



Spitzenverband

Niederschrift

**über die Fachkonferenz
Leistungs- und Beziehungsrecht**

**am 17.06.2021 in Berlin
per Microsoft Teams**



Inhaltsübersicht:

	<u>Seite</u>
1. § 13 SGB V – Kostenerstattung; hier: Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Ge- setzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patien- ten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V	5
2. § 62 SGB V – Belastungsgrenze; hier: Überarbeitung der Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstat- tung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V aufgrund des Handels- und Kooperationsabkommens (Partnerschaftsvertrag) zwischen der EU und dem Vereinigten Königs- reich	9
3. § 276 SGB V – Zusammenarbeit; hier: Umsetzung der Anforderung § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V (neu durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG))	13



- nicht besetzt -



Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 17.06.2021 in Berlin

1. § 13 SGB V – Kostenerstattung;

hier: Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens 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

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, 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 oder elektronisch 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 und Satz 5 1. Satzteil bis Satz 7 SGB V).

Mit dem gemeinsamen Rundschreiben (GR) vom 26.09.2018 zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zuletzt umfangreiche Hinweise zur Umsetzung gegeben. Dabei wurden nicht nur bisher relevante Rechtsprechungen des BSG berücksichtigt, sondern auch wesentliche Aussagen insbesondere zum Anwendungsbereich der von der Genehmigungsfiktion erfassten Leistungen, zu den Antragsbearbeitungsfristen, den Folgen der Genehmigungsfiktion, der Rücknahme von Verwaltungsakten bei Eintritt der Genehmigungsfiktion und zu den Voraussetzungen für die Kostenerstattung getroffen.



Der 1. Senat des BSG hatte mit Urteil vom 26.05.2020 – B 1 KR 9/18 R – seine bisherige Rechtsprechung, die Versicherten im Falle der Genehmigungsfiktion einen eigenständigen Naturalleistungsanspruch eingeräumt hatte, aufgegeben. Er vertritt seitdem die Auffassung, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch begründet. Sie vermittelt den Versicherten lediglich eine Rechtsposition sui generis, die zur Selbstbeschaffung der beantragten Leistung berechtigt und daher auch nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung führen kann. Der 1. Senat hatte im Weiteren ausgeführt, dass der Anspruch auf Kostenerstattung auch bei einer materiellen Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung besteht, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung gutgläubig war (Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung zur „subjektiven Erforderlichkeit“). Zudem stellte der Senat klar, dass die Genehmigungsfiktion nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes hat, sodass die Krankenkasse auch nach Ablauf der in § 13 Abs. 3a SGB V genannten Fristen über den gestellten Leistungsantrag zu entscheiden und das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen hat.

Durch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz-DVG) vom 09.12.2019 (BGBl. I S.2563) wurde ein Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 33a SGB V eingeführt. Die Vorschrift regelt den Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit den in § 33a Abs. 1 SGB V definierten digitalen Gesundheitsanwendungen, deren Erstattungsfähigkeit entweder eine ärztliche Verordnung oder eine Genehmigung durch die Krankenkasse voraussetzt. Aufgrund des Gesetzes zur Digitalisierung von Verwaltungsverfahren bei der Gewährung von Familienleistungen vom 03.12.2020 (BGBl. I S. 2668) wurde die Regelung, elektronische Verwaltungsakte bekannt zu geben, mit Wirkung vom 10.12.2020 erneut modifiziert.

Das GR wurde insbesondere an die aktuelle BSG-Rechtsprechung vom 26.05.2020 angepasst und um die für die Genehmigungsfiktion relevanten Regelungen des Digitale-Versorgungs-Gesetz-DVG und des Gesetzes zur Digitalisierung von Verwaltungsverfahren bei der Gewährung von Familienleistungen ergänzt.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass aufgrund der BSG-Rechtsprechung vom 26.05.2020 – B 1 KR 9/18 R – und zahlreich zwischenzeitlich eingetretener gesetzlicher Änderungen eine Anpassung des GR zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V erforderlich ist.

Das GR zu den 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 in der Fassung vom 18./19.03.2020 ab. Das aktualisierte GR ist als Anlage beigefügt, die Anpassungen können der Änderungshistorie entnommen werden.

Anlage



- nicht besetzt -



GKV–Spitzenverband¹, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

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

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 in der Fassung vom 17.06.2021

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

Vorwort

Dieses gemeinsame Rundschreiben (GR) vom 26.09.2018 wurde angepasst und 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 26.09.2018 in der Fassung vom 18./19.03.2020 ab.

Die bisherigen Anpassungen des Rundschreibens waren u. a. aufgrund zahlreicher zwischenzeitlich vom Bundessozialgericht (BSG) ergangener Urteile notwendig gewesen. Ein Hauptaugenmerk lag 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 den Neufassungen des gemeinsamen Rundschreibens zugrunde gelegt.

Die Notwendigkeit einer neuerlichen Anpassung des GR ergab sich aufgrund eines vollzogenen Paradigmenwechsels des 1. Senats des BSG in seinem Urteil vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R. Der Senat vertritt nun die Auffassung, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständig durchsetzbaren Sachleistungsanspruch begründet. Sie vermittelt den Versicherten lediglich eine vorläufige Rechtsposition (*sui generis*), die zur Selbstbeschaffung der beantragten Leistung berechtigt und kann daher auch nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung führen. Seine bisherige Rechtsprechung, die Versicherten im Falle der Genehmigungsfiktion einen eigenständigen Naturalleistungsanspruch eingeräumt hatte (vgl. zuletzt Urteil vom 27.08.2019, B 1 KR 36/18 R), hat der Senat aufgegeben. Dieser geänderten Rechtsprechung hat sich der 3. Senat des BSG in seinen Urteilen vom 18.06.2020 (B 3 KR 13/19 R, B 3 KR 6/19 R und B 3 KR 14/18 R) angeschlossen und dabei neben einem Anspruch auf Kostenerstattung ausdrücklich auch einen Anspruch auf Kostenfreistellung als mögliche Rechtsfolge einer fingierten Genehmigung benannt.

Der 1. Senat hat in seinem Urteil vom 26.05.2020 ausgeführt, dass der durch die Genehmigungsfiktion begründete Anspruch auf Kostenerstattung auch bei einer materiellen Rechtswidrigkeit der selbstbeschafften Leistung besteht, wenn der Versicherte im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung gutgläubig war (Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung zur „subjektiven Erforderlichkeit“). Schließlich hat der Senat festgestellt, dass die Genehmigungsfiktion nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes hat und die Krankenkasse daher auch nach Ablauf der in § 13 Abs. 3a SGB V genannten Fristen über den gestellten Leistungsantrag zu entscheiden und das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen hat. Auch insoweit hat der Senat seine bisherige Rechtsprechung (vgl. etwa Urteile vom 11.7.2017, B 1 KR 26/16 KR, und vom 27.8.2019, B 1 KR 36/18 R) also aufgegeben.

Des Weiteren wurde im GR der mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgungs-Gesetz-DVG) vom 09.12.2019 (BGBl. I S.2563) zum 19.12.2019 eingeführte Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 33a SGB V aufgenommen. Die Vorschrift regelt den Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit den in § 33a Abs. 1 SGB V definierten digitalen Gesundheitsanwendungen, deren Erstattungsfähigkeit entweder eine ärztliche Verordnung oder eine Genehmigung durch die Krankenkasse voraussetzt.

Mit Einführung des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12.06.2020 (BGBl. I S. 1248), welches am 01.07.2020 in Kraft getreten ist, wurde im § 37 SGB X ein neuer Absatz 2b eingefügt, der für Krankenkassen eine von § 37 Abs. 2a SGB X abweichende Möglichkeit vorsah, elektronische Verwaltungsakte bekannt zu geben. Auch § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V (Mitteilung eines hinreichenden Grundes) wurde entsprechend ergänzt. Durch das Gesetz zur Digitalisierung von Verwaltungsverfahren bei der Gewährung von Familienleistungen vom 03.12.2020 (BGBl. I S. 2668) wurde diese Regelung mit Wirkung vom 10.12.2020 erneut modifiziert. Die bisherigen Aussagen zur Bekanntgabe und zum Abruf von elektronischen Verwaltungsakten wurden daher ebenfalls in der neuen Fassung des GR der aktuellen Gesetzeslage angepasst.

Das Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 sieht u. a. vor, dass die bisherigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zukünftig als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinische Dienste (MD) und Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt werden. Die im GR bisher aufgeführten Bezeichnungen werden daher aufgrund der durch das MDK-Reformgesetz geregelten und eingeleiteten Organisationsreform durch die Bezeichnungen Medizinischer Dienst (MD) und Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) ersetzt.

Bei zukünftigem Änderungsbedarf wird das GR auch weiterhin regelmäßig aktualisiert und die Änderungen werden in der entsprechenden Änderungsübersicht aufgeführt (vgl. Abschnitt 1). In der Gesamtausgabe des GR wird unter „Stand“ auf das Datum der letzten Änderung bzw. Anpassung hingewiesen. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffene/n Passage/n der Änderung/en entnommen werden. Soweit dort keine Änderungen vermerkt sind, befindet sich der Text in der jeweiligen Ursprungsfassung. Die in diesem Rundschreiben aufgeführten Beispiele sind unabhängig von Jahreszahlen dargestellt, so dass kalenderjahresabhängige Änderungen nicht notwendig sind.

Mit diesem Rundschreiben geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene grundlegende Hinweise zu den in diesem Kontext relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen, um so eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis zu gewährleisten.

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.

Das gemeinsame Rundschreiben vom 26.09.2018 in der Fassung vom 17.06.2021 löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben in der Fassung vom 18./19.03.2020 ab.

Inhaltsverzeichnis

1. Änderungsübersicht	7
2. Gesetzliche Grundlagen	10
3. Allgemeines	11
4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V	12
4.1 Sozialleistungen	12
4.2 Keine Sozialleistungen	13
4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen	15
4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen	26
4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche	26
4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns	26
4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung	27
4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf	27
4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	27
4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V	28
5. Leistungsberechtigte	29
6. Antrag	30
6.1 Formerfordernis	30
6.2 Sonstige Anforderungen	30
6.3 Hinreichend bestimmter Antrag	31
6.4 Zugang des Antrags	32
6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden	32
6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden	32
6.4.2.1 Brief	32
6.4.2.2 Telefax	33
6.4.2.3 Elektronische Willenserklärung	33
6.4.2.4 Anrufbeantworter	34
7. Gutachtliche Stellungnahme	35
7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MD	35
7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie	36
7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren	37
8. Leistungsentscheidung	38
8.1 Bevollmächtigte	38
8.2 Form	39

8.3 Bekanntgabe	39
8.3.1 Schriftlicher Verwaltungsakt	39
8.3.2 Bekanntgabe eines elektronischen Verwaltungsaktes	40
9. Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V	41
9.1 Definition eines hinreichenden Grundes	41
9.2 Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes	41
9.3 Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes	42
9.4 Hinreichende Gründe	42
9.5 Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)	45
10. Fristenberechnung	48
11. Genehmigungsfiktion	51
12. Folgen der Genehmigungsfiktion	52
12.1 Kostenerstattung	53
12.1.1 Selbstbeschaffung	53
12.1.2 Zulässigkeit der Selbstbeschaffung	53
12.1.3 Selbstbeschaffung im Ausland	55
12.1.4 Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung	55
12.2 Kostenfreistellung	57
13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion	58
13.1 Verwaltungsakt	58
13.2 Rechtsposition sui generis	58
13.3 Erledigung auf andere Weise	59
14. Inkrafttreten/Übergangsregelung	60

1. Änderungsübersicht

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
26.09.2018	Neufassung
18./19.06.2019	Inhaltsverzeichnis und Fußnoten aktualisiert
	Vorwort ergänzt um neue BSG-Rechtsprechung und redaktionell überarbeitet
	Gesamtes Rundschreiben redaktionell überarbeitet
	Abschnitt 4.3, Nr. 20 – Arzneimittel [ergänzt]: Aussagen zu besonderer Versorgung und Mehrkosten oberhalb des Festbetrags in atypischen Fällen ergänzt
	Abschnitt 4.3, Nr. 22 – Hilfsmittel [ergänzt]: Leistungsrechtliche Aussagen zur Einordnung der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterscheidung des Fristenregimes nach dem SGB V und dem SGB IX eingearbeitet
	Abschnitt 6.3 – Hinreichend bestimmter Antrag [ergänzt]: Aussagen zur Wirkung der Genehmigungsfiktion bei vertragsärztlicher Folgeverordnung von Arzneimitteln mit Mehrkosten oberhalb Festbetrag aufgenommen
	Abschnitt 12.2.2 – Selbstbeschaffung im Ausland [neu]: Aussagen zur Selbstbeschaffung von fiktiv genehmigten Leistungen im Ausland eingefügt
18./19.03.2020	Vorwort redaktionell angepasst und aktuellste BSG-Rechtsprechung eingearbeitet; Auflistung bisheriger BSG-Urteile zum Zweck der Übersichtlichkeit entfernt
	Inhaltsverzeichnis aktualisiert
	Gesamten Text geschlechterspezifisch angepasst und redaktionell überarbeitet
	Abschnitt 8 – Leistungsentscheidung [ergänzt]: Begriff „Leistungsentscheidung“ i.S.v. § 13 Abs. 3a SGB V präzisiert
	Abschnitt 8.3.1 – Schriftlicher Verwaltungsakt [ergänzt]: Möglichkeit der Zustellung nach § 4 VwZG eingearbeitet
	Abschnitt 9 – Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V [ergänzt]: Wohnsitz im Ausland ist kein Fristverlängerungsgrund
	Abschnitt 9.4 und 9.5 – Hinreichende Gründe und Prognose [ergänzt]: Pandemie bzw. Epidemie als hinreichenden Grund aufgenommen
	Abschnitt 11 – Genehmigungsfiktion [ergänzt]:

	Begriff der subjektiven Erforderlichkeit weiter ausgeführt und Aussagen zu formalen und gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen ergänzt
	Abschnitt 13 – Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion [ergänzt]: Rückgriff auf die Regelungen des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG) zur entsprechenden Anwendung auf Rücknahmen fingierter Genehmigungen nicht möglich
17.06.2021	Vorwort redaktionell angepasst und aktuellste Rechtsnormen und BSG-Rechtsprechung angeführt; Hinweis auf Änderung der Begriffe MD und MD Bund und Anpassung im Gesamtdokument vorgenommen
	Abschnitt 2 – Gesetzliche Grundlagen [ergänzt]: § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V um die Möglichkeit der elektronischen Mitteilung eines hinreichenden Grundes ergänzt
	Abschnitt 3 – Allgemeines [geändert]: Begriff der „Gutgläubigkeit“ als Voraussetzung für die Kostenerstattung aufgenommen
	Abschnitt 4 – Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V [ergänzt]: Begriff der „Gutgläubigkeit“ ergänzt
	Abschnitt 4.3 – Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen [gestrichen]: Unter 14. Wegfall der Genehmigungspflicht von humangenetischen Leistungen ab dem 01.01.2021 Unter 21. Wegfall des Genehmigungsverfahrens bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls
	Abschnitt 4.3 – Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen [neu]: Unter 23. Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V als neue Leistung aufgenommen
	Abschnitt – 8.3.2 Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes [neu]: Aufnahme des § 37 Abs. 2b SGB X, neu geregelt mit Einführung des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12.06.2020 und zwischenzeitlich neu gefasst durch Gesetz zur Digitalisierung von Verwaltungsverfahren bei der Gewährung von Familienleistungen vom 03.12.2020 mit Wirkung vom 10.12.2020
	Abschnitt 11 – Genehmigungsfiktion [geändert]: Kriterium der Gutgläubigkeit der Versicherten als Voraussetzung für Eintritt Genehmigungsfiktion aufgenommen, Aussagen zur subjektiven Erforderlichkeit gestrichen
	Abschnitt 12 – Folgen der Genehmigungsfiktion [geändert]: Begründung zum Wegfall des Sachleistungsanspruches aufgenommen

	<p>Abschnitt 13 – Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion [geändert]: Unterabschnitte 13.1 und 13.2 unterteilt wegen Unterscheidung der bisherigen Rechtsauffassung zur Aufhebung der fingierten Genehmigung (Verwaltungsakt) und der neuen Rechtsposition sui generis und Unterabschnitt 13.3 an neue Rechtsprechung angepasst</p>
--	---

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 3 Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von 5 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 3 Wochen gutachtlich Stellung. 4Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von 6 Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von 4 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 oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. 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 des Neunten Buches 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 alle Berechtigten die ihnen zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhalten.

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 erforderliche Leistung selbst beschaffen und sich die hierdurch entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen. Dies setzt nach der aktuellen Rechtsprechung jedoch die Gutgläubigkeit der Versicherten zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung voraus.

Bei der Vorschrift handelt es sich folglich um eine Regelung, die eine Sanktionsmöglichkeit der Versicherten gegen die Krankenkassen darstellt, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen erwogenen Zeitraum über den Leistungsantrag entscheiden oder die Versicherten nicht, nicht rechtzeitig oder unzureichend über die Hinderungsgründe der Leistungsentscheidung informiert haben.

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 nach der aktuellen Rechtsprechung auch die Leistungen, auf die die Leistungsberechtigten zwar keinen materiellen Leistungsanspruch hatten, diese aber von ihnen gutgläubig selbstbeschafft wurden. 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 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 die Einzelnen

verwirklichen. Geldleistungen realisieren sich in der Zahlung eines Geldbetrages, bei Sachleistungen erhalten die Empfangenden 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 den Empfangenden 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 die 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 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 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 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 den Einzelnen zur Verwirklichung ihrer 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 von den Arbeitgebenden der im Ausland beschäftigten Mitglieder, so dass nicht die Krankenkasse, sondern die Arbeitgebenden leistungspflichtig sind. Die Erstattung der den Arbeitgebenden 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 (Arbeitgebende) gegenüber der (insoweit) letztlich zuständigen Krankenkasse. Dies gilt auch, wenn die Arbeitgebenden ihre Erstattungsansprüche an den Versicherten wirksam – also mit Zustimmung der Krankenkasse – abgetreten haben und Versicherte anstelle der Arbeitgebenden die Erstattung der selbstgetragenen Kosten gegenüber der Krankenkasse begehrt, da sich die Rechtsnatur der Forderung (Erstattungsanspruch) nicht ändert und die Versicherten insoweit „lediglich“ an die Stelle der Arbeitgebenden treten.

Bei Verweigerung einer Leistungsgewährung durch die Arbeitgebenden wandelt sich der Sachleistungsanspruch der Versicherten allerdings in einen (systemversagensbezogenen) Kostenerstattungsanspruch um, der durch die 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 die Versicherten ohne Abtretungserklärung der Arbeitgebenden und diesbezügliche Zustimmung der Krankenkasse ist – obwohl höchstrichterlich bislang noch nicht eindeutig entschieden – anzunehmen, dass die Krankenkasse insoweit an die Stelle der Arbeitgebenden 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 Arbeitgebende** sind keine Sozialleistungen im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I, da es sich nicht um Zahlungen an Versicherte 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 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 den 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 den 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.

§ 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 vorgesehen (siehe Abschnitt 12). Im Falle des Antrags auf Erstattung der Kosten ist die Leistungsanspruchnahme jedoch bereits erfolgt, so dass die Leistung gerade nicht mehr selbst beschafft werden muss. Dies gilt gleichermaßen für den Fall, dass die Arbeitgebenden die Leistungsgewährung nach § 17 Abs. 1 SGB V verweigern oder die Versicherten unmittelbar – also ohne vorherige Einschaltung der Arbeitgebenden – die Erstattung der entstandenen Kosten aufgrund selbstbeschaffter Sozialleistungen gegenüber der Krankenkasse beantragen.

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),
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. **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).

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

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

17. **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).

18. **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 Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies den 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 die Zahnärztin oder der Zahnarzt bereits vor Einschaltung der Krankenkasse entschieden hat, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht. Die Mitteilung der Zahnärztin oder des Zahnarztes ist lediglich als Information zu werten und stellt keinen Antrag der Versicherten zur Überprüfung der Entscheidung der Zahnärztin oder des Zahnarztes dar. Auch die evtl. Einleitung eines Gutachtens durch die Krankenkasse ändert hieran nichts. Etwas Anderes gilt nur, wenn die Versicherten – nach der Mitteilung der Zahnärztin oder des Zahnarztes – nochmal ausdrücklich einen Antrag auf die begehrte kieferorthopädische Behandlung bei der Krankenkasse stellt.

19. **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 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 Besonderheit besteht auch bei der Verordnung von Festbetragsarzneimitteln. Hier können Versicherte bei Vorliegen eines atypischen Ausnahmefalls, in dem aufgrund ungewöhnlicher Individualverhältnisse eine ausreichende Versorgung zum Festbetrag nicht möglich ist, die Übernahme der Mehrkosten oberhalb des Festbetrags bei ihrer Krankenkasse beantragen. Ein derartiger Fall kann vorliegen, wenn die festbetragsgebundenen Arzneimittel

objektiv festgestellte unerwünschte Nebenwirkungen im Sinne einer wesentlichen Bedingung verursachen, die die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen. In diesen Fällen ist ebenfalls § 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. Dies gilt auch bei einer vertragsärztlichen Verordnung im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt und erstreckt sich auch auf Verordnungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V ausgestellt werden. Weitere Verordnungen zur Anpassung der Dosierung von Cannabis oder, um zwischen getrockneten Cannabisblüten oder zwischen Cannabisextrakten in standardisierter Qualität zu wechseln, bedürfen keiner erneuten Genehmigung. Im Weiteren ist auch hier § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

20. **Heilmittel** nach § 32 SGB V,

Anmerkung:

Gemäß § 32 Abs. 1c SGB V bedürfen Verordnungen von Heilmitteln mit Ausnahme des Genehmigungsverfahrens nach Absatz 1a Satz 2 nun keiner Genehmigung mehr durch die Krankenkasse. Auch die Unterscheidung zwischen Verordnungen innerhalb und außerhalb des Regelfalls ist entfallen. Die neuen Heilmittelrichtlinien sind zum 01.01.2021 in Kraft getreten. Derartige Leistungen können Versicherte unabhängig von einer Entscheidung der Krankenkasse immer direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen.

Zu den nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfassten **Anträgen auf Genehmigung langfristig notwendiger Heilmittel** nach § 32 Abs. 1a SGB V siehe Abschnitt 4.4.4.

21. **Hilfsmittel** nach § 24e bzw. § 33 SGB V,

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 nehmen 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 den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V findet grds. bei der Versorgung mit Hilfsmitteln Anwendung, die zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V bestimmt sind. Eine Hilfsmittelversorgung, die dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dient, fällt unter das Fristenregime nach dem SGB IX. In diesem Zusammenhang wird auf das GR zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) vom 18.06.2001 in der Fassung vom 01.04.2019 verwiesen.

22. **Digitale Gesundheitsanwendungen** nach § 33a SGB V,

Anmerkung:

Die Versorgung mit einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) kann nach der Ausstellung einer Verordnung der ärztlich oder psychotherapeutisch Behandelnden mittels Muster 16 erfolgen. Die Verordnung ist der Krankenkasse einzureichen, die den Leistungsberechtigten dann einen Freischaltcode (Rezept-Code) übermittelt, der in der entsprechenden DiGA einzugeben ist. Die Herstellenden der DiGA lassen die Gültigkeit des Codes von den Krankenkassen prüfen, um ihn abschließend freischalten zu können. Versicherte können die DiGA dann als Sachleistung in Anspruch nehmen. Bei der Einreichung der Verordnung handelt es sich nicht um einen Leistungsantrag der Leistungsberechtigten und bei Übermittlung des Freischaltcodes nicht um eine Leistungsentscheidung in Sinne von § 13 Abs. 3a SGB V.

Darüber hinaus ist aber auch denkbar, dass die Versorgung mit einer DiGA – auch ohne ärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnung – auf Antrag der Versicherten mit Genehmigung der Krankenkasse erfolgen soll, die dann zu prüfen hat, ob das Vorliegen der medizinischen Indikation für die DiGA nachgewiesen ist. In diesem Fall sind die Fristen und sonstigen Vorgaben gemäß § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

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 nehmen 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 den Leistungsberechtigten zu übermitteln.

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 nehmen 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 den 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 nehmen Leistungsrechte 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 Leistungsentcheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und den 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. Beantragen 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 ihnen gegenüber durch Verwaltungsakt. Werden sie dagegen, 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 MD, 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 versichertenseitige Beantragung der Krankenhausbehandlung oder der Entbindung vor deren jeweiligem Beginn. In den übrigen Fällen nehmen 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 der 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 der 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 Leistung 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 der Versicherten die Erstattung des Verdienstauffalls** nach § 11 Abs. 3 SGB V bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson der 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 die Beauftragten der Aufgabenwahrnehmung zugestimmt haben (vgl. § 20b Abs. 2 Satz 2 SGB V). Erfolgt die Zustimmung, wird die Leistung durch die Beauftragten erbracht und es bedarf keiner Selbstbeschaffung. Erfolgt keine Zustimmung durch die 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 der Antragstellenden 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,
- 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 trä-

gerübergreifenden 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 der 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 der Versicherten an ihre 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 die Leistungsberechtigten einen Antrag stellen.

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 der Antragstellenden von ihnen selbst oder für sie abgegeben wurde. Ein einfacher, erkennbar ohne Einbeziehung der Versicherten gestellter Kostenübernahmeantrag von Leistungserbringenden genügt nicht. Ein Antrag bedarf aber weder zwingend einer Unterschrift noch einer

beigefügten Einverständniserklärung der Versicherten. So ist z. B. die Vorlage einer Verordnung medizinischer Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach Muster 64 als Antrag zu werten.

In der Regel sind die Leistungsberechtigten antragsbefugt. Dies können auch Minderjährige sein (vgl. § 36 SGB I). Im Übrigen kann ein Antrag auch in Vertretung der Versicherten von hierzu Bevollmächtigten gestellt werden (vgl. § 13 Abs. 1 SGB X). Die Bevollmächtigten haben auf Verlangen ihre Vollmacht schriftlich nachzuweisen (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB X). Als Bevollmächtigter der Versicherten können auch Leistungserbringende 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 der 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 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R).

Das BSG hat sich mit Urteilen vom 26.02.2019, B 1 KR 23/18 R (Rn. 18 – 20) und B 1 KR 24/18 R (Rn. 17 – 19) in zwei Fällen, in denen es um die Kostenerstattung bzw. -übernahme von Arzneimitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ohne Begrenzung auf den Festbetrag ging mit der Frage beschäftigt, ob eine dauerhafte, auf vertragsärztliche Verordnungen gestützte Versorgung mit Arzneimitteln einen zeitlich nicht begrenzten Versorgungsanspruch umfasst, sodass der Antrag insoweit nicht hinreichend bestimmt wäre. Nach den Feststellungen des BSG ist auch ein solcher Antrag hinreichend bestimmt, sodass die eingetretene Genehmigungsfiktion auch für Folgeverordnungen des Arzneimittels Wirkung entfaltet. Das BSG begründet dies damit, dass der Anspruch des Leistungsberechtigten auf künftige Versorgung mit einem vertragsärztlich verordneten Arzneimittel ohne Festbetragsbeschränkung kraft Fiktion der Genehmigung nach § 13 Abs. 3a SGB V nicht von vornherein zeitlich unbegrenzt sei. Vielmehr begrenze u. a. das Erfordernis der vertragsärztlichen Verordnung den weiteren Anspruch. Dies ermögliche dem Vertragsarzt, das Arzneimittel bei gleichbleibender Erforderlichkeit zu verordnen, ohne dass er einen Regress befürchten muss. Es sei zugleich inhaltlich dafür offen, dass der Arzt eine weitere Verordnung verweigert, wenn z. B. die Indikation fehlt oder eine Verordnung eines neu zugelassenen kostengünstigeren Festbetragsarzneimittels in Betracht kommt, welches der Versicherte zumutbar für das gleiche Therapieziel erhalten kann.

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 tragen die Antragstellenden 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.

6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden

Ein derartiger Zugang liegt vor, wenn die Versicherten den Antrag mündlich, insbesondere in einem persönlichen Beratungs- oder Telefongespräch stellen (nicht verkörperte Willenserklärung). Der Antrag ist in dem Zeitpunkt zugegangen, in dem ihn die Mitarbeitenden 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 von Mitarbeitenden 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 zugewungen ist.

Wählen die Versicherten 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 zugewungen 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.

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 zugewungen, 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 von den 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. Sollten die Versicherten eine andere als die von der Krankenkasse für den Rechts- und Geschäftsverkehr angegebene E-Mail-Adresse nutzen, tragen sie das Risiko der Übermittlung und damit auch des Zugangs. Dies gilt auch bei technischen Übermittlungsfehlern. Ist das von den Versicherten übermittelte elektronische Dokument für die Krankenkasse nicht lesbar und daher auch zur Bearbeitung nicht geeignet, hat sie dies den

Antragstellenden 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

Sollten die Versicherten ihre Anträge 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 der 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 (MD) 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 MD

Stellungnahmen durch den MD 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 MD (sozialmedizinische Fallsteuerung). Gutachten werden nach Aktenlage oder aufgrund persönlicher Befunderhebung erstellt. Die Befunderhebung kann entweder in der MD-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 die 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 von den 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 den Leistungsberechtigten eine Leistungsentscheidung auch innerhalb einer Frist von drei Wochen zugehen kann.

Der MD 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 MD als Gesamtorganisation und nicht für einzelne Gutachterinnen oder Gutachter. Bei z. B. einer Weiterleitung des Begutachtungsauftrages innerhalb des MD oder Hinzuziehung einer weiteren Gutachterin oder 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 MD schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist lediglich eine Obergrenze darstellt, die nicht regelmäßig auszuschöpfen ist.

Damit der MD 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 Gutachterinnen oder Gutachter ihre Gutachten in angemessener Frist gegenüber der beauftragenden Krankenkasse zu erstatten, wobei zwischen Eintreffen der Unterlagen bei der Gutachterin oder 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 MD – 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 der 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 MD im Rahmen des § 275 SGB V.

Die Bearbeitung eingehender Anträge durch die Gutachterin oder 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 die Gutachterin oder 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 die Gutachterin oder 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 die Gutachterin oder den Gutachter vorgesehenen Fristen nicht regelmäßig ausgeschöpft werden müssen.

Die Einleitung eines Obergutachterverfahrens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses 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 MD oder im Rahmen des psychotherapeutischen Gutachterverfahrens eingeholt, beträgt die Frist fünf Wochen, beim zahnärztlichen Gutachtenverfahren sechs Wochen. Die Leistungsentscheidung muss den Versicherten bzw. den 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, ab dem Zeitpunkt wirksam wird, ab dem er ihm bekannt gegeben wird (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB X).

Um eine Leistungsentscheidung im Sinne von § 13 Abs. 3a SGB V handelt es sich auch dann, wenn die Krankenkasse zwar keine Entscheidung in der Sache trifft, aber den Leistungsantrag wegen fehlender Mitwirkung nach §§ 60 und 66 SGB I versagt oder entzieht (vgl. BSG vom 27.08.2019, B 1 KR 1/19 R).

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 Bevollmächtigte

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 den Leistungsberechtigten oder den 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 den Leistungsberechtigten den Verwaltungsakt bekanntzugeben.

Wird der Verwaltungsakt den Bevollmächtigten bekannt gegeben, müssen die Bevollmächtigten allerdings ohne jeden Zweifel erkennen können, um welche Leistungsberechtigten es sich handelt. Die Bekanntgabe an Bevollmächtigte 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

den Leistungserbringenden 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 die Betroffenen dies unverzüglich verlangen. 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 den Leistungsberechtigten als auch gegenüber den Bevollmächtigten, so ist für den Zeitpunkt der Bekanntgabe der zuerst erfolgte Zugang ausschlaggebend.

Die Vorschriften des Verwaltungszustellungsgesetzes gelten für das Zustellungsverfahren u. a. der bundesunmittelbaren Körperschaften (vgl. § 1 Abs. 1 VwZG). Gemäß § 4 VwZG kann ein Dokument durch die Post mittels Einschreiben durch Übergabe oder mittels Einschreiben mit Rückschein zugestellt werden. Zum Nachweis der Zustellung genügt der Rückschein. Im Übrigen gilt das Dokument am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als zugestellt, es sei denn, dass es nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist. Im Zweifel hat die Behörde den Zugang und dessen Zeitpunkt nachzuweisen. Der Tag der Aufgabe zur Post ist in den Akten zu vermerken.

8.3.2 Bekanntgabe eines elektronischen Verwaltungsaktes

Mit Einführung des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12.06.2020 wurde zum 01.07.2020 die auch für die Verfahren der Krankenkassen geltende Regelung des § 37 Abs. 2b SGB X eingeführt. Danach können mit Einwilligung der Beteiligten und nach Authentifizierung elektronische Verwaltungsakte auch bekanntgegeben werden, indem sie diesen zum Abruf über öffentlich zugängliche Netze bereitgestellt werden. Nach dem Absenden einer elektronischen Benachrichtigung über die Bereitstellung eines elektronischen Verwaltungsaktes an die abrufberechtigte Person tritt dann eine Zugangsfiktion ein. Durch das Gesetz zur Digitalisierung von Verwaltungsverfahren bei der Gewährung von Familienleistungen vom 03.12.2020 wurde diese Regelung mit Wirkung vom 10.12.2020 wortgleich in § 37 Abs. 2a SGB X überführt.

Der Verwaltungsakt gilt demnach am dritten Tag nach dem Absenden der Benachrichtigung über die Bereitstellung als bekannt gegeben. Im Zweifel hat allerdings die Krankenkasse den Zugang der Benachrichtigung nachzuweisen. Kann sie den von der abrufberechtigten Person bestrittenen Zugang der Benachrichtigung nicht nachweisen, gilt der Verwaltungsakt an dem Tag als bekannt gegeben, an dem die abrufberechtigte Person den Verwaltungsakt abgerufen hat. Das Gleiche gilt, wenn die abrufberechtigte Person unwiderlegbar vorträgt, die Benachrichtigung nicht innerhalb von drei Tagen nach der Absendung erhalten zu haben. Die Möglichkeit einer erneuten Bereitstellung zum Abruf oder der Bekanntgabe auf andere Weise bleibt auch in diesem Zusammenhang unberührt.

Rufen 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 und kann die Krankenkasse den bestrittenen Zugang nicht nachweisen, so liegt ein Fristversäumnis vor, da dieser erst am Tag des Abrufs der Benachrichtigung als bekanntgeben gilt. Gleiches gilt, wenn die Leistungsberechtigten unwiderlegbar vortragen, die Benachrichtigung nicht innerhalb von drei Tagen nach ihrer Absendung erhalten zu haben. Sollte dieser Kommunikationsweg gewählt werden, so ist darauf zu achten, dass die Benachrichtigung über die Bereitstellung des Leistungsbescheides so frühzeitig erfolgt, dass auch nach nicht oder nicht rechtzeitig 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).

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.

Eine Verlängerung der Fristen aufgrund der Tatsache, dass Leistungsberechtigte ihren Wohnsitz außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes haben, ist nicht sachgerecht und gilt nicht als Verlängerungsgrund (vgl. BSG vom 27.08.2019, KR 36/18 R).

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 Antragseingang eine Leistungsentscheidung treffen, muss die Krankenkasse dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe innerhalb der Frist schriftlich oder elektronisch mitteilen. Die schriftliche Mitteilung erfolgt in der Regel per Post, während für die elektronische Mitteilung nach dem Wortlaut in § 13 Abs. 3a Satz 5 2. Halbsatz der § 37 Abs. 2b SGB X entsprechend gelten soll. 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.

9.3 Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Rechtzeitig liegt die Information vor, wenn sie den 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 den Antragstellenden 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.

Sind Bevollmächtigte bestellt (siehe hierzu Ausführungen unter Abschnitt 8.1) und ist eine Begrenzung der Vollmacht im Rahmen der Antragstellung nicht erklärt oder schriftlich nachgewiesen, hat die Krankenkasse den 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 den Bevollmächtigten auch die 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 der Leistungsberechtigten bei erforderlicher körperlicher Befunderhebung durch den Gutachter (z. B. Absagen eines Termins zur körperlichen Untersuchung durch die Leistungsberechtigten, wenn dadurch eine rechtzeitige Befunderhebung nicht mehr möglich ist bzw. die für eine erforderliche körperliche Untersuchung erforderlichen Unterlagen werden nicht zur Begutachtung mitgebracht oder sind nicht aussagekräftig),
- Verzögerungen, die bei notwendiger Mitwirkung der Leistungsberechtigten von ihnen zu verantworten sind (z. B. angebotene frühzeitige Termine für körperliche Befunderhebung können von den Versicherten nicht wahrgenommen werden),
- die fehlende Zustimmung der 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 den Leistungsberechtigten (vgl. § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 65 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) oder gegenüber den Leistungserbringenden (vgl. § 100 SGB X) erfolgen. Bei einer erforderlichen körperlichen Befunderhebung (Untersuchung) hat die Mitwirkung durch die Leistungsberechtigten zu erfolgen (vgl. § 62 SGB I). Wurden Bevollmächtigte für das Verwaltungsverfahren uneingeschränkt bestellt (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB X), muss die Krankenkasse die Bevollmächtigten über die Abforderung von Informationen von den Leistungsberechtigten bzw. bei Einladung der Leistungsberechtigten zur körperlichen Befunderhebung verständigen (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB X). Hierzu genügt es, wenn den Bevollmächtigten z. B. die Kopie einer Abforderung der erforderlichen Informationen bzw. die Einladung zur körperlichen Befunderhebung übersandt wird. Werden die erforderlichen Informationen von Leistungserbringenden benötigt, die zugleich Bevollmächtigte sind, so empfiehlt sich die Abforderung der Informationen unmittelbar von den Leistungserbringenden und die Unterrichtung der Leistungsberechtigten über die entsprechende Abforderung der Informationen.

Die Gründe für die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung der Leistungsberechtigten bzw. von Dritten sind ohne Bedeutung. Selbst triftige Gründe, z. B. in Form einer akuten Krankheit der Leistungsberechtigten oder von 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 den Leistungsberechtigten zugehen 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 können die MD/Gutachterinnen bzw. Gutachter auf Grund fehlender oder mangelhafter Mitwirkung der Leistungsberechtigten oder von Dritten die gutachtliche Stellungnahme nicht so rechtzeitig erstellen, dass die Krankenkasse noch innerhalb der Frist von fünf bzw. sechs Wochen eine Leistungsentscheidung treffen und den Leistungsberechtigten zugehen lassen kann, haben die

MD/Gutachterinnen bzw. 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 allein bereits 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 die Zahnärztin oder der Zahnarzt für die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige – oder aufgrund entsprechender Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene oder zwischen Zahnärztin oder 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 die Leistungsberechtigten hierüber noch bis zum Ablauf der Frist von sechs Wochen schriftlich informiert werden können. Vor diesem Hintergrund können die vertraglichen Regelungen, die nach dem Zugang der Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters die Beantragung eines Obergutachtens durch die Krankenkasse bzw. die Vertragszahnärztin oder 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. der Gutachterin oder des Gutachters fallen. Daher müssen sowohl Krankenkassen als auch der jeweilige MD bzw. die Gutachterin oder 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 MD – 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 MD die Einholung von Informationen/Tatsachen übernommen hat; für diesen Fall hat der MD die Informationen/Tatsachen unverzüglich abzufordern – und
- die eingegangenen Informationen/Tatsachen an den MD zu übermitteln.

Unvorhersehbare Ereignisse, wie z. B. das Auftreten einer Epidemie bzw. Pandemie (z. B. Coronavirus/COVID-19) können unter Umständen einen hinreichenden Grund gemäß § 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V darstellen, da diese nicht dem Verantwortungsbereich der Krankenkasse zugerechnet werden können. Ein hinreichender Grund kann allerdings in diesem Kontext erst dann angenommen werden, wenn die Krankenkassen alle erdenklichen organisatorischen, personellen und technischen Maßnahmen ergriffen haben, um eine zeitnahe Leistungsentscheidung über die von der Genehmigungspflicht umfassten Leistungen für die Versicherten sicherzustellen. Zu diesen Maßnahmen können neben einer Nutzung der vorhandenen Digitalisierungsverfahren, insbesondere auch innerbetriebliche organisatorische Maßnahmen wie z. B. die Arbeitsverlagerung an andere Standorte oder die Einbeziehung fachfremder Arbeitsbereiche gehören.

Sollten auch die MD – trotz aller ergriffen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des Begutachtungsverfahrens – aufgrund einer Epidemie bzw. Pandemie nicht mehr in ausreichendem Maße handlungsfähig sein, kann auch dies einen hinreichenden Grund im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V darstellen.

9.5 Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)

Damit die Leistungsberechtigten problemlos und eindeutig erkennen können, 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 von den Antragstellenden 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
- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme sowie
- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt werden.

Im Falle des Vorliegens eines hinreichenden Grundes wegen des Eintretens unvorhersehbarer Ereignisse (siehe Abschnitt 9.4) sollte sich die Bestimmung des Zeitraumes an Erfahrungswerten bzw. an dann aktuellen Rahmenbedingungen orientieren.

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 kalendarischen Endes der verlängerten Frist, da dies zum einen eine eindeutige und verbindliche Information für die Leistungsberechtigten darstellt und zum anderen der Krankenkasse die weitere Bearbeitung des Leistungsantrages erleichtert, da der weitere Bearbeitungsprozess an einem eindeutigen „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 Genehmigungsfiktion dem Leistungsberechtigten die hinreichenden Gründe erneut mit einer taggenauen Prognose schriftlich mitteilen. Bei sachlich gerechtfertigter Notwendigkeit kann sich dieser Prozess ggf. mehrfach wiederholen. Erst wenn sich der Leistungsberechtigte nach Ablauf der letzten, hinreichend begründeten Frist eine erforderliche Leistung selbst beschafft, ist die Krankenkasse 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 Gesetzeskonstruktion des § 13 Abs. 3a SGB V müssen die Versicherten den Zeitpunkt des Eintritts der Genehmigungsfiktion erkennen können, um sich die erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen zu können oder als Naturalleistung zu beanspruchen. Das ist durch die im Gesetz konkret benannten Fristen und Mitteilungspflichten der Krankenkasse sichergestellt.

Fällt der hinreichende Grund bereits eher – als prognostiziert – weg, führt dies nicht zu einer entsprechenden Fristverkürzung, da andernfalls die Krankenkasse die auf Grundlage einer Prognose festgelegte (verlängerte) Frist wieder berichtigen und die 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 Antragseingangs 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)
Ergebnis:	
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 der oder dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	

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)
Ergebnis:	
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 der oder 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).	
Ergebnis:	
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 der oder 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).

Beispiel 4 – Fristen bei gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 02.03. (Freitag)
Auftragseingang beim MD	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)
<p>Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss den Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.</p> <p>Die Frist für die gutachtliche Stellungnahme beginnt am 08.03. (Donnerstag), also am Tag nach dem Eingang des Auftrags bei der Gutachterin oder beim Gutachter/MD, und endet am Mittwoch, dem 28.03. bei einer Frist von drei Wochen, 04.04. bei einer Frist von vier Wochen.</p> <p>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 der oder dem Leistungsberechtigten spätestens am 06.04. (Freitag) innerhalb der 5-Wochen-Frist, 13.04. (Freitag) innerhalb der 6-Wochen-Frist vorliegen.</p>	

Beispiel 5 – Taggenaue Prognose (Fortsetzung von Beispiel 4)

Auftragseingang beim MD	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
Fristbeginn	am 08.03. (Donnerstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 28.03. (Mittwoch)
<p>Der MD teilt der Krankenkasse am 13.03. (Dienstag) mit, dass weitere Unterlagen von der Behandlerin oder vom Behandler anzufordern sind (hinreichender Grund). Die Krankenkasse fordert diese am 15.03. (Donnerstag) an und teilt der Versicherten oder dem Versicherten dies am selben Tag mit. Sie stellt unter der Annahme, dass die Unterlagen bis zum 02.04. beim MD eingehen, die taggenaue Prognose, dass mit einer Entscheidung zu rechnen ist bis zum 15.04. (Dienstag).</p>	
Ergebnis:	
<p>Die Krankenkasse hat die oder den Versicherten über die Leistungsentscheidung bis zum 15.04. zu informieren. Sollten die angeforderten Unterlagen nicht oder später als angenommen beim MD eingehen und ist mit einer fristgemäßen Entscheidung nicht mehr zu rechnen, so hat die Krankenkasse der oder dem Versicherten vor dem Ende der ersten Prognose (15.04.) rechtzeitig über den fortbestehenden hinreichenden Grund zu informieren und eine erneute taggenaue Prognose mitzuteilen.</p>	

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 der 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 (siehe Abschnitt 4.3), sowie
- das Versäumnis der Krankenkasse, rechtzeitig innerhalb der maßgeblichen Fristen eine Leistungsentscheidung zu treffen, ohne die Antragstellenden hierfür jeweils vor Fristablauf einen hinreichenden Grund und eine taggenau bestimmte Fristverlängerung schriftlich mitzuteilen (siehe Abschnitt 9).

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 (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V). War diese grundsätzlich vom Leistungskatalog der GKV umfasst, erwuchs den Leistungsberechtigten aus der fingierten Genehmigung nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG ein eigenständig durchsetzbarer Anspruch gegen die Krankenkasse auf eine Versorgung mit der Leistung als Sach- oder Dienstleistung (Naturalleistungsanspruch), sofern sie die Leistung für erforderlich halten durften und deren Inanspruchnahme nicht als rechtsmissbräuchlich anzusehen war. Dieser Anspruch sollte es ermöglichen, dass auch diejenigen Versicherten eine Leistung in Anspruch nehmen konnten, die finanziell nicht in der Lage waren, sich die beantragte Leistung selbst zu beschaffen.

Diese Rechtsprechung zum eigenständigen Naturalleistungsanspruch hat das BSG nunmehr aufgegeben. Nach aktueller Rechtsprechung zieht die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V keinen eigenständigen Anspruch auf Versorgung mit einer Naturalleistung nach sich, sondern (bei Gutgläubigkeit) nur das Recht auf Selbstbeschaffung mit einem Anspruch auf Erstattung der Beschaffungskosten. Eine fingierte Genehmigung vermittelt dem Versicherten damit eine Rechtsposition sui generis (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 9 und 16). Der 1. Senat begründet den Ausschluss eines Naturalleistungsanspruches bei Eintritt der Genehmigungsfiktion im Einzelnen damit, dass

- sich aus dem Wortlaut des § 13 Abs. 3a SGB V weder die Rechtsnatur der Genehmigungsfiktion im Sinne eines Verwaltungsakts noch ein Sachleistungsanspruch als dessen Rechtsfolge ergibt (BSG a. a. O., Rn. 12),
- nach der Intention des Gesetzgebers lediglich die Selbstbeschaffung der Leistung vorgesehen gewesen ist (BSG a. a. O., Rn. 13),
- die Verortung des Abs. 3a in § 13 SGB V „Kostenerstattung“ dem entgegensteht (BSG a. a. O., Rn. 14),
- der systematische Vergleich mit § 18 Abs. 3 und 4 SGB IX keinen Raum für einen derartigen Anspruch lässt (BSG a. a. O., Rn. 15–16),
- nur eine Kostenerstattungsregelung im Zusammenhang mit dem Zweck der Vorschrift zur Beschleunigung der Leistungsanspruchnahme und zur Sanktion der Krankenkasse steht (BSG a. a. O., Rn. 18–19) und
- keine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes eintritt, weil nach diesem alle Versicherten nach den gleichen rechtlichen Grundsätzen Zugang zu den Sachleistungsansprüchen der GKV haben und die bisherige Rechtsprechung es als nicht verfassungswidrig angesehen hat, dass sich finanziell besser gestellte Versicherte eine Leistung einfacher beschaffen können als mittellose Versicherte (BSG a. a. O., Rn. 20–21).

Die Auswirkungen der aktuellen Rechtsprechung werden in den folgenden Abschnitten näher beschrieben.

12.1 Kostenerstattung

Haben sich Leistungsberechtigte die als genehmigt geltende Leistung gutgläubig selbst beschafft und sind ihnen dadurch Kosten entstanden, steht ihnen unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gegen ihre Krankenkasse zu, auch wenn sie auf diese Leistung nach dem Leistungsrecht des SGB V materiell-rechtlich keinen Anspruch haben sollten.

12.1.1 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).

Die Leistungsberechtigten dürfen diese rechtlich verbindliche Vereinbarung erst nach dem Ablauf der nach § 13 Abs. 3a SGB V jeweils maßgeblichen Frist abgeschlossen haben. Haben sie dies schon vor dem Fristablauf getan („Vorfestlegung“), scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V insgesamt aus (vgl. zuletzt BSG vom 27.10.2020, B 1 KR 3/20 R).

Zudem muss die selbstbeschaffte Leistung der ursprünglich beantragten Leistung nach Art und Umfang entsprechen und grundsätzlich auf der gleichen Indikationsstellung beruhen. Nur dann können die Leistungsberechtigten in Bezug auf diese Leistung auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung als gutgläubig angesehen werden.

12.1.2 Zulässigkeit der Selbstbeschaffung

Die Selbstbeschaffung einer beantragten Leistung, auf die ein materiell-rechtlicher Anspruch besteht und die vom Leistungskatalog der GKV umfasst wird, ist in jedem Fall nach Eintritt der Genehmigungsfiktion als zulässig selbstbeschafft zu betrachten.

Bei einer Leistung, für die das Recht der GKV allerdings keinen Anspruch vorsieht, trifft dies nach der aktuellen Rechtsprechung nur dann zu, wenn die Versicherten zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung gutgläubig waren, also nicht wussten oder grob fahrlässige Unkenntnis darüber hatten, dass kein Rechtsanspruch auf die beantragte Leistung bestand. Diese Voraussetzung stellt eine Fortentwicklung der bisherigen Rechtsprechung dar, wonach die mit § 13 Abs. 3a SGB V verfolgten Zwecke (Verfahrensbeschleunigung und Sanktionierung der Krankenkasse bei Nichteinhaltung der normierten Fristen) ihre Grenze beim Rechtsmissbrauch finden (vgl. BSG vom 27.8.2019, B 1 KR 9/19 R). In seinem Urteil vom 26. Mai 2020 (Rn. 23) hat der 1. Senat diesen Rechtsgedanken näher konkretisiert, indem er den in der Parallelnorm (Genehmigungsfiktion nach § 18 Abs. 5 SGB

IX) gesetzlich geregelten Verschuldensmaßstab auch auf die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V für anwendbar erklärt hat.

Zu dem Begriff der groben Fahrlässigkeit verweist das BSG in seinem Urteil vom 26.05.2020 auf die Legaldefinition des § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X, wonach derjenige grob fahrlässig handelt, der die erforderliche Sorgfalt in besonderem Maße verletzt. Das BSG greift dabei zur näheren Beschreibung der „Verletzung der Sorgfaltspflicht in besonders schwerem Maße“ auf bereits durch Rechtsprechung und Gesetzesbegründungen normierte Maßstäbe zurück.

Grobe Fahrlässigkeit liegt insbesondere dann vor, wenn schon einfachste und ganz naheliegende Überlegungen von den Leistungsberechtigten nicht angestellt werden und die Umstände, die im gegebenen Sachverhalt jedem einleuchten müssen, nicht beachtet werden. Das Maß der Fahrlässigkeit ist dabei insbesondere an der persönlichen Urteils- und Kritikfähigkeit und dem Einsichtvermögen der Versicherten und den besonderen Fallumständen zu bemessen. Die nähere Kenntnis der Versicherten über das Recht der GKV darf dabei nicht vorausgesetzt werden. Von einer grob fahrlässigen Unkenntnis der Versicherten zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der beantragten Leistung kann ausgegangen werden, wenn diese ganz offensichtlich außerhalb des GKV-Leistungskataloges liegt. Von einer Bösgläubigkeit ist daher auszugehen, wenn sich Versicherte der eindeutige Sach- und Rechtslage verschließen (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 24).

Bösgläubigkeit ist aber nicht schon dann anzunehmen, wenn ein Arzt den Versicherten empfiehlt, eine aus seiner Sicht medizinisch notwendige Leistung vorab direkt bei der Krankenkasse zu beantragen, weil er im Verhältnis zu der Krankenkasse nicht das Vergütungsrisiko tragen wolle. Lehnen Krankenkassen die beantragte Leistung auf Grundlage einer sozialmedizinischen Stellungnahme des MD ab und halten später an dieser Entscheidung im Vorverfahren fest, so führt auch dies nicht automatisch zur Bösgläubigkeit bei den Versicherten. Beurteilungsmaßstab für das Vorliegen von Bösgläubigkeit in diesem Zusammenhang ist die Qualität der fachlichen Argumente der Krankenkassen sowie deren Nachvollziehbarkeit durch die Versicherten und nicht allein die formale Ablehnung der Leistung. Die Gutgläubigkeit wird grundsätzlich nicht dadurch beseitigt, dass unterschiedliche Meinungen über die rechtlichen und tatsächlichen Umstände einschließlich unterschiedlich gutachterlicher Bewertungen bestehen; dies gilt auch noch während eines Klage- und Rechtsmittelverfahrens (vgl. BSG, a. a. O., Rn. 25).

Allerdings beruht die Gutgläubigkeit der Versicherten auf einem tatsächlichen Umstand, der sich im weiteren Verlauf zur Bösgläubigkeit verändern kann. Zwar können sich Versicherte die Leistung auch während eines anhängigen Verfahrens noch selbst beschaffen, zum Zeitpunkt des Beschaffungsvorgangs selbst darf dann jedoch keine Bösgläubigkeit vorliegen. Dies wäre dann der Fall, wenn die Versicherten zu diesem Zeitpunkt wissen, dass kein materiell-rechtlicher Anspruch

(mehr) auf die Leistung besteht. Bedeutung kann die Veränderung des tatsächlichen Umstands insbesondere bei beantragten Dauerleistungen haben (vgl. BSG, a. a. O., Rn. 26).

Der Grad der Unkenntnis der Versicherten spielt allerdings dann keine Rolle mehr, wenn diese sich die Leistung zu einem Zeitpunkt selbst beschaffen, nachdem die Krankenkasse die Leistung bereits bestandskräftig abgelehnt oder ein Gericht eine entsprechende Klage rechtskräftig abgewiesen hat. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht dann nicht mehr.

12.1.3 Selbstbeschaffung im Ausland

Die Leistungsberechtigten haben sich die beantragte Leistung auch dann in zulässiger Weise selbst beschafft, wenn sie sich nach Eintritt der Genehmigungsfiktion zur Inanspruchnahme in das Ausland begeben, ohne dass die damit verbundene Behandlung im Ausland bereits vorab Gegenstand des Leistungsantrages gewesen sein muss. Sie sind weder verpflichtet, sich diese Leistung im Inland zu verschaffen, noch bei einer Selbstverschaffung im Ausland die Bedingungen der GKV zu einer abrechenbaren Auslandsversorgung einzuhalten. Es sind dann nicht diejenigen Regelungen einzuhalten, denen GKV-Versicherte gemäß § 13 Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5 SGB V unterworfen sind, sollten sie eine Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 33, 35).

Nach den Feststellungen des BSG kann die Leistungsanspruchnahme im Ausland auch argumentativ nicht durch den Hinweis auf die Schadensersatzpflichten eingeschränkt werden, denen ärztliche Behandler in Deutschland bei erheblichen Sorgfalts-, Informations- und Pflichtverletzungen unterliegen, da die im Ausland praktizierenden Ärztinnen und Ärzte den Sorgfalts- und ggf. Schadensersatzpflichten nach den vom einschlägigen Privatrecht berufenen Sachnormen der jeweiligen Rechtsordnungen unterliegen würden (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 36).

Des Weiteren komme es nicht darauf an, ob die fiktiv genehmigte Leistung in Deutschland, einem anderem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz zur Verfügung stand – Verordnung (EG) 883/2004 – (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 33, 35).

Zur Selbstbeschaffung einer Leistung im Ausland gelten die in Abschnitt 12.1.1 und 12.1.2 aufgeführten Grundsätze entsprechend.

12.1.4 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 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, Rn. 29 und 34).

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).

Haben 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. Den 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.

Leistungsberechtigte, die nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt haben, können demnach auch im Fall einer fiktiven Genehmigung des Antrags eine Kostenerstattung nur in der Höhe beanspruchen, in der sie ihnen 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 den Leistungsberechtigten bewusst sein, insbesondere dann, wenn ihnen bereits in der Vergangenheit von der Krankenkasse Kosten in diesem Kontext erstattet wurden.

12.2 Kostenfreistellung

Haben Leistungsberechtigte über die fiktiv genehmigte Leistung zwar ein verbindliches Verpflichtungsgeschäft mit einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung abgeschlossen (Selbstbeschaffung), den Vergütungsanspruch der Leistungserbringenden aber noch nicht erfüllt, fehlt es an einer Kostenbelastung der Leistungsberechtigten. Ein Kostenerstattungsanspruch scheidet dann aus. Stattdessen kommt ein Anspruch der Leistungsberechtigten auf Freistellung von ihrer Zahlungsverpflichtung in Betracht. Dieser Anspruch ist dann auf eine Zahlung der Krankenkasse unmittelbar an die Leistungserbringenden gerichtet. Der 1. Senat des BSG hatte keinen Anlass, sich in seinem Urteil vom 26. Mai 2020 zu einem solchen Freistellungsanspruch infolge einer Genehmigungsfiktion zu äußern. Der 3. Senat hat jedoch in seinen Urteilen vom 18.06.2020 auch einen Anspruch auf Kostenfreistellung ausdrücklich als mögliche Rechtsfolge einer Genehmigungsfiktion bezeichnet (vgl. etwa B 3 KR 14/18 R, Rn. 9 und 25) und insoweit auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Absatz 3 SGB V verwiesen.

Im Übrigen gelten für diesen Anspruch die Ausführungen unter 12.1.1 und 12.1.3 entsprechend.

13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

13.1 Verwaltungsakt

Nach der bisherigen Rechtsprechung des 1. Senats hatte eine fingierte Genehmigung die Qualität eines Verwaltungsaktes. Sie sollte daher – so wie ein von der Krankenkasse erlassener und bekannt gegebener Verwaltungsakt – wirksam bleiben, 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). Diese Rechtsprechung hat der Senat mit seinem Urteil vom 26.05.2020 nun aufgegeben.

13.2 Rechtsposition sui generis

Die aktuelle Rechtsprechung des 1. und 3. Senats ordnet die Genehmigungsfiktion neu ein und bescheinigt ihr nicht mehr die Qualität eines Verwaltungsaktes. Sie vermittelt dem Versicherten lediglich eine Rechtsposition sui generis, die es ihm erlaubt sich die beantragte Leistung – im Falle der Gutgläubigkeit – selbst zu beschaffen (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 9, 10 und vom 18.06.2020, B 3 KR 14/18 R, Rn. 16, 17). Daraus wird nun abgeleitet, dass allein mit dem Eintritt der Genehmigungsfiktion das durch den Antrag in Gang gesetzte Verwaltungsverfahren nicht abgeschlossen wird. Die Krankenkasse ist somit weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den Leistungsantrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen. Der Eintritt der Genehmigungsfiktion beendet also nicht das Verfahren auf Bewilligung einer beantragten Naturalleistung, der gestellte Antrag auf Naturalleistung existiert vielmehr fort (vgl. BSG vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, Rn. 29, 30).

Damit stellt sich die von der bisherigen Rechtsprechung diskutierte Frage nach den Voraussetzungen für die Rücknahme einer fingierten Genehmigung nach § 45 SGB X nun nicht mehr. Wenn die Genehmigungsfiktion keinen Verwaltungsakt darstellt, kann und muss sie auch nicht nach § 45 SGB X zurückgenommen werden. Sollte die Krankenkasse bereits einen Rücknahmebescheid erlassen haben, wäre dieser von ihr aufzuheben, da es an einem „Rücknahmeobjekt“ mangelt (vgl. BSG vom 18.6.2020, B 3 KR 14/18 R, Rn. 9).

Nach der aktuellen Rechtsprechung kommt es für die „Wirksamkeit“ der Genehmigungsfiktion mit der Folge eines Rechts zur Selbstbeschaffung auf Kosten der Krankenkasse vielmehr entscheidend darauf an, ob bei den Versicherten im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung zumindest eine grob fahrlässige Unkenntnis über den ihnen materiell-rechtlich nicht zustehenden Leistungsanspruch (Bösgläubigkeit) vorlag oder nicht.

Die Umstände, aus denen sich eine Bösgläubigkeit der Versicherten ergeben können, sind dabei von der Krankenkasse nachzuweisen. In diesem Zusammenhang wird auf die Ausführungen unter Abschnitt 12.1.2 verwiesen. Weitere Überprüfungskriterien zur bösgläubigen Selbstbeschaffung

der Leistungen durch die Versicherten im Zusammenhang mit der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V werden sich möglicherweise durch die zukünftige Rechtsprechung ergeben.

Machen Leistungsberechtigte von ihrem Recht auf Selbstbeschaffung keinen Gebrauch und entscheidet die Krankenkasse abschließend begünstigend über den gestellten Leistungsantrag, weil ein materiell-rechtlicher Leistungsanspruch vorliegt, so begründet dies weiterhin einen Naturalleistungsanspruch.

13.3 Erledigung auf andere Weise

Das durch die Genehmigungsfiktion vermittelte Recht auf Selbstbeschaffung der beantragten Leistung zulasten der Krankenkasse kann auch dadurch enden, dass sich der Leistungsantrag auf andere Weise erledigt (§ 39 Abs. 2 SGB X analog), wenn dieses Recht für die Versicherten erkennbar von vornherein an den Bestand einer bestimmten Situation gebunden ist.

Dies kann etwa der Fall sein, wenn vor der Selbstbeschaffung die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit, wegen der der Leistungsantrag gestellt wurde, nach ärztlicher – den Antragstellenden bekannten – Einschätzung vollständig geheilt ist.

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 17.06.2021 in Berlin

2. § 62 SGB V – Belastungsgrenze;

hier: Überarbeitung der Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V aufgrund des Handels- und Kooperationsabkommens (Partnerschaftsvertrag) zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich

Sachstand:

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

Mit den Verfahrensgrundsätzen zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V (Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V) sollen Schwierigkeiten vermieden werden, wenn im Laufe eines Kalenderjahres

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

waren und gleichzeitig Erläuterungen zur Hilfestellung zur Beurteilung der Sachverhalte durch die Krankenkassen gegeben werden. Die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V sind für die Krankenkassen verbindlich, die gegenüber dem GKV-Spitzenverband ihre Anwendung erklärt haben. Die Erklärung kann auch über den jeweiligen Verband der Krankenkassen auf Bundesebene abgegeben werden. Für den Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ist die Erklärung über



die Anwendung der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V ausschließlich gegenüber dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung abzugeben, der den GKV-Spitzenverband entsprechend informiert.

In den Verfahrensgrundsätzen zu § 62 SGB V wird unter Abschnitt 4.3 „Zuzahlungen“, Absatz 1 dargestellt, welche Zuzahlungen als gesetzliche Zuzahlungen im Rahmen des § 62 SGB V zu berücksichtigen sind. Danach sind als gesetzliche Zuzahlung auch solche Zuzahlungen anzusehen, die bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland auf Grundlage der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 entrichtet wurden oder die im Rahmen der Kostenerstattung bei selbst beschafften Sachleistungen nach der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 vom Träger des Aufenthaltsortes bzw. von der deutschen Krankenkasse angerechnet wurden und dem Versicherten somit verblieben sind.

Daneben sieht Absatz 5 des Abschnittes 4.3 „Zuzahlungen“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vor, dass Zuzahlungen, die für im Ausland im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen – also außerhalb der Verordnung (EG) 883/2004 – in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet wurden nicht als gesetzliche Zuzahlungen anzuerkennen sind. Dies gilt auch bei Kostenerstattungen aufgrund in diesen Staaten selbst beschaffter Sachleistungen, die aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nach deutschen Sätzen unter Abzug von Zuzahlungen erfolgen.

Am 23.06.2016 stimmten die Bürgerinnen und Bürger des Vereinigten Königreichs und Nordirlands für den Austritt aus der Europäischen Union (EU). Der sogenannte Brexit hat u. a. Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Leistungen bei Krankheit.

Im Rahmen des zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich geschlossenen Austrittsabkommens waren während des Übergangszeitraums bis zum 31.12.2020 die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und (EG) Nr. 987/2009 sowie (EG) Nr. 859/2003 in Verbindung mit der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 (im Weiteren: Regelungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit) vollumfänglich weiter anwendbar (z. B. für Touristen und Rentner), sodass sich der Brexit bis zu diesem Zeitpunkt nicht auf die dargestellten Aussagen des Abschnittes 4.3 „Zuzahlungen“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V auswirkte.

Dabei ist zu beachten, dass diejenigen grenzüberschreitenden Sachverhalte, die bereits vor dem 01.01.2021 begonnen haben und über das Ende des Übergangszeitraums hinausgehen oder in

denen sich Personen weiterhin ohne Unterbrechung in einer Situation mit Bezug sowohl zum Vereinigten Königreich als auch zu einem EU-Mitgliedstaat befinden, weiterhin vom Austrittsabkommen erfasst sind.

Da der Übergangszeitraum des Austrittsabkommen zum 31.12.2020 endete, war fraglich, wie mit grenzüberschreitenden Sachverhalten, die ab dem 01.01.2021 eintreten umzugehen ist.

Es konnte ein Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und der Europäischen Atomgemeinschaft einerseits und dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland andererseits mit seinem Protokoll für die Koordinierung der sozialen Sicherheit (im Folgenden: Protokoll) ausgehandelt werden. Das Protokoll enthält Regelungen für den Bereich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, die im Wesentlichen den Bestimmungen der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 entsprechen. Es findet seit 01.01.2021 für Situationen Anwendung, die ab dem 01.01.2021 beginnen und vorher keinerlei grenzüberschreitenden Bezug zwischen einem EU-Mitgliedstaat und dem Vereinigten Königreich hatten. Das Europäische Parlament hat am 27.04.2021 seine Zustimmung zu dem Abkommen erteilt.

Art. KSS.6 des Protokolls statuiert die Gleichstellung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten und Ereignissen in gleicher Weise wie Art. 5 VO (EG) Nr. 883/2004 (s. Anlage 1).

Art. KSSD.22 sieht zudem eine Kostenerstattungsvorschrift bei selbstbeschafften Sachleistungen vor – wie Art. 25 B VO (EG) Nr. 987/2009 (s. Anlage 1).

Aufgrund dessen scheint eine analoge Berücksichtigung der auf Basis des Protokolls geleisteten Zuzahlungen angezeigt.

Vor diesem Hintergrund war im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht zu beraten, ob und inwiefern die bisherigen Aussagen des Abschnittes 4.3 „Zuzahlungen“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 20./21.03.2021 anzupassen sind.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass aufgrund der Regelungen Art. KSS.6 und Art. KSSD.22 des Protokolls eine Anpassung

der Aussagen des Absatzes 1 (1. und 2. Spiegelstrich) und des Absatzes 5 (8. Spiegelstrich) im Abschnitt 4.3 „Zuzahlungen“ der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 20./21.03.2018 erforderlich ist. Danach werden die bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Vereinigten Königreich auf Grundlage des Protokolls entrichteten Zuzahlungen sowie die Zuzahlungen, die im Rahmen der Kostenerstattung bei selbst beschafften Sachleistungen im Vereinigten Königreich gemäß des Protokolls vom Träger des Aufenthaltsortes bzw. von der deutschen Krankenkasse angerechnet wurden und dem Versicherten somit verbleiben, als gesetzliche Zuzahlungen im Sinne des § 62 SGB V angerechnet (Absatz 1, 1. und 2. Spiegelstrich). Daneben wird in Absatz 5, 8. Spiegelstrich, klargestellt, dass Zuzahlungen im Rahmen des § 62 SGB V nicht berücksichtigt werden, die Versicherte im Ausland im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen, damit außerhalb der Verordnung (EG) 883/04 sowie nunmehr des Protokolls, für in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben; dies gilt auch bei Kostenerstattungen aufgrund selbst beschaffter Sachleistungen, die aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nach deutschen Sätzen unter Abzug von Zuzahlungen erfolgen.

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vereinbarten einheitlich, dass die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V in der als Anlage 2 beigefügten Fassung zum 01.01.2021 in Kraft treten sollen und damit die Fassung der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 20./21.03.2018 ersetzen. Die Verfahrensgrundsätze gelten für alle Anträge auf Erstattung, Befreiung oder Vorauszahlung nach § 62 SGB V, soweit sie Zeiträume nach dem 31.12.2020 betreffen. Bereits für das Kalenderjahr 2021 auf Grundlage der Verfahrensgrundsätze vom 20./21.03.2018 durchgeführte Befreiungen bleiben grundsätzlich unberührt, da es – aufgrund der analogen Berücksichtigung der Zuzahlungen durch das Protokoll wie zuvor im Rahmen der Verordnung (EG) 883/04 und 987/09 – zu keiner anderen Beurteilung kommt.

Das Verfahren zur Abgabe der Erklärungen über die Anwendbarkeit der Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V durch die Krankenkassen soll möglichst bis zum 31.08.2021 abgeschlossen sein.

Anlagen

Artikel KSS.6

Gleichstellung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten oder Ereignissen

Sofern in diesem Protokoll nichts anderes bestimmt ist, gewährleisten die Staaten die Anwendung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Leistungen, Einkünften, Sachverhalten oder Ereignissen wie folgt:

- a) Hat nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates der Bezug von Leistungen der sozialen Sicherheit oder sonstiger Einkünfte bestimmte Rechtswirkungen, so sind die entsprechenden Rechtsvorschriften auch bei Bezug von nach den Rechtsvorschriften eines anderen Staates gewährten gleichartigen Leistungen oder bei Bezug von in einem anderen Staat erzielten Einkünften anwendbar.
- b) Hat nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates der Eintritt bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse Rechtswirkungen, so berücksichtigt dieser Staat die in einem anderen Staat eingetretenen entsprechenden Sachverhalte oder Ereignisse, als ob sie im eigenen Gebiet eingetreten wären.

Artikel KSSD.22

Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Staat

Verfahren und Umfang des Anspruchs

- (1) Für die Zwecke der Anwendung von Artikel KSS.17 dieses Protokolls legt der Versicherte dem Erbringer von Gesundheitsleistungen im Aufenthaltsstaat ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Anspruchsdokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt. Verfügt der Versicherte nicht über ein solches Dokument, so fordert der Träger des Aufenthaltsorts auf Antrag oder falls andernfalls erforderlich das Dokument beim zuständigen Träger an.
- (2) Dieses Dokument bescheinigt, dass der Versicherte unter den Voraussetzungen des Artikels KSS.17 dieses Protokolls zu denselben Bedingungen wie nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats versicherte Personen Anspruch auf Sachleistungen hat und den Anforderungen nach Anlage KSSD.2 genügen muss.
- (3) Sachleistungen im Sinne von Artikel KSS.17 Absatz 1 dieses Protokolls sind diejenigen, die im Aufenthaltsstaat nach dessen Rechtsvorschriften erbracht werden und sich als medizinisch notwendig erweisen, damit der Versicherte nicht vorzeitig in den zuständigen Staat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten.

Verfahren und Modalitäten der Übernahme und/oder Erstattung von Sachleistungen

- (4) Hat der Versicherte die Kosten aller oder eines Teils der im Rahmen von Artikel KSS.17 dieses Protokolls erbrachten Sachleistungen selbst getragen und ermöglichen die vom Träger des

Aufenthaltsorts angewandten Rechtsvorschriften, dass diese Kosten dem Versicherten erstattet werden, so kann er die Erstattung beim Träger des Aufenthaltsorts beantragen. In diesem Fall erstattet ihm dieser direkt den diesen Leistungen entsprechenden Betrag innerhalb der Grenzen und Bedingungen der nach seinen Rechtsvorschriften geltenden Erstattungssätze.

- (5) Wurde die Erstattung dieser Kosten nicht unmittelbar beim Träger des Aufenthaltsorts beantragt, so werden sie der betreffenden Person vom zuständigen Träger nach den für den Träger des Aufenthaltsorts geltenden Erstattungssätzen oder den Beträgen erstattet, die dem Träger des Aufenthaltsortes im Fall der Anwendung von Artikel KSSD.47 in dem betreffenden Fall erstattet worden wären.

Der Träger des Aufenthaltsorts erteilt dem zuständigen Träger auf dessen Ersuchen die erforderlichen Auskünfte über diese Erstattungssätze oder Beträge.

- (6) Abweichend von Nummer 5 kann der zuständige Träger die entstandenen Kosten innerhalb der Grenzen und nach Maßgabe der in seinen Rechtsvorschriften niedergelegten Erstattungssätze erstatten, sofern sich der Versicherte mit der Anwendung dieser Bestimmung einverstanden erklärt hat.

[...]

GKV–Spitzenverband¹, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e. V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Knappschaft, Bochum

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

Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 17.06.2021

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V –

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

Präambel

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

Mit diesen vom GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene erarbeiteten Verfahrensgrundsätzen sollen Schwierigkeiten vermieden werden, wenn im Laufe eines Kalenderjahres

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

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

Inhaltsverzeichnis

1. Anwendungsbereich	4
2. Zuständigkeit und zu beachtende Grundsätze	4
2.1 Zuständigkeit.....	4
2.2 Allgemeine Grundsätze.....	4
3. Verfahren je nach Zeitpunkt der Antragstellung	5
3.1 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres	5
3.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr	5
3.3 Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung	6
4. Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V	9
4.1 Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige	9
4.2 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt	18
4.3 Zuzahlungen.....	19
5. Belastungsgrenze der Versicherten	21
5.1 Höhe der Belastungsgrenze	21
5.2 Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen	22
5.3 Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.	24
5.3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft.....	24
5.3.2 Nachweis der Fortdauer der Behandlung in den Folgejahren	25
6. Inkrafttreten	25
7. Erklärung zur zukünftigen Nichtanwendung	25
8. Anlagen	26

1. Anwendungsbereich

Sind im Laufe eines Kalenderjahres

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

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

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

2. Zuständigkeit und zu beachtende Grundsätze

2.1 Zuständigkeit

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

2.2 Allgemeine Grundsätze

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

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

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

3. Verfahren je nach Zeitpunkt der Antragstellung

3.1 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres

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

3.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr

- (1) Erreichen bzw. überschreiten der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ihren tatsächlich geleisteten und nachgewiesenen Zuzahlungen bereits vor dem Ende des Kalenderjahres die ermittelte Belastungsgrenze, gelten die Regelungen unter Abschnitt 3.1 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres“ gleichermaßen. Daneben befreit die berechnende Krankenkasse ihre/n Versicherten im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen.
- (2) Mit der Befreiung des/r Versicherten von den Zuzahlungen haben seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen Anspruch, von der für sie zuständigen Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreit zu werden. Hierzu informiert die berechnende Krankenkasse ihren Versicherten mit der Ausstellung des Befreiungsausweises über die Möglichkeit, dass die bei den anderen Krankenkassen versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls für den Rest des Kalenderjahres befreit werden können.

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

- (3) Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Basis der zum Zeitpunkt der Prüfung bestehenden aktuellen Verhältnisse durch eine Schätzung der kalenderjährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt unter Einbeziehung der voraussichtlich im weiteren Verlauf des Kalenderjahres zu erwartenden Einnahmen (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) und Einkommenssteigerungen. Bei stark schwankenden Einkünften kann eine vergleichende Berücksichtigung der Gesamtbruttoeinnahmen des Vorjahres erfolgen.
- (4) Bei einer Befreiung von den Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr für den Rest des Kalenderjahres soll sich eine erneute Prüfung der Belastungsgrenze auch bei einem Wechsel der Krankenkasse auf die Fälle beschränken, in denen sich wesentliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse oder der Einkommensverhältnisse im Sinne des § 48 SGB X ergeben (z. B. Beschäftigungsaufnahme nach Sozialhilfebezug, Heirat, Tod).

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

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

3.3 Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung

- (1) Eine Befreiung aufgrund einer Vorauszahlung in Höhe der voraussichtlichen Belastungsgrenze ist möglich, insbesondere dann, wenn innerhalb eines kurzen Zeitraums die Belastungsgrenze erreicht würde. Die berechnende Krankenkasse ermittelt die Belastungsgrenze sowie den Vorauszahlungsbetrag nach den Maßgaben des Abschnittes 3.2 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr“ Absatz (3), vereinnahmt den gesamten Vorauszahlungsbetrag und befreit ihre/n Versicherten für das Kalenderjahr, für das die Vorauszahlung geleistet wurde, von den Zuzahlungen.
- (2) Die bereits im Rahmen des Antrages für das Antragsjahr nachgewiesenen Zuzahlungen des Versicherten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden bei der Feststellung des Vorauszahlungsbetrages mindernd berücksichtigt.
- (3) Der geleistete Vorauszahlungsbetrag wird unter den nach Abschnitt 2.1 „Zuständigkeit“ beteiligten Krankenkassen aufgeteilt. Der Gesamtbetrag der Vorauszahlung wird dazu durch die Anzahl der Personen des Familienverbundes geteilt; berücksichtigt werden hierbei nur Versicherte, die im Kalenderjahr, für das der Antrag gestellt wird, mindestens das 19. Lebensjahr beginnen. Jeder der Krankenkassen stehen so viele Anteile an der Vorauszahlung zu, wie Personen des Familienverbundes bei ihr versichert sind.

Beispiel 1

Ehemann Krankenkasse A, Zuzahlung 10 Euro, Ehefrau Krankenkasse B, Kind geboren am 01.01.2000, Krankenkasse B, nachgewiesene Zuzahlung 90 Euro. Antrag auf Vorauszahlung der Belastungsgrenze für das laufende Kalenderjahr 2018, die ermittelte Belastungsgrenze beträgt 244 Euro.

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

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

Beispiel 2

Lösung zu Beispiel 1: Ist Krankenkasse A für die Berechnung und Erstattung zuständig, erfolgt nach Anforderung eine Überweisung an Krankenkasse B in Höhe von 96 Euro. Ist hingegen Krankenkasse B für die Berechnung und Erstattung zuständig, kann der Vorauszahlungsbetrag von dieser Krankenkasse vollständig vereinnahmt werden, da der der Krankenkasse A zustehende Teilbetrag von 48 Euro die Bagatellgrenze unterschreitet.

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

- (8) Die unter Abschnitt 3.2 „Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr“ Absätze (2) bis (5) enthaltenen Regelungen gelten bei einer Befreiung nach Abschnitt 3.3 „Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung“ gleichermaßen.
- (9) Ändert sich aufgrund einer Neuberechnung der Belastungsgrenze der Vorauszahlungsbeitrag, erfolgt ebenfalls eine Aufteilung der Differenz zur zunächst festgestellten Vorauszahlung entsprechend den Absätzen (3) bis (5). Für die Bemessung der Bagatellgrenze sind jedoch abweichend von Absatz (3) nur die aus der jetzt ermittelten Differenz berechneten Teilbeträge anzusetzen. Im Falle einer Teilerstattung der Vorauszahlung kann die berechnende Krankenkasse den Differenzbetrag bei den anderen Krankenkassen anfordern.

Beispiel 3

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

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

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

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

Beispiel 4

Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 Euro am 01.12. für das darauffolgende Kalenderjahr. Der Versicherte beantragt am Ende des Folgejahres eine Teilerstattung, da der Wert der auf Grund der Befreiung nicht entrichteten Zuzahlungen in diesem Kalenderjahr nicht den Betrag von 200 Euro erreicht habe.

Lösung: Eine Rückzahlung kann nicht erfolgen.

Beispiel 5

Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 Euro am 20.12. für das darauffolgende Kalenderjahr, der Befreiungsausweis wird am 27.12. des Jahres versandt. Am 18.01. des Folgejahres stirbt der Versicherte.

Lösung: Eine Rückzahlung der Vorauszahlung unter dem Aspekt, dass keine mit Zuzahlungen verbundenen Leistungen in Anspruch genommen wurden, ist nicht möglich. Allerdings kann auf Antrag eine Neuberechnung der Belastungsgrenze aufgrund der geänderten Einkommensverhältnisse und ggf. eine entsprechende Erstattung erfolgen (vgl. Abschnitt [4.1 „Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige“](#) Absatz (13)).

Beispiel 6

Wie [Beispiel 5](#), der Befreiungsausweis wurde jedoch noch nicht versandt.

Lösung: Eine Rückzahlung der Vorauszahlung kann erfolgen.

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

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

4.1 Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

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

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

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

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

Beispiel 7

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

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

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

Beispiel 8

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

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

mit der Mutter zu beurteilen, da bei ihr die Familienversicherung durchgeführt wird.

Beispiel 9

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

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

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

Beispiel 10

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

Lösung: Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen.

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

Beispiel 11

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

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

- (10) Scheidet im Laufe eines Kalenderjahres ein Kind, das das 19. Lebensjahr bereits vollendet hat oder in diesem Kalenderjahr vollenden wird, aus der Familienversicherung aus, wird das Kind bei der Ermittlung der Belastungsgrenze und der Zuzahlungen des verbleibenden Familienverbundes nicht berücksichtigt (s. jedoch Absatz (14)). Begründet das Kind eine eigene Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist die Belastungsgrenze sowie ggf. die Erstattung von Zuzahlungen für das Kind unter Berücksichtigung seiner Bruttoeinnahmen und der Zuzahlungen aus dem gesamten Kalenderjahr zu ermitteln.

Beispiel 12

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

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

Beispiel 13

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

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

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

Beispiel 14

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

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

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

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

Beispiel 15

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

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

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

Beispiel 16

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

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

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

Beispiel 17

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

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

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

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

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

Beispiel 18

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

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

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

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

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

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

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

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

Beispiel 19

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

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

Beispiel 20

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

Lösung: Für die Eltern ist gemeinsam mit ihrem Kind als Belastungsgrenze der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme festzusetzen, da das Kind das

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und daher mit den Eltern eine „Bedarfsgemeinschaft“ im Sinne des SGB II bildet.

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

Umfasst der Familienverbund im Sinne des Absatzes (1) über die bereits durch eine andere Behörde festgestellte „Bedarfsgemeinschaft“ für Grundsicherungsleistungen (ggf. bestehend aus nur einer Person) hinaus weitere Personen, ist für die von dieser „Bedarfsgemeinschaft“ nicht erfassten Personen separat eine Belastungsgrenze zu ermitteln. Abweichend hiervon ist bei den in Absatz (4) beschriebenen Fällen (§ 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V) keine separate Belastungsgrenze zu ermitteln.

Beispiel 21

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

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

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

Beispiel 22

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

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

4.2 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

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

Bei Versicherten,

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

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

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

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

Beispiel 23

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

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

Lösung zu a): Das Ehepaar ist getrennt zu beurteilen, für die Ehefrau ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als monatliche Bruttoeinnahme zum Lebensun-

terhalt anzusetzen. Beim Ehemann sind 1.500 Euro Unterhalt von den zu berücksichtigenden Einnahmen abzusetzen. Seine jährliche Belastungsgrenze errechnet sich daher aus monatlich 900 Euro (2.400 Euro – 1.500 Euro).

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

Beispiel 24

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

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

4.3 Zuzahlungen

- (1) Im Rahmen der Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V werden alle im System der gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten gesetzlichen Zuzahlungen wie z. B. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln oder Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung etc.³ berücksichtigt. Dies gilt auch für Zuzahlungen,
- die bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland auf Grundlage der Verordnung (EG) 883/04⁴ bzw. des Protokolls des Handels- und Kooperationsabkommens EU-UK entrichtet wurden,
 - die im Rahmen der Kostenerstattung bei selbst beschafften Sachleistungen nach der Verordnung (EG) 987/09 bzw. des Protokolls (Anhang KSS-7) des Handels- und Kooperationsabkommens EU-UK vom Träger des Aufenthaltsortes bzw. von der deutschen Krankenkasse angerechnet wurden und dem Versicherten somit verblieben sind,

³ Z. B. bis 31.12.2012 die Praxisgebühr

⁴ Seit dem 01.04.2012 gilt die Verordnung (EG) 883/04 auch in Bezug auf die Schweiz und seit dem 01.06.2012 auch in Bezug auf Norwegen, Island und Liechtenstein (EWR-Staaten). Zudem gelten die Regelungen der VO (EG) 883/04 für die vom Austrittsabkommen EU-UK erfassten Personen.

Hinweis:

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

sofern und soweit diese auch bei Inanspruchnahme der Leistung in Deutschland auf die Belastungsgrenze angerechnet würden. Darüber hinaus sind auch im Rahmen der Kosten-erstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V bzw. im Rahmen der Kostenübernahme nach § 18 SGB V angerechnete Zuzahlungen berücksichtigungsfähig.

- (2) Soweit Leistungserbringer dem Versicherten Rabatte/Boni auf zuzahlungspflichtige Leistungen gewähren und mit der Zuzahlung verrechnen, ist der um die ausgewiesenen Rabatte/Boni reduzierte Zuzahlungsbetrag anzuerkennen. Dies gilt auch, sofern neben der Zuzahlung Mehrkosten vom Versicherten zu tragen sind.
- (3) Die sich aus Satzungsregelungen nach § 53 Abs. 3 SGB V oder § 65a Abs. 1 SGB V ergebenden Auswirkungen sind – ggf. im Anschluss an die Durchführung der Erstattung nach diesen Verfahrensgrundsätzen – allein von der Krankenkasse zu berücksichtigen, bei der der Versicherte, für den derartige Zuzahlungsermäßigungen in Betracht kommen, versichert ist.
- (4) Zuzahlungen sind jeweils dem Jahr zuzuordnen, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde (Abgabedatum). Der Zeitpunkt der Aufforderung zur Entrichtung der Zuzahlung oder der Zeitpunkt der Entrichtung der Zuzahlung spielen hingegen keine Rolle.
- (5) Nicht berücksichtigt werden insbesondere Kosten, die dadurch entstehen, dass
 - Arznei-/Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,
 - aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden,
 - Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist (z. B. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung i. S. § 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V),
 - Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe), erhoben werden,
 - Leistungen ohne ärztliche Verordnung bezogen wurden,
 - Abschläge im Rahmen der Kostenerstattung etwa für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen werden,
 - Versicherte Zahlungen für im Ausland in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben, die nach den ausländischen Rechtsvorschriften keine Zuzahlungen sind, z. B. Zahlungen oberhalb von Festbeträgen oder für Wahlleistungen,
 - Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen – also außerhalb der Verordnung (EG) 883/04 bzw. des Protokolls des Handels- und Kooperationsabkommen EU-UK – in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben; dies gilt auch bei Kostenerstattungen aufgrund in diesen Staaten selbst beschaffter Sachleistungen, die aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nach deutschen Sätzen unter Abzug von Zuzahlungen erfolgen,

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

- Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen der Verordnung (EWG) 1408/71 in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben⁵;
- Zuzahlungen/Eigenanteile zu Leistungen außerhalb des SGB V zu leisten sind (z. B. bei stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, bei Hilfsmitteln aus der Pflegeversicherung, im Rahmen beihilferechtlicher Regelungen).

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

- (6) Die berechnende Krankenkasse hat auch die Zuzahlungen zu berücksichtigen, die während der Versicherung bei anderen gesetzlichen Krankenkassen entstanden sind.
- (7) Die Zuzahlungen sind durch den Versicherten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu belegen. An den Nachweis geleisteter Zuzahlungen sind in der Praxis hohe Anforderungen zu stellen. Es können nur solche Zuzahlungsbelege akzeptiert werden, aus denen
 - der Vor- und Zuname des Versicherten,
 - die Bezeichnung der Leistung (z. B. Arzneimittel, Heilmittel),
 - der Zuzahlungsbetrag und
 - das Datum der Abgabe und die abgebende Stelle (z. B. Stempel)

hervorgehen.

5. Belastungsgrenze der Versicherten

5.1 Höhe der Belastungsgrenze

- (1) Die Belastungsgrenze beträgt 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Vor der Ermittlung der Belastungsgrenze werden von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen Freibeträge abgezogen (vgl. Abschnitt [5.2 „Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen“](#)). Sind berücksichtigungsfähige Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – ggf. nach Abzug der Familienabschläge nach § 62 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V – nicht vorhanden, beträgt die Belastungsgrenze 0 Euro.
- (2) Bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach Maßgabe des Abschnittes [5.3 „Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.“](#) beträgt die Belastungsgrenze 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. gilt für den gesamten Familienverbund, wenn mindestens eine Person des Verbundes die Voraussetzungen nach Abschnitt [5.3 „Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.“](#) erfüllt.

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

- (3) Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. ist ab dem 01.01. des Kalenderjahres, in dem die Behandlung der chronischen Erkrankung ein Jahr andauert, vorzunehmen.
- (4) Verstirbt der "chronisch Kranke", gilt für die übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen in diesem Kalenderjahr unabhängig von der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abschnitt 5.3 „Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H.“ im Todesjahr noch die Belastungsgrenze von 1 v. H.

Beispiel 25

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

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

5.2 Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

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

Beispiel 26

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

Lösung: Das Ehepaar und das Kind werden im Rahmen der Prüfung nach § 62 SGB V gemeinsam mit ihren Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen des Kalenderjahres beurteilt. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist für den Ehegatten als erster Angehöriger ein Freibetrag in Höhe von 15 v. H. der

jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und für das Kind der Betrag sowohl für das sächliche Existenzminimum als auch für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes (Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG; Kinderfreibetrag) in Abzug zu bringen.

Beispiel 27

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

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

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

Beispiel 28

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

Lösung: Die verwitwete Versicherte und das Kind werden im Rahmen der Prüfung nach § 62 SGB V gemeinsam mit ihren Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen

des Kalenderjahres beurteilt. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist für das Kind der Betrag sowohl für das sächliche Existenzminimum als auch für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes in Abzug zu bringen (Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 3 EStG).

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

Beispiel 29

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

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

Von dem Lohn in Höhe von 4.200 Euro (1.400 Euro x 3) ist zunächst der Freibetrag für den 1. Angehörigen in Höhe von 15 v. H. abzusetzen (2018: 5.481 Euro). Zum verbleibenden Betrag in Höhe von 0 Euro (4.200 Euro – 5.481 Euro) ist der Regelsatz in Höhe von 3.744 Euro (416 Euro x 9) hinzuzurechnen. Für die Berechnung der Belastungsgrenze ist ein Betrag in Höhe von 3.744 Euro (0 Euro + 3.744 Euro) anzusetzen.

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

5.3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft

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

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 01.01.2021 –

vom 17.11.2017 in der Fassung vom 06.03.2018 sieht zu den in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen derzeit keine zwingende Inanspruchnahme vor. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Basis der Neuregelung des § 62 Abs. 1 Satz 5 SGB V noch keine Kriterien festgelegt. Aus diesen Gründen entfaltet diese Regelung in der Praxis keine Relevanz.

5.3.2 Nachweis der Fortdauer der Behandlung in den Folgejahren

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

Beispiel 30

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

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

6. Inkrafttreten

Diese Verfahrensgrundsätze treten am 01.01.2021 in Kraft und ersetzen die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 20./21.03.2018. Sie gelten für alle Anträge auf Erstattung, Befreiung oder Vorauszahlung nach § 62 SGB V, soweit sie Zeiträume nach dem 31.12.2020 betreffen.

7. Erklärung zur zukünftigen Nichtanwendung

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

8. Anlagen

Anlage 1: Mustervordruck zur Ermittlung der Grundlagen für eine Befreiung

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

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

Antrag auf Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen im Kalenderjahr _____

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

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

* Lebenspartner i. S. des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

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

Bankverbindung:

IBAN _____ BIC _____

bei (Kreditinstitut) _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

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

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

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

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

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige:

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

* Lebenspartner i. S. des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

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

Aufteilung des Erstattungsbetrages:

Krankenkasse	Einzelne Zuzahlung	Anteilige Erstattung
	EUR	EUR
	EUR	EUR
	EUR	EUR

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Krankenkasse

Anschrift und Aktenzeichen der ausstellenden Krankenkasse:

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

Aktenzeichen: 1234567890

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

Im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige:

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

* Lebenspartner i. S. des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

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

Aufteilung der Vorauszahlung (Belastungsgrenze ./ . Zuzahlungen):

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

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Krankenkasse

Anschrift und Aktenzeichen der ausstellenden Krankenkasse:

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

Aktenzeichen: 1234567890

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 17.06.2021 in Berlin

3. § 276 SGB V – Zusammenarbeit;

hier: Umsetzung der Anforderung § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V (neu durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG))

Sachstand:

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) ist eine Erweiterung des § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V dahingehend vorgesehen, dass die Krankenkassen und Medizinischen Dienste bei Abforderung von versichertenbezogenen Daten bei Leistungserbringern zukünftig den „Begutachtungszweck“ zu nennen haben. Bislang gibt es keine entsprechende Anforderung.

Diese zukünftige Anforderung bei Schreiben an Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Leistungserbringer, führt zu der Frage, wie ein entsprechender Hinweis ausgestaltet werden sollte, um Irritationen bei den Leistungserbringern sowie datenschutzrechtliche Problemstellungen zu vermeiden. Für eine Umsetzung der neuen Anforderung wird es daher als zielführend angesehen, bundesweit einheitlich vorzugehen, wofür es einen kassenartübergreifenden Konsens bedarf.

Als Basis eines entsprechenden Konsenses könnte eine einheitliche und möglichst übersichtliche Auswahl möglicher Begutachtungszwecke abgestimmt werden, welche diese lediglich abstrakt auf Basis von Stichwörtern abbildet. Eine darüberhinausgehende kassenindividuelle Ergänzung des Begutachtungszweckes könnte hierzu noch diskutiert werden.

Ein Austausch im Rahmen der Fachkonferenz zum Leistungs- und Beziehungsrecht war daher angezeigt.



Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass aufgrund der gesetzlichen Änderung eine Überprüfung bzw. Anpassung der aktuellen Anforderungspraxis dahingehend erfolgen muss, dass der aktuelle Begutachtungszweck gegenüber dem Leistungserbringer angegeben wird. Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Angabe des Begutachtungszwecks für den Leistungserbringer verständlich ist.

Um diesem Anliegen Rechnung zu tragen, wird den Krankenkassen empfohlen, auf Basis von Stichwörtern den Begutachtungszweck zu benennen. Als Orientierung zur Benennung von Begutachtungszwecken wurde die an das MiMa-Verfahren mit den Medizinischen Diensten angelegte Auflistung als sinnvoll eingeschätzt. Als Begründung für eine Anforderung von Informationen bei den Leistungserbringern kann daher einheitlich die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem entsprechenden Stichwort der folgenden Liste angegeben werden:

Schlüssel A: MDK-Leistungsbereich

Schlüsselwert	Schlüsselbezeichnung
01	Pflege (SGB XI)
02	Arbeitsunfähigkeit / Krankengeld
03	Stationäre Behandlung (Abrechnungsprüfung DRG/PEPP/BpflV/MD-QK-RL)
04	Ambulante Leistungen im Krankenhaus
05	Sonstige stationäre Behandlungen
06	Häusliche Krankenpflege/ psychiatrische Häusliche Krankenpflege
07	Heilmittel
08	Haushaltshilfe
09	Sonstige ambulante Leistungen
10	Neuartige Untersuchungs- / und Behandlungsmethoden ambulant oder stationär oder im Ausland
11	Arzneimittel
12	Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel
13	Vorsorge / Rehabilitation
14	Hilfsmittel
15	Zahnärztliche Leistungen
16	Ansprüche gegenüber/von Dritten
17	Fahrkosten

18	Kurzzeitpflege gem. § 39c SGB V
19	Außerklinische Intensivpflege
20	Spezialisiert ambulante Palliativversorgung
21	Übergangspflege im Krankenhaus gem. § 39e SGB V
99	sonstiges (z. B. Hospiz. Soziotherapie)

Sofern zukünftig die Notwendigkeit gesehen wird, wird nach Abstimmung die Liste entsprechend um weitere Begutachtungszwecke erweitert.

- nicht besetzt -