



Spitzenverband

## **Niederschrift**

**über die Fachkonferenz  
Leistungs- und Beziehungsrecht**

**am 15.03.2023 in Berlin  
als Hybridsitzung**



<b>Inhaltsübersicht:</b>	<u>Seite</u>
1. § 16 SGB V – Ruhen des Anspruchs, § 13 SGB V – Kostenerstattung; hier: Anspruch auf Leistungen per Telemedizin im und aus dem Ausland	5
2. § 24a SGB V – Empfängnisverhütung, § 24b SGB V – Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation; hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Empfängnisver- hütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 22.06.2022 aufgrund zwischenzeitlich eingetretenem Anpas- sungsbedarf	15
3. § 62 SGB V – Belastungsgrenze; hier: Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – Inflationsausgleichsprämie als Bestandteil des 3. Entlastungspaketes, Energie-Rabatt aufgrund des Gesetzes über die Dezember-Soforthilfe und Sonderleistungen gemäß § 150c SGB XI für zugelassene voll- und teilstationäre Pflege- einrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufga- ben nach § 35 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)	19
4. § 62 SGB V – Belastungsgrenze, § 65 SGB XII – stationäre Pflege; hier: Belastungsgrenze für in stationären Einrichtungen wohnende Versi- cherte, die Hilfe zur Pflege beziehen	25



- nicht besetzt -



## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 15.03.2023 in Berlin

1. **§ 16 SGB V – Ruhen des Anspruchs,  
§ 13 SGB V – Kostenerstattung;  
hier: Anspruch auf Leistungen per Telemedizin im und aus dem Ausland**

#### Sachstand:

Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist (vgl. § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Abweichende Regelungen zum Ruhen des Leistungsanspruchs während eines Auslandsaufenthaltes sind

- § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V (Ansprüche bei Inanspruchnahme von Leistungen anstelle von Sach- und Dienstleistungen im EU-/EWR-Bereich und der Schweiz),
- § 17 SGB V (Leistungen bei Beschäftigung im Ausland) und
- § 18 SGB V (Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR)

zu entnehmen. Diese Vorschriften regeln die Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Ausland. Weitere Ausnahmen sind in § 16 SGB V selbst geregelt. Diese beziehen sich auf den Anspruch auf Mutterschaftsgeld (§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB V) sowie den Krankengeldanspruch bei Auslandsaufenthalt (§ 16 Abs. 4 SGB V).

An den GKV-Spitzenverband wurde die Frage herangetragen, ob in Deutschland versicherte Personen einen Anspruch auf Leistungen per Telemedizin in grenzüberschreitenden Sachverhalten, also z. B. im Rahmen der Videosprechstunde in das und aus dem Ausland, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben.



Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs sind vor dem Hintergrund der Frage zwei Fallkonstellationen zu unterscheiden

1. Eine bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Person mit Aufenthaltsort in Deutschland oder im (vertragslosen) Ausland möchte telemedizinische Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen.
2. Eine bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Person befindet sich im (vertragslosen) Ausland und möchte telemedizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen.

#### 1. Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen im Ausland von bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen mit Aufenthaltsort in Deutschland oder im (vertragslosen) Ausland

Die Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Union für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat als demjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind, sind nach Maßgabe der entsprechenden Bestimmungen im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) verboten (vgl. Art. 56 Satz 1 AEUV [Vorgängervorschrift Art. 49 EG-Vertrag – inhaltlich in Bezug auf das Verbot der Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs unverändert]). Der Europäische Gerichtshof (EuGH) kam in mehreren Entscheidungen zu dem Ergebnis, dass die Grundsätze der Dienstleistungsfreiheit nach Art. 49 EG-Vertrag auch im Bereich der sozialen Sicherheit mit der Konsequenz gelten, dass sich Versicherte Versicherungsleistungen gegen Kostenerstattung zu Lasten öffentlich-rechtlicher Versicherungsträger selbst beschaffen können (vgl. z. B. Urteile des EuGH in den Rechtssachen „Kohll“ vom 28.04.1998 – C-158/96 –, „Smits und Peerbooms“ vom 12.07.2001 – C-157/99 – sowie „Müller-Fauré/van Riet“ vom 13.05.2003 – C-385/99 –). Vor diesem Hintergrund ist im SGB V Folgendes geregelt:

Versicherte sind unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 und 5 SGB V berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft (EG) sind oder die im jeweiligen nationalen System der Kranken-



versicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte (vgl. § 13 Abs. 4 Sätze 1 bis 3 SGB V).

Der nach § 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V bestehende Kostenerstattungsanspruch für im EU- bzw. EWR-Ausland und in der Schweiz in Anspruch genommene Leistungen ist gemäß des Gesetzeswortlautes abhängig von dem (in Deutschland bestehenden) Sachleistungsanspruch als Primäranspruch (vgl. auch Bundestags-Drucksache [BT-Drs.] 15/1525 vom 08. 09. 2003, B. zu Artikel 1 Nr. 4 Buchst. B, Seite 81). Der Leistungsanspruch der bzw. des Versicherten wird folglich durch § 13 Abs. 4 und 5 SGB V nicht erweitert. Die Regelung gestattet vielmehr „lediglich“ die Selbstbeschaffung einer zu Lasten der GKV vorgesehenen Leistung im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz. Dementsprechend können im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Staaten der EU bzw. des EWR und der Schweiz den Versicherten („nur“) die Leistungen zu Lasten der GKV gewährt werden, auf die Versicherte – unter Berücksichtigung der jeweiligen materiell-rechtlichen und sonstigen Leistungsvoraussetzungen (z. B. Antrags- und Genehmigungserfordernis oder Altersgrenzen) – im Inland einen Anspruch haben. Vor diesem Hintergrund können bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Personen telemedizinische Leistungen in dem Umfang und unter den leistungsrechtlichen Voraussetzungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des EWR sowie der Schweiz im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen, in dem/unter denen diese Leistungen in Deutschland zu Lasten der GKV zur Verfügung stehen.

Eine Beschränkung des Anspruchs auf in Deutschland zugelassene Leistungserbringer kann in diesen Fällen nicht argumentiert werden. Dies, da § 13 Abs. 4 Satz 2 SGB V eine abschließende (europarechtskonforme) Sonderregelung vorsieht, nach der solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden dürfen, bei denen entweder die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der EG sind oder es sich um Leistungserbringer handelt, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Zudem sieht Art. 5 Abs. 1a der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 in der durch die Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20.11.2013 geänderten Fassung über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (im Folgenden: Richtlinie 2005/36/EG) vor, dass die Mitgliedstaaten die Dienstleistungsfreiheit nicht aufgrund der Berufsqualifikationen einschränken können, wenn der Dienstleister zur Ausübung



desselben Berufs rechtmäßig in einem Mitgliedstaat niedergelassen ist. Die Richtlinie 2005/36/EG ersetzt die am 20.10.2007 außer Kraft gesetzte Richtlinie 93/16/EWG und beinhaltet (unverändert) u. a. Regelungen zur gegenseitigen Anerkennung ärztlicher Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstiger Befähigungsnachweise (vgl. Art. 24 ff. und Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG).

Unabhängig davon, ist es allerdings erforderlich, dass die telemedizinische Leistungserbringung in dem jeweiligen Staat ebenfalls zulässig ist und beispielsweise keine berufsrechtlichen Regelungen (z. B. Fernbehandlungsverbot) dem entgegenstehen. Die vom Versicherten begehrte (telemedizinische) Leistung muss also auch nach den Maßstäben des jeweiligen Staates der EU, des EWR bzw. der Schweiz zur Verfügung gestellt werden können/zulässig sein.

Bezogen auf die Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen ist es unerheblich, wo sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme befindet. Zumindest ist weder in § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V noch spezialgesetzlich im SGB V eine Regelung vorgesehen, die in diesem Zusammenhang den bzw. einen Aufenthaltsort als Anspruchsvoraussetzung definiert.

Die Ansprüche nach § 13 Abs. 4 und 5 SGB V stehen im Einklang mit der derzeit geltenden Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 09.03.2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. So ist in Art. 7 Abs. 7 RL 2011/24/EU klargestellt, dass zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auch eine Gesundheitsversorgung mit Mitteln der Telemedizin gehören kann.

Konkretisierend ist geregelt, dass als „Behandlungsmitgliedstaat“ der Mitgliedstaat bezeichnet wird, in dessen Hoheitsgebiet Gesundheitsdienstleistungen für den Patienten tatsächlich erbracht werden. Im Fall der Telemedizin gilt die Gesundheitsversorgung als in dem Mitgliedstaat erbracht, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist (vgl. Art. 3 Buchstabe d) RL 2011/24/EU).

Eine dem § 13 Abs. 4 und 5 SGB V vergleichbare Rechtsvorschrift, die bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen die Inanspruchnahme grenzüberschreitender telemedizinischer Leistungen außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz zu Lasten der GKV ermöglicht, existiert im SGB V nicht. Dementsprechend bestehen bei Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen außerhalb der genannten Staaten keine Leistungsansprüche gegenüber der GKV.



## 2. Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen in Deutschland von bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen während eines Aufenthaltes im (vertragslosen) Ausland

Sachverhalte, in denen sich eine bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Person im Ausland befindet und telemedizinische Leistungen bei einem in Deutschland im Sinne der GKV zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen möchte, unterliegen in ihrer Beurteilung dem deutschen Leistungsrecht.

Hierfür sprechen u. a. die Regelungen der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 09.03.2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Danach gilt gemäß Art. 3 e) RL 2011/24/EU als grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung die Gesundheitsversorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben wird (vgl. auch Erwägungsgrund 11 der Richtlinie). Da nach Art. 3 d) RL 2011/24/EU im Fall der Telemedizin die Gesundheitsversorgung als in dem Mitgliedstaat als erbracht gilt, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist, bedeutet dies für den in Rede stehenden Sachverhalt, dass die telemedizinische Leistung – die (von einer bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Person) bei einem in Deutschland ansässigen/zugelassenen Leistungserbringer beansprucht wird, auch wenn dies aus dem Ausland heraus vollzogen wird – als in Deutschland erbracht gilt. Insofern fehlt es an einer grenzüberschreitenden Komponente.

Fraglich ist jedoch, ob der Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ruht, da sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme im Ausland aufhält.

Der Wortlaut der Vorschrift ist diesbezüglich eindeutig. So ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes erkranken, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist. Eine Ausnahmeregelung für die Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen bei im Sinne des SGB V zugelassenen inländischen Leistungserbringern während eines Auslandsaufenthaltes kann weder aus den o. g. Vorschriften (§ 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, § 17 SGB V, § 18 SGB V) noch aus § 16 SGB V selbst abgeleitet werden. Dementsprechend kann grundsätzlich argumentiert werden, dass in dem in Rede stehenden Sachverhalt der Leistungsanspruch des Versicherten aufgrund des Aufenthaltes im Ausland nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ruht.

Den Gesetzesmaterialien zum Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) ist allerdings zu entnehmen, dass die Ruhensanordnung nach § 16 Abs. 1



Satz 1 Nr. 1 SGB V berücksichtigt, dass Sachleistungen der GKV (zum damaligen Zeitpunkt) nur im Inland erbracht werden konnten und daher in diesen Fällen eine Kostenerstattung für Erkrankungen während des Auslandsurlaubs ausgeschlossen werden sollte bzw. das in Bezug auf das Krankengeld der notwendige Nachweis der Arbeitsunfähigkeit bei einem Auslandsaufenthalt häufig mit Schwierigkeiten verbunden war und eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme dieser Leistungen vermieden werden sollte (vgl. BT-Drs. 11/2237, S. 164 f.).

Der Gesetzgeber hat damit das in § 2 Abs. 2 SGB V vorgegebene Sachleistungsprinzip als Leistungsmaxime der GKV gestärkt (vgl. BT-Drs. 11/2237, S. 157).

Die Gesetzesbegründung zur Ruhensanordnung nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wurde auch durch das Bundessozialgericht (BSG) in einer Entscheidung zum Ruhen des Krankengeldes während eines Auslandsaufenthalts aufgegriffen. Das BSG hat die Gesetzesmaterialien dahingehend interpretiert, dass für den Ausschluss bestimmter Versicherungsleistungen während des Auslandsaufenthalts, z. B. beim Krankengeld, praktische Erwägungen eine entscheidende Rolle spielten. Folglich sei nicht beabsichtigt gewesen, beim Auslandsaufenthalt des Versicherten alle Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung zum Ruhen zu bringen. Die Vorschrift des § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bezwecke entsprechend lediglich, nur jene Leistungen auszuschließen, die entweder im Ausland nicht erbracht werden können (Sachleistungen) oder bei denen sich die Anspruchsvoraussetzungen einer Geldleistung wie das Krankengeld nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen lassen (vgl. BSG, Urteil vom 04.06.2019, B 3 KR 23/18 R, Rz. 26 f. unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 08.06.1993, 1 RK 18/92, 18, beide juris).

Davon ausgehend, dass das Sachleistungsprinzip für den Gesetzgeber des GRG ein Leitmotiv seiner Regelung war und unter Beachtung der Tatsache, dass die Inanspruchnahme inländischer, im Sinne der GKV zugelassener Leistungserbringer per Telemedizin – dem Grunde nach unabhängig vom Aufenthaltsort – zwischenzeitlich als Sachleistung erfolgen kann, der Gesetzgeber dies bei der Anordnung der Ruhensregelung 1988 allerdings noch nicht im Blick haben konnte sowie unter Berücksichtigung der benannten Rechtsprechung kann durchaus argumentiert werden, dass ein Leistungsanspruch zu Lasten der GKV in dem in Rede stehenden Sachverhalt nicht ausgeschlossen werden sollte.

Für eine solche europarechtsfreundliche Auslegung des § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V spräche im Hinblick auf die bestehenden Grundfreiheiten (z. B. Personen- und Dienstleistungsfreiheit) innerhalb der EU auch der Grundsatz der europarechtskonformen Auslegung gemäß Art. 4 Abs. 3 des Vertrages über die europäische Union (EUV).



Würde § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V in dargestellter Weise ausgelegt und ein Leistungsanspruch in dem in Rede stehenden Sachverhalt eingeräumt werden, bezöge sich dieser allerdings auf den Aufenthalt einer bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Person im gesamten, also gleichermaßen im vertragslosen, Ausland (z. B. USA, Australien). So grenzt zumindest auch das BSG in der o. g. Entscheidung vom 04.06.2019 bezogen auf die Zustimmung der Krankenkassen zum Auslandsaufenthalt für den Bezug von Krankengeld nicht auf bestimmte Länder ein, sondern unterscheidet lediglich darin, dass im Zusammenhang mit einer wirksamen Kontrolle z. B. von ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen die praktischen Schwierigkeiten je nachdem, ob sich Versicherte in einem EU-Mitgliedstaat oder im vertragslosen Ausland aufhalten, variieren können (vgl. Rz. 29, aaO).

Sofern ein Leistungsanspruch eingeräumt wird, ist beachtlich, dass die jeweils gesetzlich vorgesehenen materiell-rechtlichen und sonstigen Leistungsvoraussetzungen (z. B. Antrags- und Genehmigungserfordernis oder explizit festgelegte persönliche [„Kontroll-„]Kontakte) auch dann erfüllt werden müssen, wenn sich die versicherte Person während der Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen im Ausland aufhält. Eine Modifizierung der Leistungsvoraussetzungen erfolgt hierdurch nicht.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Rechtslage war eine Beratung der Thematik in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer und Besprechungsteilnehmerinnen vertreten einvernehmlich die folgende Auffassung:

#### 1. Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen im Ausland von bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen mit Aufenthaltsort in Deutschland oder im (vertragslosen) Ausland

Bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Personen können auf der Grundlage und unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 SGB V telemedizinische Leistungen in dem Umfang und unter den materiell-rechtlichen und sonstigen Leistungsvoraussetzungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU, einem anderen Vertragsstaat des EWR sowie der Schweiz im Wege der Kostenerstattung zu Lasten der GKV in Anspruch nehmen, in dem/unter denen diese Leistungen in Deutschland zur Verfügung stehen.



Der nach § 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V bestehende Kostenerstattungsanspruch für im EU- bzw. EWR-Ausland und in der Schweiz in Anspruch genommene Leistungen ist abhängig von dem nach deutschem Recht bestehenden Sachleistungsanspruch. Der Leistungsanspruch der bzw. des Versicherten wird folglich durch § 13 Abs. 4 und 5 SGB V nicht erweitert.

In Bezug auf die Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen im EU- bzw. EWR-Ausland und in der Schweiz ist es unerheblich, wo (das heißt, ob in Deutschland oder im (vertragslosen) Ausland) sich die bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Person zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme befindet.

Im Fall der Telemedizin gilt die Gesundheitsversorgung als in dem Mitgliedstaat erbracht, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist.

Für die Inanspruchnahme grenzüberschreitender telemedizinischer Leistungen von bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen bei außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz ansässigen Gesundheitsdienstleistern zu Lasten der GKV besteht keine Anspruchsgrundlage im SGB V.

## 2. Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen in Deutschland von bei einer deutschen Krankenkasse versicherten Personen während eines Aufenthaltes im (vertragslosen) Ausland

Der Anspruch auf Leistungen ruht nicht nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V in Fallgestaltungen, in denen bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Personen während eines Aufenthaltes im (vertragslosen) Ausland telemedizinische Leistungen bei einem in Deutschland ansässigen und im Sinne der GKV zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nehmen.

Im Fall der Telemedizin gilt die Gesundheitsversorgung als in dem Mitgliedstaat erbracht, in dem der Gesundheitsdienstleister ansässig ist (vgl. Art. 3 Buchstabe d) RL 2011/24/EU). Daher ist es in Bezug auf die Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen in Deutschland unerheblich, wo (das heißt, ob in Deutschland oder im [vertragslosen] Ausland) sich bei einer deutschen Krankenkasse versicherte Personen zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme aufhalten. In diesen Sachverhalten sind die telemedizinischen Leistungen, ebenso wie bei einem Aufenthalt der versicherten Person in Deutschland, als Sachleistung zu erbringen.



Die jeweils gesetzlich vorgesehenen materiell-rechtlichen und sonstigen (Leistungs-)Voraussetzungen (z. B. Antrags- und Genehmigungserfordernis oder explizit festgelegte persönliche [„Kontroll-„]Kontakte) gelten auch, wenn sich die in der GKV versicherte Person während der Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen im Ausland aufhält.

Anmerkung:

Der GKV-Spitzenverband bittet die Nationale Kontaktstelle, sofern möglich, eine Liste über die Mitgliedstaaten der EU bzw. Vertragsstaaten des EWR sowie der Schweiz zu erstellen, in denen die Erbringung telemedizinischer Leistungen möglich ist. Vorausgesetzt, die Informationen können erhoben werden, wird den Krankenkassen die entsprechende Übersicht zur Verfügung gestellt.



- nicht besetzt -



## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 15.03.2023 in Berlin

#### 2. § 24a SGB V – Empfängnisverhütung,

#### § 24b SGB V – Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation;

hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 22.06.2022 aufgrund zwischenzeitlich eingetretenem Anpassungsbedarf

#### Sachstand:

Das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 22.06.2022 ist aufgrund des Zwölften Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetz), welches am 01.01.2023 in großen Teilen in Kraft getreten ist (BGBl 2022 Teil I Nr. 51, S. 2328 ff.), anpassungsbedürftig geworden. Ein wesentlicher Aspekt des Gesetzes ist die Einführung eines Bürgergeldes ab dem 01.01.2023, welches sowohl das bisherige Arbeitslosengeld II als auch das Sozialgeld nach dem SGB II ablöst. Zusätzlich erfolgten Änderungen hinsichtlich des Einkommensbegriffs nach § 82 SGB XII sowie in der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII. Eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens ist in folgenden Abschnitten erfolgt:

#### 1. Allgemeines

Die Gesetzesänderung, die der Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Grunde lag, wurde in der vorliegenden Historie ergänzt.

#### 4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“

In diesem Abschnitt sind Anpassungen aufgrund der Änderung des § 82 Abs. 1 SGB XII durch das Bürgergeld-Gesetz erfolgt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die in § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII aufgezählten Ausnahmen zum Einkommen, also die in den Ferien bzw. während der Schulzeit erworbenen Einnahmen von Schülerinnen, Studentinnen bzw. Auszubildenden, die das



25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bei der Ermittlung der verfügbaren persönlichen Einkünfte im Sinne des Schwangerschaftskonfliktgesetzes nicht zum Tragen kommen und damit dem Grunde nach als Einkommen zu berücksichtigen sind. Dies vor dem Hintergrund, dass die in § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII aufgezählten Ausnahmen zum Einkommen sich „nur“ auf Personen beziehen, die bereits Hilfeleistungen beziehen bzw. einem leistungsbeziehenden Familienverbund angehören. Aufgrund des grundsätzlichen Bezugs von Hilfeleistungen dieser Personen sind allerdings die Anspruchsvoraussetzungen nach § 19 Abs. 2 SchKG bereits erfüllt, so dass den in Rede stehenden Personen kein Nachteil entsteht.

#### 4.6 Verwertbares Vermögen

Weiterhin erfolgte mit dem Bürgergeld-Gesetz eine Änderung in der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII, die in Verbindung mit § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII festlegt, bis zu welcher Höhe Barbeträge und sonstige Geldwerte nicht der Verwertung unterliegen und somit bei der Prüfung, ob der Frau die Aufbringung finanzieller Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch zumutbar ist, nicht als kurzfristig verwertbares Vermögen berücksichtigt werden dürfen. Dementsprechend erfolgte in diesem Abschnitt eine Anpassung des Betrags.

#### 4.8 Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen

Zentrales Element des Bürgergeld-Gesetzes ist die Einführung eines Bürgergeldes, welches das Arbeitslosengeld II und das Sozialgeld ab 1. Januar 2023 ersetzt. In diesem Abschnitt erfolgte eine entsprechende redaktionelle Anpassung.

#### Anlage 2

Die Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII wurde durch die aktuell gültige Fassung ersetzt.

#### Anlage 3

Auf dem Antragsformular wurde die beispielhafte Aufzählung von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld durch Benennung des Bürgergeldes ersetzt. Weiterhin wurde die Änderung der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII nachvollzogen und die Höhe des Barbetrages und sonstiger Geldwerte, die nicht der Verwertung unterliegen, angepasst. Zusätzlich erfolgte hinsichtlich der Aufzählung des anrechenbaren Einkommens – verbunden mit dem Ziel einer besseren Lesbarkeit – eine redaktionelle Anpassung in Form einer übersichtlicheren Darstellung.



### Anlage 5

Es erfolgte eine Ergänzung des durch das InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – ermittelten Kostenanteils für einen rechtswidrigen, aber straffreien vollstationären Schwangerschaftsabbruch bis zum aktuellen Zeitpunkt 2023.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer und Besprechungsteilnehmerinnen verabschiedeten einvernehmlich das gemeinsame Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 15.03.2023. Der GKV-Spitzenverband wird den Bundesländern das geänderte gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Kenntnis übersenden.

### Anmerkung:

Am 15.06.2023 wurden die Ministerien der Länder mit beigefügtem Schreiben (Anlage 2) über die Änderungen im gemeinsamen Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) informiert.

### **Anlagen**



- nicht besetzt -



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

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

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

---

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

---

---

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

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

## **Vorwort**

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben in ihrem gemeinsamen Rundschreiben vom 22.06.2022 zu den Leistungsansprüchen im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung, bei einer Sterilisation und bei einem Schwangerschaftsabbruch Stellung genommen. Aufgrund der fortschreitenden Entwicklung auf diesem Gebiet durch Gesetze, Rechtsverordnungen, Richtlinien und Besprechungsergebnisse sowie dem damit einhergehenden medizinischen Fortschritt erfolgte eine Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens.

Mit diesem Rundschreiben legen der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene eine aktuelle Fassung vor, die ab dem 15.03.2023 gültig ist.

## Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines.....	5
2. Empfängnisverhütung.....	7
2.1 Gesetzestext.....	7
2.2 Allgemeines.....	7
2.3 Ärztliche Beratung.....	8
2.4 Empfängnisverhütende Mittel.....	8
3. Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch.....	11
3.1 Gesetzestext.....	11
3.2 Allgemeines.....	12
3.3 Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation bzw. einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft.....	14
3.3.1 Sterilisation.....	14
3.3.2 Schwangerschaftsabbruch.....	17
3.3.2.1 Medizinische Indikation.....	17
3.3.2.2 Kriminologische Indikation.....	17
3.3.2.3 Auswirkungen für die Krankenkassen.....	17
3.3.3 Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung.....	18
3.3.4 Ärztliche Behandlung.....	18
3.3.5 Arznei-, Verband- und Heilmittel.....	18
3.3.6 Krankenhausbehandlung.....	19
3.3.7 Krankengeld.....	19
3.3.8 Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden.....	20
3.4 Leistungen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Abbruch der Schwangerschaft..	20
3.4.1 Beratungsregelung.....	20
3.4.2 Auswirkungen für die Krankenkassen.....	21
3.4.3 Leistungen.....	21
3.4.4 Leistungsausschluss.....	22
4. Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen.....	23
4.1 Allgemeines.....	23
4.2 Voraussetzungen.....	23
4.2.1 Ermittlung der Einkommensgrenze.....	24
4.2.1.1 Allgemeine Einkommensgrenze.....	24
4.2.1.2 Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern.....	24
4.2.1.3 Erhöhung der Einkommensgrenze durch die Kosten der Unterkunft..	25
4.3 Verfügbare persönliche Einkünfte.....	25
4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“.....	26
4.3.2 Pfändungen.....	27
4.3.3 Nichtzugehörigkeit der Tochter zur elterlichen Wohnung während der Dauer ihres Studiums.....	28
4.4 Maßgebender Beurteilungszeitraum.....	28

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

4.5	Einmalige Zuwendungen .....	28
4.6	Verwertbares Vermögen .....	28
4.7	Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse .....	29
4.8	Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen .....	30
4.9	Leistungen .....	30
4.9.1	Leistungsanspruch .....	30
4.9.2	Fahrkosten/Wegegeld .....	31
4.9.3	Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung .....	31
4.10	Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren, Kostenerstattung .....	31
4.10.1	Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ..	32
4.10.2	Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Vertrags- oder Nichtvertragsärztinnen bzw. -ärzten bzw. beim ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V .....	33
4.10.3	Kostenübernahme und Abrechnung im Rahmen einer stationären Behandlung	33
4.10.4	Kostenerstattung .....	34
4.10.4.1	Kostenerstattung bei einer stationären Behandlung .....	34
4.10.5	Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung .....	34
4.10.6	Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz .....	35
4.10.7	Studentinnen .....	36
4.10.8	Au-pair-Mädchen .....	36
4.10.9	Grenzgängerinnen .....	36
4.11	Verwaltungskosten .....	36
4.12	Verjährung .....	37
Anlage 1	Einkommensgrenzen bei der Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	
Anlage 2	Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozial- gesetzbuch	
Anlage 3	Muster Antrag auf Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder bei einem Schwangerschaftsabbruch, für den kein Leistungsanspruch ge- genüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht	
Anlage 4	Muster Bescheinigung über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwan- gerschaftskonflikten	
Anlage 5	Anteil der nicht von den Krankenkassen zu tragenden Kosten für einen rechtswid- rigen, aber straffreien, vollstationären Schwangerschaftsabbruch nach § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V	

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

## 1. Allgemeines

Die Bereiche Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaft stehen immer wieder im Mittelpunkt des politischen und gesellschaftlichen Handelns, besonders dann, wenn es sich um die lange Zeit umstrittene Beurteilung der Strafbarkeit der Abtreibung handelt. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bleibt davon nicht unberührt, da diese Leistungen nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V einen wichtigen Bestandteil des sogenannten Leistungskataloges bilden.

Maßgebend sind hierfür die §§ 24a und 24b SGB V, die mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz am 05.08.1992 in Kraft traten und die bis dahin gültigen §§ 200e bis 200g RVO mit der Bezeichnung „Sonstige Hilfen“ ablösten.

Im Jahr 1995 erfolgte eine weitere Neuregelung des Abtreibungsstrafrechts in Form des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG). Damit wurde das im Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 28.05.1993 favorisierte Beratungskonzept und die – erneute – Verpflichtung des Staates, für den Schutz des geborenen als auch des ungeborenen menschlichen Lebens zu sorgen, umgesetzt.

Am 01.10.1995 traten die Neuerungen zur Schwangerenkonfliktberatung, zur Approbationsordnung und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), des SGB V, der RVO, des Strafgesetzbuches (StGB) sowie des Einigungsvertrages in Kraft. Darüber hinaus wurde mit Wirkung ab 01.01.1996 die eigentliche Neuregelung für den Bereich der GKV geschaffen. Diese sieht vor, dass in Fällen des nach Auffassung des BVerfG rechtswidrigen, aber nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs nach der sogenannten Beratungslösung diejenigen ärztlichen Leistungen gesetzlich aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen werden, die am Tage des Abbruchs und im Rahmen der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf anfallen. Gleichzeitig wurde durch das SFHÄndG auch ein Spezialgesetz geschaffen, das abhängig von dem Ergebnis einer Bedürftigkeitsprüfung der Schwangeren eine staatliche Kostenübernahme für die Leistungen vorsieht, die im Falle des Schwangerschaftsabbruchs nach der Beratungslösung nicht von der GKV oder, sofern die Schwangere nicht einer gesetzlichen Krankenkasse angehört, nicht von einem anderen Kostenträger wie Sozialhilfe, Beihilfe oder private Krankenversicherung übernommen werden.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes über die weitere Bereinigung von Bundesrecht am 15.12.2010 (BGBl. 2010 Teil I Nr. 63) wurde aufgrund der inhaltlichen Zusammengehörigkeit das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonflikt-

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

gesetz – SchKG) und das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (Schwangerschaftshilfegesetz – SchwHG) in einem Gesetz – dem Schwangerschaftskonfliktgesetz – zusammengeführt. Inhaltliche Änderungen waren hiermit nicht verbunden.

Zum 01.01.2012 trat in wesentlichen Teilen das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) in Kraft. In diesem Rahmen wurde in § 24b Abs. 4 SGB V neu geregelt, wie sich der von den Ländern zu tragende Finanzierungsanteil in den Fällen der vollstationären Vornahme eines rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruchs (§ 218a Abs. 1 StGB) ermittelt.

Mit dem Inkrafttreten des Fünften Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG) zum 01.03.2015 wurde rechtlich klargestellt, dass die Kosten empfängnisverhütender Mittel für Frauen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, durch die GKV nur dann zu übernehmen sind, wenn diese Mittel verschreibungspflichtig sind. Darüber hinaus wurde geregelt, dass die mit der Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung und der Apothekenbetriebsordnung zum 14.03.2015 aus der Verschreibungspflicht entlassenen Notfallkontrazeptiva mit den Wirkstoffen Ulipristalacetat (ellaOne®) und Levonorgestrel auch weiterhin für Frauen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres zu Lasten der GKV ärztlich verordnet werden können.

Durch das am 29.03.2019 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch wurde § 24a Abs. 2 Satz 1 SGB V dahingehend geändert, dass Versicherte – statt wie bisher bis zum vollendeten 20. Lebensjahr – bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln haben. Zudem können Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Einrichtungen öffentlich und ohne Risiko der Strafverfolgung darüber informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 bis 3 StGB durchführen (vgl. § 219a Abs. 4 StGB). Zusätzlich kann diese Information im Rahmen einer zentral erstellten und geführten Liste zur Verfügung gestellt werden (vgl. § 13 Abs. 3 SchKG i. V. m. § 13a SchKG).

Zum 01.01.2023 trat das Zwölfte Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetz) in wesentlichen Teilen in Kraft. Mit diesem Gesetz wurde das Bürgergeld eingeführt, welches sowohl das bisherige Arbeitslosengeld II als auch das Sozialgeld nach dem SGB II ablöst. Zusätzlich erfolgten Änderungen hinsichtlich des Begriffes des Einkommens nach § 82 SGB XII sowie Anpassungen in der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

## 2. Empfängnisverhütung

### 2.1 Gesetzestext

#### *§ 24a SGB V*

*(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.*

*(2) Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a gilt entsprechend.*

### 2.2 Allgemeines

Die Motive für die Inanspruchnahme einer Beratung über Fragen der Empfängnisregelung sind unerheblich. Anspruch auf diese Leistung haben weibliche und männliche Versicherte. Der Anspruch ist grundsätzlich nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden; er ist immer dann gegeben, wenn der Beratungswunsch aufgrund der biologischen Entwicklung nicht sinnlos erscheint. Findet eine gemeinsame Beratung des Paares statt, von denen eine Person nicht gesetzlich versichert ist, so können Leistungen zu Lasten der GKV nur für die gesetzlich versicherte Person erbracht werden.

Versicherte haben nach § 24a Abs. 2 SGB V bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln zu Lasten der GKV, wenn für diese Mittel eine Pflicht zur ärztlichen Verschreibung besteht. Die Leistungspflicht gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva („Pille danach“), soweit sie ärztlich verordnet werden. Damit werden im Wesentlichen die Frauen begünstigt, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation, insbesondere weil sie sich noch in der Ausbildung befinden, am wenigsten in der Lage sind, die Kosten für Empfängnisverhütungsmittel aufzubringen.

Zur Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

Nr. 11 SGB V in Verbindung mit den §§ 24a und 24b SGB V die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch beschlossen.

### **2.3            Ärztliche Beratung**

Die Beratung kann sowohl die Empfängnisverhütung als auch die Herbeiführung einer Schwangerschaft zum Ziel haben. Sie umfasst medizinische, auf die Beratungssuchenden bezogene Informationen über

- Sexualaufklärung,
- Verhütung und
- Familienplanung.

Eine allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV.

Zur ärztlichen Beratung nach § 24a Abs. 1 SGB V gehören auch die im Zusammenhang mit den Fragen der Empfängnisregelung erforderlichen Untersuchungen (einschließlich humangenetischer Untersuchungen von Frau und Mann zur Abklärung einer Gefährdung für Mutter und Kind bei begründetem Verdacht auf ein genetisches Risiko) sowie die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Empfängnisregelnde Mittel sind sowohl Mittel zur Empfängnisverhütung als auch Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Die für Arzneimittel geltenden Regelungen sind entsprechend anzuwenden.

### **2.4            Empfängnisverhütende Mittel**

Zu den empfängnisverhütenden Mitteln gehören insbesondere die hormonal wirkenden Kontrazeptiva, wie z. B. die sogenannte Antibabypille. Es können aber auch mechanisch wirkende Mittel verordnet werden, deren Anpassung durch die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt erfolgt (z. B. die Spirale). Die Ärztin bzw. der Arzt entscheidet nach der erforderlichen Untersuchung über die Verordnung in Abstimmung mit der Patientin. Bei der Beratung und Verordnung werden u. a. sowohl individuelle medizinische Faktoren berücksichtigt, als auch die Möglichkeit der korrekten Anwendung zum Erreichen der größtmöglichen Sicherheit im Rahmen der Empfängnisverhütung.

Nicht apothekenpflichtige sowie nicht verschreibungspflichtige Mittel wie Kondome, Schaumtabletten oder Cremes dürfen nicht zu Lasten der GKV abgegeben werden. Eine Ausnahme vom Grundsatz, dass nicht verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel nicht von

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

der GKV übernommen werden, gilt „lediglich“ für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden. Notfallkontrazeptiva sind Arzneimittel zur postkoitalen Empfängnisverhütung, zu denen beispielsweise Arzneimittel mit den Wirkstoffen Ulipristalacetat (z. B. ellaOne®) und Levonorgestrel (z. B. PiDaNa®) zählen. Nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen, sollen sie eine ungewollte Schwangerschaft verhindern.

Mit Inkrafttreten der jeweiligen Regelungen der Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung und der Apothekenbetriebsordnung vom 06.03.2015 wurden Arzneimittel mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat oder Levonorgestrel zur Notfallkontrazeption aus der Verschreibungspflicht entlassen. Eine Apothekenpflicht besteht für diese Fertigarzneimittel allerdings weiterhin. Damit haben Frauen die Möglichkeit, diese Notfallkontrazeptiva kostenpflichtig in einer Apotheke zu beziehen, ohne zuvor eine Ärztin bzw. einen Arzt konsultiert zu haben. Die GKV ist in diesen Fällen nicht leistungspflichtig.

Um sicherzustellen, dass Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres auch weiterhin die Möglichkeit haben, die genannten Notfallkontrazeptiva zu Lasten ihrer Krankenkasse zu erhalten, wurde geregelt, dass die Kosten für diese nicht verschreibungspflichtigen Mittel durch die Krankenkasse zu tragen sind, sofern diese ärztlich verordnet wurden. Damit gilt auch für diesen Fall das Sachleistungsprinzip.

Die verschiedenen verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mittel unterscheiden sich in Wirkungsweise, Anwendung, Nebenwirkungen und möglichen Komplikationen voneinander. Die ärztliche Beratung hat daher individuelle medizinische Risikofaktoren zu berücksichtigen. Welches empfängnisverhütende Mittel bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres zu Lasten der GKV zum Einsatz gelangt, richtet sich grundsätzlich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall (z. B. könnte bei einer Unverträglichkeit der Antibabypille eventuell eine Spirale in Betracht kommen). Bei mehreren medizinisch geeigneten Mitteln gilt das in § 12 SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot, so dass das wirtschaftlichere Mittel zu verordnen wäre. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch die Vollendung des 22. Lebensjahres als gesetzlich definiertes Anspruchsende. Dementsprechend hat die Ärztin bzw. der Arzt bei der Verordnung des empfängnisverhütenden Mittels zu prüfen, welches Mittel unter Berücksichtigung der noch bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres verbleibenden Zeit das Wirtschaftlichste ist. Da das Naturalleistungsprinzip eine anteilige Kostenübernahme ausschließt, heißt das im Falle des möglichen Einsatzes einer Spirale bei einer z. B. 21jährigen Versicherten, die über Vollendung des 22. Lebensjahres hinaus wirkt, dass die Ärztin bzw. der Arzt zum Zeitpunkt des Einsetzens prüfen muss, ob die Verordnung unter Einbeziehung der bei der Versicherten vorliegenden Gesamtkonstellation (z. B. individuelle medizinische Faktoren, Gewährleistung der korrekten Anwendung) wirtschaftlich ist.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Auch wenn die Kosten bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres übernommen werden, ist die Zuzahlung gemäß § 31 Abs. 3 SGB V ab Vollendung des 18. Lebensjahres zu leisten. Die Vorschrift über die Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) ist anwendbar. Festbeträge bestehen für empfängnisverhütende Mittel nicht.

Eine Übersicht über mögliche Verhütungsmethoden – unabhängig davon, ob es sich um eine GKV-Leistung handelt – können bei Bedarf dem Internetauftritt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entnommen werden ([www.bzga.de](http://www.bzga.de) bzw. [www.familienplanung.de](http://www.familienplanung.de)).

### 3. Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch

#### 3.1 Gesetzestext

##### *§ 24b SGB V*

*(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. Der Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgenommen wird.*

*(2) Es werden ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation oder für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege gewährt. Anspruch auf Krankengeld besteht, wenn Versicherte wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder wegen eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft durch einen Arzt arbeitsunfähig werden, es sei denn, es besteht ein Anspruch nach § 44 Abs. 1.*

*(3) Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte Anspruch auf die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,*

- 1. die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,*
- 2. die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder*
- 3. die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.*

*(4) Die nach Absatz 3 vom Anspruch auf Leistungen ausgenommene ärztliche Vornahme des Abbruchs umfasst*

- 1. die Anästhesie,*

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,
3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
4. die Injektion von Medikamenten,
5. die Gabe eines wehenauslösenden Medikamentes,
6. die Assistenz durch einen anderen Arzt,
7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation.

*Mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehende Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher, Desinfektionsmittel fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Bei vollstationärer Vornahme des Abbruchs übernimmt die Krankenkasse nicht die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird. Das DRG-Institut ermittelt die Kosten nach Satz 3 gesondert und veröffentlicht das Ergebnis jährlich in Zusammenhang mit dem Entgeltsystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.*

### 3.2 Allgemeines

§ 24b SGB V bezeichnet im Einzelnen die von der GKV bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem Schwangerschaftsabbruch zu gewährenden Leistungen.

Leistungen, die vor dem Eingriff erbracht werden, sind auch dann zu übernehmen, wenn es nicht zu einer Sterilisation oder zu einem Abbruch der Schwangerschaft kommt.

Versicherte, die einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Sterilisation in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in der Schweiz durchführen lassen, haben Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, sofern alle nach deutschem Recht maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Bei einem Abbruch der Schwangerschaft wird unterschieden zwischen

- einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (medizinische und kriminologische Indikation gemäß § 218a Abs. 2 und 3 StGB), der in vollem Umfang die Leistungspflicht der Krankenkasse im Rahmen des § 24b Abs. 2 SGB V auslöst,

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

u n d

- einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch („Beratungsregelung“ gemäß § 218a Abs. 1 StGB), der lediglich eine eingeschränkte Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 24b Abs. 3 SGB V begründet, von der die Übernahme der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (§ 24b Abs. 4 SGB V) ausgeschlossen ist.

Ein Schwangerschaftsabbruch darf nach § 13 Abs. 1 SchKG nur in einer Einrichtung vorgenommen werden, in der auch die notwendige Nachbehandlung gewährleistet ist. Nach § 13 Abs. 2 SchKG haben die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. § 75 Abs. 9 SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Einrichtungen nach § 13 SchKG auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b SGB V aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 SchKG oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten. Unter den Vertragseinrichtungen können die Versicherten frei wählen. Die Information, welche Einrichtungen, Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, wird von der Bundesärztekammer gemäß § 13 Abs. 3 SchKG in Form einer Liste im Internet veröffentlicht und monatlich aktualisiert. Zusätzlich wird die Liste der BZgA, dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftlichen Aufgaben (BAFZA) sowie den Ländern zur Verfügung gestellt. Unabhängig davon besteht die Möglichkeit, Schwangerschaftsberatungsstellen über die Datenbank der BZgA zu suchen oder das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1 SchKG zu nutzen (vgl. § 13a SchKG).

Schwangerschaftsabbrüche werden von nachfolgenden Leistungserbringern mit unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten durchgeführt:

- Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, die sich auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen spezialisiert haben und diese Tätigkeit in einer Praxis, an die unmittelbar ein ambulantes OP-Zentrum angeschlossen ist, durchführen.
- Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, die sich nicht ausschließlich auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen spezialisiert haben und ein OP-Zentrum im unmittelbaren räumlichen Zusammenhang betreiben.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

- Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, die ambulante Schwangerschaftsabbrüche durchführen und räumlich getrennt in Kooperation ein OP-Zentrum betreiben oder fremd nutzen.
- Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, die im Rahmen des Belegarztverfahrens Schwangerschaftsabbrüche durchführen (bei der vollstationären belegärztlichen Behandlung werden neben dem belegärztlichen Honorar die entsprechenden DRG-Fallpauschalen für belegärztliche Leistungen sowie die tagesbezogenen Pflegeerlöse abgerechnet; Krankenhäuser mit Belegbetten, die zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärztinnen bzw. Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen die DRG-Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 v. H. ab).
- Krankenhäuser, die im Rahmen der stationären Behandlung Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Kostenabrechnung nach der geltenden DRG-Fallpauschalenvereinbarung (Abrechnung von Fallpauschalen sowie tagesbezogenen Pflegeerlösen).
- Krankenhäuser, die im Rahmen der teilstationären Behandlung Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Abrechnung krankenhausespezifisch vereinbarter Entgelte.
- Krankenhäuser, die im Rahmen der ambulanten Behandlung Schwangerschaftsabbrüche durchführen (u. a. Ambulantes Operieren gem. § 115b SGB V): Direktabrechnung mit den Krankenkassen.

### **3.3 Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation bzw. einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft**

#### **3.3.1 Sterilisation**

Die Leistungen im Zusammenhang mit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation beziehen sich sowohl auf männliche als auch auf weibliche Versicherte. Eine Sterilisation, die mit Einwilligung der/des Betroffenen durchgeführt wird, ist nicht rechtswidrig.

Neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ist die Kostenübernahme bei einer Sterilisation von dem Vorliegen einer Krankheit abhängig. Allerdings lassen sich weder aus der Rechtsvorschrift selbst noch aus der amtlichen Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) Hin-

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

weise zur Definition des Krankheitsbegriffs in diesem Zusammenhang entnehmen. Die Rechtsprechung und Verwaltungspraxis verstehen unter Krankheit im Sinne des § 27 SGB V einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit von Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn der regelwidrige Zustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Behandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung, Verhütung der Verschlimmerung oder der Linderung von Schmerzen zugänglich ist.

Diese Definition kann allerdings im Zusammenhang mit dem in § 24b SGB V aufgeführten Begriff „Krankheit“ nicht gleichermaßen gelten. Voraussetzung muss zwar auch hier das Vorliegen eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands sein. Unerheblich ist jedoch, ob dieser Zustand behandlungsbedürftig ist. Würde der Krankheitsbegriff nach § 27 SGB V gleichermaßen auch im Rahmen des § 24b SGB V gelten, läge bei einer fehlenden Behandlungsbedürftigkeit keine Krankheit vor. Dementsprechend würde es an einer wichtigen Voraussetzung für die Geltendmachung des Anspruchs auf Sterilisation fehlen. Aber gerade bei einer fehlenden Behandlungsbedürftigkeit wird die Möglichkeit einer Sterilisation dem Grunde nach gegeben sein müssen, da ansonsten die Zielsetzung der Regelung unterlaufen werden würde.

Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation können allerdings dann nicht in Betracht kommen, wenn der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Behandlung zugänglich ist mit dem Ziel der Heilung oder zumindest einer Besserung der Art, dass eine Sterilisation nicht mehr erforderlich ist. Die Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ff SGB V sind in diesen Fällen vorrangig.

Die in der Vorschrift des § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V benannte Voraussetzung der für eine Sterilisation notwendigen Krankheit bezieht sich auf die zu sterilisierende Person. Dieser Bezug ist zwar dem Wortlaut des § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht unmittelbar zu entnehmen, ergibt sich jedoch aus weiteren zu beachtenden Rechtsvorschriften. So hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (vgl. § 1 Satz 1 SGB V). Auch die Regelung des § 4 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB I sieht vor, dass Sozialversicherte im Rahmen der GKV ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit haben. Dabei nehmen beide – miteinander korrespondierende – Vorschriften im Hinblick auf die beschriebenen Ziele, wie z. B. die Erhaltung der Gesundheit, ausdrücklich Bezug auf die versicherte Person selbst und nicht z. B. auf ein in der Zukunft geborenes Kind. Dementsprechend kann eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation im Sinne von § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V nur zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, wenn die Sterilisation im Einzelfall erforderlich ist, um

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

von der versicherten Person die durch eine Befruchtung, Schwangerschaft oder Geburt entstehende Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung ihres körperlichen oder ihres geistig-seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden. Ein Anspruch auf Kostenübernahme besteht nicht, wenn die Sterilisation mit der Zielsetzung durchgeführt wird, die Zeugung/Geburt eines schwer kranken Kindes zu vermeiden.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht „lediglich“ dann, wenn die Ehefrau an einer Krankheit leidet und deshalb nicht schwanger werden und keine Kinder bekommen soll und der bei ihr zur Sterilisation erforderliche Eingriff aus lebensbedrohlichen Gründen nicht erfolgen darf. In diesen Fällen kann eine Sterilisation ausnahmsweise beim insoweit gesunden Ehemann zu Lasten der für die erkrankte Ehefrau zuständigen Krankenkasse durchgeführt werden.

Zur Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Rahmen der Sterilisation hat der G-BA gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB V in Verbindung mit den §§ 24a und 24b SGB V die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch – die auch Ausführungen zur Sterilisation enthalten – beschlossen.

Der Leistungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn die Sterilisationsmaßnahme ohne medizinische Indikation freiwillig und mit der Absicht durchgeführt wird, die Zeugungsfähigkeit/Empfängnisfähigkeit zu beseitigen.

Zur Durchführung einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation ist die versicherte Person gehalten, unter Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen. Es handelt sich um eine vertragsärztliche Leistung, deren Kosten über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen sind. Die Abrechnung der Leistung ist außerdem im Rahmen des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115b SGB V möglich. Einer besonderen Genehmigung der durch Krankheit erforderlichen Sterilisation durch die Krankenkasse bedarf es nicht.

Die Kostenübernahme für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation kann nicht mit dem Hinweis auf eine kostengünstigere Methode der Empfängnisverhütung abgelehnt werden. Postoperative Spermioogramme nach einer wegen Krankheit erforderlichen Sterilisation beim Mann sind als GKV-Leistung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen.

### **3.3.2 Schwangerschaftsabbruch**

#### **3.3.2.1 Medizinische Indikation**

Ein mit Einwilligung der Schwangeren von einer Ärztin bzw. einem Arzt vorgenommener Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn er unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann (vgl. § 218a Abs. 2 StGB). Die Entscheidung, ob eine medizinische Indikation vorliegt, trifft die Ärztin bzw. der Arzt.

Eine Befristung für die Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs bei einer medizinischen Indikation ist nicht vorgesehen.

#### **3.3.2.2 Kriminologische Indikation**

Nicht rechtswidrig ist auch ein Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einer Ärztin bzw. einem Arzt vorgenommen wird, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 178 StGB begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind (vgl. § 218a Abs. 3 StGB).

#### **3.3.2.3 Auswirkungen für die Krankenkassen**

Die ärztlicherseits getroffene Feststellung, dass eine medizinische oder kriminologische Indikation für den Abbruch der Schwangerschaft vorliegt, ist für die Krankenkassen verbindlich und verpflichtet sie bei Vorliegen der Voraussetzungen, im erforderlichen Rahmen die in den nachfolgenden Abschnitten 3.3.3 bis 3.3.7 beschriebenen Leistungen zu erbringen. Sofern ein Antrag auf Übernahme der beschriebenen Leistungen gestellt wird, kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse (formlos) bestätigt werden. Einer besonderen Genehmigung des eigentlichen Schwangerschaftsabbruchs bei diesen beiden Indikationen durch die Krankenkasse bedarf es aber nicht.

### **3.3.3      Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung**

Im Vordergrund der Leistungen steht die Beratung über Möglichkeiten der Erhaltung der Schwangerschaft. Ergeben pränatale Untersuchungen einen pathologischen Befund im Sinne einer körperlichen oder geistigen Schädigung des Kindes, haben Versicherte nach § 2a Abs. 1 SchKG einen Anspruch auf ärztliche Aufklärung und Beratung durch eine hinzugezogene Ärztin oder hinzugezogenen Arzt, die bzw. der mit der auf die Diagnose bezogenen Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung hat. Ggf. schließt sich eine Beratung über den Abbruch der Schwangerschaft an.

Zum Leistungsinhalt gehört auch die medizinische Untersuchung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation oder für einen Abbruch der Schwangerschaft durch eine Ärztin bzw. einen Arzt.

Zur Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch hat der G-BA gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB V in Verbindung mit den §§ 24a und 24b SGB V die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch beschlossen.

### **3.3.4      Ärztliche Behandlung**

Die ärztliche Behandlung erstreckt sich auf diejenigen medizinischen Leistungen, die bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder bei Abbruch der Schwangerschaft erforderlich sind. Näheres ergibt sich aus der Richtlinie des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.

### **3.3.5      Arznei-, Verband- und Heilmittel**

Voraussetzung für die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln ist die Notwendigkeit dieser Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder beim Schwangerschaftsabbruch. Die für Arznei-, Verband- und Heilmittel geltenden Regelungen sind entsprechend anzuwenden.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

Zur Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs ist das vorwiegend als kompetitiver Progesteronrezeptorantagonist wirkende Präparat Mifepriston (Mifegyne®) zugelassen. Als Begleitmedikation zur Austreibung der Leibesfrucht steht das Prostaglandin Misoprostol (MisoOne®) zur Verfügung.

Hinsichtlich der empfohlenen Dosierung, der Art der Verabreichung (z. B. vaginal) und der Anwendung über die 12. Schwangerschaftswoche hinaus, würde der Einsatz der Arzneimittel ggf. im off-label Gebrauch erfolgen. Daten aus randomisierten Studien belegen hierzu ein positives Nutzen-Risikoverhältnis einer Therapie mit Mifepriston/Misoprostol (vgl. Gutachten der Sozialmedizinischen Expertengruppe 6 „Arzneimittelversorgung“ der MDK-Gemeinschaft vom 05.02.2019 mit Ergänzungen von Juli 2018 und Januar 2019, unter: <https://www.medicinischerdienst.de/kranken-pflegekassen/datenbanken-fachinformationen>, Stand 18.03.2022). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der höchstrichterlich festgelegten Kriterien für einen off-label-Gebrauch zu Lasten der GKV wird demnach der zulassungsüberschreitende Einsatz von Mifepriston und Misoprostol dann empfohlen, wenn operative Vorgehensweisen nicht in Frage kommen bzw. kontraindiziert sind.

### **3.3.6 Krankenhausbehandlung**

Im Rahmen des § 24b Abs. 2 SGB V wird Krankenhausbehandlung gewährt, solange sie wegen der durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder des Abbruchs der Schwangerschaft erforderlich ist. Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, so können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden (§ 39 Abs. 2 SGB V). Die Zuzahlungsregelung des § 39 Abs. 4 SGB V gilt entsprechend.

### **3.3.7 Krankengeld**

Nach § 24b Abs. 2 Satz 2 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld, sofern infolge einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs durch eine Ärztin bzw. einen Arzt Arbeitsunfähigkeit eintritt. Der Anspruch ist im Übrigen an die Voraussetzungen geknüpft und in dem Umfang und in der Höhe zu erfüllen wie in einem Krankheitsfall. Aufgrund des vorrangigen Anspruchs auf Entgeltfortzahlung bzw. Leistungsfortzahlung nach § 146 SGB III wird die Zahlung von Krankengeld jedoch nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Der Anspruch besteht auch nur dann, wenn nicht bereits ein Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V gegeben ist. Tritt die Arbeitsunfähigkeit wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder wegen

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

Abbruchs der Schwangerschaft zu einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit hinzu, so verlängert sich die Leistungsdauer nicht (§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

### **3.3.8 Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden**

Die Anwendung des § 52 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden) kommt nicht in Betracht.

## **3.4 Leistungen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Abbruch der Schwangerschaft**

### **3.4.1 Beratungsregelung**

Ein Schwangerschaftsabbruch ist zwar rechtswidrig, aber nicht strafbar, wenn die Schwangere den Abbruch verlangt und der Ärztin bzw. dem Arzt durch die Bescheinigung einer anerkannten Konfliktberatungsstelle nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, der Abbruch von einer Ärztin bzw. einem Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind (§ 218a Abs. 1 StGB).

Die Beratung dient nach § 219 StGB dem Schutz des ungeborenen Lebens und hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuwehren. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz. Dort ist vorgeschrieben (§ 5 Abs. 1), dass die nach § 219 StGB notwendige Beratung ergebnisoffen zu führen ist. Die Beratung geht von der Verantwortung der Frau aus und soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden. Die Beratungsstelle hat gemäß § 7 Abs. 1 SchKG nach Abschluss der Beratung der Schwangeren eine mit Namen und Datum versehene Bescheinigung darüber auszustellen, dass eine Beratung nach den §§ 5 und 6 SchKG stattgefunden hat. Obwohl nach § 6 Abs. 2 SchKG die Schwangere auf ihren Wunsch gegenüber der sie beraten-

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

den Person anonym bleiben kann, setzt die Vornahme des Abbruchs der Schwangerschaft voraus, dass der Ärztin bzw. dem Arzt eine personalifizierte Bescheinigung über die Beratung vorgelegt wird.

Die Ausstellung der Beratungsbescheinigung darf nicht verweigert werden, wenn durch eine erforderliche Fortsetzung des Beratungsgesprächs die Beachtung der in § 218a Abs. 1 StGB vorgesehenen Fristen unmöglich werden könnte (§ 7 Abs. 3 SchKG).

Die Länder müssen nach § 8 SchKG ein „ausreichendes plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen“ sicherstellen. Diese Beratungsstellen bedürfen besonderer staatlicher Anerkennung. Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger und Ärztinnen bzw. Ärzte anerkannt werden. Die Anerkennung der Beratungsstelle setzt voraus, dass diese eine fachgerechte Konfliktberatung bietet (§ 9 SchKG). Ärztinnen bzw. Ärzte, die den Abbruch der Schwangerschaft vornehmen, können nach § 219 Abs. 2 StGB nicht die Beratung vornehmen.

### **3.4.2 Auswirkungen für die Krankenkassen**

Die ärztlicherseits getroffene Feststellung, dass die Voraussetzungen für einen rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch vorliegen, ist für die Krankenkassen verbindlich. Die Beratungsbescheinigung muss der Krankenkasse nicht vorgelegt werden.

### **3.4.3 Leistungen**

Bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218a Abs. 1 StGB) sieht § 24b SGB V in den Absätzen 3 und 4 eine eingeschränkte Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen vor. Im Falle eines derartigen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte nach § 24b Abs. 3 SGB V einen Anspruch auf

- ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft,
- ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie
- Krankenhausbehandlung,

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,

- die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,
- die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
- die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.

Auf die Ausführungen in den Abschnitten 3.3.3 bis 3.3.6 wird ergänzend hingewiesen.

#### **3.4.4 Leistungsausschluss**

Der Leistungsausschluss betrifft nur die ärztliche Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs selbst in Form der im § 24b Abs. 4 SGB V aufgeführten Leistungen sowie die medizinische Nachsorge beim komplikationslosen Verlauf und den Anspruch auf Krankengeld. Die Ärztinnen bzw. Ärzte dürfen allerdings auch bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung ist – auch für den Tag der Vornahme des Abbruchs – nicht ausgeschlossen.

## **4. Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen**

### **4.1 Allgemeines**

Nach § 21b SGB I sind die Träger der GKV für die Leistungserbringung nach dem Fünften Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zuständig. Danach haben Frauen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218a Abs. 1 StGB) einen Anspruch auf Übernahme der durch § 24b Abs. 4 SGB V von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommenen Leistungen gegenüber dem Land, wenn ihnen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist und sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes haben (§ 19 Abs. 1 SchKG). Für die Begriffe „Wohnsitz“ und „gewöhnlicher Aufenthalt“ gilt § 30 Abs. 3 SGB I (§ 68 Nr. 17 i. V. m. § 37 SGB I). Für Frauen, die bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt jedoch im Ausland haben, gilt, dass kein Anspruch auf eine Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz für Leistungen nach § 24b Abs. 4 SGB V besteht. In diesen Fällen können ausschließlich Leistungen nach § 24b Abs. 3 SGB V zu Lasten der Krankenkasse beansprucht werden.

Für Frauen, die nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, besteht ein Leistungsanspruch nach diesem Gesetz auch bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer und kriminologischer Indikation. Der Leistungsanspruch beschränkt sich in diesen Fällen ebenfalls auf die in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen (§ 20 SchKG).

### **4.2 Voraussetzungen**

Eine Frau hat Anspruch auf Leistungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, wenn ihr die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist und sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat (vgl. § 19 Abs. 1 SchKG).

Nach § 19 Abs. 2 SchKG ist einer Frau die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten, wenn ihre verfügbaren persönlichen Einkünfte in Geld oder Geldeswert eine individuell maßgebende Einkommensgrenze nicht übersteigen und ihr persönlich kein kurzfristig verwertbares Vermögen zur Verfügung steht oder der Einsatz des Vermögens für sie eine unbillige Härte bedeuten würde.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Die in § 19 Abs. 2 SchKG genannten Beträge gelten – seit dem 01.05.2014 – bundesweit einheitlich und verändern sich um den Vomhundertsatz, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert; ein nicht auf volle Euro errechneter Betrag ist auf- oder abzurunden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend macht die veränderten Beträge im Bundesanzeiger bekannt (§ 24 SchKG).

Die in der Zeit ab dem 01.07.2012 gültigen Beträge nach § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG können in Form einer tabellarischen Übersicht der Anlage 1 entnommen werden.

#### **4.2.1 Ermittlung der Einkommensgrenze**

##### **4.2.1.1 Allgemeine Einkommensgrenze**

Die allgemeine Einkommensgrenze ergibt sich aus § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG.

##### **4.2.1.2 Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern**

Die allgemeine Einkommensgrenze erhöht sich gemäß § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG für jedes Kind, dem die Frau unterhaltspflichtig ist, wenn das Kind

- unter 18 Jahre alt ist und ihrem Haushalt angehört oder
- von ihr überwiegend unterhalten wird.

Im Bürgerlichen Gesetzbuch – BGB – werden nach der Abstammung unter dem Begriff „Kind“ folgende Personen erfasst:

- die Kinder der Mutter (§ 1591 BGB)
  - sind die Kinder, die von ihr geboren werden.
- die Kinder des Vaters (§§ 1592 ff BGB) sind Kinder
  - die ihm von seiner Ehefrau geboren werden (§§ 1592, 1593 BGB),
  - die von ihm anerkannt werden (§§ 1594 ff BGB) oder
  - für die seine Vaterschaft gerichtlich festgestellt worden ist (§§ 1600d ff BGB).
- als Kinder angenommene minderjährige und volljährige Kinder (§§ 1741 ff BGB).

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Sofern es auf den überwiegenden Unterhalt ankommt, muss geprüft werden, wer tatsächlich den überwiegenden Unterhalt des Kindes bestreitet.

#### **4.2.1.3 Erhöhung der Einkommensgrenze durch die Kosten der Unterkunft**

Übersteigen die Kosten der Unterkunft für die Frau und ggf. die Kinder den sich aus § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG ergebenden Betrag, so erhöht sich die Einkommensgrenze um den Mehrbetrag, der allerdings auf einen sich ebenfalls aus § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG ergebenden Höchstbetrag begrenzt ist.

Mit den Kosten der Unterkunft werden die laufenden Miet-, Neben-, Heiz-, Pensions- und Hotelkosten sowie Aufwendungen für Wohneigentum in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen berücksichtigt. Besteht die Wohngemeinschaft neben der Frau und ggf. dem Kind bzw. den Kindern noch aus weiteren Personen, so sind die Unterkunfts-kosten (Miete sowie Lasten bei Eigenheimbesitzern) gleichmäßig auf alle Mitglieder einer Wohngemeinschaft zu verteilen. Dazu werden die Unterkunfts-kosten durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (dazu zählen z. B. Ehegatten, Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner, Kinder) dividiert. Anzusetzen ist jeweils der sich für die Frau und ggf. der sich für das jeweilige Kind im Sinne des Abschnitts 4.2.1.2 ergebende Anteil.

Dabei anfallende kostensenkende Leistungen wie zum Beispiel das Wohngeld, ein Wohnzuschuss des Arbeitgebers oder Einnahmen aus Untervermietung sind abzuziehen.

#### **4.3 Verfügbare persönliche Einkünfte**

Zu den maßgebenden Einkünften zählen alle Einnahmen aus unselbstständiger Arbeit, selbstständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Renten, Versorgungsbezüge u. ä. sowie alle weiteren Einnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann, wie Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld) und Unterhaltszahlungen, welche die Frau von einer anderen Person erhält. Außerdem zählt das den monatlichen Sockelbetrag von 300 Euro übersteigende Elterngeld bzw. das den 150 Euro übersteigenden Betrag bei Elterngeld Plus hinzu.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Nicht dazu zählen – neben den im Abschnitt 4.8 bezeichneten Leistungen – solche Bezüge aus öffentlichen Mitteln, die wegen eines krankheits- oder behinderungsbedingten Mehrbedarfs gewährt werden.

#### 4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“

Wegen des engen Sachzusammenhangs der Regelungen des Fünften Abschnitts des Schwangerschaftskonfliktgesetzes mit denen des Sozialhilferechts bestimmen sich die verfügbaren persönlichen Einkünfte grundsätzlich analog zu den Vorschriften der §§ 82 ff SGB XII.

Zum **Einkommen** im Sinne des Schwangerschaftskonfliktgesetzes gehören damit alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert. Ausgenommen hiervon sind Leistungen nach dem SGB II und SGB XII, der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen sowie der Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schaden an Leben sowie an Körper oder Gesundheit gewährt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG. Das Kindergeld, das Arbeitsförderungsgeld nach § 59 SGB IX sowie das Mutterschaftsgeld nach § 19 Mutterschutzgesetz (MuSchG) sind ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Die in § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII aufgezählten Ausnahmen zum Einkommen, also die in den Ferien bzw. während der Schulzeit erworbenen Einnahmen von Schülerinnen, Studentinnen bzw. Auszubildenden, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kommen bei der Ermittlung der verfügbaren persönlichen Einkünfte im Sinne des Schwangerschaftskonfliktgesetzes nicht zum Tragen und sind damit dem Grunde nach als Einkommen zu berücksichtigen. Dies vor dem Hintergrund, dass die Regelung in § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII die Beseitigung der Ungleichheit zwischen Jugendlichen aus hilfebedürftigen Familien und solchen, die es nicht sind, bezweckt, indem der Hinzuverdienst nicht zu einer damit verbundenen Leistungsminderung bei den Eltern führt und die Schülerinnen unabhängig von der Hilfebedürftigkeit ihrer Eltern selbstbestimmt über ihre Einnahmen verfügen können. Zudem soll der Anreiz zur Aufnahme bzw. Aufrechterhaltung einer Beschäftigung für Studentinnen und Auszubildende, die sich bereits im (aufstockenden) Leistungsbezug befinden, erhöht werden. Die in § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII aufgezählten Ausnahmen zum Einkommen beziehen sich daher „nur“ auf Personen, die bereits Hilfeleistungen beziehen bzw. einem leistungsbeziehenden Familienverbund angehören und sind folglich dem Grunde nach als Einkommen zu berücksichtigen. Aufgrund des grundsätzlichen Bezugs von Hilfeleistungen sind allerdings die Anspruchsvoraussetzungen nach § 19 Abs. 2 SchKG bereits erfüllt, so dass den in Rede stehenden Personen gemäß § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII kein Nachteil entsteht.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

Von dem Einkommen sind abzusetzen

1. Steuern (Einkommen-, Lohn- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag),
2. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung) einschließlich der Beiträge zur Arbeitsförderung,
3. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit diese Beträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind (Beiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, Feuer-, Diebstahl- und Hausratversicherung), sowie geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 EStG, soweit sie den Mindesteigenbetrag nach § 86 EStG nicht überschreiten und
4. die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten).

Weitere Erläuterungen zum Einkommensbegriff sind in den Durchführungsverordnungen zu den §§ 82 und 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII (Anlage 2) definiert.

Im Übrigen gilt die Besonderheit, dass das bei der Beurteilung der Bedürftigkeit zu berücksichtigende Vermögen auf das beschränkt ist, über das die schwangere Frau selbst zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs verfügen kann. Auf Unterhaltsansprüche gegen Ehemann und Eltern kann die Frau nicht verwiesen werden.

#### **4.3.2 Pfändungen**

In Anlehnung an sozialhilferechtliche Vorschriften ist auch gepfändetes Einkommen grundsätzlich anrechenbar, da es der Betroffenen regelmäßig möglich ist, Pfändungsschutz zu erlangen. Ist aber die Abwehr der Pfändung entweder aus Rechtsgründen überhaupt nicht oder allenfalls im Wege eines langwierigen Rechtsmittelverfahrens möglich, kann dies die tatsächliche Lage der Einkommensbezieherin dahin beeinflussen, dass ihr die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist.

#### **4.3.3 Nichtzugehörigkeit der Tochter zur elterlichen Wohnung während der Dauer ihres Studiums**

Bei der Prüfung der verfügbaren persönlichen Einkünfte ist es unerheblich, ob die Tochter während der Dauer ihres Studiums der elterlichen Wohnung zugehört. Maßgebend sind allein die tatsächlichen Verhältnisse der Frau.

Sofern es sich allerdings um eine Empfängerin von Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) handelt, gelten die Voraussetzungen der Bedürftigkeit nach § 19 Abs. 3 Nr. 1 SchKG als erfüllt (Abschnitt 4.8).

#### **4.4 Maßgebender Beurteilungszeitraum**

Da bei der Beurteilung der Bedürftigkeit auf das Einkommen und Vermögen abzustellen ist, über das die Schwangere im Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs verfügen kann, müsste grundsätzlich das Einkommen Berücksichtigung finden, das für den Monat gezahlt wird, in dem der Abbruch vorgenommen wird. Ein derartiges Verfahren ist aber im Hinblick darauf, dass die Schwangere in jedem Falle die Kostenübernahme vor dem Eingriff beantragen muss und die Krankenkasse zu diesem Zeitpunkt die Leistungsvoraussetzungen festzustellen hat, nicht praktikabel. Der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen sind daher die im letzten Kalendermonat vor der Antragstellung erzielten Einkünfte zugrunde zu legen, es sei denn, dass die Schwangere ausdrücklich darauf hinweist, dass im Monat des Schwangerschaftsabbruchs so geringe Einkünfte erzielt werden, dass erst hierdurch die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden.

#### **4.5 Einmalige Zuwendungen**

Unter Beachtung des Grundsatzes, dass nur „verfügbares Einkommen“ berücksichtigt werden kann, werden einmalige Zuwendungen nur dann als Einkommen angesetzt, wenn sie in dem maßgebenden Beurteilungszeitraum (Abschnitt 4.4) gezahlt worden sind.

#### **4.6 Verwertbares Vermögen**

Als Vermögen gelten insbesondere Mobilien (z. B. Besitz eines Kfz) und Immobilien, Geld, Geldwerte und Forderungen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Soweit die persönlichen Einkünfte der Schwangeren die im Abschnitt 4.2 genannten Einkommensgrenzen nicht überschreiten, ist des Weiteren Voraussetzung für den Leistungsanspruch, dass der Frau persönlich kein kurzfristig verwertbares Vermögen zur Verfügung steht oder der Einsatz des Vermögens für sie eine unbillige Härte bedeuteten würde. Dies ist vor allem der Fall, wenn eine angemessene Lebensführung oder die Aufrechterhaltung einer angemessenen Alterssicherung wesentlich erschwert würde (vgl. § 90 Abs. 3 SGB XII).

Im Übrigen muss vorhandenes Vermögen kurzfristig zu verwerten sein, also zur Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs eingesetzt werden können. Ob eine Verwertung kurzfristig möglich ist, richtet sich nach der allgemeinen Lebensanschauung und den Umständen des Einzelfalles.

Dabei sind auf jeden Fall als verwertbar anzusehen: Geld, das auf Spar- und Bankkonten verfügbar ist, Abfindungen und Schenkungsrückforderungsansprüche.

Bei Spareinlagen stellt sich hinsichtlich der „Kurzfristigkeit“ die Frage, zu welchem Zeitpunkt über das Geld verfügt werden kann. Soweit gemeinsames Vermögen zur Bewertung aussteht, ist zunächst davon auszugehen, dass die Frau grundsätzlich verpflichtet ist, ihren Eigentumsanteil einzusetzen, soweit dieser kurzfristig verwertbar ist.

Im Hinblick auf die Regelung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII unterliegen kleinere Barbeträge und sonstige Geldwerte bis zur Höhe von 10.000 Euro zuzüglich eines Betrages von 500 Euro für jede Person, die vom Hilfesuchenden überwiegend unterhalten wird, nicht der Verwertung. Es handelt sich hierbei um einen Freibetrag. Ist das verwertbare Vermögen höher, wird nur der den Freibetrag übersteigende Teil des Barbetrages bzw. der sonstigen Geldwerte angerechnet.

#### **4.7 Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse**

Zur Ermittlung der für den Leistungsanspruch relevanten Einkünfte reicht eine glaubhafte Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse seitens der Schwangeren aus (vgl. § 21 Abs. 2 Satz 3 SchKG). Dies geschieht, indem die Frau ein – dem in der Anlage 3 beigefügten Musterfragebogen entsprechendes – Formular ausfüllt und unterzeichnet. Gemäß den Ausführungen unter Abschnitt 4.10.4 regeln die Länder das Nähere zur Kostenerstattung, einschließlich des haushaltstechnischen Verfahrens (vgl. § 22 SchKG). Ist auf Länderebene z. B. ein anderes Prüfungsformular vereinbart, ist dieses zu verwenden.

#### **4.8 Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen**

Nach § 19 Abs. 3 SchKG gelten die Voraussetzungen der Bedürftigkeit als erfüllt, wenn

1. die Frau laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II, Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Ausbildungsförderung nach dem Berufsausbildungsförderungsgesetz erhält oder
2. Kosten für die Unterbringung der Frau in einer Anstalt, einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen werden. Hierbei ist es unerheblich, ob die Unterbringungskosten ganz oder nur teilweise von dem Sozialhilfeträger oder dem Träger der Jugendhilfe aufgebracht werden. Aus der teilweisen Aufbringung der Unterbringungskosten durch die vorgenannten Sozialleistungsträger ergibt sich, dass eine Übernahme der Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch durch die Frau aus eigenem Einkommen nicht erwartet werden kann.

Bei der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII handelt es sich insbesondere um Sozialhilfe und bei den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II in der Regel um Bürger- oder Einstiegsgeld. Die Voraussetzungen der Bedürftigkeit gelten ebenfalls als erfüllt, wenn die (teilweise) gewährte laufende Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II oder die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII nicht die alleinige Einnahmequelle der Bedarfsgemeinschaft darstellt.

#### **4.9 Leistungen**

Bei den nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zu gewährenden Leistungen handelt es sich um die in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen, die den Berechtigten als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden.

##### **4.9.1 Leistungsanspruch**

Gesetzlich krankenversicherte Frauen haben nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz Anspruch auf Leistungen, wenn die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und wenn ihnen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Bei nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen erfüllt die GKV ebenfalls deren Anspruch auf die unmittelbar mit dem Schwangerschaftsabbruch mit Indikationsstellung verbundenen ärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen, wenn sie bedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Die übrigen Leistungen, welche die GKV bei gesetzlich Versicherten bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung trägt (z. B. Voruntersuchung, Aufklärungsgespräch), fallen bei nicht gesetzlich Versicherten in den Leistungsbereich anderer Kostenträger (Sozialhilfe, Beihilfe, private Krankenversicherung).

Die kassenseitige Kostenübernahme ist für rechtswidrige aber straffreie stationäre Schwangerschaftsabbrüche von nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen nach § 21 SchKG auf die vom InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (DRG–Institut) jährlich festgesetzte Pauschale nach § 24b Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V zu begrenzen.

#### **4.9.2 Fahrkosten/Wegegeld**

Fahrkosten gehören grundsätzlich nicht zu den in § 24b Abs. 4 SGB V abschließend aufgeführten Leistungen.

#### **4.9.3 Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung**

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz in Verbindung mit § 24b Abs. 4 SGB V übernehmen die Krankenkassen auftragsweise für das jeweilige Bundesland die mittleren Kosten der Leistungen nach § 24b Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V für den Tag, an dem der Abbruch bei einer nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz anspruchsberechtigten Frau vorgenommen wird. Die Vorschrift des § 39 Abs. 4 SGB V über die Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung findet keine Anwendung.

#### **4.10 Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren, Kostenerstattung**

Die Leistungen sind nach § 21 Abs. 1 SchKG auf Antrag durch die gesetzliche Krankenkasse zu gewähren, bei der die Frau gesetzlich krankenversichert ist. Besteht keine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, kann die Frau einen Träger der GKV am Ort ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthaltes wählen. Das Verfahren wird auf Wunsch der Frau schriftlich durchgeführt. Die Krankenkasse stellt, wenn die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs gegenüber dem Land vorliegen, unverzüglich eine – dem in der Anlage 4 beigefügten Musterformular entsprechende – Bescheinigung über die Kostenübernahme aus, die die Schwangere

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

bei der den Abbruch vornehmenden Stelle zusammen mit der Beratungsbescheinigung vorlegen muss. Sofern auf Länderebene eine abweichende Kostenübernahmebescheinigung vereinbart wurde, ist diese zu verwenden.

Sollte die gesetzlich Krankenversicherte eine andere als ihre zuständige Krankenkasse für die Prüfung der Voraussetzungen und Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung wählen wollen, so ist dies nicht möglich. Das zuständige Bundesland hat die Kosten nur an die Krankenkasse zu erstatten, bei der die Versicherung besteht.

Die Berechtigten haben die Wahl unter den Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen, die sich bereit erklärt haben, den Eingriff vorzunehmen und die Leistungen zu Vertragssätzen abzurechnen. Es gehört nicht zu den Aufgaben der GKV, den Ablauf der Schwangerschaftsfeststellung und Beratung gemäß § 5 und § 6 SchKG zu überprüfen. Allerdings kann die Schwangere im Gegensatz zu der Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 6 Abs. 2 SchKG bei der Antragstellung nicht anonym bleiben.

Die Ärztin bzw. der Arzt oder die Einrichtung rechnet die Leistungen mit der Krankenkasse ab, die die Kostenübernahmeerklärung ausgestellt hat. Nach der Gesetzesbegründung ist allerdings die Einschaltung von Abrechnungsstellen (u. a. der Kassenärztlichen Vereinigungen) nicht ausgeschlossen.

Mit der Abrechnung hat die Ärztin bzw. der Arzt oder die Einrichtung im Übrigen zu bestätigen, dass der Abbruch der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 1 SchKG und unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1, 2 oder 3 StGB vorgenommen worden ist.

#### **4.10.1 Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)**

Ärztinnen bzw. Ärzte und Einrichtungen haben Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch zahlt (Vertragssätze nach dem EBM – nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ –). Demzufolge haben die Berechtigten auch nur die Wahl unter den Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen, die sich bereit erklären, ihre Leistungen zu Vertragssätzen abzurechnen, wobei es sich nicht um eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt handeln muss.

In den Richtlinien des G-BA zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sind unter Abschnitt D 3.3. b Zahlungspflicht der Frau (§ 24b Abs. 4 SGB V) im Einzelnen die Leistungen aufgeführt, die bei einem tatbestandslosen Schwangerschaftsabbruch unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB (Beratungsregelung) nicht von der GKV übernommen werden.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

#### **4.10.2 Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Vertrags- oder Nichtvertragsärztinnen bzw. -ärzten bzw. beim ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V**

Die Kostenübernahme richtet sich nach den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bekannt gegebenen Gebührenpositionen (EBM-Ziffern).

#### **4.10.3 Kostenübernahme und Abrechnung im Rahmen einer stationären Behandlung**

Gemäß § 17b Abs. 1 und 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein pauschalisierendes Vergütungssystem eingeführt worden. Für die Vergütung gegenüber dem Krankenhaus ist demnach die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser im jeweiligen Kalenderjahr maßgebend. Ab dem Jahr 2020 wurden gemäß § 17b Abs. 4 KHG die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem ausgegliedert. Die Pflegebudgets und damit die Pflegepersonalkosten werden seit dem über tagesbezogene Pflegeentgelte vergütet, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden.

Bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218a Abs. 1 StGB), der vollstationär durchgeführt wird, übernimmt die Krankenkasse nicht die – vom InEK ermittelten – mittleren Kosten der Leistungen nach § 24b Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird (§ 24b Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V). Allerdings übernimmt die Krankenkasse diese Kosten im Rahmen eines gesetzlichen Auftrags für das jeweilige Bundesland, wenn die Frau die Voraussetzungen zur Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz erfüllt.

Bei gesetzlich krankenversicherten Frauen, die die Voraussetzungen zur Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz für die in § 24b Abs. 4 Satz 3 SGB V genannten Leistungen nicht erfüllen, ist die Kostenübernahme gegenüber dem Krankenhaus auf einen Betrag abzüglich der vom InEK gemäß § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V ermittelten Kosten zu begrenzen.

Bei nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen, die die Voraussetzungen zur Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz für die in § 24b Abs. 4 Satz 3 SGB V genannten Leistungen erfüllen, ist die Kostenübernahme gegenüber dem Krankenhaus auf den vom InEK gemäß § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V ermittelten Betrag zu begrenzen.

#### **4.10.4 Kostenerstattung**

Nach § 22 SchKG haben die Länder den gesetzlichen Krankenkassen die ihnen in den hier angesprochenen Fällen entstehenden Kosten zu ersetzen. Das Nähere einschließlich des haushaltstechnischen Verfahrens und der Behördenzuständigkeit regeln die Länder. Zuständig für die Kostenerstattung nach § 22 SchKG ist das Land, in dem die Schwangere wohnt oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Maßgebend ist bei mehreren Wohnsitzen der Erstwohnsitz, der sich zum Beispiel aus dem Personalausweis ergibt. Sollte sich der Sitz der Krankenkasse nicht in dem Bundesland befinden in dem die Schwangere wohnt, geht damit keine Änderung der Zuständigkeit einher.

In den meisten Bundesländern existieren Vereinbarungen, Absprachen, Verordnungen oder Erlasse, die unterschiedliche Regelungen hinsichtlich des Verfahrens der Kostenübernahme, –abrechnung und –erstattung vorsehen und für die betroffenen Krankenkassen verbindlich sind.

##### **4.10.4.1 Kostenerstattung bei einer stationären Behandlung**

§ 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V regelt, wie sich der von den Ländern zu tragende Finanzierungsanteil ermittelt. Der Finanzierungsanteil beruht auf den mittleren Kosten eines typischen Behandlungsfalls eines stationären Schwangerschaftsabbruchs für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wurde. Er umfasst nicht die Kosten einer Übernachtung. Die Kostenkalkulation wird vom InEK vorgenommen und erfolgt auf der Grundlage der für das Entgeltsystem nach § 17b KHG erhobenen Kalkulationsdaten. Der für das Kalenderjahr ermittelte Betrag ist für alle Krankenhausfälle maßgeblich, für die die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das jeweilige Jahr gilt und wird auf der Internetseite des InEK ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) veröffentlicht. Die bisher errechneten Werte sind der Anlage 5 zu entnehmen.

##### **4.10.5 Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung**

Grundsätzlich geht das Schwangerschaftskonfliktgesetz davon aus, dass zunächst ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt wird, bevor der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird.

Dass eine rechtzeitige Antragstellung aus Zeitgründen und unverschuldet nicht erfolgen kann, ist sehr unwahrscheinlich, da zum einen ein Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung noch innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis vorgenommen werden kann und zum anderen eine Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 6 Abs. 1 SchKG auf Wunsch der

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Schwangeren unverzüglich zu erfolgen hat. Außerdem ist die Überlegungsfrist der Schwangeren von drei Tagen zwischen Beratung und Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs gemäß § 218a Abs. 1 Ziffer 1 StGB zu berücksichtigen. Dennoch ist es nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht ausgeschlossen, dass ausnahmsweise eine nachträgliche Kostenübernahme erfolgt.

Ob die nachträgliche Beibringung einer Kostenübernahmebescheinigung möglich ist, beurteilt sich insbesondere auch nach dem Inhalt des vertraglichen Verhältnisses der Frau zu der Ärztin bzw. dem Arzt. Es stellt sich hier das Problem, dass die Frau aufgrund der vertraglichen Abrede mit der Ärztin bzw. dem Arzt regelmäßig selber Vertragspartei ist, d. h., dass sie grundsätzlich selbst verpflichtet ist, die vertragsgemäße Gegenleistung zu erbringen. Die Abrechnung aufgrund der Kostenübernahme gemäß § 21 Abs. 4 SchKG kann aber nur zwischen der Ärztin bzw. dem Arzt und der Krankenkasse erfolgen.

Ob sich die Ärztin bzw. der Arzt nachträglich darauf einlässt, dass die Krankenkasse die Kosten zu den in § 21 Abs. 3 Satz 2 SchKG genannten Konditionen übernimmt, liegt im Risikobereich der Frau.

Außerdem trägt in diesen Fällen die Frau die Gefahr dafür, dass sich die den Schwangerschaftsabbruch vornehmende Ärztin bzw. der Arzt nicht gemäß § 21 Abs. 3 Satz 1 SchKG zur Vornahme des Eingriffs zu der in § 21 Abs. 3 Satz 2 SchKG genannten Vergütung bereit erklärt hat. Hat die Ärztin bzw. der Arzt dieses nämlich nicht getan, gehört sie oder er nicht zu dem Kreis der Ärztinnen bzw. Ärzte oder Einrichtungen, für deren Eingriffe die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

#### **4.10.6 Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz**

Bei diesem im § 19 Abs. 1 Satz 2 SchKG genannten anspruchsberechtigten Personenkreis gilt als gewöhnlicher Aufenthalt der Ort, an dem sich jemand unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass sie oder er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Als gewöhnlicher Aufenthalt ist ein zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von 6 Monaten Dauer anzusehen; kurzfristige Unterbrechungen bleiben dabei unberücksichtigt. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt ausschließlich zum Zweck des Besuchs, der Erholung, der Kur oder ähnlichen privaten Zwecken erfolgt und nicht länger als 1 Jahr dauert. Ist jemand nach § 10a Abs. 1 Satz 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) verteilt oder zugewiesen worden, so gilt dieser Bereich als ihr oder sein gewöhnlicher Aufenthalt (vgl. § 10a Abs. 3 AsylbLG). Hierzu ist die Bescheinigung über die Meldung als Asylsuchende nachzuweisen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

#### **4.10.7 Studentinnen**

Bei deutschen Studentinnen ist das Bundesland, in dem der 1. Wohnsitz (Hauptwohnsitz) liegt, für die Kostenerstattung zuständig. Sofern ein Umzug von einem Bundesland in ein anderes stattfindet, ist das Bundesland für die Kostenerstattung zuständig, in dem die Frau am Tag des Abbruchs ihren 1. Wohnsitz (Hauptwohnsitz) hat. Ausländische Studentinnen haben für die Dauer des Studiums ihren gewöhnlichen Aufenthalt in dem Bundesland, in dem sie an einer Hochschule immatrikuliert und beim Einwohnermeldeamt gemeldet sind. Dies ist durch den Studentenausweis und die Meldebescheinigung nachzuweisen.

#### **4.10.8 Au-pair-Mädchen**

Für diesen Personenkreis ist die Kostenerstattung durch das Bundesland vorzunehmen, in dem die Frau am Tag des Abbruchs ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Die Au-pair-Tätigkeit wird in der Regel für etwa 10 bis 12 Monate bei einer deutschen Gastfamilie ausgeübt. Für die Einreise-, Aufenthalts- und Arbeitsbestimmungen gelten die jeweils maßgeblichen Regelungen (Merkblatt „Au-pair“ bei deutschen Familien der Bundesagentur für Arbeit, in der jeweils geltenden Fassung).

#### **4.10.9 Grenzgängerinnen**

Es gelten die Ausführungen unter Abschnitt 4.1.

#### **4.11 Verwaltungskosten**

Zu den von den Ländern gegenüber den Krankenkassen zu erstattenden Kosten zählen auch die Verwaltungskosten, die nicht nur die den Krankenkassen entstehenden Personal- und Sachmittelkosten (wie z. B. Vordrucke für die Antrags- und Abrechnungsbearbeitung), sondern auch die mit der Vorfinanzierung einhergehenden Zinsverluste beinhalten. Als Verwaltungskosten sind in Anlehnung an die bis Ende 1993 für vergleichbare Fallgestaltungen geltende Vorschrift des § 20 BVG a. F. 8 v. H. des Wertes der erbrachten Leistungen angemessen. In den bereits abgeschlossenen Landesvereinbarungen sind zum Teil abweichende Verwaltungskostenregelungen vorgesehen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

#### **4.12 Verjährung**

Bei den Bundesländern handelt es sich nicht um Sozialleistungsträger im Sinne des § 12 SGB I. Damit besteht keine Möglichkeit, die Regelungen über die Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander nach den §§ 102 ff SGB X im Allgemeinen und § 113 SGB X im Besonderen direkt anzuwenden. Gleichwohl steht hier den Krankenkassen auch ohne das Vorliegen einer entsprechenden Rechtsvorschrift eine Verjährungsfrist von 4 Jahren zur Verfügung.

## Anlage 1

**Einkommensgrenzen**  
**bei der Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen nach § 19**  
**Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG**

	1) Einkommensgrenze	2) Erhöhungsbetrag für jedes zu berücksichtigende Kind	3) Betrag für die Kosten der Unter- kunft, der über- schritten sein muss	4) Höchstbetrag für die Kosten der Unterkunft, der den jeweiligen Betrag zu 3) übersteigt
01.07.2012				
West	1.033,00 Euro	244,00 Euro	303,00 Euro	303,00 Euro
Ost	1.033,00 Euro	244,00 Euro	277,00 Euro	303,00 Euro
01.07.2013				
West	1.036,00 Euro	245,00 Euro	304,00 Euro	304,00 Euro
Ost	1.036,00 Euro	245,00 Euro	289,00 Euro	304,00 Euro
01.05.2014				
bundesweit	1.036,00 Euro	245,00 Euro	304,00 Euro	304,00 Euro
01.07.2014				
bundesweit	1.053,00 Euro	249,00 Euro	309,00 Euro	309,00 Euro
01.07.2015				
bundesweit	1.075,00 Euro	254,00 Euro	315,00 Euro	315,00 Euro
01.07.2016				
bundesweit	1.121,00 Euro	265,00 Euro	328,00 Euro	328,00 Euro
01.07.2017				
bundesweit	1.142,00 Euro	270,00 Euro	334,00 Euro	334,00 Euro
01.07.2018				
bundesweit	1.179,00 Euro	279,00 Euro	345,00 Euro	345,00 Euro
01.07.2019				
bundesweit	1.216,00 Euro	288,00 Euro	356,00 Euro	356,00 Euro
01.07.2020				
bundesweit	1.258,00 Euro	298,00 Euro	368,00 Euro	368,00 Euro
01.07.2021				
bundesweit	1.258,00 Euro	298,00 Euro	368,00 Euro	368,00 Euro

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

01.07.2022				
bundesweit	1.325,00 Euro	314,00 Euro	388,00 Euro	388,00 Euro

Rechtskreis West = Alte Bundesländer einschließlich Westberlin

Rechtskreis Ost = Neue Bundesländer einschließlich Ostberlin

## Anlage 2

**Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

vom 28. November 1962 (BGBl. I S. 692),  
zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Vorschriften vom 22. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557)

**§ 1 Einkommen**

Bei der Berechnung der Einkünfte in Geld oder Geldeswert, die nach § 82 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zum Einkommen gehören, sind alle Einnahmen ohne Rücksicht auf ihre Herkunft und Rechtsnatur sowie ohne Rücksicht darauf, ob sie zu den Einkunftsarten im Sinne des Einkommensteuergesetzes gehören und ob sie der Steuerpflicht unterliegen, zugrunde zu legen.

**§ 2 Bewertung von Sachbezügen**

(1) Für die Bewertung von Einnahmen, die nicht in Geld bestehen (Kost, Wohnung und sonstige Sachbezüge), sind die auf Grund des § 17 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch für die Sozialversicherung zuletzt festgesetzten Werte der Sachbezüge maßgebend; soweit der Wert der Sachbezüge nicht festgesetzt ist, sind der Bewertung die üblichen Mittelpreise des Verbrauchsortes zu Grunde zu legen. Die Verpflichtung, den notwendigen Lebensunterhalt im Einzelfall nach dem Dritten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sicherzustellen, bleibt unberührt.

(2) Absatz 1 gilt auch dann, wenn in einem Tarifvertrag, einer Tarifordnung, einer Betriebs- oder Dienstordnung, einer Betriebsvereinbarung, einem Arbeitsvertrag oder einem sonstigen Vertrag andere Werte festgesetzt worden sind.

**§ 3 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit**

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehören, bestimmt sich nach § 19 Abs. 1 Ziff. 1 des Einkommensteuergesetzes.

(2) Als nichtselbständige Arbeit gilt auch die Arbeit, die in einer Familiengemeinschaft von einem Familienangehörigen des Betriebsinhabers gegen eine Vergütung geleistet wird. Wird die Arbeit nicht nur vorübergehend geleistet, so ist in Zweifelsfällen anzunehmen, daß der Familienangehörige eine Vergütung erhält, wie sie einem Gleichaltrigen für eine gleichartige Arbeit gleichen Umfangs in einem fremden Betrieb ortsüblich gewährt wird.

(3) Bei der Berechnung der Einkünfte ist von den monatlichen Bruttoeinnahmen auszugehen. Sonderzuwendungen, Gratifikationen und gleichartige Bezüge und Vorteile, die in größeren als monatlichen Zeitabständen gewährt werden, sind wie einmalige Einnahmen zu behandeln.

(4) Zu den mit der Erzielung der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit verbundenen Ausgaben im Sinne des § 82 Abs. 2 Nr. 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch gehören vor allem

1. notwendige Aufwendungen für Arbeitsmittel,
2. notwendige Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte,
3. notwendige Beiträge für Berufsverbände,
4. notwendige Mehraufwendungen infolge Führung eines doppelten Haushalts nach näherer Bestimmung des Absatzes 7.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Ausgaben im Sinne des Satzes 1 sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie von dem Bezieher des Einkommens selbst getragen werden.

(5) Als Aufwendungen für Arbeitsmittel (Absatz 4 Nr. 1) kann ein monatlicher Pauschbetrag von 5,20 Euro berücksichtigt werden, wenn nicht im Einzelfall höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

(6) Wird für die Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (Absatz 4 Nr. 2) ein eigenes Kraftfahrzeug benutzt, gilt folgendes:

1. Wäre bei Nichtvorhandensein eines Kraftfahrzeuges die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels notwendig, so ist ein Betrag in Höhe der Kosten der tariflich günstigsten Zeitkarte abzusetzen.
2. Ist ein öffentliches Verkehrsmittel nicht vorhanden oder dessen Benutzung im Einzelfall nicht zumutbar und deshalb die Benutzung eines Kraftfahrzeuges notwendig, so sind folgende monatliche Pauschbeträge abzusetzen:
  - a) bei Benutzung eines Kraftwagens 5,20 Euro,
  - b) bei Benutzung eines Kleinstkraftwagens (drei- oder vierrädriges Kraftfahrzeug, dessen Motor einen Hubraum von nicht mehr als 500 ccm hat) 3,70 Euro,
  - c) bei Benutzung eines Motorrades oder eines Motorrollers 2,30 Euro,
  - d) bei Benutzung eines Fahrrades mit Motor 1,30 Euro

für jeden vollen Kilometer, den die Wohnung von der Arbeitsstätte entfernt liegt, jedoch für nicht mehr als 40 Kilometer. Bei einer Beschäftigungsdauer von weniger als einem Monat sind die Beträge anteilmäßig zu kürzen.

(7) Ist der Bezieher des Einkommens außerhalb des Ortes beschäftigt, an dem er einen eigenen Hausstand unterhält, und kann ihm weder der Umzug noch die tägliche Rückkehr an den Ort des eigenen Hausstandes zugemutet werden, so sind die durch Führung des doppelten Haushalts ihm nachweislich entstehenden Mehraufwendungen, höchstens ein Betrag von 130 Euro monatlich, sowie die unter Ausnutzung bestehender Tarifvergünstigungen entstehenden Aufwendungen für Fahrtkosten der zweiten Wagenklasse für eine Familienheimfahrt im Kalendermonat abzusetzen. Ein eigener Hausstand ist dann anzunehmen, wenn der Bezieher des Einkommens eine Wohnung mit eigener oder selbstbeschaffter Möbelausstattung besitzt. Eine doppelte Haushaltsführung kann auch dann anerkannt werden, wenn der Bezieher des Einkommens nachweislich ganz oder überwiegend die Kosten für einen Haushalt trägt, den er gemeinsam mit nächsten Angehörigen führt.

#### § 4 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit gehören, bestimmt sich nach § 13 Abs. 1 und 2, § 15 Abs. 1 und § 18 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes; der Nutzungswert der Wohnung im eigenen Haus bleibt unberücksichtigt.

(2) Die Einkünfte sind für das Jahr zu berechnen, in dem der Bedarfszeitraum liegt (Berechnungsjahr).

(3) Als Einkünfte ist bei den einzelnen Einkunftsarten ein Betrag anzusetzen, der auf der Grundlage früherer Betriebsergebnisse aus der Gegenüberstellung der im Rahmen des Betriebes im Berechnungsjahr bereits erzielten Einnahmen und geleisteten notwendigen Ausgaben sowie der im Rahmen des Betriebes im Berechnungsjahr noch zu erwartenden Einnahmen und

notwendigen Ausgaben zu errechnen ist. Bei der Ermittlung früherer Betriebsergebnisse (Satz 1) kann ein durch das Finanzamt festgestellter Gewinn berücksichtigt werden.

(4) Soweit im Einzelfall geboten, kann abweichend von der Regelung des Absatzes 3 als Einkünfte ein Betrag angesetzt werden, der nach Ablauf des Berechnungsjahres aus der Gegenüberstellung der im Rahmen des Betriebes im Berechnungsjahr erzielten Einnahmen und geleisteten notwendigen Ausgaben zu errechnen ist. Als Einkünfte im Sinne des Satzes 1 kann auch der vom Finanzamt für das Berechnungsjahr festgestellte Gewinn angesetzt werden.

(5) Wird der vom Finanzamt festgestellte Gewinn nach Absatz 3 Satz 2 berücksichtigt oder nach Absatz 4 Satz 2 als Einkünfte angesetzt, so sind Absetzungen, die bei Gebäuden und sonstigen Wirtschaftsgütern durch das Finanzamt nach

1. den §§ 7, 7b und 7e des Einkommensteuergesetzes,
2. den Vorschriften des Berlinförderungsgesetzes,
3. den §§ 76, 77 und 78 Abs. 1 der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung,
4. der Verordnung über Steuervergünstigungen zur Förderung des Baues von Landarbeiterwohnungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. August 1974 (Bundesgesetzbl. I S. 1869) vorgenommen worden sind, dem durch das Finanzamt festgestellten Gewinn wieder hinzuzurechnen. Soweit jedoch in diesen Fällen notwendige Ausgaben für die Anschaffung oder Herstellung der in Satz 1 genannten Wirtschaftsgüter im Feststellungszeitraum geleistet worden sind, sind sie vom Gewinn abzusetzen.

#### § 5 Sondervorschrift für die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft

(1) Die Träger der Sozialhilfe können mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft abweichend von § 4 nach § 7 der Dritten Verordnung über Ausgleichsleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (3. LeistungsDV-LA) berechnen; der Nutzungswert der Wohnung im eigenen Haus bleibt jedoch unberücksichtigt.

(2) Von der Berechnung der Einkünfte nach Absatz 1 ist abzusehen,

1. wenn sie im Einzelfall offenbar nicht den besonderen persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen entspricht oder
2. wenn der Bezieher der Einkünfte zur Einkommensteuer veranlagt wird, es sei denn, daß der Gewinn auf Grund von Durchschnittssätzen ermittelt wird.

#### § 6 Einkünfte aus Kapitalvermögen

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehören, bestimmt sich nach § 20 Abs. 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes.

(2) Als Einkünfte aus Kapitalvermögen sind die Jahresroheinnahmen anzusetzen, vermindert um die Kapitalertragsteuer sowie um die mit der Erzielung der Einkünfte verbundenen notwendigen Ausgaben (§ 82 Abs. 2 Nr. 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch).

(3) Die Einkünfte sind auf der Grundlage der vor dem Berechnungsjahr erzielten Einkünfte unter Berücksichtigung der im Berechnungsjahr bereits eingetretenen und noch zu erwartenden Veränderungen zu errechnen. Soweit im Einzelfall geboten, können hiervon abweichend die Einkünfte für das Berechnungsjahr auch nachträglich errechnet werden.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

### § 7 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung gehören, bestimmt sich nach § 21 Abs. 1 und 3 des Einkommensteuergesetzes.

(2) Als Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung ist der Überschuß der Einnahmen über die mit ihrer Erzielung verbundenen notwendigen Ausgaben (§ 82 Abs. 2 Nr. 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch) anzusetzen; zu den Ausgaben gehören

1. Schuldzinsen und dauernde Lasten,
2. Steuern vom Grundbesitz, sonstige öffentliche Abgaben und Versicherungsbeiträge,
3. Leistungen auf die Hypothekengewinnabgabe und die Kreditgewinnabgabe, soweit es sich um Zinsen nach § 211 Abs. 1 Nr. 2 des Lastenausgleichsgesetzes handelt,
4. der Erhaltungsaufwand,
5. sonstige Aufwendungen zur Bewirtschaftung des Haus- und Grundbesitzes, ohne besonderen Nachweis Aufwendungen in Höhe von 1 vom Hundert der Jahresroheinnahmen.

Zum Erhaltungsaufwand im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 gehören die Ausgaben für Instandsetzung und Instandhaltung, nicht jedoch die Ausgaben für Verbesserungen; ohne Nachweis können bei Wohngrundstücken, die vor dem 1. Januar 1925 bezugsfähig geworden sind, 15 vom Hundert, bei Wohngrundstücken, die nach dem 31. Dezember 1924 bezugsfähig geworden sind, 10 vom Hundert der Jahresroheinnahmen als Erhaltungsaufwand berücksichtigt werden.

(3) Die in Absatz 2 genannten Ausgaben sind von den Einnahmen insoweit nicht abzusetzen, als sie auf den vom Vermieter oder Verpächter selbst genutzten Teil des vermieteten oder verpachteten Gegenstandes entfallen.

(4) Als Einkünfte aus der Vermietung von möblierten Wohnungen und von Zimmern sind anzusetzen

bei möblierten Wohnungen	80 vom Hundert,
bei möblierten Zimmern	70 vom Hundert,
bei Leerzimmern	90 vom Hundert

der Roheinnahmen. Dies gilt nicht, wenn geringere Einkünfte nachgewiesen werden.

(5) Die Einkünfte sind als Jahreseinkünfte, bei der Vermietung von möblierten Wohnungen und von Zimmern jedoch als Monateinkünfte zu berechnen. Sind sie als Jahreseinkünfte zu berechnen, gilt § 6 Abs. 3 entsprechend.

### § 8 Andere Einkünfte

(1) Andere als die in den §§ 3, 4, 6 und 7 genannten Einkünfte sind, wenn sie nicht monatlich oder wenn sie monatlich in unterschiedlicher Höhe erzielt werden, als Jahreseinkünfte zu berechnen. Zu den anderen Einkünften im Sinne des Satzes 1 gehören auch die in § 19 Abs. 1 Ziff. 2 des Einkommensteuergesetzes genannten Bezüge sowie Renten und sonstige wiederkehrende Bezüge. § 3 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Sind die Einkünfte als Jahreseinkünfte zu berechnen, gilt § 6 Abs. 3 entsprechend.

### § 9 Einkommensberechnung in besonderen Fällen

Ist der Bedarf an Sozialhilfe einmalig oder nur von kurzer Dauer und duldet die Entscheidung über die Hilfe keinen Aufschub, so kann der Träger der Sozialhilfe nach Anhörung des Beziehers des Einkommens die Einkünfte schätzen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

#### § 10 Verlustausgleich

Ein Verlustausgleich zwischen einzelnen Einkunftsarten ist nicht vorzunehmen. In Härtefällen kann jedoch die gesamtwirtschaftliche Lage des Beziehers des Einkommens berücksichtigt werden.

#### § 11 Maßgebender Zeitraum

(1) Soweit die Einkünfte als Jahreseinkünfte berechnet werden, gilt der zwölfte Teil dieser Einkünfte zusammen mit den monatlich berechneten Einkünften als monatliches Einkommen im Sinne des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. § 8 Abs. 1 Satz 3 geht der Regelung des Satzes 1 vor.

(2) Ist der Betrieb oder die sonstige Grundlage der als Jahreseinkünfte zu berechnenden Einkünfte nur während eines Teils des Jahres vorhanden oder zur Einkommenserzielung genutzt, so sind die Einkünfte aus der betreffenden Einkunftsart nur für diesen Zeitraum zu berechnen; für ihn gilt als monatliches Einkommen im Sinne des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch derjenige Teil der Einkünfte, der der Anzahl der in den genannten Zeitraum fallenden Monate entspricht. Satz 1 gilt nicht für Einkünfte aus Saisonbetrieben und andere ihrer Natur nach auf einen Teil des Jahres beschränkte Einkünfte, wenn die Einkünfte den Hauptbestandteil des Einkommens bilden.

#### § 12 Ausgaben nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Die in § 82 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bezeichneten Ausgaben sind von der Summe der Einkünfte abzusetzen, soweit sie nicht bereits nach den Bestimmungen dieser Verordnung bei den einzelnen Einkunftsarten abzuziehen sind.

#### § 13

(weggefallen)

#### § 14 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1963 in Kraft.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

**Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9  
des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I S. 150), zuletzt geändert durch  
Artikel 9 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328)

**§ 1**

Kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte im Sinne des § 90 Absatz 2 Nummer 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind:

1. für jede in § 19 Absatz 3, § 27 Absatz 1 und 2, § 41 und § 43 Absatz 1 Satz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch genannte volljährige Person sowie für jede alleinstehende minderjährige Person, 10 000 Euro,
2. für jede Person, die von einer Person nach Nummer 1 überwiegend unterhalten wird, 500 Euro.

Eine minderjährige Person ist alleinstehend im Sinne des Satzes 1 Nummer 1, wenn sie unverheiratet und ihr Anspruch auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nicht vom Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils abhängig ist.

**§ 2**

(1) Der nach § 1 maßgebende Betrag ist angemessen zu erhöhen, wenn im Einzelfall eine besondere Notlage der nachfragenden Person besteht. Bei der Prüfung, ob eine besondere Notlage besteht, sowie bei der Entscheidung über den Umfang der Erhöhung sind vor allem Art und Dauer des Bedarfs sowie besondere Belastungen zu berücksichtigen.

(2) Der nach § 1 maßgebende Betrag kann angemessen herabgesetzt werden, wenn die Voraussetzungen der §§ 103 oder 94 des Gesetzes vorliegen.

**§ 3**

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 136 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch auch im Land Berlin.

**§ 4**

Diese Verordnung tritt am 1. April 1988 in Kraft.

## Anlage 3

Muster

**Antrag**  
**auf Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder**  
**bei einem Schwangerschaftsabbruch, für den kein Leistungsanspruch**  
**gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht**

Name: \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Gemäß § 21b Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – (SGB I) ist die Krankenkasse für Leistungen nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) zuständig. Für die Entscheidung über die Leistungserbringung und die Abrechnung der Kosten benötigen wir die im Antrag erfragten Angaben. Hierzu gehört nach § 21 Absatz 2 SchKG auch die Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Nach den §§ 60 ff SGB I sind Sie verpflichtet, die erbetenen Angaben zu machen. Solange diese nicht vorliegen, dürfen wir die Leistung bzw. den Berechtigungsschein versagen.

1. Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse als Pflicht-, freiwilliges Mitglied oder als Familienangehöriger versichert?

nein  ja, bei der

(Name und Anschrift der Krankenkasse)

2. Beziehen Sie zurzeit eine der unter ① genannten Leistungen?

nein  ja, welche

von welcher Stelle

3. Sind Sie in einer Anstalt, einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung untergebracht und werden die Kosten von einem Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen?

nein  ja

Die folgenden Fragen sind zu beantworten, wenn die Fragen 2 und 3 mit Nein beantwortet worden sind.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

4. Wie hoch ist Ihr im letzten Kalendermonat erzielt<sup>2</sup>es Nettoeinkommen einschließlich einmaliger Zuwendungen, wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw.? Euro
5. Steht Ihnen persönlich kurzfristig verwertbares Vermögen<sup>3</sup> zur Verfügung?  nein  ja, in Höhe von Euro
6. Sind Sie Kindern gegenüber zum Unterhalt verpflichtet, die
- 6.1 unter 18 Jahre alt sind und in Ihrem Haushalt leben?  nein  ja, Kinder
- 6.2 Sie überwiegend unterhalten?  nein  ja, Kinder
7. Wie hoch sind die Kosten der Unterkunft (Miet-, Neben-, Heiz-, Pensions-, Hotelkosten, tatsächliche Aufwendungen für Wohneigentum)? Euro
8. Wie viele Personen leben insgesamt im Haushalt? Personen
9. Fallen bei den Kosten der Unterkunft kostensenkende Leistungen (Wohngeld, Wohnzuschuss) an? Euro

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
zu erreichen (freiwillige Angabe).

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Änderungen in den Lebens-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, werde ich unverzüglich anzeigen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

Hinweise:

- ① Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (Sozialhilfe), laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II (z.B. Bürgergeld oder Einstiegsgeld) unabhängig von einem ggf. vorhandenen eigenem Einkommen, Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
  
- ② Das Einkommen Ihres Ehegatten oder Ihrer Eltern, wenn Sie noch in deren Haushalt leben sollten, ist **nicht** anzugeben. Zum Einkommen zählen:
  - Einnahmen aus unselbstständiger Arbeit, selbstständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb,
  - Einnahmen aus Land- und Forstwirtschaft,
  - Einnahmen aus Kapitalvermögen,
  - Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung,
  - Renten, Versorgungsbezüge,
  - Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld),
  - den Sockelbetrag von 300 Euro – bei Elterngeld Plus bis 150 Euro – monatlich übersteigendes Elterngeld,
  - Unterhaltszahlungen, die Sie von einer anderen Person erhalten
  
- ③ Dazu zählen Ersparnisse, Abfindungen oder sonstige Geldanlagen von mehr als 10.000 Euro. Ggf. erhöht sich dieser Grenzbetrag um 500,00 Euro für jede Person, die von Ihnen überwiegend unterhalten wird.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

## Prüfung der Berechtigung (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

### A Einkommensgrenze – Stand: 01.07.2022 –

1. Allgemeine Einkommensgrenze

bundesweit: 1.325,00

Euro

=  Euro

2. Erhöhung

2.1 um die zu den Fragen 6.1 und 6.2 angegebenen Kinder

Kinder x 314,00 Euro

=

Euro

Euro

2.2 Kosten der Unterkunft (ggf. anteilig)

Fragen 7 und 8

=

Euro

abzgl. kostensenkende Leistungen (Frage 9)

=

Euro

Euro

vermindert um den Pauschbetrag von

bundesweit: 388,00 Euro

=

Euro

**höchstens** 388,00 Euro =  Euro

3. Für die Antragstellerin maßgebende Einkommensgrenze

=

Euro

### B Einkünfte

4. Eigenes Einkommen (Frage 4)

=

Euro

5. Kurzfristig verwertbares Vermögen (Frage 5)

=

Euro

6. Einkünfte

insgesamt =

Euro

### C Ergebnis

Anspruch ist gegeben

Anspruch ist nicht gegeben

Muster

\_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

**Bescheinigung**

**über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft  
nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten**

**Angaben zur Person**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

Gesetzlich krankenversichert

nein  ja, bei \_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Krankenkasse

**Wichtig**

Nach § 21 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten haben die Ärztinnen bzw. Ärzte und Einrichtungen bei Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen dieses Gesetzes einen Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch zu zahlen hat, d. h. die Ärztinnen bzw. Ärzte/Einrichtungen können ihre Leistungen nur nach den Gebührensätzen des EBM abrechnen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

**Die Berechtigten können daher auch nur unter den Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen frei wählen, die sich zur Vornahme des Eingriffs zu den vorgenannten Bedingungen bereit erklären. Wird eine andere Ärztin bzw. ein anderer Arzt/eine andere Einrichtung in Anspruch genommen, erfolgt weder eine Kostenübernahme noch eine Kostenerstattung.**

\_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

**An die Krankenkasse**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

zurückgesandt.

Es wird hiermit bestätigt, dass bei Frau

\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum

der Abbruch der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1, 2 oder 3 StGB vorgenommen worden ist.

Die Kosten werden über die zuständige KV-Abrechnungsstelle abgerechnet.

Ich/Wir bitten um Erstattung folgender Kosten:

- Ambulanter Schwangerschaftsabbruch     Ambulantes Operieren im Krankenhaus  
 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Tag	Ziffer des EBM	Punkte

Gemeinsames Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch  
(§§ 24a, 24b SGB V)

	insgesamt	
	x Punktwert	
	Euro	

- Vollstationärer Schwangerschaftsabbruch  
 Teilstationärer Schwangerschaftsabbruch

Tag \_\_\_\_\_ DRG-Fallpauschale \_\_\_\_\_ Euro  
(z. B. O63Z)

Tag \_\_\_\_\_ vereinbartes Entgelt \_\_\_\_\_ Euro  
(teilstationärer Schwangerschaftsabbruch)

Tag \_\_\_\_\_ Belegarztkosten \_\_\_\_\_ Euro

Bankverbindung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ausstellungsdatum

\_\_\_\_\_

Anschrift der Ärztin/des Arztes/der Einrichtung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Anlage 5

**Anteil der nicht von den Krankenkassen zu tragenden Kosten  
für einen rechtswidrigen, aber straffreien, vollstationären Schwangerschaftsabbruch  
nach § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V**

2005 =	434,09 Euro
2006 =	457,90 Euro
2007 =	523,71 Euro
2008 =	513,67 Euro
2009 =	501,41 Euro
2010 =	501,82 Euro
2011 =	510,02 Euro
2012 =	520,86 Euro
2013 =	535,89 Euro
2014 =	551,63 Euro
2015 =	577,38 Euro
2016 =	603,14 Euro
2017 =	623,75 Euro
2018 =	639,14 Euro
2019 =	654,44 Euro
2020 =	657,85 Euro
2021 =	677,52 Euro
2022 =	677,52 Euro
2023 =	718,12 Euro

**Spitzenverband**

GKV-Spitzenverband – Reinhardtstraße 28 – 10117 Berlin

**An die Ministerien der Länder  
laut Verteilerliste****Stefanie Scheunemann**

Ref. Leistungsrecht/Reha./Selbsthilfe

Tel.: 030 206288-3172

Fax: 030 206288-83172

leistungen@

gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband

Postfach 04 05 65 – 10063 Berlin

Reinhardtstraße 28 – 10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

15.06.2023

**Gemeinsames Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und  
Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)****hier: Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens aufgrund zwischenzeitlich eingetretener  
Entwicklungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 22.06.2022 ist aufgrund des Zwölften Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetz), welches am 01.01.2023 in großen Teilen in Kraft getreten ist (BGBl 2022 Teil I Nr. 51, S. 2328 ff.), anpassungsbedürftig geworden. Ein wesentlicher Aspekt des Gesetzes ist die Einführung eines Bürgergeldes ab dem 01.01.2023, welches sowohl das bisherige Arbeitslosengeld II als auch das Sozialgeld nach dem SGB II ablöst. Zusätzlich erfolgten Änderungen hinsichtlich des Einkommensbegriffs nach § 82 SGB XII sowie in der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII. Eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens ist in folgenden Abschnitten erfolgt:

**1. Allgemeines**

Die Gesetzesänderung, die der Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Grunde lag, wurde in der vorliegenden Historie ergänzt.



Seite 2/5 des Schreibens vom 15.06.2023

#### 4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“

In diesem Abschnitt sind Anpassungen aufgrund der Änderung des § 82 Abs. 1 SGB XII durch das Bürgergeld-Gesetz erfolgt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die in § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII aufgezählten Ausnahmen zum Einkommen, also die in den Ferien bzw. während der Schulzeit erworbenen Einnahmen von Schülerinnen, Studentinnen bzw. Auszubildenden, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bei der Ermittlung der verfügbaren persönlichen Einkünfte im Sinne des Schwangerschaftskonfliktgesetzes nicht zum Tragen kommen und damit dem Grunde nach als Einkommen zu berücksichtigen sind. Dies vor dem Hintergrund, dass die in § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 und 7 SGB XII aufgezählten Ausnahmen zum Einkommen sich „nur“ auf Personen beziehen, die bereits Hilfeleistungen beziehen bzw. einem leistungsbeziehenden Familienverbund angehören. Aufgrund des grundsätzlichen Bezugs von Hilfeleistungen dieser Personen sind allerdings die Anspruchsvoraussetzungen nach § 19 Abs. 2 SchKG bereits erfüllt, so dass den in Rede stehenden Personen kein Nachteil entsteht.

#### 4.6 Verwertbares Vermögen

Weiterhin erfolgte mit dem Bürgergeld-Gesetz eine Änderung in der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII, die in Verbindung mit § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII festlegt, bis zu welcher Höhe Barbeträge und sonstige Geldwerte nicht der Verwertung unterliegen und somit bei der Prüfung, ob der Frau die Aufbringung finanzieller Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch zumutbar ist, nicht als kurzfristig verwertbares Vermögen berücksichtigt werden dürfen. Dementsprechend erfolgte in diesem Abschnitt eine Anpassung des Betrags.

#### 4.8 Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen

Zentrales Element des Bürgergeld-Gesetzes ist die Einführung eines Bürgergeldes, welches das Arbeitslosengeld II und das Sozialgeld ab 1. Januar 2023 ersetzt. In diesem Abschnitt erfolgte eine entsprechende redaktionelle Anpassung.

#### Anlage 2

Die Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII wurde durch die aktuell gültige Fassung ersetzt.

#### Anlage 3

Auf dem Antragsformular wurde die beispielhafte Aufzählung von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld durch Benennung des Bürgergeldes ersetzt. Weiterhin wurde die Änderung der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII nachvollzogen und die Höhe des Barbetrages und sonstiger Geldwerte, die nicht der Verwertung unterliegen, angepasst. Zusätzlich erfolgte hinsichtlich der Aufzählung des anrechenbaren Einkommens – verbunden mit dem Ziel

Seite 3/5 des Schreibens vom 15.06.2023

einer besseren Lesbarkeit – eine redaktionelle Anpassung in Form einer übersichtlicheren Darstellung.

Anlage 5

Es erfolgte eine Ergänzung des durch das InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – ermittelten Kostenanteils für einen rechtswidrigen, aber straffreien vollstationären Schwangerschaftsabbruch bis zum aktuellen Zeitpunkt 2023.

Das gültige gemeinsame Rundschreiben vom 15.03.2023 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) erhalten Sie beiliegend zu Ihrer Information.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Änderungen übersenden wir Ihnen dieses auch im Änderungsmodus.

Mit freundlichen Grüßen



Stefanie Scheunemann

**Verteilerliste:**

Bayerisches Staatsministerium  
für Familie, Arbeit und Soziales  
Winzerstraße 9  
80797 München

[Poststelle@stmas.bayern.de](mailto:Poststelle@stmas.bayern.de)

Behörde für Arbeit, Gesundheit Soziales,  
Familie und Integration (Sozialbehörde)  
Hamburger Straße 47  
22083 Hamburg

[poststelle@soziales.hamburg.de](mailto:poststelle@soziales.hamburg.de)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf

[poststelle@maqs.nrw.de](mailto:poststelle@maqs.nrw.de)

Freie Hansestadt Bremen  
Die Senatorin für Gesundheit, Frauen  
und Verbraucherschutz  
Contrescarpe 72  
28195 Bremen

[office@gesundheit.bremen.de](mailto:office@gesundheit.bremen.de)

Ministerium für Soziales, Gesundheit,  
Integration und Verbraucherschutz  
des Landes Brandenburg  
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13  
14467 Potsdam

[poststelle@msgiv.brandenburg.de](mailto:poststelle@msgiv.brandenburg.de)

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und  
Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern  
Johannes-Stelling-Straße 14  
19053 Schwerin

[poststelle@wm.mv-regierung.de](mailto:poststelle@wm.mv-regierung.de)

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege  
und Gleichstellung  
Abteilung Gesundheit  
Oranienstraße 106  
10969 Berlin

[post@sengpg.berlin.de](mailto:post@sengpg.berlin.de)

Hessisches Ministerium  
für Soziales und Integration  
Sonnenberger Str. 2/2a  
65193 Wiesbaden

[presse@hsm.hessen.de](mailto:presse@hsm.hessen.de)

Seite 5/5 des Schreibens vom 15.06.2023

Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung  
Hannah-Arendt-Platz 2  
30159 Hannover

[poststelle@ms.niedersachsen.de](mailto:poststelle@ms.niedersachsen.de)

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen  
und Familie  
Franz-Josef-Röder-Straße 23  
66119 Saarbrücken

[presse@soziales.saarland.de](mailto:presse@soziales.saarland.de)

Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit, Frauen und Familie  
Werner-Seelenbinder-Straße 6  
99096 Erfurt

[poststelle@tmasgff.thueringen.de](mailto:poststelle@tmasgff.thueringen.de)

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend,  
Familie und Senioren  
Adolf-Westphal-Straße 4  
24143 Kiel

[poststelle@sozmi.landsh.de](mailto:poststelle@sozmi.landsh.de)

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit  
und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz  
Bauhofstraße 9  
55116 Mainz

[poststelle@msagd.rlp.de](mailto:poststelle@msagd.rlp.de)

Ministerium für Arbeit und Soziales  
des Landes Sachsen-Anhalt  
Turmschanzenstraße 25  
39114 Magdeburg

[ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de](mailto:ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales  
und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Albertstraße 10  
01097 Dresden

[poststelle@sms.sachsen.de](mailto:poststelle@sms.sachsen.de)

Ministerium für Soziales und Integration  
Baden-Württemberg  
Else-Josenhans-Straße 6  
70173 Stuttgart

[poststelle@sm.bwl.de](mailto:poststelle@sm.bwl.de)

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 15.03.2023 in Berlin

#### 3. § 62 SGB V – Belastungsgrenze;

**hier: Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – Inflationsausgleichsprämie als Bestandteil des 3. Entlastungspaketes, Energie-Rabatt aufgrund des Gesetzes über die Dezember-Soforthilfe und Sonderleistungen gemäß § 150c SGB XI für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)**

#### Sachstand:

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (vgl. § 62 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz und Satz 2 SGB V).

Der Gesetzgeber hat den Begriff „Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt“ selbst nicht näher erläutert oder definiert. Gesetzlich geregelt wurde lediglich, dass einzelne Leistungen nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören. Daher haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene in dem gemeinsamen Rundschreiben (GR) zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 – zuletzt in der Fassung vom 18./19.06.2019 – unter Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen, der Rechtsprechung sowie entsprechender Rechtsauslegung näher ausgeführt, welche Einnahmen zum Lebensunterhalt bei der Berechnung der Belastungsgrenze zu berücksichtigen bzw. nicht zu berücksichtigen sind.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt bleiben die durch Gesetz, Rechtsprechung oder entsprechende Rechtsauslegung benannten zweckgebundenen Zuwendungen, z. B. zur Abdeckung eines Mehrbedarfs wie Pflegegeld, Blindenzulage oder Kindergeld unberücksichtigt.

Aus der Praxis wurde die Frage aufgeworfen, ob und inwieweit die Inflationsausgleichsprämie als Bestandteil des 3. Entlastungspaketes der Bundesregierung, der Energie-Rabatt aufgrund des



Erdgas-Wärme-Soforthilfe-Gesetzes und die Sonderleistungen gemäß § 150c SGB XI für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Abs. 1 des IfSG als mögliche Einnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des § 62 SGB V zu bewerten sind.

Die in Rede stehenden Leistungen werden im Folgenden einzeln beschrieben.

### **1. Inflationsausgleichsprämie**

Mit dem „Gesetz zur temporären Senkung des Umsatzsteuersatzes auf Gaslieferungen über das Erdgasnetz“ (BGBl Jahrgang 2022 Teil I Nr. 38 S. 1743) wird der Umsatzsteuersatz auf Gaslieferungen rückwirkend vom 01.10.2022 bis zum 31.03.2024 von 19 auf 7 Prozent reduziert.

Das Gesetz bietet den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zudem nach § 3 Nummer 11c des Einkommenssteuergesetzes die Möglichkeit, ihren Beschäftigten einen Betrag bis zu 3.000 Euro in Form von Zuschüssen und Sachbezügen steuer- und sozialversicherungsfrei zu gewähren. Die Inflationsausgleichsprämie ist Teil des dritten Entlastungspakets und vom 26. 10.2022 bis zum 31. 12.2024 befristet. Sie muss zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn gewährt und kann auch in mehreren Teilbeträgen ausgezahlt werden. Zur Anrechenbarkeit der Inflationsausgleichsprämie auf andere Leistungen hat der Gesetzgeber keine Regelung getroffen.

Es stellt sich daher die Frage, ob und inwieweit die steuer- und sozialversicherungsfreie Inflationsausgleichsprämie in Form von Zuschüssen und Sachbezügen als Einnahme zum Lebensunterhalt zu bewerten und somit bei der Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu berücksichtigen ist.

### **2. Dezember-Soforthilfe (EWSG)**

Am 14. 11.2022 hat der Bundesrat die Dezember-Soforthilfen für Letztverbraucher von Erdgas und Kunden von Wärme gebilligt, die der Bundestag am 10. 11.2022 beschlossen hatte. Das Erdgas-Wärme-Soforthilfe-Gesetz (EWSG) ist am 19.11.2022 in Kraft getreten (BGBl Jahrgang 2022 Teil I Nr. 44 S. 2051).

Dem EWSG zufolge profitieren von der Soforthilfe u. a. Haushalte, die Gas oder Fernwärme nutzen. Ihnen wird die Abschlagszahlung im Dezember 2022 erlassen. Ebenfalls bezuschusst wird der Bezug von Erdgas in Mietwohnungen oder durch Wohnungseigentümergeinschaften. Das



bezogene Erdgas darf dabei nicht zur kommerziellen Strom- oder Wärmeerzeugung genutzt werden. Vermieterinnen und Vermieter sollen die Entlastung mit der nächsten jährlichen Betriebskostenabrechnung an Mieterinnen und Mieter weitergeben und etwaige bereits im Dezember geleistete Überzahlungen entsprechend berücksichtigen. Mieterinnen und Mietern, die in den letzten neun Monaten bereits eine Erhöhung ihrer Nebenkostenvorauszahlung erhalten haben, und Mieterinnen und Mieter, die in den letzten neun Monaten erstmals einen Mietvertrag mit bereits erhöhten Nebenkosten abgeschlossen haben, können einen Teil der Nebenkostenvorauszahlung im Dezember zurückhalten – oder dieser Anteil wird als Gutschrift in der Nebenkostenabrechnung 2022 berücksichtigt. Der Bund erstattet den Energielieferanten und Wärmeversorgungsunternehmen die ausbleibenden Zahlungen und finanziert diese einmalige Entlastung.

Mit den Dezember-Soforthilfen für Letztverbraucher von Erdgas und Kunden von Wärme ist ebenfalls die Frage nach einer möglichen Berücksichtigung bei der Prüfung der Einnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des § 62 SGB V verknüpft. Es ist zu bewerten, ob diese Hilfen tatsächlich Einnahmen zum Lebensunterhalt darstellen.

### **3. Sonderleistungen gemäß § 150c SGB XI**

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16.09.2022 (BGBl Jahrgang 2022 Teil I Nr. 32 S. 1454) wurde der § 150c im Elften Buch Sozialgesetzbuch verankert. Damit soll ein finanzieller Anreiz zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben für bestimmte Beschäftigte aufgrund der Corona-Pandemie geschaffen werden.

Gemäß § 150c Abs.1 Satz 1 SGB XI sind die zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen demnach verpflichtet, im Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.04.2023 monatliche Sonderleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 zu zahlen. Anspruch auf eine Sonderleistung nach Absatz 1 haben die in den zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen mit Ausnahme der Leitung der Einrichtung, die nach § 35 Abs. 1 Satz 6 des IfSG benannt und gegenüber den Pflegekassen gemeldet sind. Die Höhe der Sonderleistung beträgt je Pflegeeinrichtung und Monat insgesamt

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen 500 Euro,
2. bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen 750 Euro,
3. bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 80 Plätzen 1.000 Euro.



Sofern mehrere Personen anspruchsberechtigt sind, ist die Sonderleistung von der jeweiligen Pflegeeinrichtung entsprechend aufzuteilen (vgl. § 150c Abs. 2 und 3 SGB XI).

Nach § 150c Abs. 5 SGB XI erfolgt die Auszahlung der Sonderleistung nach Absatz 1 spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung. Die Sonderleistung ist den Beschäftigten in der ihnen nach Absatz 2 Satz 2 zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszuzahlen. Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung gegen den Beschäftigten ist ausgeschlossen. Die Sonderleistung ist unpfändbar. Finanziert werden die Sonderleistungen von den Pflegekassen nach Maßgabe des Absatzes 4.

Zu klären ist ebenfalls, ob und ggf. in welcher Höhe die Sonderleistung gemäß § 150c SGB XI bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V als Einnahme zum Lebensunterhalt anzurechnen sind.

Vor diesem Hintergrund war eine Erörterung in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Inflationsausgleichsprämie wird den Beschäftigten nicht zweckgebunden zur Deckung eines Mehrbedarfs gewährt. Die freiwillige Gewährung durch Arbeitgebende in Form von Zuschüssen und Sachbezügen zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn bis zu einer Höhe von 3.000 Euro erfolgt ohne Verwendungsnachweis und unabhängig davon, ob und ggf. in welchem Umfang diese für einen inflationsbedingten Ausgleich tatsächlich eingesetzt werden. Eine Rückzahlungsverpflichtung bei einer nicht bedarfsgerechten Verwendung ist nicht vorgesehen.

Die nach § 150c Abs. 1 Satz 1 SGB XI an die nach § 35 Abs. 1 Satz 6 des IfSG benannten und gegenüber den Pflegekassen gemeldeten Beschäftigten gezahlten Sonderleistungen werden ebenfalls nicht zweckgebunden zur Deckung eines Mehrbedarfs gewährt. Sie sind den Beschäftigten in der ihnen nach § 150c Absatz 2 Satz 2 SGB XI zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszuzahlen.



Bei den Dezember-Soforthilfen für Letztverbraucher von Erdgas und Kunden von Wärme handelt es sich nicht um eine direkte Zahlung an die Berechtigten und somit um eine Einnahme zum Lebensunterhalt, sondern vielmehr um eine einmalige monatliche Entlastung durch die Übernahme der Zahlungsverpflichtung der Abschlagszahlungen durch den Staat.

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten daher gemeinsam die Auffassung, dass die bis zum 31.12.2024 befristete Inflationsausgleichsprämie – unabhängig der Gewährung als Zuschuss oder Sachbezug und damit gleichgültig, in welcher Form sie geleistet wird – den Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 SGB V bis maximal 3.000 Euro zuzurechnen ist.

Die monatlichen Sonderleistungen vom 01.10.2022 bis zum 30. 04.2023 gemäß § 150c SGB XI sind bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V ebenfalls als Einnahmen zum Lebensunterhalt in gesetzlicher vorgeschriebener Höhe zu berücksichtigen.

Bei den Dezember-Soforthilfen für Letztverbraucher von Erdgas und Kunden von Wärme handelt es sich nicht um Einnahmen zum Lebensunterhalt.

Bereits für das Kalenderjahr 2022 und 2023 erfolgte Leistungsentscheidungen durch die Krankenkassen bleiben grundsätzlich unberührt, soweit nicht eine erneute Beurteilung – z. B. auf Antrag des Versicherten – angezeigt ist. Sofern eine Berechnung der Belastungsgrenze für Versicherte eines Familienverbundes erfolgte, die bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind, wird empfohlen, dass die Ermittlungen der berechnenden Krankenkasse von der oder den anderen betroffenen Krankenkassen akzeptiert werden.

Aufgrund der befristeten Gewährung der Leistungen wird von einer Aktualisierung des GR zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt abgesehen.



- nicht besetzt -



## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 15.03.2023 in Berlin

4.     **§ 62 SGB V – Belastungsgrenze,  
§ 65 SGB XII – stationäre Pflege;**  
      **hier: Belastungsgrenze für in stationären Einrichtungen wohnende Versicherte, die Hilfe zur Pflege beziehen**

#### Sachstand:

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert (v. H.); für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (vgl. § 62 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz und Satz 2 SGB V).

Unter anderem ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BVG oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden,

als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII (2023: 502 EUR) maßgeblich (vgl. § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 und 2 SGB V).

Für beide Personengruppen sah der Gesetzgeber ursprünglich eine vollständige Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen vor, die durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20.12.1988 mit Wirkung zum 01.01.1989 in § 61 SGB V eingeführt wurde und bis 31.12.2003 fortbestand. Laut der Gesetzesbegründung zum GRG (BT-Drs. 11/2237, S. 187) ging der Gesetzgeber bei diesen Personengruppen davon aus, dass sie wegen ihrer geringen finanziellen Mittel nicht in der Lage sind, gesetzliche Zuzahlungen zu leisten. Hinweise darauf, was unter der Formulierung „Kosten der Unterbringung“ zu verstehen ist, gehen aus den Gesetzesmaterialien zum GRG nicht hervor. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 wurde die Zuzahlungs-



und Überforderungsregelungen in den §§ 61 und 62 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2004 neu gefasst. Seitdem gilt für die in Rede stehenden Personenkreise nur (noch) eine teilweise Befreiungsmöglichkeit von den gesetzlichen Zuzahlungen. Eine Erläuterung des Begriffs der „Unterbringungskosten“ erfolgt auch nicht in der Gesetzesbegründung zum GMG.

Nach § 65 SGB XII haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen als eine Form der Hilfe zur Pflege, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Abs. 2 SGB XII (Häusliche Pflegehilfe) findet entsprechende Anwendung.

In der Praxis ist fraglich, ob für die Ermittlung der Belastungsgrenze für Beziehende von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 65 SGB XII, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 oder 2 SGB V anzuwenden ist, wonach für die gesamte Bedarfsgemeinschaft ausschließlich der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII maßgeblich ist.

Bei Versicherten, die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII beziehen, aber keine Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII oder Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII, liegen die Voraussetzungen nach § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V nicht vor.

Daher gilt es zu klären, ob die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V (Tragung der Kosten der Unterbringung durch einen Sozialhilfeträger) bei dem Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege erfüllt werden.

Die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII sowie die Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel SGB XII beinhalten Bedarfe für Unterkunft und Heizung nach § 42 Nr. 4 Buchstabe b SGB XII (§ 27b Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XII). Hierbei handelt es sich um Unterbringungskosten, die vom Sozialhilfeträger getragen werden.

Ebenso von den Trägern der Sozialhilfe geleistet wird die Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII (§§ 61 – 66a SGB XII), wozu auch die Hilfe bei stationärer Pflege nach § 65 SGB XII gehört. § 65 SGB XII definiert nicht, welche Leistungen als stationäre Hilfe zur Pflege in Betracht kommen.



Aus den Gesetzesmaterialien geht hervor, dass der Anspruch auf stationäre Pflege nach dem SGB XII dem Inhalt des Anspruchs auf stationäre Pflege nach § 43 Abs. 1 SGB XI entspricht (vgl. BT-Drs. 18/9518, S. 98). Laut dem Kommentar von Meßling in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 65 SGB XII, Rn 24, seien alle Leistungen erfasst, die während eines vollstationären Aufenthalts pflegerisch erforderlich sind, wozu nach § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI *„pflegebedingte Aufwendungen sowie Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“* gehören. Der Kommentar geht jedoch nicht darauf ein, dass § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB XI darüber hinaus vorsieht, dass Pflegekassen auch Aufwendungen für Unterkunft (inkl. der Aufwendungen für Heizung) und Verpflegung tragen, soweit der gewährte Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI die in § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI genannten Aufwendungen übersteigt.

Daneben gibt es nur wenig Rechtsprechung, welche sich mit der Frage beschäftigt, ob die Voraussetzung des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V bei Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege erfüllt sind. Die Meinungen in der Rechtsprechung hierzu gehen zudem auseinander.

Das Sozialgericht (SG) Gotha vertritt in seinem Urteil vom 16.03.2022, S 19 KR 1296/21 (s. Anlage 1) die Rechtsauffassung, dass bei einem Bezug von Leistungen der Hilfe zur Pflege die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V nicht vorliegen. Die Hilfe zur Pflege umfasse nur solche Kosten, die nicht durch die soziale Pflegeversicherung abgedeckt sind. Bei einer stationären Pflege seien dies alle Leistungen, die während eines vollstationären Aufenthalts pflegerisch erforderlich sind. Dies treffe nicht auf Kosten für Unterkunft und Verpflegung zu. Dabei nimmt das SG Bezug auf den o. g. Kommentar von Meßling.

Im Gegensatz dazu führt das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg in seinem Beschluss vom 26.10.2022, L 11 KR 2402/22 NZB (s. Anlage 2), aus, dass § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V bei einem Bezug von Hilfe zur Pflege einschlägig sei. Dort werde nicht näher definiert, was zu den „Kosten der Unterbringung“ gehört. Sofern der Begriff dahingehend ausgelegt werde, dass damit nur Kosten für Unterkunft und Verpflegung gemeint sein können, hätte dies zur Folge, dass Versicherte, die lediglich Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff. SGB XII erhielten, nicht von § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V erfasst würden. Eine solche Auslegung halte einer Überprüfung jedoch nicht stand. Zur Auslegung des Begriffs „Kosten der Unterbringung“ könne lt. LSG nicht auf § 43 SGB XI zurückgegriffen werden, da sich aus dieser Norm der Umfang des einem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsanspruchs gegen die Pflegekasse ergibt. Dieser Anspruch sei nach Ansicht des LSG offensichtlich nicht identisch mit den Kosten der Unterbringung in einem Pflegeheim, was



die Regelungen in §§ 82 Abs. 1 und 87a Abs. 1 SGB XI zeigen. Nach Auffassung des LSG zähle auch die Vergütung der vom Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen zu den Kosten der Unterbringung in einem Pflegeheim. Daher sei es zwar richtig, dass durch die Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 – 66a SGB XII nur die Kosten für die Pflege, die nicht durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt sind, übernommen werden. Daraus lasse sich aber nicht ableiten, was unter „Kosten der Unterbringung in einem Heim“ gemäß § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V zu verstehen ist.

In diesem Zusammenhang verweist das LSG auf § 7 Abs. 1 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WbVG), wonach der Unternehmer nicht nur verpflichtet ist, dem Verbraucher den Wohnraum in einem zum vertragsgemäßen Gebrauch geeigneten Zustand zu überlassen und während der Vertragsdauer in diesem Zustand zu erhalten, sondern auch die vertraglich vereinbarten Pflege- oder Betreuungsleistungen nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen. Zudem seien Versicherte, die Hilfen zum Lebensunterhalt nach §§ 27 ff. SGB XII erhalten bereits von § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V erfasst. Damit der Regelung des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V eine eigenständige Bedeutung zukommt, könne sie nur so zu verstehen sein, dass (auch) Heimbewohner, die keine Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten, aber – wie der Personenkreis aus § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V – ebenfalls einkommensschwach sind, entlastet werden sollen (vgl. hierzu auch BT-Drs. 11/2237, S. 187). Einkommensschwach seien Heimbewohner dann, wenn ein Träger der Sozialhilfe sich an den Kosten der Heimunterbringung beteiligen muss, unabhängig davon, in welchem Umfang und inwiefern (vgl. hierzu auch LSG Niedersachsen 24.01.2001, L 4 KR 33/00, Rn 37, juris). Mit der Gewährung von Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff. SGB XII trage ein Träger der Sozialhilfe bei Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, teilweise die Kosten der Unterbringung im Pflegeheim. Das LSG stützt dabei die vorherige Entscheidung des SG Freiburg mit dessen Urteil vom 02.08.2022, S 16 KR 1460/22 und bestätigt seinen Beschluss vom 29.09.2022, L 4 KR 2403/22 NZB.

Auch das LSG Sachsen vertritt in seinem Beschluss vom 22.05.2018, L 8 SO 121/17 B ER, die Ansicht, dass die Hilfe zur Pflege bei stationärer Pflege nicht nur die von § 65 SGB XII erfassten pflegerischen Maßnahmen umfasse, sondern über § 27b Abs. 1 SGB XII auch Unterkunft und Verpflegung im Pflegeheim (vgl. juris, 2. Leitsatz und Rz. 22).

Die Argumentationen der aufgeführten Beschlüsse der Landessozialgerichte scheint nachvollziehbar. Der Gesetzgeber scheint die Begrifflichkeit „Kosten der Unterbringung“ in § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V bewusst gewählt zu haben, um für einen weiteren bedürftigen Personenkreis, der



nicht bereits durch den Bezug von Hilfeleistungen zum Lebensunterhalt oder Grundsicherungsleistungen im Alter oder bei Erwerbsminderung von § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V erfasst ist, die Belastungsgrenze in Höhe des Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII anzusetzen. Dafür sprechen auch die Gesetzesmaterialien zum GRG. Ansonsten hätte § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V keine eigenständige Regelungsfunktion und wäre daher nicht erforderlich. Zudem hätte der Gesetzgeber auch die gleichen Begrifflichkeiten wie im SGB XII nutzen können, sofern aus seiner Sicht zu den „Kosten der Unterbringung“ nur die Kosten für Unterkunft, Heizung und Verpflegung im Sinne des 3. und 4. Kapitel SGB XII gehören würden.

Vor diesem Hintergrund war eine Beratung in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt. Dabei galt es auch zu klären, ob und inwiefern eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt sowie der Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 17.06.2021 angezeigt ist.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V nur für Versicherte einschlägig ist, die in einer stationären Einrichtung untergebracht sind und vom Sozialhilfeträger Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII oder Leistungen zur Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII beziehen. Bei dem alleinigen Bezug von Leistungen bei stationärer Pflege nach § 65 SGB XII (Hilfe zur Pflege) nach dem 7. Kapitel des SGB XII werden die Voraussetzungen nicht erfüllt.

Weiterhin besteht Einvernehmen darüber, dass der Begriff „Kosten der Unterbringung“ in § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V nicht nur die Kosten für Unterkunft, Heizung und Verpflegung umfasst, auf die bereits über die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII oder die Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII ein Anspruch besteht. Vielmehr gehören zu den Kosten der Unterbringung auch die Kosten der Leistungen der stationären Pflege nach § 65 SGB XII (Hilfe zur Pflege). Denn die stationäre Pflege regelt insbesondere die Vergütung von Pflegeleistungen, die unmittelbar mit der Unterbringung in einer stationären Einrichtung verbunden sind und damit zu den Unterbringungs-



kosten gehören. Sie werden von den Trägern der Sozialhilfe für finanziell bedürftige Personen geleistet, die ansonsten die Kosten der Unterbringung in einer stationären Einrichtung nicht durch ihr eigenes Einkommen decken können. Dies gilt auch, sofern der Träger der Sozialhilfe nur anteilig Leistungen der stationären Pflege übernimmt, weil die anspruchsberechtigte Person einen Teil der Kosten durch ihr eigenes Einkommen decken kann.

Dies entspricht auch dem Gleichbehandlungsgrundsatz, da die Beziehenden von Hilfe zur Pflege ebenfalls „nur“ den Barbetrag nach § 27b Abs. 2 SGB XII zur freien Verwendung haben wie die Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen. Insofern unterscheiden sie sich hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Situation nicht von Versicherten im Sinne des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V.

Demzufolge ist für Beziehende von Leistungen der stationären Pflege nach § 65 SGB XII als Belastungsgrenze der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII gemäß § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V maßgeblich. Ohne ein derartiges Verständnis von dem Begriff „Kosten der Unterbringung“ ergibt sich kein eigenständiger Anwendungsbereich des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V.

Die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V gilt im Übrigen auch für Beziehende von Eingliederungshilfeleistungen, die in besonderen Wohnformen untergebracht sind und die Hilfe zur Pflege in Form der stationären Pflege nach § 65 SGB XII erhalten.

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer verständigen sich darauf, bei nächster Gelegenheit die Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 17.06.2021 geringfügig anzupassen. Im Abschnitt 4.1 „Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige“, Absatz 14, ist die Lösung im Beispiel 22 zu ergänzen, in dem dort auf das 3., 4. und 7. Kapitel des SGB XII verwiesen wird:

*„Es liegt weiterhin ein gemeinsamer Haushalt vor (vgl. § 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Wenn die Ehefrau aufgrund der Heimunterbringung Leistungen nach dem 3., 4. oder 7. Kapitel des SGB XII erhält, ist bei der Berechnung für das Ehepaar der Wert der Regelbedarfsstufe 1 maßgebend.“*



Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer beschließen außerdem, das gemeinsame Rundschreiben vom 04.12.2013 zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt in der Fassung vom 18./19.06.2019 entsprechend zeitnah um einen Abschnitt für die Personenkreise nach § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 und 2 SGB V zu ergänzen und zu aktualisieren.

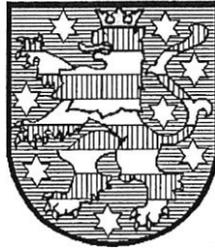
## Anlagen



- nicht besetzt -



SOZIALGERICHT GOTHA



IM NAMEN DES VOLKES

**URTEIL**

In dem Rechtsstreit



- Klägerin -

Prozessbevollm.:  
Rechtsanwälte S. [redacted] er,  
[redacted] 36251 Bad Hersfeld

**gegen**

DAK - Gesundheit, vertreten durch den Vorstand,  
Nagelsweg 27 -31, 20097 Hamburg

- **Beklagte** - hat die 19. Kammer des Sozialgerichts Gotha durch ihre Vorsitzende, die Richterin am Sozialgericht [redacted] sowie die ehrenamtlichen Richter [redacted] s und [redacted] n, ohne mündliche Verhandlung am 16. März 2022 **für Recht erkannt:**

**Die Klage wird abgewiesen.**

**Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.**

## T a t b e s t a n d

Die Beteiligten begehrt die Befreiung von der Zuzahlungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die 1933 geborene, verwitwete Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie lebt in der Seniorenpflegeeinrichtung "Altes Krankenhaus" in Vacha und bezieht seit Oktober 2020 Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Form von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 65 SGB XII in Höhe von 129,02 € für Oktober 2020, monatlich 449,02 € für November und Dezember 2020 und monatlich 461,79 € ab Januar 2021 (Bescheide des Landratsamtes Ortenaukreis - Amt für Soziales und Versorgung, Offenburg vom 15. und 19. Januar 2021).

Zwischen den Beteiligten unstreitig hatte die Klägerin im Jahr 2020 folgende Einkünfte:

Rente	mtl. brutto 613,12 €	jährlich 7.357,44 €
Witwenrente	mtl. brutto 797,69 €	jährlich 9.572,28 €
Versorgungsgeld (betriebliche Altersversorgung)	mtl. brutto 318,17 €	jährlich 3.818,04 €
gesamt:		20.747,76 €

und im Jahr 2021 folgende Einkünfte:

Rente	mtl. brutto 634,28 €	jährlich 7.611,24 €
Witwenrente	mtl. brutto 825,21 €	jährlich 9.902,52 €
Versorgungsgeld (betriebliche Altersversorgung)	mtl. brutto 321,35 €	jährlich 3.856,20 €
gesamt:		21.369,96 €

Mit Bescheid vom 28. August 2019 berechnete die Beklagte die seitens der Klägerin für das Jahr 2020 zu zahlende Vorauszahlung (Belastungsgrenze 2020) auf der Basis von jährlichen Bruttoeinkünften in Höhe von 20.747,76 € in Höhe von 207,48 € (1 %) und mit weiterem Bescheid vom 1. September 2020 für das Jahr 2021 auf der Basis von jährlichen Bruttoeinkünften in Höhe von 21.369,96 € in Höhe von 213,70 € (1 %).

Mit Schreiben vom 10. Januar 2021 bat die Klägerin unter Vorlage eines Schreibens des Amtes für Soziales und Versorgung um Neuberechnung der Belastungsgrenzen für die Jahre

2020 und 2021 sowie Rückerstattung der überzahlten Beträge und übersandte im Folgenden offenbar die Bescheide des Amtes für Soziales und Versorgung vom 15. und 19. Januar 2021.

Am 12. Februar 2021 teilte die Beklagte der Klägerin per E-Mail folgendes mit: "Vielen Dank für die Zusendung des Bescheides. Bei der Leistung handelt es sich aber nicht um eine Grundsicherung sondern um eine Hilfe zur Pflege. Dies ist mit einer Sozialhilfe nicht vergleichbar. Eine Änderung der Belastungsgrenze ist daher nicht möglich“.

Den hiergegen gerichteten Widerspruch vom 18. Februar 2021, den die Klägerin gleichfalls per E-Mail übersandt hatte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 2021 zurück. Soweit geltend gemacht werde, zur Berechnung der Belastungsgrenze seien nicht die tatsächlichen Einnahmen sondern der Regelbedarf nach der Regelbedarfsstufe I des Regelbedarfs- Ermittlungsgesetzes (RBEG) zugrunde zu legen, da die Klägerin Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalte, seien die Voraussetzungen für die Anwendung der Ausnahmeregelung nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V nicht erfüllt. Die Klägerin beziehe weder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel noch Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII.

Hiergegen richtet sich die im Juli 2021 erhobene Klage. Die Belastungsgrenze für die Zuzahlungsbefreiung sei nach dem Regelbedarf festzusetzen, da die Voraussetzungen für die Anwendung der Ausnahmeregelung nach § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V erfüllt seien. Die Klägerin sei in einem Heim untergebracht und die Kosten der Unterbringung würden von einem Träger der Sozialhilfe erbracht. Darüber hinaus beziehe sie (entsprechend § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V) Leistungen zur Hilfe nach dem SGB XII, nämlich den Barbetrag nach § 27b Abs. 2 SGB XII, wie sich aus den Bescheiden des Amtes für Soziales und Versorgung ergebe.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

den Bescheid der Beklagten in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Klägerin von den Zuzahlungen zu befreien. Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V lägen nicht vor, da die Klägerin keine der

dort genannten Leistungen beziehe. Der monatliche Barbetrag (Taschengeld) nach § 27b SGB XII sei lediglich als Selbstbehalt beim vorrangig einzusetzenden Einkommen berücksichtigt worden. Tatsächlich beziehen würde die Klägerin den monatlichen Barbetrag nicht. Auch die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V seien nicht erfüllt. Nr. 2 sei nur dann anwendbar, wenn die Kosten der Unterbringung im Heim tatsächlich durch einen Träger der Sozialhilfe erfolge, was vorliegend nicht der Fall sein, die Trägerin trage die Kosten vielmehr selbst. Leistungen zum Lebensunterhalt nach den § 27 ff. SGB XII, von denen § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB Vals Kosten für die Unterbringung in einem Heim ausgehe, seien der Klägerin gerade nicht bewilligt worden. Bei der „Hilfe zur Pflege“, die der Klägerin bewilligt worden sei, handele es sich nur um Kosten für die Pflege, die nicht durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt sein. Diese Leistung sei zweckgebunden und umfasse bei vollstationärer Pflege alle Leistungen, die während eines vollstationären Aufenthaltes pflegerisch erforderlich seien.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungs- und Gerichtsakte, der Gegenstand der Entscheidung gewesen ist.

## **Entscheidungsgründe**

Das Gericht konnte nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, denn die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit dieser Verfahrensweise erklärt.

Die zulässige Klage ist unbegründet.

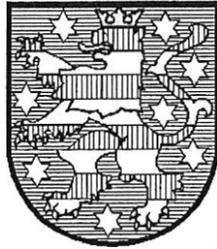
Die Klage ist zulässig. Sie ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2021.

Zwar hat die Klägerin in ihrem schriftsätzlich gestellten Klageantrag einen ursprünglichen Ablehnungsbescheid nicht genannt, im weiteren Verfahren aber klargestellt, dass Sie die Mitteilung per E-Mail vom 12. Februar 2021 als ablehnenden Bescheid ansieht und eine schriftliche Bekanntgabe dieser unter Beifügung einer Rechtsbehelfsbelehrung seitens der Beklagten nicht erfolgt ist. Dies hat auch die Beklagte entsprechend bestätigt. Soweit die Beklagte ausführt, im Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2021 über die Bescheide vom 28. August 2019 und 1. September 2020 entschieden zu haben, handelte es sich bei der „Mitteilung“ per E-Mail vom 12. Februar 2021 um eine Entscheidung der Beklagten im Zugunstenverfahren nach § 44 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X), mit der die Beklagte konkludent festgestellt hat, dass sie der Auffassung ist, ihre ursprünglichen Bescheide vom 28. August 2019 und 1. September 2020 seien rechtmäßig ergangen. Die „Mitteilung“ per E-Mail vom 12. Februar 2021 ist auch ein Verwaltungsakt im Sinne des § 31 SGB X, denn es handelt sich um eine Entscheidung, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts getroffen hat und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet war, vorliegend nämlich die Ablehnung der Feststellung einer geänderten Belastungsgrenze betreffend die Klägerin. Das der Bescheid nicht als solcher gekennzeichnet war und auch eine Rechtsbehelfsbelehrung fehlt, ändert nichts am Verwaltungsaktcharakter, sondern führt lediglich zur verlängerten Widerspruchsfrist von einem Jahr (§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG).

Nichts anderes ergibt sich aus dem Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2021, in dem die Beklagte nun ausgeführt hat, dass sich die Klägerin mit ihrem Widerspruch vom 18. Februar 2021 gegen das

SOZIALGERICHT GOTHA



IM NAMEN DES VOLKES

**URTEIL**

In dem Rechtsstreit



- Klägerin -

Prozessbevollm.:  
Rechtsanwälte S. [redacted] er,  
[redacted] 36251 Bad Hersfeld

**gegen**

DAK - Gesundheit, vertreten durch den Vorstand,  
Nagelsweg 27 -31, 20097 Hamburg

- **Beklagte** - hat die 19. Kammer des Sozialgerichts Gotha durch ihre Vorsitzende, die Richterin am Sozialgericht [redacted] sowie die ehrenamtlichen Richter [redacted] s und [redacted] n, ohne mündliche Verhandlung am 16. März 2022 **für Recht erkannt:**

**Die Klage wird abgewiesen.**

**Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.**

## T a t b e s t a n d

Die Beteiligten begehrt die Befreiung von der Zuzahlungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die 1933 geborene, verwitwete Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie lebt in der Seniorenpflegeeinrichtung "Altes Krankenhaus" in Vacha und bezieht seit Oktober 2020 Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) in Form von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 65 SGB XII in Höhe von 129,02 € für Oktober 2020, monatlich 449,02 € für November und Dezember 2020 und monatlich 461,79 € ab Januar 2021 (Bescheide des Landratsamtes Ortenaukreis - Amt für Soziales und Versorgung, Offenburg vom 15. und 19. Januar 2021).

Zwischen den Beteiligten unstreitig hatte die Klägerin im Jahr 2020 folgende Einkünfte:

Rente	mtl. brutto 613,12 €	jährlich 7.357,44 €
Witwenrente	mtl. brutto 797,69 €	jährlich 9.572,28 €
Versorgungsgeld (betriebliche Altersversorgung)	mtl. brutto 318,17 €	jährlich 3.818,04 €
gesamt:		20.747,76 €

und im Jahr 2021 folgende Einkünfte:

Rente	mtl. brutto 634,28 €	jährlich 7.611,24 €
Witwenrente	mtl. brutto 825,21 €	jährlich 9.902,52 €
Versorgungsgeld (betriebliche Altersversorgung)	mtl. brutto 321,35 €	jährlich 3.856,20 €
gesamt:		21.369,96 €

Mit Bescheid vom 28. August 2019 berechnete die Beklagte die seitens der Klägerin für das Jahr 2020 zu zahlende Vorauszahlung (Belastungsgrenze 2020) auf der Basis von jährlichen Bruttoeinkünften in Höhe von 20.747,76 € in Höhe von 207,48 € (1 %) und mit weiterem Bescheid vom 1. September 2020 für das Jahr 2021 auf der Basis von jährlichen Bruttoeinkünften in Höhe von 21.369,96 € in Höhe von 213,70 € (1 %).

Mit Schreiben vom 10. Januar 2021 bat die Klägerin unter Vorlage eines Schreibens des Amtes für Soziales und Versorgung um Neuberechnung der Belastungsgrenzen für die Jahre

2020 und 2021 sowie Rückerstattung der überzahlten Beträge und übersandte im Folgenden offenbar die Bescheide des Amtes für Soziales und Versorgung vom 15. und 19. Januar 2021.

Am 12. Februar 2021 teilte die Beklagte der Klägerin per E-Mail folgendes mit: "Vielen Dank für die Zusendung des Bescheides. Bei der Leistung handelt es sich aber nicht um eine Grundsicherung sondern um eine Hilfe zur Pflege. Dies ist mit einer Sozialhilfe nicht vergleichbar. Eine Änderung der Belastungsgrenze ist daher nicht möglich".

Den hiergegen gerichteten Widerspruch vom 18. Februar 2021, den die Klägerin gleichfalls per E-Mail übersandt hatte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juni 2021 zurück. Soweit geltend gemacht werde, zur Berechnung der Belastungsgrenze seien nicht die tatsächlichen Einnahmen sondern der Regelbedarf nach der Regelbedarfsstufe I des Regelbedarfs- Ermittlungsgesetzes (RBEG) zugrunde zu legen, da die Klägerin Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalte, seien die Voraussetzungen für die Anwendung der Ausnahmeregelung nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V nicht erfüllt. Die Klägerin beziehe weder Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel noch Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem 4. Kapitel des SGB XII.

Hiergegen richtet sich die im Juli 2021 erhobene Klage. Die Belastungsgrenze für die Zuzahlungsbefreiung sei nach dem Regelbedarf festzusetzen, da die Voraussetzungen für die Anwendung der Ausnahmeregelung nach § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V erfüllt seien. Die Klägerin sei in einem Heim untergebracht und die Kosten der Unterbringung würden von einem Träger der Sozialhilfe erbracht. Darüber hinaus beziehe sie (entsprechend § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V) Leistungen zur Hilfe nach dem SGB XII, nämlich den Barbetrag nach § 27b Abs. 2 SGB XII, wie sich aus den Bescheiden des Amtes für Soziales und Versorgung ergebe.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

den Bescheid der Beklagten in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Klägerin von den Zuzahlungen zu befreien. Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V lägen nicht vor, da die Klägerin keine der

dort genannten Leistungen beziehe. Der monatliche Barbetrag (Taschengeld) nach § 27b SGB XII sei lediglich als Selbstbehalt beim vorrangig einzusetzenden Einkommen berücksichtigt worden. Tatsächlich beziehen würde die Klägerin den monatlichen Barbetrag nicht. Auch die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V seien nicht erfüllt. Nr. 2 sei nur dann anwendbar, wenn die Kosten der Unterbringung im Heim tatsächlich durch einen Träger der Sozialhilfe erfolge, was vorliegend nicht der Fall sein, die Trägerin trage die Kosten vielmehr selbst. Leistungen zum Lebensunterhalt nach den § 27 ff. SGB XII, von denen § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V als Kosten für die Unterbringung in einem Heim ausgehe, seien der Klägerin gerade nicht bewilligt worden. Bei der „Hilfe zur Pflege“, die der Klägerin bewilligt worden sei, handele es sich nur um Kosten für die Pflege, die nicht durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt sein. Diese Leistung sei zweckgebunden und umfasse bei vollstationärer Pflege alle Leistungen, die während eines vollstationären Aufenthaltes pflegerisch erforderlich seien.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungs- und Gerichtsakte, der Gegenstand der Entscheidung gewesen ist.

## **Entscheidungsgründe**

Das Gericht konnte nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, denn die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit dieser Verfahrensweise erklärt.

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Die Klage ist zulässig. Sie ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2021.

Zwar hat die Klägerin in ihrem schriftsätzlich gestellten Klageantrag einen ursprünglichen Ablehnungsbescheid nicht genannt, im weiteren Verfahren aber klargestellt, dass Sie die Mitteilung per E-Mail vom 12. Februar 2021 als ablehnenden Bescheid ansieht und eine schriftliche Bekanntgabe dieser unter Beifügung einer Rechtsbehelfsbelehrung seitens der Beklagten nicht erfolgt ist. Dies hat auch die Beklagte entsprechend bestätigt. Soweit die Beklagte ausführt, im Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2021 über die Bescheide vom 28. August 2019 und 1. September 2020 entschieden zu haben, handelte es sich bei der „Mitteilung“ per E-Mail vom 12. Februar 2021 um eine Entscheidung der Beklagten im Zugunstenverfahren nach § 44 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X), mit der die Beklagte konkludent festgestellt hat, dass sie der Auffassung ist, ihre ursprünglichen Bescheide vom 28. August 2019 und 1. September 2020 seien rechtmäßig ergangen. Die „Mitteilung“ per E-Mail vom 12. Februar 2021 ist auch ein Verwaltungsakt im Sinne des § 31 SGB X, denn es handelt sich um eine Entscheidung, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts getroffen hat und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet war, vorliegend nämlich die Ablehnung der Feststellung einer geänderten Belastungsgrenze betreffend die Klägerin. Das der Bescheid nicht als solcher gekennzeichnet war und auch eine Rechtsbehelfsbelehrung fehlt, ändert nichts am Verwaltungsaktcharakter, sondern führt lediglich zur verlängerten Widerspruchsfrist von einem Jahr (§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG).

Nichts anderes ergibt sich aus dem Widerspruchsbescheid vom 7. Juni 2021, in dem die Beklagte nun ausgeführt hat, dass sich die Klägerin mit ihrem Widerspruch vom 18. Februar 2021 gegen das

Schreiben vom 12. Februar 2021 gewandt habe. Der insoweit ungewöhnliche Verfügungssatz des Widerspruchsbescheides „Der Ausschuss kann dem Widerspruch leider nicht stattgegeben“ ist als Zurückweisung des Widerspruches vom 18. Februar 2021 gegen den Bescheid vom 12. Februar 2021 zu verstehen. Die Beklagte hat in ihrem Widerspruchsbescheid nicht über einen Widerspruch gegen die Bescheide vom 28. August 2019 und 1. September 2020 entschieden, denn gegen diese war kein Widerspruch erhoben worden, sondern es war vielmehr weit außerhalb der Widerspruchsfrist ein Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X (Schreiben der Klägerin vom 10. Januar 2021) gestellt worden.

Die Klage ist jedoch unbegründet.

Zwar entsprach der per E-Mail eingelegte Widerspruch der Klägerin vom 12. Februar 2021 nicht dem Erfordernis der Schriftform nach § 84 Abs. 1 S. 1, Hbs. 2, Alt. 1 SGG. Dies steht einer gerichtlichen Sachentscheidung jedoch nicht entgegen, weil die Beklagte den Widerspruch nicht als unzulässig verworfen, sondern als unbegründet zurückgewiesen hat. Hierdurch ist der Formmangel als geheilt zu betrachten (vgl. ausführlich: BSG, Urteil vom 12. Oktober 1979 - 12 RK 19/78 -, Gail in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, § 84 SGG, Rn. 35 m.w.N.).

Nach § 44 Abs. 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) ist, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nach Satz 2 nicht, wenn der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Dabei wird der Zeitpunkt der Rücknahme von Beginn des Jahres an gerechnet, in dem der Verwaltungsakt zurückgenommen wird. Erfolgt die Rücknahme auf Antrag, tritt bei der Berechnung des Zeitraumes, für den rückwirkend Leistungen zu erbringen sind, anstelle der Rücknahme der Antrag - Absatz 4.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2021, mit dem die Beklagte die ursprünglichen Bescheide vom 22. August 2019 und 1. September 2020 überprüft hat, erweist sich als rechtmäßig und verletzt die Klägerin

Schreiben vom 12. Februar 2021 gewandt habe. Der insoweit ungewöhnliche Verfügungssatz des Widerspruchsbescheides „Der Ausschuss kann dem Widerspruch leider nicht stattgegeben“ ist als Zurückweisung des Widerspruches vom 18. Februar 2021 gegen den Bescheid vom 12. Februar 2021 zu verstehen. Die Beklagte hat in ihrem Widerspruchsbescheid nicht über einen Widerspruch gegen die Bescheide vom 28. August 2019 und 1. September 2020 entschieden, denn gegen diese war kein Widerspruch erhoben worden, sondern es war vielmehr weit außerhalb der Widerspruchsfrist ein Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X (Schreiben der Klägerin vom 10. Januar 2021) gestellt worden.

Die Klage ist jedoch unbegründet.

Zwar entsprach der per E-Mail eingelegte Widerspruch der Klägerin vom 12. Februar 2021 nicht dem Erfordernis der Schriftform nach § 84 Abs. 1 S. 1, Hbs. 2, Alt. 1 SGG. Dies steht einer gerichtlichen Sachentscheidung jedoch nicht entgegen, weil die Beklagte den Widerspruch nicht als unzulässig verworfen, sondern als unbegründet zurückgewiesen hat. Hierdurch ist der Formmangel als geheilt zu betrachten (vgl. ausführlich: BSG, Urteil vom 12. Oktober 1979 - 12 RK 19/78 -, Gail in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, 1. Aufl. 2017, § 84 SGG, Rn. 35 m.w.N.).

Nach § 44 Abs. 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) ist, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Dies gilt nach Satz 2 nicht, wenn der Verwaltungsakt auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat. Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht. Dabei wird der Zeitpunkt der Rücknahme von Beginn des Jahres an gerechnet, in dem der Verwaltungsakt zurückgenommen wird. Erfolgt die Rücknahme auf Antrag, tritt bei der Berechnung des Zeitraumes, für den rückwirkend Leistungen zu erbringen sind, anstelle der Rücknahme der Antrag - Absatz 4.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 12. Februar 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. Juni 2021, mit dem die Beklagte die ursprünglichen Bescheide vom 22. August 2019 und 1. September 2020 überprüft hat, erweist sich als rechtmäßig und verletzt die Klägerin

nicht in ihren Rechten.

Der Bescheid vom 12. Februar 2021 ist dabei nicht schon wegen eines Verstoßes gegen Formvorschriften aufzuheben.

Nach § 33 Abs. 2 Satz 1 SGB X kann ein Verwaltungsakt schriftlich, elektronisch, mündlich oder in anderer Weise erlassen werden. Danach kann ein Bescheid grundsätzlich auch durch E-Mail ergehen.

Ein elektronischer Verwaltungsakt muss die erlassende Behörde erkennen lassen und die Unterschrift oder die Namenswiedergabe des Behördenleiters, seines Vertreters oder seines Beauftragten enthalten (§ 33 Abs. 3 Satz 1 SGB X). Nur wenn - wie hier nicht - durch Rechtsvorschrift die Schriftform angeordnet ist, sind nach Satz 2 und 3 zusätzliche Anforderungen zu wahren. In der E-Mail vom 12. Februar 2021 wurde die erlassende Behörde (Beklagte, konkret deren Fachzentrum allgemeine Leistungen) bezeichnet. Die Namenswiedergabe des handelnden Mitarbeiters war enthalten. Die Kammer geht davon aus, dass es sich dabei um den Beauftragten des Behördenleiters handelte. Anderes führte jedenfalls nicht zur Aufhebung des Bescheides. Da die erlassende Behörde angegeben wurde, ist der Verwaltungsakt nicht nichtig (vgl. § 40 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach § 40 SGB X nichtig ist, kann nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat (§ 42 Satz 1 SGB X). Letzteres ist bei gebundenen Entscheidungen ohne Ermessensspielraum der Behörde - wie vorliegend - erfüllt (Leopold in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 2. Aufl. 2017, § 42 Rn. 53 m.w.N.).

Die Bescheiderteilung durfte elektronisch erfolgen. Nach § 36a Abs. 1 des Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ist die Übermittlung elektronischer Dokumente zulässig, soweit der Empfänger hierfür einen Zugang eröffnet. Erforderlich ist hierfür, dass der Empfänger seine Bereitschaft, elektronische Mitteilungen entgegenzunehmen, zum Ausdruck bringt. Dies hat die Klägerin durch die ihrerseits vorgenommene Korrespondenz per E-Mail getan.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat zunächst keinen Anspruch auf vollständige Befreiung von den Zuzahlungen für die Jahre 2020 und 2021. Eine vollständige Zuzahlungsbefreiung ist mit der Gesundheitsreform zum 1. Januar 2004 - Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-

Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14. November 2003, BGBl I 2003, 2190; BT-Drs. 15/1525 entfallen.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Herabsetzung der Belastungsgrenze für die Jahre 2020 und 2021 unter Berücksichtigung fiktiver Bruttoeinkünfte in Höhe des jeweiligen Regelbedarfes nach der Regelbedarfsstufe 1 des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz (RBEG) - dies ergäbe für 2020 eine Belastungsgrenze in Höhe von 51,84 € (Regelbedarfsstufe 1 432,00 € x 12 Monate = 5.184,00 € davon 1%) und für 2021 in Höhe von 53,52 € (Regelbedarfsstufe 1 446,00 € x 12 Monate = 5.352,00 € davon 1%).

Nach § 62 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Diese Bescheinigung kann auch schon im Voraus gegen Zahlung des der voraussichtlichen Höhe der Belastungsgrenze entsprechenden Betrages erteilt werden. Nach § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB V beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden gemäß § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 SGB V familienversicherten Kinder des Versicherten oder seines Partners sowie der Angehörigen iSv. § 8 Abs. 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG) jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben.

Nach § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB V sind hierbei die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Partners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Sozialgesetzbuchs Viertes Buch (SGB IV) zu vermindern. Für jedes Kind des Versicherten und des Partners sind nach § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Sätze 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ergebenden Betrag zu vermindern; die nach § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB V bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt.

Gemessen daran hat die Beklagte die Belastungsgrenze der Klägerin für die Jahre 2020 und 2021

zutreffend berechnet. Sie hat von dem Einkommen in Form der Rente, der Witwenrente und des Versorgungsgeldes bei der chronisch erkrankten Klägerin einen ermäßigten Prozentsatz von 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zugrunde gelegt (§ 62 Abs. 1 Satz 2 Halbs. 2 SGB V).

Gemäß § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V sind abweichend von den Sätzen 1 bis 3 bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII erhalten oder nach § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim unter einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferversorgung getragen werden, als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII maßgeblich.

Diese Ausnahmetatbestände sind im Fall der Klägerin nicht erfüllt.

Begünstigt sind nach Nr. 1 Versicherte beim Bezug von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 19 SGB XII, mithin beim Bezug von Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB XII sowie beim Bezug von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach § 41 SGB XII mithin beim Bezug von Leistungen nach dem 4. Kapitel des SGB XII. Beide Leistungen bezieht die Klägerin nicht. Sie bezieht vielmehr eine Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII - hier nach § 61 SGB XII. Damit sind die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V nicht erfüllt.

Auch die Voraussetzungen des § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V liegen nicht vor, denn im Fall der Klägerin werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim nicht von einem Träger der Sozialhilfe getragen. Ausweislich der Bescheide des Amtes für Soziales und Versorgung des Ortenau Kreises vom 15. und 19. Januar 2021 bezieht die Klägerin ausschließlich Leistungen zur Pflege nach den §§ 61 - 66a SGB XII. Nach § 61 Satz 1 SGB XII erhalten Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Von der Hilfe zur Pflege sind nur solche Kosten umfasst, die nicht durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt sind. Diese Leistung ist zweckgebunden. Bei stationärer Pflege sind hiervon alle Leistungen erfasst, die während eines vollstationären Aufenthaltes pflegerisch erforderlich sind. Nicht hiervon erfasst sind allerdings die Kosten der Unterkunft und Verpflegung (vgl. Meßling in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 65 SGB XII Rn. 24, 25.).

Soweit in § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V vorausgesetzt wird, dass die Kosten der Unterbringung in einem Heim, mithin die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von einem Träger der Sozialhilfe

übernommen werden, werden diese Kosten nur über Hilfen zum Lebensunterhalt nach § 27 ff. SGB XII übernommen. Eine derartige Leistungsbewilligung liegt im Falle der Klägerin jedoch gerade nicht vor.

Soweit die Klägerin auf den Bezug eines monatlichen Barbetrages (Taschengeld) nach § 27b SGB XII abstellt, wird dieser lediglich als Selbstbehalt beim vorrangig einzusetzenden Einkommen berücksichtigt. Ein tatsächlicher Bezug dieser Leistungen liegt nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Berufung ist trotz des Nichterreichens des Berufungsstreitwertes von 750,00 € (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG) nach § 144 Abs. 1 Satz 2 (wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr) zulässig.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Thüringer Landessozialgericht

Postfach 900430

99107 Erfurt

Justizzentrum - Rudolfstraße 46

99092 Erfurt,

schriftlich, zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder in elektronischer Form einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

Sozialgericht Gotha

Bahnhofstraße 3 a

99867 Gotha

schriftlich, zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle oder in elektronischer Form eingelegt wird.

Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen ab 1. Januar 2022 die Berufung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGG zur Verfügung steht (§ 65d Satz 2 SGG).

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und entweder von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder von der verantwortenden Personen signiert auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird. Weitere Voraussetzungen, insbesondere

zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte ein- gehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Bei Zustellungen ins Ausland gilt anstelle der oben genannten Berufungseinlegungsfrist von einem Monat eine Frist von drei Monaten.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht



zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Gotha Bahnhofstraße 3a99867 Gotha, schriftlich zu stellen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse müssen ab 1. Januar 2022 den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGG zur Verfügung steht (§ 65d Satz 2 SGG). Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

gez. Heidke  
Richterin am Sozialgericht

**Gotha, den 17. März 2022**

**Prauß**  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

<b>Gericht:</b>	Landessozialgericht Baden-Württemberg 11. Senat
<b>Entscheidungsdatum:</b>	26.10.2022
<b>Aktenzeichen:</b>	L 11 KR 2402/22 NZB
<b>ECLI:</b>	ECLI:DE:LSGBW:2022:1026.L11KR2402.22NZB.00
<b>Dokumenttyp:</b>	Beschluss
<b>Quelle:</b>	
<b>Normen:</b>	§ 62 Abs 2 S 5 Nr 2 SGB 5, § 28 SGB 12, § 61 SGB 12, §§ 61ff SGB 12, Einzelanlage SGB 12 vom 13.10.2021 ... mehr
<b>Zitiervorschlag:</b>	Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 26. Oktober 2022 - L 11 KR 2402/22 NZB -, juris

---

**Krankenversicherung - Zuzahlung - Ermittlung der Belastungsgrenze  
- Kosten der Heimunterbringung - Vergütung der vom Pflegeheim  
erbrachten Pflegeleistung - Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1**

**Leitsatz**

Zu den "Kosten der Unterbringung in einem Heim" iSd § 62 Abs 2 S 5 Nr 2 SGB V zählt auch die Vergütung der vom Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen. Bei Versicherten, die in einem Pflegeheim leben und Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 bis 66a SGB XII erhalten, ist daher für die Ermittlung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII maßgeblich (vgl LSG Stuttgart vom 29.9.2022 - L 4 KR 2403/22 NZB). (Rn.24)

**Verfahrensgang**

vorgehend SG Freiburg (Breisgau), 2. August 2022, S 16 KR 1460/22, Urteil  
Diese Entscheidung zitiert

**Rechtsprechung**

Vergleiche Landessozialgericht Baden-Württemberg 4. Senat, 29. September 2022, L 4 KR 2403/22 NZB

**Tenor**

**Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 02.08.2022 wird zurückgewiesen.**

**Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Beschwerdeverfahrens.**

**Gründe**

**I.**

- 1 Streitig ist die Höhe der für das Jahr 2022 zu leistenden Zuzahlungen.
- 2 Die 1927 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Klägerin, die unter rechtlicher Betreuung ua für Behördenangelegenheiten steht, ist bei festgestell-

tem Pflegegrad in einem Pflegeheim untergebracht. Sie bezieht neben ihrer Altersrente und einer Witwenrente und nach Abzug der Leistungen der Pflegekasse Leistungen nach dem 7. Kapitel (Hilfe zur Pflege) des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) von der Stadt F - Amt für Soziales und Senioren.

- 3 Die Klägerin beantragte am 29.10.2021 auch für das Kalenderjahr 2022 die Befreiung von den Zuzahlungen und hier um die Mitteilung der Belastungsgrenze, um den Betrag vorab zahlen zu können. Mit Bescheid vom 09.12.2021 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Belastungsgrenze 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt betrage, hier 171,91 €. Die gewährten Leistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII seien keine Bruttoeinnahmen. Die Berechnung der Belastungsgrenze dürfe daher nicht nach dem (geringeren) Regelbedarf für die Sozialhilfe erfolgen.
- 4 Die Klägerin legte hiergegen Widerspruch ein und beantragte, die Zuzahlung auf 53,88 € zu beschränken. Nach § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei bei Versicherten, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen würden, als Bruttoeinnahmen nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 des Zwölften Buches maßgeblich. Sie erhalte von der Stadt F Hilfe zur Pflege in einer stationären Einrichtung. Aus der Jahressumme des Regelbedarfes von 449 € monatlich und der 1 Prozent - Regelung errechne sich die Zuzahlung von 53,88 €.
- 5 Mit Widerspruchsbescheid vom 09.05.2022 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Sie erläuterte darin die Berechnung des Betrages von 171,91 € ausgehend von den Renteneinkünften der Klägerin. Diese beziehe ausschließlich Leistungen nach dem 7. Kapitel des SGB XII. Die Belastungsgrenze werde für diese Leistungsbezieher nur dann nach dem Regelbedarf berechnet, wenn auch Leistungen nach dem 3. Kapitel (Hilfe zum Lebensunterhalt) oder nach dem 4. Kapitel (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) bezogen würden. Verfüge der Betreffende aber über Einkommen, das den Anspruch hierauf ausschließe, berechne sich die Belastungsgrenze nach den bezogenen Einkünften. Der Barbetrag nach § 27b SGB XII werde von der Klägerin nicht als solcher bezogen, sondern nur bei der Bedarfsberechnung herangezogen. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege seien wiederum von der Berücksichtigung als Bruttoeinnahmen ausgeschlossen, so dass auch die Unterbringung im Heim nichts an der Berechnung ändere.
- 6 Hiergegen hat die Klägerin am 13.05.2022 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Nach § 62 Abs 2 Satz 5 SGB V berechne sich die Belastungsgrenze nicht nur dann, wenn die betroffene Person Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt beziehe (Nr 1), sondern auch dann, wenn die Kosten der Unterbringung in einem Heim von der Sozialhilfe getragen würden (Nr 2), nach der Regelbedarfsstufe 1. Letzteres sei bei der Klägerin der Fall. Die beiden Fallgruppen seien nicht kumulativ, sondern alternativ zu verstehen. In den Verfahrensgrundsätzen zu § 62 SGB V, Seite 18 Beispiel 23 a) werde für einen vergleichbaren Fall der (anteiligen) Übernahme der Heimkosten durch das Sozialamt für die Berechnung der Belastungsgrenze ebenfalls auf den Regelsatz nach der Regelbedarfsstufe abgestellt.
- 7 Die Beklagte hat auf die Begründung im Widerspruchsbescheid verwiesen und ergänzt, dass die Träger der Sozialhilfe für Leistungsberechtigte nach § 27b Abs 2 Satz 2 SGB XII die jeweils bis zur Belastungsgrenze zu leistenden Zuzahlungen als ergänzendes Darle-

hen übernehmen. Die Klägerin sei von dem Sozialhilfeträger aber nicht als Leistungsbe-rechtigte nach dieser Vorschrift gemeldet worden.

- 8 Mit Urteil vom 02.08.2022 hat das SG der Klage stattgegeben. Die Belastungsgrenze bestimme sich hier nach dem Regelbedarf nach der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII und nicht nach der Altersrente der Klägerin. Die Belastungsgrenze berechne sich hier nach 1 vH der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für das Jahr 2021, da die Klägerin chronisch krank und wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sei. Dies ergebe sich bereits aus der Pflegebedürftigkeit mit dem festgestellten Pflegegrad 4 (vgl § 2 Abs 2 Buchstabe a), § 3 Abs 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte - „Chroniker-Richtlinie“) sowie dem von der Pflegekasse bei Pflegegrad 4 gewährten Betrag von 1.775 €, § 43 Abs 2 Satz 2 Nr 3 SGB XI. Hierüber bestehe auch kein Streit. Daneben bemäßen sich die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nach dem Regelbedarf. Die Klägerin sei zwar nicht von § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 1 SGB V erfasst, da dies voraussetzen würde, dass sie die dort genannte Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII - unabhängig davon, ob ein Anspruch hierauf bestehe - tatsächlich erhalte. Dies sei jedoch nicht der Fall, da ihr lediglich Hilfe zur Pflege gewährt werde. Auch eine Bewilligung des Barbetrages nach § 27b SGB XII als Teil der Hilfe zum Lebensunterhalt bzw der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sei nicht erfolgt. Dem Bescheid der Stadt F vom 11.01.2021 lasse sich zwar im Betreff auch das 3. Kapitel des SGB XII entnehmen. Die dort beigefügte Berechnung weise aber nach der Einkommensanrechnung lediglich eine Bewilligung von Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII aus (Bl 7 der Gerichtsakte). Die Klägerin unterfalle aber der Regelung des § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V, da sie tatsächlich in einem Heim untergebracht sei und die Kosten der Unterbringung (auch) von einem Träger der Sozialhilfe getragen würden. Denn ausgehend von der Berechnung der Stadt F überstiegen die Pflegekosten den von der Pflegeversicherung pauschal geleisteten Betrag von 1.775 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 für die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung (§ 42 Abs 2 Satz 1, Satz 2 Nr 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung - SGB XI). Damit beziehe sich die von der Stadt F nach Anrechnung der Renteneinkommen geleistete Hilfe zur Pflege daneben auch auf die ebenfalls ungedeckten Kosten der Unterbringung in dem Heim. Insoweit wäre es ausreichend, dass lediglich ein Teil dieser Kosten von dem Sozialhilfeträger getragen werde. Die Auffassung der Beklagten, die auch für § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V den Bezug von Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII voraussetze, vermöge nicht zu überzeugen, da diese Personen bereits von Nr 1 dieser Vorschrift erfasst wären und es für Nr 2 daher an einem eigenständigen Anwendungsbereich fehlen würde. Zudem habe die Klägerin im Ergebnis nur den Barbetrag zur Verfügung, so dass sich ihre Situation wirtschaftlich nicht von derjenigen eines - auch nach Auffassung der Beklagten von § 62 Abs 2 Satz 5 SGB V erfassten - Beziehers von Hilfe zum Lebensunterhalt in einem Heim unterscheide. Bei dem Regelbedarf von aktuell 449 € in der Regelbedarfsstufe 1 nach § 2 der Verordnung zur Bestimmung des für die Fortschreibung der Regelbedarfsstufen nach § 28a und des Teilbetrags nach § 34 Absatz 3a Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Prozentsatzes sowie zur Ergänzung der Anlagen zu §§ 28 und 34 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2022 - Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung 2022 iVm der Anlage zu § 28 SGB XII ergebe sich ein Jahresbetrag von 5.388 € und mithin eine Belastungsgrenze von 1 Prozent in Höhe von 53,88 €.

- 9 In der Rechtsmittelbelehrung hat das SG auf die Möglichkeit einer Nichtzulassungsbeschwerde (NZB) hingewiesen.
- 10 Am 22.08.2022 hat die Beklagte beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) NZB eingelegt unter Verweis auf die grundsätzliche Bedeutung der entscheidungserheblichen Rechtsfrage, ob bei Heimbewohnern mit einem Bezug von Hilfe zur Pflege die Berechnung der Belastungsgrenze nach ihrem tatsächlichen Einkommen oder nach dem Regelbedarf vorzunehmen sei. Im 7. Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 – 66a SGB XII) werde nicht definiert, welche konkreten Leistungen inhaltlich als Hilfe zur Pflege im Rahmen vollstationärer Aufenthalte relevant seien. Der Gesetzgeber gehe davon aus, dass der Anspruch auf stationäre Pflege dem Inhalt des Anspruchs auf stationäre Pflege nach § 43 Abs 1 SGB XI entspreche. Auch § 43 SGB XI verstehe unter vollstationären Pflegeleistungen zunächst keine Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Nach § 43 Abs 2 SGB XI seien unter vollstationärer Pflege alle Leistungen zu verstehen, die während eines vollstationären Aufenthalts pflegerisch erforderlich seien. Nach der Definition des § 43 Abs 2 SGB XI seien dies „pflegebedingte Aufwendungen sowie Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“. Die Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 – 66a SGB XII sei demnach eine zweckgebundene Leistung. Darunter würden nur die Kosten für die Pflege, die nicht durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt seien, übernommen. Nicht hiervon erfasst seien die Kosten der Unterkunft und Verpflegung (Verweis auf Meßling in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Auflage, § 65 SGB XII Rn 24, 25.). Soweit in § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V vorausgesetzt werde, dass die Kosten der Unterbringung in einem Heim (Kosten für Unterkunft und Verpflegung) von einem Sozialhilfeträger übernommen würden, würden diese Kosten allein über Hilfen zum Lebensunterhalt nach § 27 ff SGB XII übernommen. Versicherte, die lediglich die Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff SGB XII bezögen und denen nur ein Taschengeldbetrag verbleibe, seien den Leistungsbeziehern nach §§ 27 ff SGB XII nicht gleichzustellen. Der § 62 SGB V lasse es nicht zu, fiktive Bruttoeinnahmen zugrunde zu legen. Sofern kein Anspruch auf Sozialleistungen im Sinne des 3. oder 4. Kapitels des SGB XII, also Leistungen zum Lebensunterhalt bestehe, würden diese Versicherten nicht von den Ausnahmeregelungen der § 62 Abs 2 Satz 5 Nrn 1 oder 2 SGB V erfasst. Der monatliche Barbetrag (Taschengeld) nach § 27 b SGB XII werde bei der Beschwerdegegnerin lediglich als Selbstbehalt beim vorrangig einzusetzenden Einkommen berücksichtigt. Die Klägerin müsste den Barbetrag jedoch tatsächlich beziehen. Maßgeblich sei insoweit die Leistungsbewilligung durch den zuständigen Sozialleistungsträger. Allein das Bestehen des Anspruches auf eine derartige Leistung reiche hingegen nicht aus, um ihn im Rahmen des § 62 SGB V als Sozialleistungsbezug berücksichtigen zu können. Eine entsprechende Leistungsbewilligung sei hier nicht vorgelegt worden. Daher sei in diesen Fällen eine individuelle Belastungsgrenze unter Berücksichtigung der zustehenden jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu ermitteln. Da die Rechtsfrage alle Heimbewohner mit einem Bezug von Hilfe zur Pflege nach §§ 61 – 66a SGB XII betreffe, berühre sie wegen ihrer tatsächlichen Auswirkungen die Interessen zumindest eines größeren Teils der Allgemeinheit. Daraus folge der rechtsgrundsätzliche Klärungsbedarf der streitgegenständlichen Rechtsfrage.
- 11 Die Beklagte beantragt,
- 12 die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 02.08.2022 zuzulassen.

- 13 Die Klägerin beantragt,
- 14 die Beschwerde zurückzuweisen.
- 15 Sie hat ausgeführt, die Voraussetzungen für eine Zulassung der Berufung lägen nicht vor. Die von der Beklagten aufgeworfene Rechtsfrage sei nicht klärungsbedürftig, da sie sich aus dem Gesetz beantworten lasse. Soweit die Beklagte vortrage, die Regelung des § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V erfasse nur Personen, deren Einkommen nicht ausreiche, um den Bedarf nach dem 3. Kapitel SGB XII zu decken, ergebe sich aus der Regelung in Nr 1 der Vorschrift eindeutig, dass dies nicht zutrefte, weil die Unterscheidung zwischen Nr 1 und Nr 2 ansonsten keinen Sinn ergebe. Auch mit dem Hinweis auf § 43 Abs 2 SGB XI könne man zu keinem anderen Ergebnis gelangen, da sich aus Satz 3 der Regelung ergebe, dass die Pflegekasse auch die Kosten der Unterkunft und Verpflegung tragen könne. Im Übrigen handele es sich bei § 43 Abs 2 SGB XI mitnichten um eine Legaldefinition des Begriffs Kosten der Unterbringung, der in § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB XI verwandt werde. Mit Kosten der Unterbringung seien gerade nicht die Kosten der Unterkunft gemeint, sondern die der Unterbringung, dh alle Leistungen, die im Zusammenhang mit der Unterbringung in einem Pflegeheim anfielen. Dies sei nicht klärungsbedürftig, da dies der eindeutige Wortlaut der Vorschrift sei.
- 16 Wegen der weiteren Einzelheiten sowie des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

## II.

- 17 Die NZB ist statthaft und auch sonst zulässig (§ 145 Abs 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz < SGG>), bleibt jedoch in der Sache ohne Erfolg.
- 18 Zutreffend ist das SG davon ausgegangen, dass der Wert des Beschwerdegegenstandes 750 € nicht übersteigt und die Berufung der Zulassung bedarf. Maßgeblich ist das Begehren des Klägers als Rechtsmittelführer und damit der Rechtsmittelstreitwert (vgl BSG 04.07.2011, B 14 AS 30/11 B, juris Rn 4; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitner/Schmidt, SGG, 13. Auflage 2020, § 144 Rn 14), der hier 118,39 € beträgt (Differenz zwischen der begehrten [53,52 €] und gewährten [171,91€] Zuzahlungshöhe). Der Beschwerdewert von 750 € (vgl § 144 Abs 1 Satz 1 Ziff 1 SGG) wird somit nicht erreicht. Auch stehen keine wiederkehrenden oder laufenden Leistungen für mehr als ein Jahr im Streit. Das SG hat die Berufung auch nicht zugelassen, sondern vielmehr zutreffend in der Rechtsmittelbelehrung auf die Möglichkeit der NZB hingewiesen.
- 19 Gemäß § 144 Abs 2 SGG ist die Berufung zuzulassen, wenn (1.) die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, (2.) das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder (3.) ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann. Von diesen Vorgaben ausgehend liegen Gründe für die Zulassung der Berufung nicht vor.
- 20 Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung iSd § 144 Abs 2 Nr 1 SGG. Dies ist nur der Fall, wenn eine Streitsache eine bisher nicht geklärte Rechtsfrage aufwirft, deren

Klärung im allgemeinen Interesse liegt, um die Rechtseinheit zu erhalten und die Weiterentwicklung des Rechts zu fördern (Keller in Meyer-Ladewig ua, aaO, § 144 Rn 28). Klärungsbedürftig ist eine Rechtsfrage dann nicht, wenn sie bereits höchstrichterlich entschieden ist oder durch Auslegung des Gesetzes eindeutig beantwortet werden kann (BSG 11.03.2009, B 6 KA 31/08 B, juris mwN).

- 21 Entgegen den Ausführungen der Beklagten ergibt sich die Antwort auf die Frage, ob bei Heimbewohnern mit einem Bezug von Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII (7. Kapitel) die Berechnung der Belastungsgrenze für die Zuzahlungsbefreiung nach dem tatsächlichen Einkommen oder nach dem Regelbedarf vorzunehmen ist, unmittelbar aus der Regelung des § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V. Die Rechtsfrage ist daher nicht klärungsbedürftig.
- 22 Nach § 62 Abs 2 Satz 5 SGB V ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 bei Versicherten, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach einem Gesetz, dass dieses für anwendbar erklärt, erhalten (Nr 1), bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden (Nr 2) sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII maßgeblich. Vorliegend ist, wie das SG zutreffend ausgeführt hat, § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V einschlägig.
- 23 Was „Kosten der Unterbringung“ bedeutet, wird im Gesetz nicht näher definiert. Die Beklagte legt den Begriff dahingehend aus, gemeint seien Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Diese Auslegung hätte zur Folge, dass ein Versicherter, der lediglich Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII erhielt, nicht jedoch Hilfen zum Lebensunterhalt nach den §§ 27 ff SGB XII, nicht von § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V erfasst würde.
- 24 Diese Auslegung hält einer Überprüfung nicht stand. Zur Auslegung des Begriffs „Kosten der Unterbringung“ kann nicht auf § 43 SGB XI zurückgegriffen werden, da sich aus dieser Norm der Umfang des einem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsanspruchs gegen die Pflegekasse ergibt. Dieser Anspruch ist aber offensichtlich nicht identisch mit den Kosten der Unterbringung in einem Pflegeheim. Dies zeigen die Regelungen in §§ 82 Abs 1, 87a Abs 1 SGB XI. Die in § 82 Abs 1 SGB XI vorgenommene Unterscheidung zwischen einer leistungsgerechten Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie einem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (sog Hotelkosten) dient nur dazu, diese Kosten auf verschiedene Kostenträger zu verteilen (vgl § 82 Abs 1 Satz 2 bis 4 SGB XI). Pflegeheime müssen nach der gesetzlichen Systematik ihre Kosten mit Hilfe mehrerer Ansprüche (vgl § 87a Abs 1 SGB XI) gegen unterschiedliche Kostenträger decken. Dass auch die Vergütung der vom Pflegeheim erbrachten Pflegeleistungen zu den Kosten der Unterbringung in einem Pflegeheim zählt, lässt sich ernstlich nicht bestreiten. Es ist deshalb zwar richtig, dass durch die Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 - 66a SGB XII nur die Kosten für die Pflege, die nicht durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt sind, übernommen werden. Daraus folgt aber nichts zu der Frage, was unter „Kosten der Unterbringung in einem Heim“ zu verstehen ist. Nur noch ergänzend wird auf § 7 Abs 1 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG) hingewiesen. Danach ist der Unternehmer nicht nur verpflichtet, dem Verbraucher den Wohnraum in einem zum vertragsgemäßen Gebrauch geeigneten Zustand zu überlassen und während der vereinbarten Vertragsdauer in diesem Zustand zu erhalten, sondern auch die ver-

traglich vereinbarten Pflege- oder Betreuungsleistungen nach dem allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen. Im Übrigen: Ein Versicherter, der Hilfen zum Lebensunterhalt nach §§ 27 ff SGB XII erhält, wird bereits von § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 1 SGB V erfasst, unabhängig davon, ob er in einem Heim untergebracht ist oder nicht. Damit der Regelung des § 62 Abs 2 Satz 5 Nr 2 SGB V überhaupt eine eigenständige Bedeutung zukommt, kann sie nur so zu verstehen sein, dass (auch) Heimbewohner, die keine Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten, aber – wie der Personenkreis aus Nr 1 – ebenfalls einkommensschwach sind, entlastet werden sollen (vgl hierzu auch BT-Drucksache 11/2237 Seite 187). Einkommensschwach sind Heimbewohner aber dann, wenn ein Träger der Sozialhilfe sich an den Kosten der Heimunterbringung beteiligen muss, unabhängig davon, in welchem Umfang und inwiefern (vgl hierzu LSG Niedersachsen 24.01.2001, L 4 KR 33/00, Rn 37, juris). Mit der Gewährung von Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII trägt ein Träger der Sozialhilfe bei Personen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, teilweise die Kosten der Unterbringung im Pflegeheim. Da die Rechtsfrage durch Auslegung der Vorschrift eindeutig zu beantworten ist, fehlt es an der grundsätzlichen Bedeutung (wie hier: LSG Baden-Württemberg 29.09.2022, L 4 KR 2403/22 NZB).

- 25 Eine Divergenz iSd § 144 Abs 2 Nr 2 SGG sowie ein wesentlicher Mangel des gerichtlichen Verfahrens (§ 144 Abs 2 Nr 3 SGG) sind nicht geltend gemacht worden und auch nicht ersichtlich.
- 26 Die Beschwerde war daher zurückzuweisen. Mit der Zurückweisung der Beschwerde wird das Urteil des SG rechtskräftig (§ 145 Abs 4 Satz 4 SGG).
- 27 Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.
- 28 Dieser Beschluss ist unanfechtbar (§ 177 SGG).