben.

### Sterberegister

Standesamt, Nummer

Registernummer

---

Anlass der Beurkundung

Tag, Uhrzeit des Todes

Ort des Todes

---

#### Verstorbene Person

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Geschlecht

Ort, Tag der Geburt

Letzter Wohnsitz

Religion

Familienstand

---

(Ehemann, Ehefrau, Ehepartner, Lebenspartner, Lebenspartnerin)

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

---

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

### Hinweise

Registernummer

Verstorbene Person

---

Geburtseintrag

Ort, Tag der Eheschließung<sup>1</sup>

Eheeintrag<sup>1</sup>

Führungsort Heiratseintrag

---

### Folgebeurkundung:

### Sterberegister

Standesamt, Nummer

Registernummer<sup>2</sup>

Anlass der Beurkundung

Beurkundete Daten<sup>3</sup>

Ort, Tag der Beurkundung

Urkundsperson

---

### Hinweise

Registernummer

Hinweisdaten

---

---

<sup>1</sup> Bei Begründung einer Lebenspartnerschaft ist der Leittext an den Beurkundungssachverhalt anzupassen.

<sup>2</sup> Registernummer unter Hinzufügung der fortlaufenden Nummer der Folgebeurkundung nach § 17 PStV.

<sup>3</sup> Es werden alle Beurkundungsdaten des Eintrags mit den nach der Folgebeurkundung aktualisierten Daten angegeben.

## Eheurkunde

Standesamt

Registernummer

Ort, Tag der Eheschließung

**1. (Ehemann, Ehefrau, Ehepartner)<sup>1</sup>**

Familienname vor der Ehe

Geburtsname vor der Ehe

Vorname(n) vor der Ehe

Ort, Tag der Geburt

Religion<sup>2</sup>

Familienname in der Ehe<sup>3</sup>

Geburtsname in der Ehe<sup>3</sup>

Vorname(n) in der Ehe<sup>3</sup>

**2. (Ehefrau, Ehemann, Ehepartner)<sup>1</sup>**

Familienname vor der Ehe

Geburtsname vor der Ehe

Vorname(n) vor der Ehe

Ort, Tag der Geburt

Religion

Familienname in der Ehe<sup>3</sup>

Geburtsname in der Ehe<sup>3</sup>

Vorname(n) in der Ehe<sup>3</sup>

**Weitere Angaben aus dem Register<sup>2</sup>**

Ort, Tag

Siegel

Urkundsperson

(Name in Druckbuchstaben, Funktionsbezeichnung)

Geburtseintrag Zu 1.

Zu 2.

<sup>1</sup> Jeweilige familienrechtliche Bezeichnung gemäß Eheregister.

<sup>2</sup> Leittext erscheint nur, wenn es der Beurkundungssachverhalt erfordert.

<sup>3</sup> Nach Auflösung der Ehe werden die Wörter „in der Ehe“ durch die Wörter „nach Eheauflösung“ ersetzt.

### Lebenspartnerschaftsurkunde

Standesamt

Registernummer

---

Ort, Tag der Begründung

1. (Lebenspartner, Lebenspartnerin)<sup>1</sup>

Familienname vor der Lebenspartnerschaft

Geburtsname vor der Lebenspartnerschaft

Vorname(n) vor der Lebenspartnerschaft

Ort, Tag der Geburt

Religion<sup>2</sup>

Familienname in der Lebenspartnerschaft<sup>3</sup>

Geburtsname in der Lebenspartnerschaft<sup>3</sup>

Vorname(n) in der Lebenspartnerschaft<sup>3</sup>

---

2. (Lebenspartner, Lebenspartnerin)<sup>1</sup>

Familienname vor der Lebenspartnerschaft

Geburtsname vor der Lebenspartnerschaft

Vorname(n) vor der Lebenspartnerschaft

Ort, Tag der Geburt

Religion<sup>2</sup>

Familienname in der Lebenspartnerschaft<sup>3</sup>

Geburtsname in der Lebenspartnerschaft<sup>3</sup>

Vorname(n) in der Lebenspartnerschaft<sup>3</sup>

---

Weitere Angaben aus dem Register<sup>2</sup>

---

Ort, Tag

Siegel

Urkundsperson

(Name in Druckbuchstaben, Funktionsbezeichnung)

---

Geburtseintrag Zu 1.

Zu 2.

---

<sup>1</sup> Jeweilige familienrechtliche Bezeichnung gemäß Lebenspartnerschaftsregister.

<sup>2</sup> Leittext erscheint nur, wenn es der Beurkundungssachverhalt erfordert.

<sup>3</sup> Leittext wird bei Auflösung der Lebenspartnerschaft entsprechend angepasst.

## Geburtsurkunde

Standesamt

Registernummer

---

Ort, Tag der Geburt

---

Kind

Geburtsname

Vorname(n)

Geschlecht

Religion<sup>1</sup>

---

**1. (Mutter, Elternteil)**

Familiennamen

Geburtsname

Vorname(n)

Religion<sup>1</sup>

**2. (Vater, Elternteil)**

Familiennamen

Geburtsname

Vorname(n)

Religion<sup>1</sup>

---

**Weitere Angaben aus dem Register<sup>1</sup>**

Ort, Tag

Siegel

Urkundsperson

---

(Name in Druckbuchstaben, Funktionsbezeichnung)

---

<sup>1</sup> Leittext erscheint nur, wenn es der Beurkundungssachverhalt erfordert.

### Sterbeurkunde

Standesamt

Registernummer

---

Tag, Uhrzeit des Todes

Ort des Todes

---

#### Verstorbene Person

Familiennamen

Geburtsnamen

Vorname(n)

Letzter Wohnsitz

Ort, Tag der Geburt

Religion<sup>1</sup>

Familienstand

---

(Ehemann, Ehefrau, Ehepartner, Lebenspartner, Lebenspartnerin)<sup>2</sup>

Familiennamen

Geburtsnamen

Vorname(n)

Ort, Tag

Urkundsperson

(Name in Druckbuchstaben, Funktionsbezeichnung)

Siegel

---

<sup>1</sup>) Leittext erscheint nur, wenn es der Beurkundungssachverhalt erfordert.

<sup>2</sup>) Jeweilige familienrechtliche Bezeichnung gemäß Sterberegister.

## Niederschrift über die Eheschließung

Standesamt

Ort, Tag

---

Vor dem unterzeichnenden Standesbeamten erschienen heute zur Eheschließung  
(bei bestehender Lebenspartnerschaft, begründet am ..., Standesamt ..., Reg.Nr. L.../..) <sup>1</sup>

**1.**

Vorname(n)

Familienname

Geburtsname

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Religion

wohnhaft in

Geburtstag, Geburtsort

Standesamt, Registernummer

ausgewiesen durch

---

und **2.**

Vorname(n)

Familienname

Geburtsname

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Religion

wohnhaft in

Geburtstag, Geburtsort

Standesamt, Registernummer

ausgewiesen durch

---

Als Zeugen waren anwesend: <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Abschnitt/Klammerinhalt erscheint nur, wenn der Beurkundungssachverhalt es verlangt. Die Angaben sind entsprechend zu streichen oder zu ergänzen.

---

Weiterhin erschien als Dolmetscher für die .....Sprache:<sup>1</sup>

Er wurde über die Strafbarkeit einer falschen Versicherung an Eides statt belehrt. Er erklärte - unter Berufung auf seinen allgemein geleisteten Eid -, dass er treu und gewissenhaft übertragen werde.<sup>1</sup>

---

Der Standesbeamte fragte die Eheschließenden, ob sich seit der Anmeldung ihrer Eheschließung Änderungen ergeben haben, die ihre tatsächlichen Verhältnisse der Ehevoraussetzungen betreffen. Auf die Frage des Standesbeamten erklärten die Eheschließenden, dass keine entsprechenden Änderungen eingetreten sind.

Sodann fragte der Standesbeamte die Eheschließenden einzeln und nacheinander, ob sie die Ehe miteinander eingehen wollen. Die Eheschließenden bejahten diese Frage.

Der Standesbeamte sprach aus, dass sie nunmehr kraft Gesetzes rechtmäßig verbundene Eheleute seien.

---

Zur Namensführung in der Ehe gaben die Ehegatten keine/folgende<sup>1</sup> Erklärung ab:

---

Dadurch ergibt sich folgende Namensführung in der Ehe:

**1. (Ehemann / Ehefrau / Ehepartner)<sup>1</sup>**

Familienname

Vorname(n)

Geburtsname

---

**2. (Ehefrau / Ehemann / Ehepartner)<sup>1</sup>**

Familienname

Vorname(n)

Geburtsname

---

Vorgelesen [in deutscher und ..... Sprache]<sup>1</sup> genehmigt und unterschrieben

---

---

---

---

Siegel

---

Urkundsperson

14. Anlage 13 wird Anlage 11 und wie folgt gefasst:

Anlage 11 (zu § 31 Absatz 2)

## Bescheinigung

nach § 31 Absatz 2 der Personenstandsverordnung (PStV)

Standesamt

---

### Kind

vorgesehener Familienname

vorgesehene(r) Vorname(n)

Geschlecht

Geburtsstag (§ 31 Absatz 2 PStV)

Geburtsort

### Mutter

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Religion

### Vater

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Religion

---

Ort, Tag

Siegel

Urkundsperson

---

(Name in Druckbuchstaben, Funktionsbezeichnung)

## **Artikel 2**

### **Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am 1. November 2018 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

Das Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 278) (Eheöffnungsgesetz) ist am 1. Oktober 2017 in Kraft getreten. Das Gesetz sieht neben der Zulassung der gleichgeschlechtlichen Ehe auch eine Umwandlung bestehender Lebenspartnerschaften in eine Ehe vor und schließt die Begründung neuer Lebenspartnerschaften aus. Die Regelungen des Gesetzes haben damit erhebliche Auswirkungen auf die bestehenden personenstandsrechtlichen Vorschriften, die darauf ausgerichtet sind, dass eine Ehe nur von zwei Personen verschiedenen Geschlechts eingegangen werden kann und Personen gleichen Geschlechts eine Lebenspartnerschaft begründen können. Der Anpassungsbedarf in der Personenstandsverordnung betrifft neben redaktionellen Klarstellungen vor allem Änderungen des elektronischen Beurkundungsverfahrens, der Regelungen zum behördlichen Datenaustauschverfahren der Standesämter sowie der Neugestaltung der Formulare für die Erstellung von Auszügen aus den Personenstandsregistern und Personenstandsurkunden.

Darüber hinaus enthält der Entwurf eine Änderung bei der Regelung zur Abgrenzung von Tot- und Fehlgeburten und zur Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen.

#### **II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

Die bisher in den Personenstandsregistern und -urkunden geschlechtsspezifisch verwendeten feststehenden Leittexte („Vater“ und „Mutter“ oder „Ehemann“ und „Ehefrau“) führten bereits in der Vergangenheit in Einzelfällen zu unzutreffenden und irreführenden Beurkundungen, weil das Familienrecht verschiedene Konstellationen zulässt, die mit dem vorhandenen Beurkundungsverfahren nicht mehr umzusetzen sind (u.a. gleichgeschlechtliche Ehen durch den Geschlechtswechsel eines Ehegatten, Adoption eines Kindes durch die Lebenspartnerin der Mutter, Anerkennung ausländischer Entscheidungen für den deutschen Rechtsbereich zu Registereintragungen gleichgeschlechtlicher Eltern). Dieses Problem wirkt sich durch die ab 1. Oktober 2017 in Kraft getretene Einführung der Ehe für Personen gleichen Geschlechts durch das Eheöffnungsgesetz vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) nunmehr auf eine Vielzahl von Fällen aus.

Die jetzt in § 42 des Entwurfs vorgesehene Lösung sieht vor, die Elementbezeichnungen einerseits neutral zu gestalten, andererseits eine Entkoppelung von den zu verwendenden familienrechtlichen Bezeichnungen der Betroffenen vorzunehmen. Dies wird durch eine Elementbezeichnung erreicht, der den beteiligten Personen (Eltern, Ehegatten und Lebenspartnern) lediglich eine feststehende Nummer zuordnet, auf die in Hinweisen und Folgebeurkundungen im Personenstandsregister referenziert wird. Zu jeder feststehenden Nummerierung wird sodann die individuelle familienrechtliche Bezeichnung des jeweiligen Betroffenen in einem Datenfeld im Personenstandsregister hinzugespeichert. Dadurch ist es möglich, sowohl die bisherigen Leittexte als familienrechtliche Bezeichnung weiter zu führen als auch abweichende Bezeichnungen, z.B. „Ehemann“ und „Ehemann“ bei gleichgeschlechtlicher Ehe, darzustellen. Das Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung hat keine registersteuernde Funktion und kann deshalb der tatsächlichen Lebenssituation der betroffenen Person jeweils variabel angepasst werden. Dadurch ist es u.a. bei einem Wechsel der Geschlechtszugehörigkeit unproblematisch möglich, die korrekte neue familienrechtliche Bezeichnung zu beurkunden, ohne dass es - wie bisher - zu einer irregulä-

ren Datenverknüpfung kommt, weil beide Ehegatten die gleiche Bezeichnung führen. Perspektivisch lässt es das Verfahren im Übrigen zu, dass zukünftig auch bisher im Familienrecht nicht verwendete Bezeichnungen relativ problemlos implementiert werden können.

Die Modifizierungen des Beurkundungsverfahrens bedingen Änderungen der in den Personenstandsregistern zu verwendenden Datenfelder (Anlage 1 zur PStV). Da die bisher im Register verwendete Datenstruktur feststehend ist und ohne Datenmigration aller elektronisch erfassten Personenstandseinträge in Deutschland nur durch zusätzliche (Hilfs-)Datenfelder hätte verändert werden können, verbleibt es für die bisherigen Registereinträge bei den bisher verwendeten Leittexten. Das neue System einer variabel einzutragenden familienrechtlichen Bezeichnung lässt es jedoch zu, die vorhandenen Einträge zu berichtigen und den Zusammenhang von vorhandenen und fortzuführenden Beurkundungen plausibel darzustellen. Darauf aufbauend sind auch die Formulare für die Registerausdrucke (Anlagen 2 bis 5 zur PStV), die Personenstandsurkunden (Anlagen 6 bis 9 zur PStV) und die Niederschrift über die Eheschließung (Anlage 10 zur PStV) anzupassen.

### **III. Alternativen**

Andere Lösungen zur Anpassung der Leittexte in den Personenstandsregistern und Personenstandsurkunden waren nicht überzeugend:

Eine automatisierte Zuordnung der richtigen Leittexte für gleichgeschlechtliche Ehegatten oder Eltern wäre nur mit einem erheblichen Programmieraufwand zu realisieren gewesen, weil für eine geschlechtsabhängige Programmierung mehrere Zirkelbezüge zu programmieren gewesen wären, die u.a. einen Geschlechtswechsel oder einen fehlenden Geschlechtseintrag von transsexuellen Personen oder Personen mit Variationen der Geschlechtszugehörigkeit zu berücksichtigen hätten. Diese Programmierungen hätten wiederum von allen korrespondierenden Personenstandsregistern und Datenaustauschverfahren nachvollzogen werden müssen, so dass diese Lösung bei einer Fortführungsdauer der Personenstandsregister von bis zu 110 Jahren auf lange Sicht nicht fehlerfrei funktioniert hätte.

Als Lösungsmöglichkeit wurde auch erwogen, die in den Personenstandsregistern vorhandenen Leittexte zu neutralisieren und statt „Vater“ und „Mutter“ die Leittexte „Elternteil 1“ und „Elternteil 2“ sowie statt „Ehemann“ und „Ehefrau“ die Leittexte „Ehegatte 1“ und „Ehegatte 2“ zu verwenden. Dies hätte allerdings dazu geführt, dass die bereits bisher beurkundeten Personenstandsfälle wegen der Unveränderbarkeit der Beurkundungen (§ 9 Absatz 1 der Verordnung) nach wie vor die bisher verwendeten Leittexte (im Eheregister „Ehemann“ und „Ehefrau“) enthalten, gleichwohl aber bei zukünftig anzubringenden Hinweisen und Folgebeurkundungen im Registerausdruck die neuen Leittexte dargestellt werden würden. In diesem Fall wäre es für den Benutzer unklar gewesen, ob mit dem neuen Leittext „Ehegatte 1“ in einem Hinweis der Ehemann oder die Ehefrau gemeint ist.

### **IV. Regelungskompetenz**

Die Kompetenz zum Erlass der Verordnung durch das Bundesministerium des Innern im Benehmen mit dem Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz und mit Zustimmung des Bundesrates folgt aus § 73 des Personenstandsgesetzes.

### **V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen**

Der Verordnungsentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

## **VI. Verordnungsfolgen**

### **1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

Der Verordnungsentwurf vereinheitlicht die bei den Standesämtern der Kommunen etablierten Verfahren zur Beurkundung des Personenstands, insbesondere im Hinblick auf die Einführung der Ehe für Personen des gleichen Geschlechts.

### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

Der Gesetzentwurf steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nationalen Nachhaltigkeitsstrategie.

### **3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Keine.

### **4. Erfüllungsaufwand**

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Für die Wirtschaft entsteht in den Geburtskliniken ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die in der Verordnung geänderte Abgrenzung zwischen Tot- und Fehlgeburt (Artikel 1 Nummer 7 des Entwurfs). In den deutschen Geburtskliniken muss dadurch in rd. 10 % der jährlich 3000 Totgeburten, also mithin in rd. 300 Fällen pro Jahr eine zusätzliche Anzeige der Geburt an das Standesamt erfolgen. Der hierfür erforderliche zeitliche Aufwand beträgt rd. 150 Stunden.

Bei den Gemeinden entsteht für die Anpassung der in den Standesämtern eingesetzten Softwareprodukte eine Erhöhung der jährlichen Wartungs- und Pflegekosten, die angesichts der unterschiedlichen Gestaltung der in den Standesämtern eingesetzten Fach- und Registerverfahren für die elektronische Personenstandsbeurkundung die im Hinblick auf die mit dieser Ordnungsänderung verbundenen Anpassungen des Fach- und Registerverfahrens nicht beziffert werden kann. Insgesamt wird sich die Erhöhung der Pflegekosten einschließlich allgemeiner Preissteigerungen für alle seit 2017 erforderlichen Anpassungen im Personenstandsrecht, u.a. für die Einführung der gleichgeschlechtlichen Ehe und einer positiven Geschlechtsbezeichnung für Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, auf rd. 3 % belaufen.

Die Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen beim Standesamt I in Berlin (Artikel 1 Nummer 8 des Entwurfs) erfordert keinen Mehraufwand in der Bearbeitung, weil die Erweiterung der bestehenden Datenfelder im elektronischen Suchverzeichnis ohnehin für die zu fertigenden elektronischen Mitteilungen eingegeben werden müssen. Im jetzigen Zustand des Fachverfahrens stehen diese zusätzlichen Daten nach Absenden der Mitteilung für weitere Zwecke (wie das Ausstellen einer Bescheinigung aus dem Datenbestand) nicht mehr zur Verfügung. Das Scannen eines Beschlusses soll nur bei Vorliegen eines konkreten Anlasses (wie z.B. bei einer Urkundenanforderung) erfolgen. Eine systematische Erfassung ist derzeit nicht geplant. Für die Änderung des Fachverfahrens hinsichtlich der Erweiterung der Datenfelder entstehen einmalige Kosten, die mit 7.500 € anzusetzen sind. Für die Änderung des Fachverfahrens hinsichtlich der Generierung einer Bescheinigung aus dem Datenbestand und Einbettung des Scans ist vom gleichen Betrag ausgehen. Somit würde die Änderung des Fachverfahrens insgesamt ca. 15.000 € kosten.

Die Vorgaben zur Berichtigung von unzutreffenden familienrechtlichen Bezeichnungen (Artikel 1 Nummer 9 des Entwurfs) und zur Beurkundung des Geschlechts der Eltern eines Kindes im Geburtenregister sowie des Ehegatten oder Lebenspartners eines Verstorbenen im Sterberegister sind dem Personenstandsgesetz zuzuordnen und im Entwurf

eines Gesetzes zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts dokumentiert.

Für die Kommunen (Standesämter) werden durch den Entwurf drei Vorgaben erweitert und eine Vorgabe vereinfacht. Die Erweiterungen betreffen die Eintragung der familienrechtlichen Bezeichnung des jeweiligen Betroffenen im Personenstandsregister (Artikel 1 Nummer 9 des Entwurfs), die zusätzliche Beurkundung von rd. 300 Totgeburten in den Standesämtern (Artikel 1 Nummer 7 des Entwurfs) und die Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen beim Standesamt I in Berlin (Artikel 1 Nummer 8 des Entwurfs). Die Mitteilungspflicht des Standesamts an andere Behörden über die Begründung einer Lebenspartnerschaft entsteht zukünftig nur noch bei der Nachbeurkundung einer im Ausland begründeten Lebenspartnerschaft, weil die Begründung neuer Lebenspartnerschaften im Inland seit dem 1. Oktober 2017 nicht mehr möglich ist. Andererseits ist zu erwarten, dass die Zahl der Mitteilungen des Standesamts über Eheschließungen aufgrund der Einführung der Ehe für Personen des gleichen Geschlechts entsprechend ansteigen wird. Im Ergebnis ist deshalb nicht von einem Mehraufwand auszugehen.

Insgesamt kommt es einerseits zu einer Mehrbelastung von rd. 1,579 Millionen Euro und andererseits zu Einsparungen von rd. 0,022 Millionen Euro pro Jahr. Saldiert ist somit eine Erhöhung des Erfüllungsaufwandes in Höhe von rd. 1,557 Millionen Euro pro Jahr zu erwarten. Einzelheiten sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen. Für die Ermittlung des darin der Verwaltung entstehenden Erfüllungsaufwands wurden die Lohnkosten für den mittleren und gehobenen Dienst in der Kommunalverwaltung (Anhang VII des Leitfadens zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung, Stand: 2017) zugrunde gelegt.

### Tabelle zum Erfüllungsaufwand

#### Normadressat: Verwaltung

lfd. Nr.	Vorschrift	Art der Änderung	Informationspflicht	Fallzahl pro Jahr	Zeit in Min.	Lohnsatz in €/h	Zusatzkosten in €	Belastung in €	Entlastung in €	Entlastung/Belastung
1	Artikel 1 Nummer 7 (§ 31 PStV)	erweitert	Beurkundung von Totgeburten ab 24. Schwangerschaftswoche	300	30	42,30		6.345		+ 6.345
2	Artikel 1 Nummer 8 (§ 41 PStV)	erweitert	Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen (bei gleichzeitigem Wegfall der Eingabe in die Suchdatei)	1200	5	31,50		3.150	3.150	0
3	Artikel 1 Nummer 9 (§ 42 PStV)	erweitert	Beurkundung des Personenstands mit individueller familienrechtlicher Bezeichnung der Betroffenen	2.200.000	1	42,30		1.551.000		+ 1.551000

4	Artikel 1 Nummer 13 (§ 59 Absatz 1, PStV)	vereinfacht	Wegfall der Mitteilung des Standesamts an andere Behörden über Begründung von Lebenspartnerschaften in Deutschland ist aufwandsneutral, da Mitteilungen über (gleichgeschlechtliche) Eheschließungen in gleichem Umfang steigen.	7.000	5	31,50		18.375	18.375	0
Σ			Insgesamt					1.578.870	21.525	+ 1.557.345

## 5. Weitere Kosten

Keine.

## 6. Weitere Verordnungsfolgen

Gleichstellungspolitische Belange wurden berücksichtigt. Es liegt weder eine mittelbare noch eine unmittelbare geschlechterbezogene Benachteiligung vor. Frauen, Männer und Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, sind in gleicher Weise betroffen.

## VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung ist nicht vorgesehen. Eine Evaluierung ist nicht erforderlich, weil sich die Regelungen der Verordnung im Wesentlichen darauf beschränken, die technischen Bedingungen für die Umsetzung von familienrechtlichen gesetzlichen Regelungen, insbesondere des Gesetzes zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787), zu schaffen. Eine Evaluierung könnte deshalb unabhängig vom Ergebnis keine Auswirkungen auf die gesetzlich vorgegebene Einführung der gleichgeschlechtlichen Ehe, sondern allenfalls auf die methodische Umsetzung der Beurkundung in den Standesämtern haben. Die entsprechenden technischen Vorgaben in der Personenstandsverordnung unterliegen darüber hinaus bereits durch die zuständigen Gremien der XÖV-Verfahren in der Innenverwaltung einer permanenten Kontrolle und eingehenden Überprüfung durch alle beteiligten Kreise. Wird dabei ein Änderungsbedarf festgestellt, wird dieser stets - gegebenenfalls nach Anpassung der Personenstandsverordnung - in den zukünftigen Versionen der elektronischen Fach- und Registerverfahren umgesetzt. Eine hiervon unabhängige Evaluierung der Vorschriften der Personenstandsverordnung würde insoweit keinen Mehrwert an Erkenntnissen bringen.

## **B. Besonderer Teil**

### **1. Zu Artikel 1**

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um die Aktualisierung der Inhaltsübersicht.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Der in § 10 Absatz 1 Satz 3 bisher enthaltene Verweis auf die Anlage zu § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes ist zu streichen, da die novellierte Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes (Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juni 2017, BGBl. I S 2097), die am 25. Mai 2018 in Kraft trat, keine entsprechende Anlage mehr enthält.

Zu Nummer 3 (§ 12)

Durch die Änderung wird der Regelungstext an die Begriffsbestimmung der Datenschutz-Grundverordnung (Artikel 4 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72) angepasst. Danach umfasst der Begriff „Verarbeitung“ jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten, wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung. Auf den in der geänderten Vorschrift bisher verwendeten Begriff „Erfassung“ kann deshalb verzichtet werden.

Zu Nummer 4 (§ 16)

Die dem Haupteintrag anzufügende Folgenummer „0“ dient der elektronischen Identifizierung und Abgrenzung von Haupteintrag und den dazu gespeicherten Folgebeurkundungen. Die bisher in § 16 Absatz 3 Satz 3 PStV enthaltene Regelung, dass der erste Haupteintrag eines Jahres die Eintragsnummer „1“ erhält, ist nicht erforderlich, da sich dies bereits aus § 3 Absatz 2 Satz 2 des Gesetzes ergibt.

Zu Nummer 5 (§ 17)

Die Regelung stellt klar, dass die fortlaufende Nummer der Folgebeurkundung nicht mehr gesondert aufgeführt, sondern der Registernummer als Folgenummer angefügt wird.

Zu Nummer 6 (§ 30)

Die Vorschrift stellt klar, dass für die Umwandlung der Lebenspartnerschaft in eine Ehe die verfahrensmäßigen Regelungen der Anmeldung und Durchführung der Eheschließung in den §§ 28 und 29 PStV entsprechend anzuwenden sind. Dies gilt nach Satz 2 der Vorschrift auch für die Verwendung des Formulars über die Niederschrift, so dass es für die Umwandlung der Lebenspartnerschaft in eine Ehe keines gesonderten Formulars bedarf.

Zu Nummer 7 (§ 31)

Es sind Fälle bekannt geworden, bei denen die Schwangerschaft deutlich länger als 24 Wochen andauerte, das Kind dann jedoch mit einem Gewicht von unter 500 Gramm tot geboren worden ist und somit als Fehlgeburt galt. Da die Regelungen im Mutterschutzgesetz bei der Unterscheidung von Tot- und Fehlgeburten an die Regelungen in der Perso-

nenstandsverordnung anknüpfen, haben in diesen Fällen die betroffenen Frauen keinen Anspruch auf Mutterschutz. Mit der Ausdehnung der Regelung, die Abgrenzung zwischen Tot- und Fehlgeburt nicht allein vom Gewicht der Leibesfrucht sondern auch von der Dauer der Schwangerschaft abhängig zu machen, erfolgt zum einen eine Angleichung an das in anderen europäischen Ländern geltende Recht. Zum anderen können Frauen nach einer Schwangerschaftsdauer, nach der im Regelfall ein lebensfähiges Kind geboren wird, die Regelungen des Mutterschutzes auch dann in Anspruch nehmen, wenn das Kind nicht lebend geboren wird.

Zu Nummer 8 (§ 41)

Während die elektronische Registerführung im Standesamt rechtlich abgesichert ist und die Anzahl elektronisch geführter Einträge täglich zunimmt, muss die Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen nach bisherigem Recht immer noch in Papierform erfolgen. Das derzeitige Verfahren, das das Standesamt I in Berlin dazu verpflichtet, den Berechtigten nur beglaubigte Abschriften der Ausfertigung der gerichtlichen Entscheidung zu erteilen, ist aus mehreren Gründen dringend reformbedürftig. Zum einen befinden sich Teile der (Papier-)Sammlung in einem bedenklichen Zustand und sollten in eine elektronische Form überführt werden können, um künftigen Datenverlust nach Möglichkeit zu vermeiden. Zum anderen ist eine Sammlung, die zwingend und ausschließlich in Papierform vorzuhalten ist, nicht mehr zeitgemäß und steht einer effizienten Aufgabenerfüllung durch das Standesamt I in Berlin entgegen. Es erscheint nicht zweckdienlich, wenn geltende bundesrechtliche Regelungen eine Digitalisierung von Sammlungen und Verwaltungsprozessen verhindern. Die Neufassung von § 41 PStV soll hier Abhilfe schaffen und künftig sowohl ein ersetzendes Scannen der Beschlüsse ermöglichen, als auch (zusätzlich) das Einpflegen der zum Auffinden erforderlichen Grunddaten der Beschlüsse im elektronischen Suchverzeichnis rechtlich absichern.

Nach Absatz 3 wird es ermöglicht, den Betroffenen eine Bescheinigung mit den wesentlichen Angaben eines Beschlusses zu erteilen. Dies dient sowohl einer besseren Handhabbarkeit auf Seiten der Betroffenen als auch einer Effizienzsteigerung beim Standesamt I in Berlin. Nur wenn in Ausnahmefällen weitere Daten benötigt werden, kann und soll auch eine beglaubigte Abschrift der gescannten Ausfertigung des Beschlusses erteilt werden.

Durch Absatz 4 wird klargestellt, dass das Verfahren auch auf das bis zum 31. Dezember 2008 geführte Buch für Todeserklärungen anzuwenden ist; eine derartige Regelung fehlte bisher.

Zu Nummer 9 (§ 42)

Die Vorschrift reagiert auf die ab 1. Oktober 2017 in Kraft getretene Einführung der Ehe für Personen gleichen Geschlechts durch das Eheöffnungsgesetz vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) und orientiert sich in ihrem Lösungsansatz an der in § 1 des Gesetzes geregelten Legaldefinition, nach der Personenstand im Sinne des Gesetzes die sich aus den Merkmalen des Familienrechts ergebende Stellung einer Person ist. Durch die Einführung variabel verwendbarer familienrechtlicher Bezeichnungen in den Personenstandsregistern und -urkunden wird das Problem feststehender und unveränderbarer Elementbezeichnungen, die insbesondere Ehegatten des gleichen Geschlechts einem unzutreffenden Leittext zuordnete, gelöst.

Zu Absatz 1

Da die bisher in den Personenstandsregistern und -urkunden geschlechtsspezifisch verwendeten feststehenden Leittexte („Vater“ und „Mutter“ oder „Ehemann“ und „Ehefrau“) in der Vergangenheit in Einzelfällen zu unzutreffenden und irreführenden Beurkundungen führten, sieht § 42 des Entwurfs nunmehr vor, die Leittexte einerseits neutral zu gestalten, andererseits durch eine variabel zu verwendende familienrechtliche Bezeichnung der Be-

troffenen eine Entkoppelung von starren Leittexten vorzunehmen. Dies wird durch eine feststehende Nummernzuordnung zu den beteiligten Personenpaaren (Eltern, Ehegatten und Lebenspartner) erreicht, auf die in Hinweisen und Folgebeurkundungen referenziert wird. Zu jeder feststehenden Nummerierung wird sodann die individuelle familienrechtliche Bezeichnung des jeweiligen Betroffenen im Personenstandsregister hinzugespeichert. Dadurch ist es möglich, sowohl die bisherigen Leittexte weiter zu führen als auch abweichende Bezeichnungen, z.B. „Ehemann“ und „Ehemann“ bei gleichgeschlechtlicher Ehe, darzustellen. Das Datenfeld für die familienrechtliche Bezeichnung hat keine registersteuernde Funktion und kann deshalb der tatsächlichen Lebenssituation der betroffenen Person jeweils variabel angepasst werden. Dieses Verfahren gestattet es auch, u.a. bei einem Wechsel der Geschlechtszugehörigkeit die korrekte neue familienrechtliche Bezeichnung zu beurkunden, ohne dass es - wie bisher - zu einer irregulären Datenverknüpfung kommt, weil beide Ehegatten die gleiche Bezeichnung führen. Perspektivisch lässt es das Verfahren im Übrigen zu, dass zukünftig auch bisher im Familienrecht nicht verwendete Bezeichnungen relativ problemlos implementiert werden können.

#### Zu Absatz 2

Durch Absatz 2 wird klargestellt, dass die Person, die das Kind geboren hat (§ 1591 BGB) im Geburtseintrag des Kindes mit der feststehenden Elementbezeichnung „1.“ nummeriert und als „Mutter“ bezeichnet wird. Diese Vorgabe ist erforderlich, weil im Familien- und Leistungsrecht an die Mutterschaft bestimmte Rechte und Ansprüche geknüpft sind. Die Mutterschaft im Sinne von § 1591 BGB kann zukünftig eindeutig an der Position („1.“) bei der Erstbeurkundung im Geburtseintrag des Kindes festgestellt werden. Die Person, deren Vaterschaft zu dem Kind nach § 1592 BGB besteht, wird bei der Erstbeurkundung im Geburtseintrag des Kindes mit der feststehenden Elementbezeichnung „2.“ nummeriert und als „Vater“ bezeichnet.

Für Elternteile, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet sind, ergibt sich aufgrund des Abstammungsrechts eine differenzierte Anwendung bei der Erstbeurkundung der Geburt eines Kindes. Soweit eine Person das Kind geboren hat, ist sie ebenfalls als „Mutter“ bei der Erstbeurkundung der Geburt zu bezeichnen. Demgegenüber kommt eine Eintragung mit der familienrechtlichen Bezeichnung „Vater“ für diesen Personenkreis nur nach rechtskräftiger Feststellung der Vaterschaft nach § 1592 Nummer 3 BGB in Betracht.

Nach § 1591 BGB ist Mutter eines Kindes die Frau, die es geboren hat. Die Vorschrift ermöglicht eine frühe, eindeutige und sicher feststellbare Zuordnung des Kindes, was dem Wohl des hilfs- und schutzbedürftigen Neugeborenen und dem Schutz der zwischen Kind und Mutter während der Schwangerschaft gewachsenen psycho-sozialen Beziehung dient. Dabei ist ohne weiteres und eindeutig feststellbar, wer das Kind geboren hat. Wendet man § 1591 BGB verfassungskonform auf intersexuelle oder transsexuelle Personen an, kann das ausschlaggebende Kriterium nicht die – personenstandsrechtliche – Einordnung der gebärenden Person als Frau sein, sondern allein die Tatsache, dass diese das Kind geboren hat. Andernfalls würde die intersexuelle oder transsexuelle Person verfassungsrechtlich unzulässig diskriminiert. In der Literatur wird vertreten, dass § 1591 BGB aufgrund einer planwidrigen Regelungslücke bei vergleichbarer Interessenlage analog auf gebärende intersexuelle und transsexuelle Personen anzuwenden ist. Wie der Bundesgerichtshof bekräftigt hat, muss sich auch eine Frau-zu-Mann-transsexuelle Person in der Geburtsurkunde des Kindes übrigens als Mutter eintragen lassen, wenn sie das Kind geboren hat. Letztlich kann aber dahinstehen, ob die Geltung des § 1591 BGB für den vorgenannten Personenkreis aus einer verfassungskonformen Anwendung oder im Rahmen einer analogen Anwendung folgt; als Mutter des Kindes im abstammungsrechtlichen Sinn ist nach § 1591 BGB jedenfalls die Person, die das Kind geboren hat, ohne Rücksicht auf die personenstandsrechtliche Einordnung dieser Person, anzusehen.

Da es beim Vater kein ähnlich klares „Publizitätsmerkmal“ wie die Geburt gibt, ist Vater eines Kindes nach § 1592 BGB der Mann, der zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter des Kindes verheiratet ist, der die Vaterschaft anerkannt hat oder dessen Vaterschaft nach § 1600d oder § 182 Absatz 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit gerichtlich festgestellt ist. Die Vorschrift knüpft an die geschlechtliche Bezeichnung „Mann“ an. Anders als bei § 1591 BGB fehlt daneben ein Zuordnungskriterium, aus dem sich eine eindeutige, unverwechselbare Zuordnung des Vaters zum Kind ergeben kann. So wie die überwiegende Meinung eine analoge Anwendung von § 1592 BGB auf Frauen als Ehegatten der Mutter ablehnt, so begegnet aus abstammungsrechtlicher Sicht eine analoge Anwendung der Vorschrift generell auf intersexuelle oder transsexuelle Personen, die nicht den Geschlechtereintrag „Mann“ aufweisen, Bedenken.

Nach geltendem Abstammungsrecht ist die Elternschaft auf der zweiten Elternstelle nach § 1592 Nummer 1 und Nummer 2 BGB an die (widerlegliche) Vermutung der genetischen Elternschaft gekoppelt. Als Vater kommt gewissermaßen in Betracht, wer die Samenzelle zur Fortpflanzung beigetragen hat oder jedenfalls haben könnte. Bei einem „Mann“ ist die Vermutung daher berechtigt, bei inter- oder transsexuellen Personen aber fraglich oder jedenfalls nur eine Fiktion. Ein Regelungswille des Gesetzgebers, der für eine (entsprechende) Anwendung der Vorschrift auf inter- und transsexuelle Personen spricht, ist fraglich, weil diese Frage bei Einführung der gleichgeschlechtlichen Ehe nicht geregelt wurde; auch die Interessenlage ist nicht einfach vergleichbar. Eine Vaterschaft im Sinne von § 1592 BGB kann sich aber nach § 1592 Nummer 3 BGB nach rechtskräftiger Feststellung als Vater ergeben. Nach § 1600d Absatz 2 BGB wird als Vater vermutet, „wer der Mutter während der Empfängniszeit beigeohnt hat“. Dabei gilt die Vermutung nicht, wenn schwerwiegende Zweifel an der Vaterschaft bestehen. Trägt also die Person, die als zeugende bzw. samengegebende Person in Frage kommt, vor, dass sie der Mutter beigeohnt hat, kann sie, jedenfalls wenn ein entsprechendes Sachverständigengutachten dies bestätigt, als Vater festgestellt werden. Insoweit kommt es dann auf das Merkmal der geschlechtlichen Einordnung als „Mann“ nicht an, weil die leibliche Abstammung des Kindes von der zeugenden Person eindeutig nachgewiesen ist.

Sollte eine leibliche Abstammung des Kindes nicht vorliegen, bleibt nur die Möglichkeit der Adoption des Kindes und daran anknüpfend die Zuordnung des Annehmenden als zweiten Elternteil neben der Mutter, was eine Gleichbehandlung mit dem Fall, dass eine Frau die zweite Elternstelle neben der Mutter besetzen will, bedeutet.

### Zu Absatz 3

Die Regelung in Absatz 3 ergänzt die Vorschrift zur Fortführung der Personenstandsregister in § 5 des Gesetzes und statuiert die bereits bestehende standesamtliche Praxis, jegliche nach der Geburtsbeurkundung eintretende Veränderung des Personenstands des Kindes in einer Folgebeurkundung zu dokumentieren. Die Regelung betrifft insbesondere Adoptiveltern des Kindes, die ausschließlich in einer Folgebeurkundung zum Geburtseintrag eingetragen werden, darin aber gleichwohl zur Wahrung des adoptionsrechtlichen Offenbarungs- und Ausforschungsverbotes (§ 1758 BGB) ebenfalls als „Mutter“ oder „Vater“ bezeichnet werden. Durch diese registerrechtliche Vorgabe wird verhindert, dass eine Veränderung der Elternschaft des Kindes (z.B. durch eine Adoption oder eine Vaterschaftsanfechtung) unmittelbar in die Erstbeurkundung der Geburt einfließt und damit die leibliche Mutterschaft oder die Vaterschaft nach § 1592 BGB zu dem Kind nicht mehr erkennbar ist. Die Regelung betrifft insoweit auch die Annahme des Kindes durch die Ehefrau oder Lebenspartnerin der Mutter bei ungeklärter Vaterschaft oder die Nachbeurkundung einer nach ausländischem Recht erlangten Elternschaft unter Mitwirkung einer Leihmutter, soweit sie nach deutschem Recht anerkannt wird.

Die Bezeichnungen „Mutter“ oder „Vater“ sind nicht obligatorisch für annehmende Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, weil mit

diesen Angaben in der Geburtsurkunde für die betroffenen Annehmenden inzident eine unzutreffende Geschlechtszugehörigkeit dokumentiert wird.

Zu Absatz 4

Die familienrechtlichen Bezeichnungen im Eheregister („Ehemann“ und „Ehefrau“) entsprechen den bisher gebräuchlichen Leittextbezeichnungen. Dies betrifft auch die für verschiedengeschlechtliche Ehegatten vorgesehene Reihenfolge der Nummerierung („1.“ für den Ehemann), die ebenfalls der bisherigen Darstellung im Registerausdruck und in der Eheurkunde folgt. Die Bezeichnungen „Ehemann“ oder „Ehefrau“ sind nicht obligatorisch für Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, weil durch diese Angaben in der Eheurkunde für die betroffenen Ehegatten inzident eine unzutreffende Geschlechtszugehörigkeit dokumentiert würde. Es wird daher für diesen Personenkreis der Begriff „Ehepartner“ angeboten.

Zu Absatz 5

Die familienrechtlichen Bezeichnungen im Lebenspartnerschaftsregister („Lebenspartner“ und „Lebenspartnerin“) können zukünftig entsprechend dem Geschlecht der Partner angepasst werden. Der bisher ausschließlich verwendete Leittext „Lebenspartner“ hat teilweise zu Unverständnis bei Lebenspartnerinnen geführt. Für Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören, wird die Bezeichnung „Lebenspartner“ angeboten, weil diese Angabe für die Betroffenen geschlechtsneutral und damit nicht diskriminierend ist.

Zu Absatz 6

Die familienrechtlichen Bezeichnungen für den Partner der verstorbenen Person im Sterberegister („Ehefrau“, „Ehemann“, „Lebenspartner“, „Lebenspartnerin“) entsprechen den bisher gebräuchlichen Leittextbezeichnungen. Diese familienrechtlichen Bezeichnungen sind nicht obligatorisch für Personen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht angehören weil durch diese Angaben in der Sterbeurkunde für die betroffenen Personen inzident eine unzutreffende Geschlechtszugehörigkeit dokumentiert würde. Es werden daher für diesen Personenkreis die Begriffe „Ehepartner“ und „Lebenspartner“ angeboten.

Zu Nummer 10 (§ 47)

Die Vorschrift stellt klar, dass für die Korrektur einer unzutreffenden familienrechtlichen Bezeichnung in einem Personenstandseintrag das Verfahren nach § 47 Absatz 1 des Gesetzes angewendet werden kann. Danach werden offenkundige Übertragungs- und Schreibfehler oder durch öffentliche Urkunden oder eigene Ermittlungen festgestellte Unrichtigkeiten in einem Personenstandseintrag durch eine Folgebeurkundung richtig gestellt. Durch die Regelung kann auch die Korrektur bereits bestehender Personenstandseinträge mit fehlerhaften Leittextangaben, insbesondere auch der in der Zeit vom 1. Oktober 2017 bis zum 31. Oktober 2018 fehlerhaft den vorhandenen feststehenden Leittexten (Ehemann und Ehefrau) zugeordneten gleichgeschlechtlichen Ehegatten erfolgen. Das Verfahren nach § 47 Absatz 1 PStG kann allerdings eine unzutreffende Zuordnung der Leittexte in der Erstbeurkundung nicht beheben, da die bereits beurkundeten Registerinhalte grundsätzlich unveränderbar sind. Den Betroffenen kann aber im Anschluss an eine berichtigende Folgebeurkundung im Personenstandsregister eine Personenstandsurkunde, u.a. eine Eheurkunde mit den zutreffenden familienrechtlichen Bezeichnungen (z.B. Ehemann / Ehemann) ausgestellt werden. Dieses Verfahren kann nach Satz 2 der Vorschrift auch für die Korrektur von Hinweisen verwendet werden.

Zu Nummer 11 (§ 56)

Außerhalb der Zuständigkeit der Standesämter fungierten als Lebenspartnerschaftsbehörden nur noch die Notare mit Amtssitz in Bayern. Die Notare in Bayern waren nach dem Bayerischen Gesetz zur Ausführung des Lebenspartnerschaftsgesetzes ausschließlich zuständig für die Begründung einer Lebenspartnerschaft und die Entgegennahme der bei der Begründung abgegebenen namensrechtlichen Erklärungen. Die Beurkundung im Lebenspartnerschaftsregister und die Mitteilungen an andere Behörden erfolgten auch in Bayern durch das Standesamt. Da eine Lebenspartnerschaft nach Artikel 3 Absatz 3 des Eheöffnungsgesetzes seit 1. Oktober 2017 nicht mehr begründet werden kann, entfiel seitdem die Zuständigkeit der Notare in Bayern als Lebenspartnerschaftsbehörde. Die nach § 56 Absatz 3 vorgesehene Mitteilung der (außerhalb des Standesamts beauftragten) Lebenspartnerschaftsbehörde ist damit obsolet.

Zu Nummer 12 (§ 58)

Die Änderung stellt klar, dass die Beurkundung der Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe und eine damit verbundene Namensänderung anderen betroffenen Standesämtern, der Meldebehörde und gegebenenfalls dem Familiengericht mitzuteilen ist.

Zu Nummer 13 (§ 59)

Da eine Lebenspartnerschaft nach Artikel 3 Absatz 3 des Eheöffnungsgesetzes seit 1. Oktober 2017 im Inland nicht mehr begründet werden kann, können künftig nur noch im Ausland begründete Lebenspartnerschaften im Lebenspartnerschaftsregister nach § 35 des Gesetzes nachbeurkundet werden. Die Änderung in § 59 Absatz 1 des Entwurfs trägt dem hinsichtlich der Mitteilungspflichten Rechnung.

Zu Nummer 14 (Anlagen 1 bis 10)

Die in der Anlage 1 der Verordnung enthaltene Liste der Datenfelder ist Grundlage für die elektronische Registerführung und legt auch datenschutzrechtlich offen, welche Einzeldaten in den Personenstandsregistern gespeichert werden dürfen.

Die in den Anlagen 2 bis 10 dargestellten Formulare für die Visualisierung der Auszüge aus den Personenstandsregistern, die Personenstandsurkunden und die Niederschrift über die Eheschließung wurden aufgrund der Einführung des neuen Beurkundungsmodells mit feststehender Nummerierung der beteiligten Personenpaare (Eltern, Ehegatten und Lebenspartner) und der dieser Nummerierung zuzuordnenden familienrechtlichen Bezeichnung des jeweiligen Betroffenen im Personenstandsregister modifiziert.

Zu Nummer 15 (Anlage 11)

Da im Inland seit 1. Oktober 2017 keine neue Lebenspartnerschaften mehr begründet werden können (Artikel 3 Absatz 3 des Eheöffnungsgesetzes) ist das bisher in Anlage 11 enthaltene Formular für die Niederschrift über die Begründung einer Lebenspartnerschaft nicht mehr erforderlich. Als Anlage 11 wird nunmehr die bisherige und an die neue Rechtslage von § 31 des Entwurfs angepasste Anlage 13 (Bescheinigung über eine Fehlgeburt nach § 31 PStV) eingefügt.

## **2. Zu Artikel 2**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Für die technische Umsetzung der in dem Entwurf enthaltenen Vorschriften müssen die für das Personenstandswesen eingesetzten elektronischen Fach-, Register- und Datenaustauschverfahren angepasst werden. Die entsprechenden Versionswechsel werden

zum 1. November eines Jahres vorgenommen. Die Änderungen können wegen der programmtechnischen Auswirkungen deshalb erst am 1. November 2018 in Kraft treten.

**Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Absatz 1 NKRG****Entwurf einer ersten Verordnung zur Änderung der Personenstandsverordnung (NKR-Nummer 4463, BMI)**

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

**I. Zusammenfassung**

<b>Bürgerinnen und Bürger</b> Jährlicher Zeitaufwand: Jährliche Sachkosten:	Geringfügige Auswirkungen Keine Auswirkungen
<b>Wirtschaft</b>	Geringfügige Auswirkungen
<b>Verwaltung</b>  <b>Länder und Kommunen</b> Jährlicher Erfüllungsaufwand: Einmaliger Erfüllungsaufwand:	1,5 Mio. Euro Pro Fall rund 0,7 Euro 15.000 Euro
<b>Evaluierung</b>	Im Rahmen dieses Regelungsvorhabens werden materiell-rechtliche Vorgaben aus dem Eheöffnungsgesetz („Ehe für alle“) technisch umgesetzt. Die technische Umsetzung unterliegt einer permanenten Kontrolle durch die zuständigen Fachgremien. Als notwendig erkannte Änderungsbedarfe werden auf diese Weise regelmäßig umgesetzt. Eine separate Evaluierung ist deshalb seitens der Bundesregierung nicht vorgesehen. Dies ist aus Sicht des NRK nachvollziehbar.

Das Ressort hat die Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwands methodengerecht und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsentwurf.

Generell zeigt sich anhand dieses Regelungsvorhabens, dass Abhängigkeiten zum Familien- und Abstammungsrecht bestehen, die derzeit teilweise noch in Inkonsistenzen münden und der weiteren Überprüfung bedürfen. Es zeigt sich weiterhin, dass die Zahl der personenstandsrechtlich verwendeten Begriffe, deren Kombinationsmöglichkeiten und deren Veränderungsmöglichkeiten im Zeitverlauf zunehmen. Damit werden Recht und Verwaltungsvollzugs komplizierter, was ggf. durch eine grundsätzliche Vereinfachung des Personenstandsregisterwesens aufgefangen werden könnte. Dies würde sich aller Voraussicht nach auch positiv auf die Anpassungs- und Wartungskosten der zugehörigen Fachverfahren und Registersysteme auswirken. Eine solche Überprüfung sollte im Rahmen einer insgesamt ohnehin notwendigen Registermodernisierung erfolgen (vgl. NKR-Gutachten 2017).

## **II. Im Einzelnen**

Das vorliegende Regelungsvorhaben sieht Anpassungen im Personenstandswesen vor. Die Änderungen betreffen das Beurkundungsverfahren, den Datenaustausch zwischen den Standesämtern sowie die Vorlagen für Registerauszüge und Personenstandsurkunden.

Diese Änderungen sind in Teilen eine Folge des Gesetzes zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts (Eheöffnungsgesetz), das am 1. Oktober 2017 in Kraft getreten ist sowie des bisher als Entwurf vorliegenden Gesetzes zur Umsetzung des Eheöffnungsgesetzes (NKR-Nr. 4437).

Darüber hinaus wird mit dem Entwurf die Regelung zur Abgrenzung von Tot- und Fehlgeburten geändert und verbessert die Möglichkeiten, Beschlüsse über Todeserklärungen zukünftig auch digital zu erfassen.

### **Beurkundungsverfahren**

In den Personenstandsregistern und -urkunden wurden bisher feststehende Leittexte („Vater“ und „Mutter“ oder „Ehemann“ und „Ehefrau“) verwendet. Diese führten in Einzelfällen zu unzutreffenden und irreführenden Beurkundungen, weil das Familienrecht verschiedene Konstellationen zulässt, die mit dem vorhandenen Beurkundungsverfahren im Personenstandsrecht nicht mehr umzusetzen waren (u.a. gleichgeschlechtliche Ehen durch den Geschlechtswechsel eines Ehegatten, Adoption eines Kindes durch die Lebenspartnerin der Mutter, Anerkennung ausländischer Entscheidungen und Registereintragung zu gleichgeschlechtlichen Eltern). Diese Beurkundungsprobleme treten durch das Eheöffnungsgesetz nunmehr in einer Vielzahl von Fällen auf.

Die jetzt vorgesehene Lösung sieht vor, die Eintragungen (Leittexte) einerseits neutral zu gestalten, andererseits eine Entkoppelung von den zu verwendenden familienrechtlichen Bezeichnungen vorzunehmen. Dies wird durch einen Eintrag erreicht, der den beteiligten Personen (Eltern, Ehegatten und Lebenspartnern) lediglich eine feststehende Nummer zuordnet. Zu jeder Nummer (1 oder 2) wird sodann die individuelle familienrechtliche Bezeichnung des jeweiligen Betroffenen in einem separaten Datenfeld im Personenstandsregister hinzugespeichert. Dadurch ist es möglich, alle denkbaren Kombinationen einschließlich eines nicht dokumentieren bzw. eines dritten Geschlechts darzustellen, ohne unnötig in die Struktur und Datenfelder der Personenstandsregister eingreifen zu müssen.

#### Datenaustausch

Die Modifizierungen des Beurkundungsverfahrens bedingen Änderungen in den Personenstandsregistern und den verwendeten Datenfeldern (Anlage 1 zur PStV). Darauf aufbauend sind auch die Formulare für die Registerausdrucke (Anlagen 2 bis 5 zur PStV), die Personenstandsurkunden (Anlagen 6 bis 9 zur PStV) und die Niederschrift über die Eheschließung (Anlage 10 zur PStV) anzupassen.

#### Abgrenzung von Tot- und Fehlgeburten

Dauert eine Schwangerschaft länger als 24 Wochen an, wird das Kind jedoch mit einem Gewicht von unter 500 Gramm tot geboren, gilt dies bisher als Fehlgeburt. Die betroffenen Frauen haben in diesen Fällen keinen Anspruch auf Mutterschutz, der nur bei Totgeburten gewährt wird. Die Neuregelung orientiert sich an Regelungen in anderen europäischen Ländern und sieht vor, die Abgrenzung zwischen Tot- und Fehlgeburt nicht allein vom Gewicht des Kindes sondern auch von der Dauer der Schwangerschaft abhängig zu machen.

#### Beschlüsse über Todeserklärungen

Die Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen beim Standesamt I in Berlin muss nach bisherigem Recht immer noch in Papierform erfolgen. Für eine effizientere Abwicklung werden nun die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um einerseits das ersetzende Scannen der Beschlüsse sowie das Einpflegen der zum Auffinden erforderlichen Grunddaten im elektronischen Suchverzeichnis zu ermöglichen.

**II.1 Erfüllungsaufwand**

Das Regelungsvorhaben steht in engem Zusammenhang mit dem Gesetzentwurf zur Umsetzung des Eheöffnungsgesetzes (NKR-Nr. 4437) und dem Gesetzentwurf zur Änderungen des Geburtenregisters (NKR-Nr.4427). Ein Teil des Aufwandes der in diesem Regelungsvorhaben konkretisierten Maßnahmen wird daher in den beiden anderen Regelungsvorhaben bilanziert.

Das Ressort hat die Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand übersichtlich und methodengerecht dargestellt. Es hat die Länder um Rückmeldung zum Vollzugaufwand gebeten. Zwei Länder haben hierzu Stellung genommen. Ihre Rückmeldungen wurden vom Ressort berücksichtigt.

**Bürgerinnen und Bürger**

Für Bürgerinnen und Bürgern entstehen geringfügig Auswirkungen, etwa in Bezug auf die geänderte Abgrenzung von Tot- und Fehlgeburten.

**Wirtschaft**

Für die Krankenhäuser entsteht geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die in der Verordnung geänderte Abgrenzung zwischen Tot- und Fehlgeburt. In rund 10 Prozent der jährlich 3.000 Totgeburten, d.h. in 300 Fällen pro Jahr, muss eine zusätzliche Anzeige der Geburt an das Standesamt erfolgen.

**Verwaltung (Länder/Kommunen)**

Die Vorgaben zur Berichtigung von unzutreffenden familienrechtlichen Bezeichnungen und zur Beurkundung des Geschlechts der Eltern eines Kindes im Geburtenregister sowie des Ehegatten oder Lebenspartners eines Verstorbenen im Sterberegister sind dem Personenstandsgesetz zuzuordnen und im Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts (NKR-Nr. 4437) dokumentiert.

Die sonstigen Auswirkungen auf den jährlichen Erfüllungsaufwand betreffen ebenfalls die kommunalen Standesämter und können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden. Für die Ermittlung des Erfüllungsaufwands wurden die Lohnkosten für den mittleren und gehobenen Dienst in der Kommunalverwaltung zugrunde gelegt.

lfd. Nr.	Vorschrift	Änderung	Informationspflicht	Fallzahl pro Jahr	Zeit	Lohnsatz	Belastung	Entlastung	Saldo in €
1	Artikel 1 Nummer 7 (§ 31 PStV)	erweitert	Beurkundung von Totgeburten ab 24. Schwangerschaftswoche	300	30 min	42,30 €	6.345 €		6.345 €
2	Artikel 1 Nummer 8 (§ 41 PStV)	erweitert	Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen, bei gleichzeitigem Wegfall der Eingabe in die Suchdatei	1200	5 min	31,50 €	3.150 €	3.150 €	0 €
3	Artikel 1 Nummer 9 (§ 42 PStV)	erweitert	Beurkundung des Personenstands mit individueller familienrechtlicher Bezeichnung	2.200.000	1 min	42,30 €	1.551000 €		1.551.000 €
4	Artikel 1 Nummern 13 (§ 59 Absatz 1, PStV)	vereinbart	Wegfall der Mitteilung des Standesamts an andere Behörden über Begründung von Lebenspartnerschaften in Deutschland, gleichzeitig Anstieg der Mitteilungen über gleichgeschlechtliche Eheschließungen	7.000	5 min	31,50 €	18.375 €	18.375 €	0 €
			Insgesamt				1.578.870 €	21.525 €	1.557.345 €

Zu Nr. 2 der Tabelle entsteht zudem einmaliger Umstellungsaufwand. Die Digitalisierung der Sammlung der Beschlüsse über Todeserklärungen beim Standesamt I in Berlin erfordert die Änderung des Fachverfahrens (Erweiterung Datenfelder, Generierung einer Bescheinigung aus dem Datenbestand und Einbettung des Scans) und kostet insgesamt 15.000 Euro.

Bei den Gemeinden ist aufgrund sonstiger Anpassungen der in den Standesämtern eingesetzten Software eine Erhöhung der jährlichen Wartungs- und Pflegekosten zu erwarten. Diese können nach Aussage des Ressorts angesichts der unterschiedlichen Gestaltung der in den Standesämtern eingesetzten Fach- und Registerverfahren für die elektronische Personenstandsbeurkundung nicht konkret beziffert werden. Auf Nachfrage schätzte das Ressort, dass sich die Erhöhung der Pflegekosten einschließlich allgemeiner Preissteigerungen für alle seit 2017 erforderlichen Anpassungen im Personenstandsrecht, u.a. für die Einführung der gleichgeschlechtlichen Ehe und einer positiven Geschlechtsbezeichnung für Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (vgl. NKR-Nr. 4427), auf rund 3 Prozent belaufen, was Schätzungen zufolge rund 150.000 Euro pro Jahr entspricht.

## II.2 Erwägungen zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung und zu anderen Lösungsmöglichkeiten

Das Ressort hat andere Lösungen zur Anpassung der Leittexte in den Personenstandsregistern und Personenstandsurkunden geprüft, aber als weniger überzeugend bewertet.

So wäre eine automatisierte Zuordnung der richtigen Leittexte für gleichgeschlechtliche Ehegatten oder Eltern nur mit einem erheblichen Programmieraufwand zu realisieren gewesen, weil für eine geschlechtsabhängige Programmierung mehrere Zirkelbezüge notwendig gewesen wären. Diese Programmierungen hätten wiederum von allen korrespondierenden Personenstandsregistern und Datenaustauschverfahren nachvollzogen werden müssen.

Als Lösungsmöglichkeit wurde auch erwogen, die in den Personenstandsregistern vorhandenen Leittexte zu neutralisieren und statt „Vater“ und „Mutter“ die Leittexte „Elternteil 1“ und „Elternteil 2“ sowie statt „Ehemann“ und „Ehefrau“ die Leittexte „Ehegatte 1“ und „Ehegatte 2“ zu verwenden. Dies hätte allerdings zu Inkonsistenzen zu bereits beurkundeten Personenstandsfällen geführt.

Verworfen wurde die Möglichkeit, dass die verheiratete Partnerin einer Mutter automatisch an die Stelle des bisher mit „Vater“ bezeichneten Registereintrags rückt. Bekommt also eine Frau in einer gleichgeschlechtlichen Ehe ein Kind, ist ihre Partnerin gezwungen, dieses zu adoptieren, um im Geburtenregister unter dem neuen Leittext 2 (ehemals ausschließlich „Vater“) als (zweite) Mutter eingetragen zu werden. Hier besteht ein Unterschied zum bestehenden Verfahren für verschiedengeschlechtliche Ehen, bei denen der Ehemann – ob leiblicher Vater oder nicht – automatisch als Vater eingetragen wird. Begründet wird der fortbestehende Unterschied mit weitreichenden Folgen für das Familien- und Abstammungsrecht, in dem die feststehenden Begrifflichkeiten „Mutter“ und „Vater“ mit spezifischen Rechtsfolgen einhergehen. Diese weitergehende „Rechtsbereinigung“ werde separat erfolgen und sei Bestandteil einer ohnehin geplanten Überprüfung des Familien- und Abstammungsrechts.

Zudem zeigt sich, dass durch das Eheöffnungsgesetz und durch die (an anderer Stelle normierte) Möglichkeit, ein drittes Geschlecht eintragen zu lassen, die Zahl der personenstandsrechtlich verwendeten Begriffe (Mutter, Vater, Elternteil, Ehemann, Ehefrau, Ehegatte, etc.), deren Kombinationsmöglichkeiten und deren Veränderungsmöglichkeiten im Zeitverlauf zunehmen. Den Anforderungen der Lebenswirklichkeit folgend, werden Recht und Verwaltungsvollzug komplizierter. Unabhängig vom vorliegenden Regelungsentwurf stellt sich daher die Frage, ob das Personenstands- bzw. dessen Registerwesen insgesamt technisch vereinfacht werden sollte. Dies würde sich – auch bei zukünftigen Änderungen – positiv auf die Anpassungs- und Wartungskosten der zugehörigen Fachverfahren

und Registersysteme auswirken. Unklar ist z.B., warum Geburtenregister, Eheregister, Lebenspartnerschaftsregister und Sterberegister nicht zu einem Personenregister gebündelt werden, das (wie in anderen Ländern auch) sogar mit dem Melderegister zusammengeführt werden könnte. Eine solche Überprüfung und Vereinfachung sollte im Rahmen einer ohnehin notwendigen Registermodernisierung erfolgen (vgl. NKR-Gutachten 2017 "Mehr Leistung für Bürger und Unternehmen: Verwaltung digitalisieren. Register modernisieren.").

### **II.3 Evaluierung**

Eine Evaluierung der spezifischen Regelungen dieses Regelungsvorhabens ist seitens der Bundesregierung nicht vorgesehen. Diese sei nicht erforderlich, weil sich die Verordnung im Wesentlichen darauf beschränkt, die technischen Bedingungen für die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen des Eheöffnungsgesetzes zu schaffen. Eine Evaluierung könnte deshalb unabhängig vom Ergebnis keine Auswirkungen auf die gesetzlich vorgegebene Einführung der gleichgeschlechtlichen Ehe, sondern allenfalls auf die methodische Umsetzung der Beurkundung in den Standesämtern haben. Die entsprechenden Vorgaben in der Personenstandsverordnung unterliegen zudem einer permanenten Kontrolle und eingehenden Überprüfung durch die zuständigen Gremien der XÖV-Verfahren in der Innenverwaltung und die daran beteiligten Kreise (insbesondere Länder). Wird dabei ein Änderungsbedarf festgestellt, wird dieser stets - gegebenenfalls nach Anpassung der Personenstandsverordnung - in den zukünftigen Versionen der elektronischen Fach- und Registerverfahren umgesetzt.

Diese Begründung ist aus Sicht des NRK nachvollziehbar. Obgleich ein jährlicher Erfüllungsaufwand von mehr als einer Million Euro entsteht, ist dieser allein auf die hohe Fallzahl bei der Beurkundung des Personenstands mit individueller familienrechtlicher Bezeichnung zurückzuführen, die für sich genommen ein relativ einfacher Vorgang ist. Durch eine formale Evaluierung wären keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten.

Dennoch besteht aus Sicht des NKR der generelle Bedarf, die Wechselwirkungen von Personenstands-, Familien- und Abstammungsrecht zu überprüfen, um Inkonsistenzen abzubauen, wie sie sich z.B. in der unter II.2 beschriebenen Konstellation Mutter/Mutter ergeben.

**III. Ergebnis**

Das Ressort hat die Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwands methodengerecht und nachvollziehbar dargestellt. Der Nationale Normenkontrollrat erhebt im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsentwurf.

Generell zeigt sich anhand dieses Regelungsvorhabens, dass Abhängigkeiten zum Familien- und Abstammungsrecht bestehen, die derzeit teilweise noch in Inkonsistenzen münden und der weiteren Überprüfung bedürfen. Es zeigt sich weiterhin, dass die Zahl der personenstandsrechtlich verwendeten Begriffe, deren Kombinationsmöglichkeiten und deren Veränderungsmöglichkeiten im Zeitverlauf zunehmen. Damit werden Recht und Verwaltungsvollzugs komplizierter, was ggf. durch eine grundsätzliche Vereinfachung des Personenstandsregisterwesens aufgefangen werden könnte. Dies würde sich aller Voraussicht nach auch positiv auf die Anpassungs- und Wartungskosten der zugehörigen Fachverfahren und Registersysteme auswirken. Eine solche Überprüfung sollte im Rahmen einer insgesamt ohnehin notwendigen Registermodernisierung erfolgen (vgl. NKR-Gutachten 2017).

Dr. Ludewig  
Vorsitzender

Holtschneider  
Berichterstatter