



NIEDERSCHRIFT

Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht

Berlin

am:

12.03.2025

Anwesenheitsliste

Institution	Teilnehmende
AOK-Bundesverband GbR	Frau Priewisch
	Frau Gerecke
	Herr Fährmann – zeitweise
	Herr Tiedemann – zeitweise
BKK Dachverband e. V.	Herr Dolderer
	Herr Reisch – zeitweise
IKK	Herr Pramschüfer
KNAPPSCHAFT	Herr Schindler
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	Frau Wiehe
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)	Frau Rostalski
	Frau Eberle
GKV-Spitzenverband	Herr Kukla
	Frau Scheunemann
	Frau Gust
	Herr Johna
	Frau Jacob – zeitweise
	Herr Lehmann – zeitweise
	Herr Lang – zeitweise

Inhaltsübersicht

TOP	Thema	Seite
1	§ 11 SGB V – Leistungsarten; Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen ab 2025	04
2	§ 24a SGB V – Empfängnisverhütung, § 24b SGB V – Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation; Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 15.03.2023 aufgrund von zwischenzeitlich eingetretenem Anpassungsbedarf	07
3	§ 39e SGB V – Übergangspflege im Krankenhaus, § 60 SGB V – Fahrkosten, § 115g SGB V – Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung; Anspruch auf Fahrkostenübernahme bei Übergangspflege	10
4	§ 55 SGB V – Leistungsanspruch [Zahnersatz], § 62 SGB V – Belastungsgrenze; Anpassung und Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019	15
5	§ 24i SGB V – Mutterschaftsgeld; Umsetzung des Mutterschutzanpassungsgesetzes	17



NIEDERSCHRIFT

TOP 1

§ 11 SGB V – Leistungsarten;

Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen ab 2025

Gremium: Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht
Datum: 12.03.2025

Verfasst von: GKV-Spitzenverband

Sachverhalt

Nach § 11 Abs. 3 Satz 1 SGB V umfassen die Leistungen bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten. Ist eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfolgen (§ 11 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art und Dauer der Leistungen für eine Unterbringung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in die stationäre Einrichtung anfallenden Kosten.

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben zuletzt im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 04./05.12.2018 über den Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Unterbringung außerhalb der stationären Einrichtung bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme oder Anwesenheit einer Begleitperson während einer stationären Behandlung eines Versicherten beraten. Gemeinsam verständigte man sich mit Besprechungsergebnis zu TOP 1 u. a. darauf, dass analog zur Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (Stand: 16.09.2004) in der stationären Einrichtung für eine auswärtige Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts die nachgewiesenen Kosten bis zu einem Betrag von 45,00 EUR durch die Krankenkassen zu erstatten sind. Für Entlassungs- und Verlegungstage können keine Kosten übernommen werden, außer es handelt sich zugleich um den Aufnahmetag.

Es wurde empfohlen, diesen Betrag auch bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen anzusetzen, soweit mit den Einrichtungen keine anderen Vereinbarungen zu Unterbringungskosten von Begleitpersonen bestehen.

Am 18.12.2024 haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der PKV-Verband eine neue Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 i. V. m. Abs. 2 KHG ab dem Jahr 2025 (Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025) abgeschlossen. Dabei wurde u. a. die Zuschlagshöhe für die Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson von bisher 45,00 EUR auf 60,00 EUR je Tag mit Wirkung ab dem 01.01.2025 angehoben. Wie bisher können für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, keine Kosten übernommen werden.

Über die Auswirkungen auf die Übernahme der Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei Mitaufnahme medizinisch notwendiger Begleitpersonen während stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen wird in der Fachkonferenz Rehabilitation beraten. Daher galt es zu prüfen, ob und inwieweit sich die geänderte Zuschlagshöhe nach der Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung für die Aufnahme von Begleitpersonen während einer stationären Krankenhausbehandlung auf das Besprechungsergebnis zu TOP 1 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 04./05.12.2018 auswirkt. Vor diesem Hintergrund war eine Beratung angezeigt.

Beratungsergebnis

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass an dem Besprechungsergebnis zu TOP 1 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 04./05.12.2018 bezogen auf die Mitaufnahme von medizinisch notwendigen Begleitpersonen in ein Krankenhaus nach § 108 SGB V grundsätzlich weiterhin festgehalten wird; die in diesem Besprechungsergebnis enthaltenen Ausführungen zu Mitaufnahmen in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden aufgrund der Zuständigkeit der Fachkonferenz Rehabilitation nicht aufrecht erhalten. Es wird Folgendes empfohlen:

Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Anwesenheit einer Begleitperson kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses erfolgen, sofern eine Mitaufnahme nicht in der stationären Einrichtung möglich ist.

Die Erstattung der Kosten der auswärtigen Unterbringung ist bei der Krankenkasse zu beantragen, die auch die Kosten der Krankenhausbehandlung trägt. Hierfür ist die medizinische Notwendigkeit der Anwesenheit der Begleitperson ärztlich zu bescheinigen. Bei Kindern, die das 9. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen unwiderlegbar vermutet (§ 11 Abs. 3 Satz 2 SGB V); hier genügt die Bescheinigung der Dauer der medizinisch notwendigen Mitaufnahme.

Die Kosten der auswärtigen Unterbringung der Begleitperson dürfen die Kosten, die bei einer Mitaufnahme der Begleitperson im Krankenhaus angefallen wären, nicht überschreiten. Durch die Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025 wurde zum 01.01.2025 der Zuschlag für die Mitaufnahme einer medizinisch notwendigen Begleitperson auf 60,00 EUR erhöht. Analog dazu sind ab dem

01.01.2025 die nachgewiesenen Kosten für eine auswärtige Unterbringung und Verpflegung bis zu einem Betrag in Höhe von 60,00 EUR für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts durch die Krankenkassen zu erstatten. Für Entlassungs- und Verlegungstage können keine Kosten übernommen werden, außer es handelt sich zugleich um den Aufnahmetag.

Bereits für Zeiten ab dem 01.01.2025 erfolgte Leistungsentscheidungen durch die Krankenkassen bleiben grundsätzlich unberührt, soweit nicht eine erneute Beurteilung – z. B. auf Antrag der oder des Versicherten – angezeigt ist.

Sofern die Zuschlagshöhe für die Mitaufnahme einer Begleitperson in der Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung zukünftig angepasst wird, ist der entsprechend angepasste Betrag als Höchstgrenze für die Übernahme der Kosten bei einer auswärtigen Unterbringung und Verpflegung einer medizinisch notwendigen Begleitperson anzusetzen.

Anlage(n)

Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025

Vereinbarung
von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen
nach § 17b Absatz 1a Nummer 7 KHG
ab dem Jahr 2025
vom 18.12.2024
(Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

sowie

dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln

- gemeinsam -

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Präambel

Nach § 17b Absatz 1a Nummer 7 in Verbindung mit Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vereinbarten der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter den dort genannten Voraussetzungen bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben in diesem Zusammenhang bereits die Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Absatz 1 Satz 4 KHG vom 16.09.2004 sowie eine Ergänzungsvereinbarung zu dieser Vereinbarung vom 13.11.2012 abgeschlossen.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Mit dieser Vereinbarung werden in Erfüllung des gesetzlichen Auftrags gemäß § 17b Absatz 1a Nummer 7 KHG bundeseinheitliche Regelungen für Zuschläge für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen getroffen.

§ 2 Grundsätze und Voraussetzungen für die Zuschlagserhebung

- (1) Gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG/BPfIV gehört zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder der Patientin oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Nach § 11 Absatz 3 SGB V umfassen die Leistungen bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 SGB V auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuchs (SGB XII) durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen.
- (2) Die Unterbringung der Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Patienten oder zur Patientin erfolgen. Ist bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann gemäß § 11 Absatz 3 Satz 3 SGB V die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses erfolgen. In diesen Fällen ist § 11 Absatz 3 Satz 4 SGB V zu beachten.
- (3) Über die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme entscheidet der Krankenhausarzt oder die Krankenhausärztin und dokumentiert diese in der Patientenakte. Bei der stationären Behandlung eines versicherten Kindes, welches das neunte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird gemäß § 11 Absatz 3 Satz 2 SGB V die Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen unwiderlegbar vermutet.

§ 3 Zuschlagserhebung und Höhe

Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) können 60,00 Euro für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, können bei vollstationären Behandlungen nicht abgerechnet werden.

§ 4 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2025 in Kraft. Sie ersetzt die „Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG“ vom 16.09.2004 sowie deren zugehörige „Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG vom 16. September 2004“ vom 13.11.2012.
- (2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich nach erfolgter Kündigung aufzunehmen. Falls innerhalb von drei Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei. Bis zu einer Neuvereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle gilt die bisherige Vereinbarung fort.

§ 5 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vereinbarungspartner werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.



NIEDERSCHRIFT

TOP 2

§ 24a SGB V – Empfängnisverhütung,

§ 24b SGB V – Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation;

Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 15.03.2023 aufgrund von zwischenzeitlich eingetretenem Anpassungsbedarf

Gremium: Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht

Datum: 12.03.2025

Verfasst von: GKV-Spitzenverband

Sachverhalt

Das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 15.03.2023 ist aufgrund gesetzlicher Änderungen anpassungsbedürftig geworden. So wurde mit dem Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes am 13.11.2024 (BGBl 2024 I Nr. 351 vom 12.11.2024) die Gewährleistung eines ungehinderten Zugangs der schwangeren Person zu Beratungsstellen und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, geregelt. Zudem wurde der Handlungszeitraum für die verpflichtend durchzuführende Beratung nach Mitteilung der Ergebnisse von pränataldiagnostischen Maßnahmen präzisiert.

Darüber hinaus wurde mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) am 01.03.2025 (BGBl 2025 I Nr. 64 vom 25.02.2025) die Altersbeschränkung für den Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva für Sachverhalte, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht, aufgehoben.

Zudem wurde im Dokument die Umbenennung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) nachvollzogen.

Eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens ist in folgenden Abschnitten erfolgt:

1. Allgemeines

Die Historie wurde um die gesetzlichen Grundlagen, die der Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zugrunde lagen, erweitert und es erfolgten damit einhergehende redaktionelle Anpassungen der Verweise auf Rechtsgrundlagen aufgrund von Verschiebungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz.

2.1 Gesetzestext

Der Gesetzestext des § 24a SGB V wurde aktualisiert.

2.2 Allgemeines

Die Erläuterung, dass Versicherte nach § 24a Abs. 2 SGB V bis zum vollendeten 22. Lebensjahr einen Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva haben, soweit diese ärztlich verordnet werden, wurde aufgrund der gesetzlichen Änderung durch das GVSG ergänzt. Danach entfällt die Altersbeschränkung für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva in Fällen, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht.

2.4 Empfängnisverhütende Mittel

Es wurde ergänzt, dass in Fällen, in denen ein Hinweis auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht, auch Frauen nach Vollendung des 22. Lebensjahres die Möglichkeit haben, Notfallkontrazeptiva zu Lasten der Krankenkasse zu erhalten, sofern sie ärztlich verordnet wurden.

3.2 Allgemeines

In diesem Abschnitt wurde die mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes erfolgte Klarstellung in § 13 Abs. 2 SchKG nachvollzogen. Hiernach haben die Länder einen ungehinderten Zugang der schwangeren Person zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sicherzustellen. Darüber hinaus erfolgte eine redaktionelle Anpassung der Verweise auf Rechtsgrundlagen aufgrund von Verschiebungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz.

3.3.3 Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung

Der Handlungszeitraum für die nach § 2a Abs. 1 Satz 1 SchKG verpflichtend durchzuführende Beratung nach Mitteilung der Ergebnisse von pränataldiagnostischen Maßnahmen wurde präzisiert. In dem Abschnitt wurde folglich ergänzt, dass diese unverzüglich, spätestens nach Ablauf von drei Tagen nach Mitteilung der Diagnose zu erfolgen hat.

3.4.1 Beratungsregelung

Die Klarstellung, dass die Länder nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SchKG einen ungehinderten Zugang der schwangeren Person zu Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sicherzustellen haben, wurde neben einer redaktionellen Änderung aufgrund weiterer Anpassungen in § 8 SchKG in diesem Abschnitt nachvollzogen.

Anlage 1

Es erfolgte eine Streichung der Einkommensgrenzen, die älter als zehn Jahre sind. Zugleich erfolgte eine Ergänzung der Einkommensgrenzen bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Anlage 3

Die Beträge nach § 19 Abs. 2 SchKG wurden aktualisiert.

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 2025. Zugleich erfolgte eine Streichung der Werte, die älter als zehn Jahre sind.

Beratungsergebnis

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer verabschieden einvernehmlich das gemeinsame Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 12.03.2025. 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 26.05.2025 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.

Anlage(n)

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

Anschreiben an die Ministerien der Länder zur Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens

GKV–Spitzenverband¹, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

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

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

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

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
(§§ 24a, 24b SGB V)

Vorwort

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben in ihrem gemeinsamen Rundschreiben vom 15.03.2023 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 12.03.2025 gültig ist.

Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines.....	5
2.	Empfängnisverhütung	8
2.1	Gesetzestext	8
2.2	Allgemeines.....	8
2.3	Ärztliche Beratung.....	9
2.4	Empfängnisverhütende Mittel	9
3.	Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch	12
3.1	Gesetzestext	12
3.2	Allgemeines.....	13
3.3	Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation bzw. einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft.....	15
3.3.1	Sterilisation	15
3.3.2	Schwangerschaftsabbruch	18
3.3.2.1	Medizinische Indikation	18
3.3.2.2	Kriminologische Indikation	18
3.3.2.3	Auswirkungen für die Krankenkassen.....	18
3.3.3	Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung.....	19
3.3.4	Ärztliche Behandlung.....	19
3.3.5	Arznei-, Verband- und Heilmittel.....	19
3.3.6	Krankenhausbehandlung	20
3.3.7	Krankengeld.....	20
3.3.8	Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden	21
3.4	Leistungen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Abbruch der Schwangerschaft...21	21
3.4.1	Beratungsregelung.....	21
3.4.2	Auswirkungen für die Krankenkassen	22
3.4.3	Leistungen	22
3.4.4	Leistungsausschluss	23
4.	Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	24
4.1	Allgemeines.....	24
4.2	Voraussetzungen	24
4.2.1	Ermittlung der Einkommensgrenze	25
4.2.1.1	Allgemeine Einkommensgrenze.....	25
4.2.1.2	Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern	25
4.2.1.3	Erhöhung der Einkommensgrenze durch die Kosten der Unterkunft .. 26	26
4.3	Verfügbare persönliche Einkünfte.....	26
4.3.1	Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“.....	27
4.3.2	Pfändungen	28
4.3.3	Nichtzugehörigkeit der Tochter zur elterlichen Wohnung während der Dauer ihres Studiums	29
4.4	Maßgebender Beurteilungszeitraum	29

4.5	Einmalige Zuwendungen	29
4.6	Verwertbares Vermögen.....	29
4.7	Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse	30
4.8	Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen	31
4.9	Leistungen.....	31
4.9.1	Leistungsanspruch.....	31
4.9.2	Fahrkosten/Wegegeld	32
4.9.3	Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung.....	32
4.10	Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren, Kostenerstattung	32
4.10.1	Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)...	33
4.10.2	Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Vertrags- oder Nichtvertragsärztinnen bzw. -ärzten bzw. beim ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V.....	34
4.10.3	Kostenübernahme und Abrechnung im Rahmen einer stationären Behandlung .	34
4.10.4	Kostenerstattung	35
4.10.4.1	Kostenerstattung bei einer stationären Behandlung.....	35
4.10.5	Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung.....	35
4.10.6	Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	36
4.10.7	Studentinnen.....	37
4.10.8	Au-pair-Mädchen	37
4.10.9	Grenzgängerinnen	37
4.11	Verwaltungskosten.....	37
4.12	Verjährung	38
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	

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 12.03.2025 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 [i. d. Fassung bis 18.07.2022; Aufhebung des Werbeverbots für den Schwangerschaftsabbruch durch Streichung von § 219a StGB durch das Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches vom 11.07.2022]). Zusätzlich kann diese Information im Rahmen einer zentral erstellten und geführten Liste zur Verfügung gestellt werden (vgl. § 13 Abs.5 SchKG [i. d. Fassung des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 07.11.2024] i. V. m. § 14 SchKG [i. d. Fassung des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 07.11.2024]).

Zum 01.01.2023 trat das Zwölfte Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetz) in wesentlichen

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
(§§ 24a, 24b SGB V)

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.

Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vom 07.11.2024, welches am 13.11.2024 in Kraft getreten ist, schwangeren Personen ein ungehinderter Zugang zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sowie eine unbeeinträchtigte Beratung in der Beratungsstelle gewährleistet werden. Zudem wurde der Handlungszeitraum für die nach § 2a Abs. 1 SchKG verpflichtend durchzuführende ärztliche Beratung präzisiert.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) am 01.03.2025 entfällt die Altersbeschränkung für den Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva für Sachverhalte, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht. Der Anspruch bestand bis dahin ausschließlich für Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr.

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. Der Anspruch nach Satz 2 besteht für Versicherte ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.

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. Abweichend hiervon besteht der Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva ohne Altersbeschränkung, also über das vollendete 22. Lebensjahr hinaus, für Sachverhalte, in denen ein Hinweis

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht. Auch in diesen Fällen besteht die Leistungspflicht nur, soweit das Notfallkontrazeptivum ärztlich verordnet wird. 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 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 Verord-

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
(§§ 24a, 24b SGB V)

nung 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 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 und in Ausnahmefällen – bei Hinweisen auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung – auch darüber hinaus 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.

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
(§§ 24a, 24b SGB V)

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.

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 des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) entnommen werden (www.bioeg.de bzw. www.familienplanung.de).

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

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 12.03.2025 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,

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 sowie einen ungehinderten Zugang zu diesen 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. 5 SchKG in Form einer Liste im Internet veröffentlicht und monatlich aktualisiert. Zusätzlich wird die Liste dem BIÖG, dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftlichen Aufgaben (BAFzA) sowie den Ländern zur Verfügung gestellt. Unabhängig davon besteht die Möglichkeit, Schwangerschaftsberatungsstellen über die Datenbank des BIÖG zu suchen oder das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1 SchKG zu nutzen (vgl. § 14 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 12.03.2025 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 krankenhausesindividuell 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 unverzüglich, jedoch spätestens vor Ablauf von drei Tagen nach Mitteilung der Diagnose 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 personalisierte 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 Abs. 1 Satz 1 SchKG ein „ausreichendes plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen und den ungehinderten Zugang zu diesen“ 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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) 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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
01.05.2014				
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
01.07.2022				
bundesweit	1.325,00 Euro	314,00 Euro	388,00 Euro	388,00 Euro
01.07.2023				
bundesweit	1.383,00 Euro	328,00 Euro	405,00 Euro	405,00 Euro
01.07.2024				
bundesweit	1.446,00 Euro	343,00 Euro	424,00 Euro	424,00 Euro

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 12.03.2025 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 12.03.2025 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 Monatseinkünfte 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 Bezieher des Einkommens die Einkünfte schätzen.

Gemeinsames Rundschreiben vom 12.03.2025 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.

**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 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
(§§ 24a, 24b SGB V)

4. Wie hoch ist Ihr im letzten Kalendermonat erzielt²es Nettoeinkommen einschließlich einmaliger Zuwendungen, wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw.? Euro
5. Steht Ihnen persönlich kurzfristig verwertbares Vermögen³ 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 12.03.2025 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 12.03.2025 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch
(§§ 24a, 24b SGB V)

Prüfung der Berechtigung (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

A Einkommensgrenze – Stand: 01.07.2024 –

1. Allgemeine Einkommensgrenze

bundesweit: 1.446,00

Euro

= Euro

2. Erhöhung

2.1 um die zu den Fragen 6.1 und 6.2 angegebenen Kinder

Kinder x 343,00 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: 424,00 Euro

=

Euro

höchstens 424,00 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 12.03.2025 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 12.03.2025 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**

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
2024	=	755,40	Euro
2025	=	778,28	Euro



GKV-Spitzenverband · Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin

An die Ministerien der Länder laut Verteilerliste

Stefanie Scheunemann

Referat Leistungsrecht/Reha

Leistungen@

gkv-spitzenverband.de

+49 30 206288-3172

GKV-Spitzenverband

Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin

Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

26.05.2025

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,

hiermit informieren wir Sie darüber, dass wir das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 15.03.2023 aufgrund gesetzlicher Änderungen überarbeitet haben.

So wurde mit dem Inkrafttreten des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes am 13.11.2024 (BGBl 2024 I Nr. 351 vom 12.11.2024) die Gewährleistung eines ungehinderten Zugangs der schwangeren Person zu Beratungsstellen und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, geregelt. Zudem wurde der Handlungszeitraum für die verpflichtend durchzuführende Beratung nach Mitteilung der Ergebnisse von pränataldiagnostischen Maßnahmen präzisiert.

Darüber hinaus wurde mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) am 01.03.2025 (BGBl 2025 I Nr. 64 vom 25.02.2025) die Altersbeschränkung für den Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva für Sachverhalte, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht, aufgehoben.

Zudem wurde im Dokument die Umbenennung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) nachvollzogen.

Eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens ist in folgenden Abschnitten erfolgt:

1. Allgemeines

Die Historie wurde um die gesetzlichen Grundlagen, die der Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zugrunde lagen, erweitert und es erfolgten damit einhergehende redaktionelle Anpassungen der Verweise auf Rechtsgrundlagen aufgrund von Verschiebungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz.

2.1 Gesetzestext

Der Gesetzestext des § 24a SGB V wurde aktualisiert.

2.2 Allgemeines

Die Erläuterung, dass Versicherte nach § 24a Abs. 2 SGB V bis zum vollendeten 22. Lebensjahr einen Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva haben, soweit diese ärztlich verordnet werden, wurde aufgrund der gesetzlichen Änderung durch das GVSG ergänzt. Danach entfällt die Altersbeschränkung für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva in Fällen, in denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht.

2.4 Empfängnisverhütende Mittel

Es wurde ergänzt, dass in Fällen, in denen ein Hinweis auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht, auch Frauen nach Vollendung des 22. Lebensjahres die Möglichkeit haben, Notfallkontrazeptiva zu Lasten der Krankenkasse zu erhalten, sofern sie ärztlich verordnet wurden.

3.2 Allgemeines

In diesem Abschnitt wurde die mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes erfolgte Klarstellung in § 13 Abs. 2 SchKG nachvollzogen. Hiernach haben die Länder einen ungehinderten Zugang der schwangeren Person zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, sicherzustellen. Darüber hinaus erfolgte eine redaktionelle Anpassung der Verweise auf Rechtsgrundlagen aufgrund von Verschiebungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz.

3.3.3 Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung

Der Handlungszeitraum für die nach § 2a Abs. 1 Satz 1 SchKG verpflichtend durchzuführende Beratung nach Mitteilung der Ergebnisse von pränataldiagnostischen Maßnahmen wurde präzisiert. In dem

Abschnitt wurde folglich ergänzt, dass diese unverzüglich, spätestens nach Ablauf von drei Tagen nach Mitteilung der Diagnose zu erfolgen hat.

3.4.1 Beratungsregelung

Die Klarstellung, dass die Länder nach § 8 Abs. 1 Satz 1 SchKG einen ungehinderten Zugang der schwangeren Person zu Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sicherzustellen haben, wurde neben einer redaktionellen Änderung aufgrund weiterer Anpassungen in § 8 SchKG in diesem Abschnitt nachvollzogen.

Anlage 1

Es erfolgte eine Streichung der Einkommensgrenzen, die älter als zehn Jahre sind. Zugleich erfolgte eine Ergänzung der Einkommensgrenzen bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Anlage 3

Die Beträge nach § 19 Abs. 2 SchKG wurden aktualisiert.

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 2025. Zugleich erfolgte eine Streichung der Werte, die älter als zehn Jahre sind.

Das gültige gemeinsame Rundschreiben vom 12.03.2025 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

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

poststelle@msgiv.brandenburg.de

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

poststelle@soziales.hamburg.de

Ministerium für Soziales, Gesundheit und
Sport Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 124
19055 Schwerin

poststelle@sm.mv-regierung.de

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

poststelle@mags.nrw.de

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

post@senwgp.berlin.de

Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Gesundheit, Frauen
und Verbraucherschutz
Faulenstraße 9/15
28195 Bremen

office@gesundheit.bremen.de

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

poststelle@hsm.hessen.de

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

poststelle@ms.niedersachsen.de

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

poststelle@msagd.rlp.de

Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und
Gesundheit
Mainzer Str. 34
66111 Saarbrücken

presse@soziales.saarland.de

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

ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de

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

poststelle@tmasgff.thueringen.de

Sächsisches Staatsministerium für Soziales
und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
Albertstraße 10
01097 Dresden

poststelle@sms.sachsen.de

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

poststelle@sozmi.landsh.de

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

poststelle@sm.bwl.de



NIEDERSCHRIFT

TOP 3

§ 39e SGB V – Übergangspflege im Krankenhaus,
§ 60 SGB V – Fahrkosten,
§ 115g SGB V – Behandlung in einer sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtung;

Anspruch auf Fahrkostenübernahme bei Übergangspflege

Gremium: Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht

Datum: 12.03.2025

Verfasst von: GKV-Spitzenverband

Sachverhalt

Gemäß § 39e SGB V haben Versicherte im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege für längstens 10 Tage in dem Krankenhaus, in dem die Krankenhausbehandlung erfolgt ist.

Krankenkassen übernehmen nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V sind die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages (Fahrkosten abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen) bei Leistungen, die stationär erbracht werden, zu übernehmen. Dies gilt für Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus.

Durch Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 05.12.2024 (BGBl. I Nr. 400 vom 11.12.2024) wurde der Anspruch auf Übergangspflege in § 39e SGB V dahingehend angepasst, dass der Anspruch auf Übergangspflege seit dem 12.12.2024

1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V oder
2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können,

besteht.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden sollen. Sie werden nach § 6c Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt und erbringen u. a. Leistungen der Übergangspflege (§ 115g Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 4 SGB V).

Der ursprüngliche Gesetzentwurf zum KHVVG sah zunächst nur die Möglichkeit vor, Übergangspflegeleistungen in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V durchzuführen. Ausweislich der Begründung zu diesem Gesetzentwurf (BT-Drs. 20/11854, S. 146) soll die erforderliche Leistung eines Krankentransports in die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung durch das behandelnde Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a Satz 8 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V verordnet werden. Erst durch einen Änderungsantrag zum KHVVG wurde § 39e SGB V um die Fallkonstellation erweitert, wonach der Anspruch auf Übergangspflege auch an einem anderen Standort eines Krankenhauses bestehen kann (s. Beschlussempfehlungen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom 16.10.2024, BT-Drs. 20/13407). Ergänzende Ausführungen zum Anspruch auf Transportleistungen enthalten die Beschlussempfehlungen nicht.

Anlässlich der Einführung des Anspruchs auf Übergangspflege durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11.07.2021 (BGBl. I Nr. 44 vom 19.07.2021, S. 2754 ff.) haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 über den Anspruch auf Fahrkostenübernahme im Zusammenhang mit Leistungen der Übergangspflege beraten, welche im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung im selben Krankenhaus unter den Voraussetzungen des § 39e SGB V erbracht werden. Sie verständigten sich mit Besprechungsergebnis zu TOP 6 darauf, dass ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V besteht, da es sich bei der Übergangspflege nach § 39e SGB V um eine stationäre Leistung handelt. Insofern besteht ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme für eine Entlassfahrt aus der Übergangspflege. Ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme wurde ausgeschlossen, sofern Versicherte für die Inanspruchnahme der Übergangspflegeleistungen innerhalb desselben Krankenhauses in ein anderes Gebäude oder zu einem anderen Standort des Krankenhauses befördert werden müssen. Dies wurde damit begründet, dass die Übergangspflege nach § 39e SGB V im selben Krankenhaus erbracht wird, in dem unmittelbar zuvor die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V durchgeführt wurde. Die Versicherten befinden sich somit bereits in der geeigneten Behandlungsstätte im Sinne des § 60 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 2 Krankentransport-Richtlinie (KT-RL). Daher ist eine

Beförderung im Sinne des § 60 SGB V zur Inanspruchnahme der Übergangspflege nach § 39e SGB V nicht erforderlich. Im Ergebnis besteht für diese Fahrten kein Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V, da eine Beförderung in diesen Fällen nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erfolgt, sondern vielmehr aus wirtschaftlichen und/oder organisatorischen Gründen des Krankenhauses.

Es war darüber zu beraten, ob und inwiefern an dem Besprechungsergebnis zu TOP 6 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 02.12.2021 festgehalten werden kann bzw. welche Auslegungsfragen sich aufgrund der Gesetzesänderungen ergeben.

§ 39e SGB V sah in der Fassung bis zum 11.12.2024 vor, dass Leistungen der Übergangspflege nur im selben Krankenhaus erbracht werden können, in dem zuvor die Krankenhausbehandlung erfolgt ist. Voraussetzung für den Leistungsanspruch war, dass im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. D.h., Leistungen der Übergangspflege waren stets nachrangig gegenüber den vorgenannten ambulanten Leistungen. Durch das KHVG wurde der Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege ab dem 12.12.2024 dahingehend geändert, dass diese zum einen in einer sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V erbracht werden können, wobei das Nachrangigkeitsprinzip gegenüber den vorgenannten ambulanten Leistungen in derartigen Fallkonstellationen nicht besteht. Zum anderen können Leistungen der Übergangspflege weiterhin auch in dem Krankenhaus erbracht werden, in dem zuvor die Krankenhausbehandlung erfolgt ist; in diesen Fällen gilt unverändert das Nachrangigkeitsprinzip. Durch die gesetzliche Änderung wird der Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege – auch ausweislich der Begründung – differenziert in Sachverhalte mit und ohne Nachrangigkeitsprinzip. Ausweislich der Gesetzesmaterialien zielt die Gesetzesänderung nicht darauf ab, die Übergangspflege in den Fällen nach § 39e Abs. 1 Nr. 2 SGB V ausschließlich an einem anderen Standort des Krankenhauses zuzulassen. Vielmehr kann die Übergangspflege sowohl am ursprünglichen Standort der Krankenhausbehandlung als auch an einem anderen Standort des Krankenhauses erbracht werden. Demnach muss die Vorschrift in § 39e Abs. 1 Nr. 2 SGB V im Sinne einer Erweiterung „2. auch an einem anderen Standort des Krankenhauses, wenn ...“ verstanden werden. Dies entspricht auch der gesetzgeberischen Intention, u. a. eine flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen und zugleich eine Effizienzsteigerung in der Krankenhausversorgung zu erzielen.

Der Anspruch auf die stationäre Leistung der Übergangspflege nach § 39e SGB V beginnt nach Beendigung der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Im Falle einer, aus zwingenden medizinischen Gründen, erforderlichen Krankenförderung der Versicherten hin zum Ort der Übergangspflege scheint grundsätzlich eine Fahrt zu einer stationären Leistung im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V vorzuliegen. Dasselbe scheint ebenso für die Entlassfahrt nach Beendigung der Übergangspflege in die Häuslichkeit der Versicherten zu gelten.

Da die Übergangspflege an verschiedenen Orten erbracht werden kann, erscheint es angebracht, den Anspruch auf Fahrkostenübernahme unter Berücksichtigung des jeweiligen Leistungsorts differenziert zu bewerten.

Wird die Übergangspflege am selben Krankenhausstandort erbracht, in dem zuvor die Krankenhausbehandlung durchgeführt wurde, scheint ein Festhalten an dem bisherigen Besprechungsergebnis zu TOP 6 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 02.12.2021 angezeigt. Danach besteht ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Entlassfahrt aus der Übergangspflege in die Häuslichkeit. Müssen Versicherte im Einzelfall jedoch am selben Krankenhausstandort in ein anderes Gebäude verbracht werden, scheint ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme aus zwingenden medizinischen Gründen zur (nächstgelegenen) geeigneten Behandlungsstätte nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgeschlossen, da sich die Versicherten bereits in der geeigneten Behandlungsstätte im Sinne des § 60 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 2 KT-RL befinden. Eine solche Beförderung erfolgt zudem nicht aus zwingenden medizinischen Gründen, sondern vielmehr aus wirtschaftlichen und/oder organisatorischen Gründen des Krankenhauses.

Können Versicherte hingegen die Leistungen der Übergangspflege nur in einer sektorübergreifenden Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V oder an einem anderen Standort desselben Krankenhauses erhalten, scheint ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V für erforderliche Krankenbeförderungsleistungen hin zur Übergangspflege herleitbar, da die Versicherten in diesen Fällen zu der geeigneten Behandlungsmöglichkeit im Sinne des § 3 Abs. 2 KT-RL – der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtung oder einem anderen Krankenhausstandort – befördert werden müssen. Einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme für solche Fahrten einzuräumen, scheint anhand der vorliegenden Gesetzesmaterialien der gesetzgeberischen Intention zu entsprechen (s. BT-Drs. 20/111854, S. 146).

Die im Gesetz für Verlegungsfahrten vorgesehenen Einschränkungen gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 SGB V, wonach die Kosten für Verlegungsfahrten nur übernommen werden, sofern neben der Beförderung auch die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder die Krankenkasse einer Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus zugestimmt hat, scheint nicht auf Fahrten zur Übergangspflege übertragbar. Für Fahrten zu stationären Leistungen, damit auch zur Übergangspflege, fehlt es an einer entsprechend einschränkenden gesetzlichen Vorgabe. Bereits aus den Gesetzesmaterialien zum GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, mit der die gesetzlichen Vorgaben für Verlegungsfahrten in § 60 SGB V eingeführt worden sind, wird deutlich, dass der Gesetzgeber damit ausschließlich Regelungen für solche Verlegungsfahrten treffen wollte, in denen sich Versicherte in einer laufenden stationären Krankenhausbehandlung befinden und sie währenddessen in ein anderes Krankenhaus verlegt werden müssen. Dadurch entstehende Fahrkosten sollen – unabhängig von den jeweiligen Abrechnungsmöglichkeiten in den Fallpauschalensystemen – nur dann von den Krankenkassen übernommen werden, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Erfordernissen geboten ist oder die Krankenkasse einer Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus zugestimmt hat (s. BT-Drs. 15/1525, S. 94 f.). Eine Übertragung dieser Regelung auf Fälle, in denen eine stationäre Leistung endet und eine andere neu beginnt, scheint daher nicht möglich. Auch aus höchstrichterlicher Rechtsprechung ergibt sich keine weitergehende Auslegung des Begriffes „Verlegungsfahrten“ im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 SGB V. So entschied das Bundessozialgericht mit Urteil vom 22.02.2024 – B 3 KR 15/22 R, dass Fahrten bereits stationär aufgenommenener Versicherter zwischen zwei Standorten desselben Krankenhauses keine Verlegungsfahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 2 SGB V in ein anderes Krankenhaus seien. Hierbei handele es sich um innerklinische (krankenhausinterne) Krankentransporte, für die kein Sachleistungsanspruch gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V vorgesehen sei und ein

Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse scheidet danach aus. Fahrten von bereits in einem Krankenhaus stationär aufgenommenen Versicherter von einem zum anderen Standort dieses Krankenhauses zur stationären Weiterbehandlung sind der Krankenhausbehandlung zugeordnet; sie gehören damit zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG und sind bereits über die Fallpauschalenvergütung abgegolten.

Eine Thematisierung im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht war daher angezeigt.

Beratungsergebnis

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass im Zusammenhang mit Leistungen zur Übergangspflege nach § 39e SGB V grundsätzlich ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme besteht, da es sich um eine stationäre Leistung im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V handelt.

Demnach besteht ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme hin zur Übergangspflege nach § 39e Abs. 1 SGB V in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V sowie zu einem anderen Standort desselben Krankenhauses. Die Verordnung der Krankenförderung erfolgt im Rahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus, welches die Krankenhausbehandlung durchgeführt hat. Der Anspruch auf Fahrkostenübernahme ist auf das zwingend medizinisch erforderliche Transportmittel beschränkt.

Wird die Übergangspflege in demselben Krankenhaus erbracht, in dem zuvor die Krankenhausbehandlung durchgeführt wurde und bedarf es dafür einer Krankenförderung der oder des Versicherten in ein anderes Gebäude desselben Krankenhausstandorts, besteht für diese Beförderung kein Anspruch auf Fahrkostenübernahme nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V, da sich die oder der Versicherte bereits in der geeigneten Behandlungsstätte im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 3 Abs. 2 KT-RL befindet. Eine solche Beförderung erfolgt zudem nicht aus zwingenden medizinischen Gründen, sondern vielmehr aus wirtschaftlichen und/oder organisatorischen Gründen des Krankenhauses.

Ist unmittelbar nach der Entlassung aus der Übergangspflege eine Beförderung (Entlassfahrt) der Versicherten vom Krankenhaus in die Häuslichkeit (z. B. zurück zur Wohnung oder zum Pflegeheim) medizinisch erforderlich, sind die entstehenden Fahrkosten für das zwingend medizinisch notwendige Transportmittel nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V zu übernehmen. Dies gilt auch für die Fälle, in denen die Übergangspflege am selben Krankenhausstandort erbracht wurde, an dem zuvor die Krankenhausbehandlung erfolgt ist.



NIEDERSCHRIFT

TOP 4

§ 55 SGB V – Leistungsanspruch [Zahnersatz],

§ 62 SGB V - Belastungsgrenze;

Anpassung und Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Gremium: Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht

Datum: 12.03.2025

Verfasst von: GKV-Spitzenverband

Sachverhalt

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 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.

Eine Überarbeitung und Anpassung der letzten Fassung des gemeinsamen Rundschreibens war u. a. deshalb notwendig, weil das SGB XIV zum 01.01.2024 in Kraft getreten ist und die vorherigen Regelungen zum Bundesversorgungsgesetz (BVG) durch entsprechende Regelungen zum SGB XIV zu ersetzen bzw. zu ergänzen waren. Hierbei war zu beachten, dass Einnahmearten nach dem BVG aufgrund rückwirkend wirkender Antragstellung nach §§ 55 und 62 SGB V und aufgrund von

Vertrauensschutzregelungen im SGB XIV weiterhin zu berücksichtigen sind. Zudem trat das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (vgl. BGBl 2021 Teil I Nr. 7, Seite 239) zum 01.09.2021 in wesentlichen Teilen in Kraft, wodurch ebenfalls Anpassungen am gemeinsamen Rundschreiben notwendig wurden.

Im Weiteren wurden alle in der in der Anlage 1 zum gemeinsamen Rundschreiben beschriebenen Einnahmen zum Lebensunterhalt auf Aktualität überprüft, insbesondere, weil sich die Rechtsgrundlagen z. T. verändert haben oder bestimmte Einnahmearten zwischenzeitlich weggefallen waren.

Außerdem wurde ein neuer Abschnitt 11 „Spezifische Hilfeleistungen - Regelbedarf nach § 28 SGB XII“ in das gemeinsame Rundschreiben aufgenommen, der Aussagen zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt für Personen beinhaltet, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder die Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 SGB XIV oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten, Leistungen der stationären Pflege nach § 65 SGB XII beziehen oder Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten. Damit wurden auch die wesentlichen Inhalte der Niederschrift zu TOP 4 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 15.03.2023 in das gemeinsame Rundschreiben übernommen.

Beratungsergebnis

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer verabschieden einvernehmlich das anliegende gemeinsame Rundschreiben vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025 zu Einnahmen zum Lebensunterhalt; es löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben in der Fassung vom 18./19.06.2019 ab. Alle aktuellen Änderungen können der Änderungshistorie im gemeinsamen Rundschreiben entnommen werden.

Anlage(n)

Gemeinsames Rundschreiben vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025 zu Einnahmen zum Lebensunterhalt

GKV–Spitzenverband, Berlin¹

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

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

Gemeinsames Rundschreiben vom 04.12.2013 in der Fassung vom
12.03.2025 zu Einnahmen zum Lebensunterhalt

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

Vorwort

Das vorliegende gemeinsame Rundschreiben (GR) befasst sich ausschließlich mit dem Begriff „Einnahmen zum Lebensunterhalt“, soweit er im Zusammenhang mit den Vorschriften zu zusätzlichen Zuschüssen zum Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 und 3 SGB V und der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu beachten ist. Andere Einkommensbegriffe in der Krankenversicherung werden von diesem Rundschreiben nicht erfasst.

Nicht zuletzt aufgrund des Inkrafttretens des SGB XIV zum 01.01.2024 und den in diesem Zusammenhang neuen Leistungen und Begrifflichkeiten im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts war eine Überarbeitung des GR notwendig. Auch zwischenzeitlich andere eingetretene gesetzliche Änderungen, die sich auf die Aussagen und Erläuterungen zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt auswirken, erforderten eine Anpassung. Hierzu gehört insbesondere die Einführung des Bürgergeldes zum 01.01.2023. Zudem trat das Zweite Gesetz zur Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (vgl. BGBl 2021 Teil I Nr. 7, Seite 239) zum 01.09.2021 in wesentlichen Teilen in Kraft, wodurch ebenfalls Anpassungen am GR notwendig wurden.

Auf Grundlage der Niederschrift zu TOP 4 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 15.03.2023 wurde im GR ein neuer Abschnitt 11 aufgenommen, der sich mit spezifischen Hilfeleistungen für bestimmte Personengruppen nach § 62 SGB V und den damit zu berücksichtigenden Regelbedarfen nach § 28 SGB XII auseinandersetzt.

Im Weiteren wurden einige redaktionelle Änderungen vorgenommen, um die Struktur an andere gemeinsame Rundschreiben anzupassen. Die tabellarische Übersicht der Einkommensarten (Abschnitt 21, Anlage 1) wurde zudem vollständig überarbeitet und u. a. an die neuen Rechtsgrundlagen des SGB XIV angepasst.

Die Einnahmen, bei denen als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII maßgeblich ist, sind in der Anlage 1 mit dem Vermerk „- RBSFV -“ (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung) gekennzeichnet.

Mit diesem Rundschreiben geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene grundlegende Hinweise zu den in diesem Kontext relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen an die Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt. Diese Lösungen werden im Rundschreiben

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

regelmäßig aktualisiert und in der Änderungsübersicht kenntlich gemacht. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffenen Passagen der Änderung entnommen werden; soweit dort keine Änderungen vermerkt sind, befindet sich der Text demnach in der Ursprungsfassung vom 04.12.2013.

Das GR vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025 löst das bisherige GR in der Fassung vom 18./19.06.2019 ab.

Inhaltsverzeichnis

1. Gesetzliche Grundlagen	9
2. Allgemeines	13
2.1 Begriff "Einnahmen zum Lebensunterhalt"	13
2.2 Zuordnung der Einnahmen	13
2.2.1 Laufende Einnahmen zum Lebensunterhalt	13
2.2.2 Einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt	14
Beispiel 1 – Anrechnung einer einmaligen Rentennachzahlung	14
3. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Tätigkeit	14
4. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus nichtselbständiger Arbeit	15
5. Einnahmen aus Kapitalvermögen	15
6. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	16
7. Renten	16
7.1 Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der Alterssicherung der Landwirte und aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen, Renten aus privaten Lebensversicherungen, Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen und Altersrenten aus betrieblichen Unterstützungskassen, Versorgungsbezüge, Veräußerungsrenten	16
7.1.1 Leistungen für Kindererziehung für Mütter	17
7.2 Entschädigungszahlungen nach dem SGB XIV und Renten nach BEG	17
7.2.1 Entschädigungszahlungen nach dem SGB XIV und Renten nach dem BEG an Hinterbliebene	18
7.2.2 Besitzstandsleistungen und Wahlrecht nach dem SGB XIV	18
7.3 Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung	18
Beispiel 2 – Rundung einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.....	19
Beispiel 3 – Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit MdE unter 30 v. H.	19
Beispiel 4 – Bezug zweier Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	20
7.3.1 Volle Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung	20
Beispiel 5 – volle Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung	20
7.3.2 Teilweise Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung ..	21
Beispiel 6 – teilweise Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung	21
7.3.3 Vorläufige Entschädigung (Rente) und Abfindung	22
Beispiel 7 – Rente als vorläufige Entscheidung nach § 62 SGB VII	22

Beispiel 8 – Abfindung mit einer Gesamtvergütung nach § 75 SGB VII	23
7.4 Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung	23
7.5 Versicherten- und Hinterbliebenenrenten aus privaten Unfallversicherungsverträgen ...	23
8. Entgeltersatzleistungen	23
9. Elterngeld (Plus) und jeweils vergleichbare Leistungen der Länder	24
9.1 Basiselterngeld	24
9.2 Elterngeld Plus	24
Beispiel 9 – Kombination von Elterngeld, Elterngeld Plus und Partnerschaftsbonus	25
9.3 Vergleichbare Leistungen der Länder	26
Beispiel 12 – Kombination Elterngeld und bayerisches Familiengeld.....	26
10. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.....	27
11. Spezifische Hilfeleistungen – Regelbedarf nach § 28 SGB XII.....	28
11.1 Personen nach § 62 Absatz 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V.....	28
11.2 Personen nach § 62 Absatz 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V.....	28
11.3 Personen nach § 62 Absatz 2 Satz 6 SGB V	29
12. Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln	29
13. Bezüge aus öffentlichen Mitteln aufgrund Krankheit oder Behinderung.....	30
14. Leistungen an Opfer des Nationalsozialismus bzw. Opfer politischer Verfolgung .	30
15. Unterhalt.....	30
16. Baukindergeld und Eigenheimzulage	31
16.1 Baukindergeld Plus und bayerische Eigenheimzulage	32
17. Pfändungen und Abtretungen, Zahlungen an Dritte.....	32
18. Sonderausgaben, Werbungskosten und Freibeträge.....	32
19. Stipendien.....	33
20. Saldierung von Einnahmen	33
21. Anlage 1: Tabellarische Übersicht der Einkommensarten	34
22. Anlage 2: Muster von Rentenanpassungsmitteilungen	57

Änderungshistorie

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
19./20.03.2015	<p>Titel ergänzt</p> <p>Vorwort aufgenommen</p> <p>Vorwort, Anlage 1 Einnahmearten „Arbeitslosengeld II“, „Barbetrag bei Heimunterbringung“, „Freie Förderung“, „Grundsicherungsleistung“, „Hilfe zum Lebensunterhalt“, „Mietzuschuss“, „Pflegewohngeld“, „Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts“, „Sozialgeld“, „Unterkunft und Heizung, Leistungen für“, „Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld, Befristeter –“ – Verweis auf RVo (Regelsatzverordnung) aktualisiert auf – RBSFV – (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung)</p> <p>Überschrift „1. Allgemeines“ eingefügt</p> <p>Abschnitt 7. – Aufnahme „Pflegeunterstützungsgeld“</p> <p>Abschnitt 8. – Klarstellung des Anspruchs auf Elterngeld bei Mehrlingen, Erläuterung des Anspruchs auf Elterngeld Plus (inkl. Partnerschaftsbonus), Aktualisierung der Ausführungen zum Bezug von Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld</p> <p>Abschnitt 9. – Aufnahme der Erläuterung der Anrechnung von Pflegeunterstützungsgeld</p> <p>Abschnitt „17. Stipendien“ aufgenommen zur Erläuterung der grds. Unterscheidung von Stipendien</p> <p>Anlage 1 Einnahmearten „Abfindung aus privater Lebensversicherung“, „Renten aus privater Lebensversicherung oder anderen Verträgen“ – redaktionelle Anpassung des Feldes „Einnahmen zum Lebensunterhalt“</p> <p>Anlage 1 – Aufnahme Einnahmeart „Arbeitgeber-Zuschuss zum Pflegeunterstützungsgeld“</p> <p>Anlage 1 Einnahmeart „Einstiegsgeld“ – Rechtsgrundlage aktualisiert</p> <p>Anlage 1 Einnahmeart „Elterngeld“ – Ausführungen um das Elterngeld Plus ergänzt</p> <p>Anlage 1 – Einnahmeart „Freie Förderung (weggefallen zum 01.01.2010)“ inhaltlich angepasst</p> <p>Anlage 1 – Aufnahme Einnahmeart „Pflegeunterstützungsgeld“</p>

	<p>Anlage 1 – Einnahmeart „Stipendien“ durch Zusatz „als Deutschlandstipendien“ konkretisiert</p> <p>Anlage 1 – Aufnahme Einnahmeart „Stipendien durch Begabtenförderungswerke auf der Grundlage der "Zusätzlichen Nebenbestimmungen zur Förderung begabter Studentinnen und Studenten sowie begabter Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler" („StipendiumPlus“)</p> <p>Verweise auf Abschnitte/Anlagen einheitlich gefasst</p>
09./10.12.2015	<p>Anpassung der Darstellung/Formatierung</p> <p>Aktualisierung des Vorworts</p> <p>Verweise auf Urteile angepasst</p> <p>Beispiel 1, 5, 6, 7 und 8 – Beispiele wurden aktualisiert</p> <p>Anlage 1 – Einnahmeart „Geld- und Sachbezüge für Zivildienstleistende (weggefallen zum 30.06.2011 bzw. für Übergangsfälle zum 31.12.2011)“ entfernt, da ab 2016 nicht mehr relevant</p> <p>Anlage 1 – Einnahmeart „Reservistendienst Leistende, Leistungen an“ wurde aufgrund des Gesetzes zur Neuregelung der Unterhaltssicherung sowie zur Änderung soldatenrechtlicher Vorschriften vom 29.06.2015 aufgenommen</p> <p>Anlage 1 – zur Einnahmeart „Unterhaltssicherung, Leistungen zur – „ wurden aufgrund des Gesetzes zur Neuregelung der Unterhaltssicherung sowie zur Änderung soldatenrechtlicher Vorschriften vom 29.06.2015 die einzelnen Leistungen ergänzt sowie die jeweiligen Rechtsgrundlagen aufgenommen</p>
18./19.06.2019	<p>Rubrum und Inhaltsverzeichnis aktualisiert</p> <p>Redaktionelle Anpassungen vorgenommen</p> <p>Einheitliche Zitierweise von Urteilen im gesamten Dokument durchgeführt</p> <p>Beispiele 1, 5,6, 7, 8, 9, 12 – Beispiele wurden angepasst</p> <p>Abschnitt 8: Ergänzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts, 21.07.2015 – 1 BvF 2/13, zur Nichtigkeit des Betreuungsgeldes; Aufnahme des bayerischen Familiengeldes</p> <p>Abschnitt 10: Neubewertung des Pflegegeldes für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln</p>

	<p>Abschnitt 14: Anpassung des Abschnitts und Aufnahme des Baukindergeldes und Erstellen von Abschnitt 14.1 wegen des Baukindergeldes Plus und der bayerischen Eigenheimzulage ab 01.01.2018</p> <p>Anlage 1 – auf Aktualität geprüft: Ergänzungen und Korrekturen von Rechtsgrundlagen vorgenommen</p> <p>Anlage 1 – Aufnahme des Baukindergeldes, der Baukindergeldes Plus und der bayerischen Eigenheimzulage und Ergänzung des bayerischen Familiengeldes</p> <p>Anlage 1 – folgende Einnahmen zum Lebensunterhalt aus der Tabelle entfernt, da nicht mehr existent: „Ausbildungsbeihilfe der Telekom während eines Berufsgrundbildungsjahres“, „Bergmannsprämie“, „Veränderungsgeld der Deutschen Telekom AG“</p> <p>Anlage 1 – Buchstabenbereiche der Übersichtlichkeit wegen zusätzlich farblich abgegrenzt</p>
12.03.2025	<p>Vorwort aktualisiert</p> <p>Inhaltsverzeichnis aktualisiert</p> <p>Redaktionelle Anpassungen vorgenommen</p> <p>Alle Beispiele überarbeitet und möglichst zeitneutral dargestellt</p> <p>Abschnitt 1: Gesetzliche Grundlagen neu aufgenommen</p> <p>Abschnitt 7: Alle Inhalte an Regelungen des SGB XIV zum 01.01.2024 angepasst</p> <p>Abschnitt 9: Vollständig überarbeitet wegen Wegfall des Betreuungsgeldes und Änderungen aufgrund des Zweiten Gesetz zur Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes</p> <p>Abschnitt 11: Spezifische Hilfeleistungen neu aufgenommen</p> <p>Abschnitt 21 Anlage 1: Vollständige Überarbeitung der tabellarischen Übersicht der Einkunftsarten</p>

1. Gesetzliche Grundlagen

§ 55 SGB V – Leistungsanspruch

(1) ...

(2) ¹Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. ²Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe, der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung getragen werden.

³Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. ⁴Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Vierzehnten Buches erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem Vierzehnten Buch. ⁵Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehört auch nicht der Ausgleich für gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz. ⁶Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich 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 Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) ¹Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. ²Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. ³Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) bis (5) ...

§ 62 Belastungsgrenze

(1) ¹Versicherte haben 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. ²Die Belastungsgrenze beträgt 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. ³Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Absatz 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. ⁴Für Versicherte nach Satz 3, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. ⁵Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. ⁶Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse kann auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen. ⁷Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Ka-

lenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 hinzuweisen. 8Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) 1Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners sowie der Angehörigen im Sinne des § 8 Absatz 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben. 2Hierbei sind 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 Lebenspartners um 10 vom Hundert der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern. 3Für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich aus den Freibeträgen nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag zu vermindern; die nach Satz 2 bei der Ermittlung der Belastungsgrenze vorgesehene Berücksichtigung entfällt. 4Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Entschädigungszahlungen, die Geschädigte nach dem Vierzehnten Buch erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem Bundesversorgungsgesetz. 5Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch oder die Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches 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 der Sozialen Entschädigung oder der Soldatenentschädigung getragen werden

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 des Zwölften Buches maßgeblich. 6Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten, ist abweichend von den Sätzen 1 bis 3 als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 des Zweiten Buches maßgeblich. 7Bei Ehegatten und Lebenspartnern ist ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des Satzes 1 auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen wurde, in der Leistungen gemäß § 43 oder § 43a des Elften Buches erbracht werden.

(3) ¹Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. ²Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

2. Allgemeines

2.1 Begriff "Einnahmen zum Lebensunterhalt"

Den Einnahmen zum Lebensunterhalt kommt rechtliche Bedeutung zu bei der Prüfung, ob Befreiungsmöglichkeiten im Sinne der §§ 55 und 62 SGB V bestehen.

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, und zwar grundsätzlich ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen.

Hierzu zählen grundsätzlich alle einmaligen oder wiederkehrenden Bezüge sowie geldwerte Zuwendungen, wie z. B. Abfindungen, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen sowie Einkünfte, die ein Unternehmer aus seinem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhalts für sich und seine Familie erzielt oder entnimmt, Einnahmen aus Kapitalvermögen, der Bruttobetrag der Renten und Versorgungsbezüge sowie Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen auch die Leistungen der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

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.

Zur besseren Unterscheidung und Einordnung werden in diesem Rundschreiben die im Einkommenssteuerrecht definierten Einkommensbegriffe verwendet.

2.2 Zuordnung der Einnahmen

2.2.1 Laufende Einnahmen zum Lebensunterhalt

Einnahmen sind als laufend zu bewerten, sofern sie regelmäßig z. B. wöchentlich / monatlich wiederkehren (z. B. Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Bruttobetrag der Renten und Versorgungsbezüge).

Laufende Einnahmen zum Lebensunterhalt werden dem Kalenderjahr zugeordnet, für das sie gezahlt werden.

2.2.2 Einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt

Einnahmen sind als einmalig zu bewerten, sofern sie einmalig oder in größeren Zeitabständen als monatlich gezahlt werden (z. B. einzelne Entgeltbestandteile, Jubiläumszuwendungen, Urlaubsgelder, Weihnachtsgartifikationen, Abfindungen aus Arbeitsverhältnissen, Renten, Versorgungsbezüge).

Nachzahlungen von laufenden Einnahmen gelten als einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z. B. rückwirkende Erhöhung des Arbeitsentgelts, rückwirkende Rentenzubilligung).

Einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt sind dem Kalenderjahr zuzuordnen, in dem sie ausbezahlt werden bzw. zufließen.

Beispiel 1 – Anrechnung einer einmaligen Rentennachzahlung

Sachverhalt:

Stellung Rentenanspruch am 20.06. des vorherigen Kalenderjahres. Rentenzuerkennung am 15.03. des lfd. Kalenderjahr mit Rentenbeginn am 01.06. des vorherigen Kalenderjahres. Rentennachzahlung für den Zeitraum 01.06. des vorherigen Kalenderjahres bis 31.03. des lfd. Kalenderjahr in Höhe von 12.000 Euro am 15.03. des lfd. Kalenderjahres.

Ergebnis:

Die Rentennachzahlung von 12.000 Euro ist in voller Höhe als Einnahme für das lfd. Kalenderjahr anzusetzen.

3. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Tätigkeit

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn gemäß § 4 Einkommenssteuergesetz (EStG) anzusetzen.

Als Gewinn bezeichnet das EStG bei Bilanzpflichtigen den Unterschiedsbetrag zwischen dem Betriebsvermögen am Schluss des Wirtschaftsjahres und dem Betriebsvermögen am Schluss des vorangegangenen Wirtschaftsjahres, vermehrt um den Wert der Entnahmen und vermindert um den Wert der Einlagen (§ 4 Abs. 1 EStG). Steuerpflichtige, die nicht bilanzpflichtig sind, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen (§ 4 Abs. 3 EStG).

Sonderausgaben und Freibeträge sowie sonstige vom Einkommen abzuziehende Beträge können bei der Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt nicht in Abzug gebracht werden (siehe Abschnitt 18. „Sonderausgaben, Werbungskosten und Freibeträge“).

Bei Veräußerungsgewinnen aus dem (Teil-) Verkauf eines Betriebes oder aus der (Teil-) Veräußerung des Betriebsvermögens zählt als Einnahme zum Lebensunterhalt nur der Ertragsanteil aus dem Kapitalwert sowie ein evtl. Überschussanteil des Veräußerungsgewinnes. Der Kapitalanteil stellt hingegen eine Umschichtung des Vermögens dar und kann somit nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gezählt werden. Die jeweiligen Informationen ergeben sich aus den entsprechenden Verträgen bzw. sind vom Versicherten entsprechend nachzuweisen.

Bei Landwirten, deren Gewinn nach § 13a EStG ermittelt wird (nicht buchführende Betriebe = Gewinnermittlung nach Durchschnittssätzen), ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Abs. 6 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) i. V. m. der jeweils geltenden Arbeitseinkommenverordnung Landwirtschaft (AELV) ergebende Wert anzusetzen.

Eine Grundlage für die Berechnung der Belastungsgrenze kann der letzte vorhandene Einkommenssteuerbescheid gemäß § 155 Abgabenordnung sein, sofern der Versicherte die Aktualität des ausgewiesenen Betrages bestätigt. Daneben können, sofern erforderlich, weitere Unterlagen (zum Beispiel vorläufige Gewinn-Verlust-Rechnung, Bescheinigung des Steuerberaters) hinzugezogen werden.

4. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus nichtselbständiger Arbeit

Zu den Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 EStG gehört in erster Linie das Arbeitsentgelt. Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV gehören zum Arbeitsentgelt alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch darauf besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder lediglich im Zusammenhang damit erzielt werden. Die steuer- oder sozialversicherungsrechtliche Beurteilung einer Einnahmeart spielt bei der Frage der Berücksichtigung als Einnahmen zum Lebensunterhalt keine Rolle.

Die allgemein für Arbeitnehmer geltenden Regelungen (z. B. §§ 2 und 3 Sozialversicherungsentgeltverordnung [SvEV]) finden Anwendung.

5. Einnahmen aus Kapitalvermögen

Einnahmen aus Kapitalvermögen sind unabhängig von ihrer steuerlichen Betrachtung (z. B. aufgrund einer Nichtveranlagungsbescheinigung) oder den mit dieser Einkunftsart möglichen steuerlichen Vergünstigungen (Werbungskosten nach §§ 9 und 9a EStG oder Sparer-Pauschbetrag nach § 20 Abs. 9 EStG) als Einnahmen zum Lebensunterhalt zu werten. Dies gilt ungeachtet dessen, ob die diesen Kapitalerträgen (Zinsen) zugrundeliegenden Einkünfte selbst unberücksichtigt bleiben (z. B. Schmerzensgeld, ggf. Abfindungen, Kapitalentschädigungen).

6. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung

Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung die zu versteuernden Einkünfte (Einnahmen abzüglich Werbungskosten) dieser Einkommensart für die Berechnung der Belastungsgrenze heranzuziehen (BSG, 19.09.2007 – B 1 KR 7/07 R).

Eine Grundlage für die Berechnung der Belastungsgrenze kann der letzte vorhandene Einkommenssteuerbescheid gemäß § 155 Abgabenordnung sein, sofern der Versicherte die Aktualität des ausgewiesenen Betrages bestätigt. Daneben können, sofern erforderlich, weitere Unterlagen (zum Beispiel vorläufige Gewinn-Verlust-Rechnung, Bescheinigung des Steuerberaters) hinzugezogen werden.

7. Renten

7.1 Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der Alterssicherung der Landwirte und aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen, Renten aus privaten Lebensversicherungen, Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen und Altersrenten aus betrieblichen Unterstützungskassen, Versorgungsbezüge, Veräußerungsrenten

Leibrenten (regelmäßig wiederkehrende Bezüge, deren Zahlungswiederholung von der Lebenszeit der Begünstigten abhängig ist) und andere Leistungen, die aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus der Alterssicherung der Landwirte und aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen erbracht werden, gehören zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt. Zu den Leibrenten und anderen Leistungen im vorstehenden Sinne zählen nicht nur Renten wegen Alters, sondern auch solche, die wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Hinterbliebenenversorgung erzielt werden.

Bei Renten aus privaten Lebensversicherungen, die nicht zu den Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 SGB V gehören, zählt zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt nur der Ertragsanteil, da der Kapitalrückzahlungsanteil eine Kapitalumschichtung und damit einen Vermögensverzehr darstellt. Der Ertragsanteil ist der dem Versicherten zustehende Zinsertrag aus dem eingezahlten Kapital. Die jeweiligen Informationen sind vom Versicherten über entsprechende Bescheinigungen der Lebensversicherer nachzuweisen.

Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen, die ganz oder teilweise auf früheren Beiträgen des Arbeitnehmers beruhen, und Altersrenten aus betrieblichen Unterstützungskassen, auf die der Arbeitnehmer – trotz fehlender eigener Leistungen – einen Rechtsanspruch hat, zählen ebenfalls zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

Renten werden grundsätzlich mit ihrem Bruttobetrag abzüglich der z. B. wegen des Bezuges einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von Einkommen nicht zu zahlender Beträge (Ruhensbeträge) angerechnet. Dies ist im Regelfall der im Rentenbescheid ausgewiesene Betrag (einschließlich des auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teils der Rente) ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses des Rentenversicherungsträgers nach § 106 SGB VI und der einbehaltenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sonstige Versagens- oder Kürzungsbeträge sind ebenfalls außer Acht zu lassen (vgl. Abschnitt 17. „Pfändungen und Abtretungen, Zahlungen an Dritte“).

Ein Beispiel hierzu findet sich in der Anlage 2: Muster von Rentenanpassungsmitteilungen des gemeinsamen Rundschreibens.

Versorgungsbezüge (Betriebsrenten) sind ebenfalls bei den Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen, hierbei ist der Bruttobetrag anzusetzen.

Bei Veräußerungsrenten, die aus dem Verkauf eines Hauses oder Betriebes herrühren (Verkauf auf Rentenbasis), zählt zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt nur der Ertragsanteil, da der Kapitalrückzahlungsanteil eine Kapitalumschichtung und damit einen Vermögensverzehr darstellt (BSG, 25.08.1982 – 12 RK 57/81).

7.1.1 Leistungen für Kindererziehung für Mütter

Die Leistung für Kindererziehung gemäß §§ 294, 294 a SGB VI an Mütter der Jahrgänge vor 1921 (alte Bundesländer) bzw. vor 1927 (neue Bundesländer) ist keine Rente, sondern eine von der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringende Leistung besonderer Art. Rechtlich ist diese Leistung auch kein Bestandteil der Rente. Sie ist nicht bei den Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen, weil eine Minderung von Sozialleistungen durch die Anrechnung der Leistung für Kindererziehung vermieden werden soll (§ 299 SGB VI).

7.2 Entschädigungszahlungen nach dem SGB XIV und Renten nach BEG

Nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören Entschädigungszahlungen, die Geschädigte nach dem SGB XIV oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des SGB XIV erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Entschädigungszahlungen nach dem SGB XIV (§ 62 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Geschädigte, die einen Anspruch auf eine monatliche Entschädigungszahlung nach § 83 Absatz 1 Nummer 1 bis 5 haben, können auf Antrag eine Abfindung erhalten (§ 84 Abs. 1 SGB XIV). Diese zählt ebenfalls nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

7.2.1 Entschädigungszahlungen nach dem SGB XIV und Renten nach dem BEG an Hinterbliebene

Im Gegensatz zu den Versichertenrenten sind Hinterbliebenenrenten nicht um die Entschädigungszahlungen nach § 83 Abs. 1 SGB XIV zu mindern. Sie sind in voller Höhe als Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen. Hierzu gehören auch Abfindungen nach § 86 SGB XIV für Witwen und Witwer. Zur zeitlichen Zuordnung siehe Abschnitt 2.2.2.

7.2.2 Besitzstandsleistungen und Wahlrecht nach dem SGB XIV

Nach § 142 SGB XIV haben Personen einen Bestandsschutz für Leistungen nach dem BVG oder nach einem Gesetz, das das Bundesversorgungsgesetz ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung, die bis zum 31. Dezember 2023 bestandskräftig festgestellt sind. Berechtigte, die Geldleistungen nach dem BVG bis zum 31.12.2023 erhalten haben, erhalten gemäß § 144 Abs. 1 SGB XIV ab dem 01.01.2024 einen monatlichen Betrag, der sich aus der Summe der bisherigen Geldleistungen ergibt. § 152 SGB XIV eröffnet den Berechtigten nach § 142 SGB XIV die Möglichkeit, anstelle der Besitzstandsschutzleistung die Leistungen nach den Kapiteln 1 bis 22, also nach neuem Recht, zu wählen. Zur Berücksichtigung der gezahlten Leistungen siehe Abschnitte 7.2 und 7.2.1.

7.3 Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung sind ebenfalls nur insoweit den Einnahmen zum Lebensunterhalt zuzurechnen, wie sie nicht dem Ausgleich eines unfallbedingten Mehrbedarfs dienen (BSG, 08.12.1992 – 1 RK 11/92).

Es bleibt mithin der Teil der Versichertenrente unberücksichtigt, der zweckgebunden und zur Abdeckung des unfallbedingten Mehrbedarfs bestimmt ist. Bei der Ermittlung des Teils der Versichertenrente, der für den Mehrbedarf zweckgebunden ist, sind mangels anderer Anhaltspunkte die Beträge anzusetzen, die in § 83 Abs. 1 SGB XIV als Entschädigungszahlungen für Geschädigte vorgesehen sind.

Hieraus folgt, dass die Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen ist, soweit sie dem Geschädigten bei einem der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) entsprechenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS) nach sozialem Entschädigungsrecht als Entschädigungszahlung (einschließlich der Aufstockung für Geschädigte mit schwersten Schädigungsfolgen nach § 83 Abs. 2 SGB XIV) zu gewähren wäre. Nach § 83 Abs. 1 SGB XIV erhalten Geschädigte eine nach dem GdS gestaffelte Entschädigungszahlung, wenn ein GdS von mindestens 30 v. H. vorliegt. Versichertenrenten aus der gesetzlichen

Unfallversicherung werden nach § 56 Abs. 1 SGB VII jedoch bereits dann gezahlt, wenn die Erwerbsfähigkeit des Verletzten um mindestens 20 v. H. gemindert ist. Dies trifft auch zu, wenn zwei arbeitsunfallbedingte Minderungen der Erwerbsfähigkeit von jeweils 10 v. H. vorliegen.

Bei Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen einer MdE von weniger als 30 v. H. ist der Betrag der zu berücksichtigenden Entschädigungszahlung entsprechend teilweise anzusetzen; bei einer MdE von 20 v. H. bleibt hiernach die Versichertenrente in Höhe von zwei Dritteln und bei einer MdE von 10 v. H. in Höhe von einem Drittel der Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 SGB XIV unberücksichtigt.

§ 83 Abs. 1 SGB XIV sieht eine Staffelung des GdS um jeweils 10 v. H. vor. Wird eine Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung für eine MdE von z. B. $33 \frac{1}{3}$ v. H. oder $66 \frac{2}{3}$ v. H. gezahlt, erfolgt eine Aufrundung ab 5 v. H. auf den nächsthöheren Zehnerbetrag. Bei Werten von weniger als 5 v. H. erfolgt eine Abrundung auf den nächstniedrigeren Zehnerbetrag (§ 5 Abs. 1 SGB XIV).

Bei Bezug mehrerer Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Abzugsbeträge separat zu ermitteln und abzuziehen. Eine Addition der anerkannten Prozentsätze der MdE findet nicht statt.

Folgende Beispiele sollen die Berücksichtigung von Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung als Einnahme zum Lebensunterhalt veranschaulichen.

Beispiel 2 – Rundung einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung

Sachverhalt:

Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von $66 \frac{2}{3}$ v. H.

Ergebnis:

Bei einer MdE von $66 \frac{2}{3}$ v. H. wird auf den nächsthöheren Zehnerbetrag, also 70 v.H. aufgerundet. Hier bleibt entsprechend der Betrag der Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 Nr. 3 SGB XIV bei einem GdS von 70 und 80 unberücksichtigt.

Beispiel 3 – Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit MdE unter 30 v. H.

Sachverhalt:

Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von 20 v. H.

Ergebnis:

Hier bleibt der Betrag in Höhe von zwei Dritteln der Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 Nr. 1 SGB XIV bei einem GdS von 30 und 40 unberücksichtigt.

Beispiel 4 – Bezug zweier Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung

Sachverhalt:

Bezug zweier Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von 30 v. H. bzw. 10 v. H.

Ergebnis:

Der Betrag der Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 Nr. 1 SGB XIV bei einem GdS von 30 und 40 sowie der Betrag eines Drittels der Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 Nr. 1 SGB XIV bei einem GdS von 30 und 40 sind zu ermitteln und abzuziehen.

7.3.1 Volle Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Bei Abfindung der Versicherten mit Anspruch auf Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 76 SGB VII (MdE unter 40 v. H.) wird zur Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt der Jahresbetrag der Versichertenrente dem der entsprechenden Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 SGB XIV gegenübergestellt. Ist der Jahresbetrag der Verletztenrente höher, so wird die Differenz mit dem Kapitalwert multipliziert. Dieses Ergebnis ist als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

Der vom Unfallversicherungsträger ermittelte Kapitalwert kann zum Beispiel dem Bescheid über die Berechnung der Abfindung entnommen werden. Der Kapitalwert richtet sich nach der Verordnung über die Berechnung des Kapitalwertes bei Abfindung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (UVKapWertV).

Beispiel 5 – volle Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Sachverhalt:

Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von 30 v. H. Das Lebensalter des Versicherten zum Zeitpunkt der Abfindung (Juli 2024) beträgt 33 Jahre, der Kapitalwert nach der UVKapWertV 18,8.

Berechnung:

Jahresbetrag der Versichertenrente:	5.328,63 Euro
Jahresbetrag der Entschädigungszahlung SGB XIV (bis 30.06.2024 mtl. 400,00 Euro, ab 01.07.2024 mtl. 418,00 Euro):	4.908,00 Euro

Zwischenergebnis:

Der Jahresbetrag der Verletztenrente ist höher als der der entsprechenden Entschädigungszahlung, sodass die Differenz mit dem Kapitalwert zu multiplizieren ist.

Differenzbetrag:	420,63 Euro
------------------	-------------

mit Kapitalwert 18,8 multipliziert:	7.907,84 Euro
-------------------------------------	---------------

Ergebnis:

Als Einnahme zum Lebensunterhalt ist ein Betrag von 7.907,84 Euro zu berücksichtigen.

7.3.2 Teilweise Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Bei Abfindung der Versicherten mit Anspruch auf Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 78 SGB VII (MdE ab 40 v. H.) erfolgt eine Teilabfindung des Rentenanspruches auf Zeit. In diesen Fällen wird die Versichertenrente zur Hälfte weitergezahlt und die andere Hälfte mit dem Faktor „Neun“ für die Dauer von zehn Jahren abgefunden (§ 79 SGB VII).

Zur Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt wird die Hälfte des Jahresbetrages der entsprechenden Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 SGB XIV mit dem Faktor 9 multipliziert. Dieser Betrag ist dem Abfindungsbetrag gegenüberzustellen. Ist der Abfindungsbetrag höher, so ist die Differenz der beiden Beträge als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

Beispiel 6 – teilweise Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Sachverhalt:

Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von 60 v. H., Abfindung erfolgt im Juli 2024.

Berechnung:

Monatliche Versichertenrente	996,40 Euro
Jahresbetrag der Versichertenrente	11.956,80 Euro
Höhe der Abfindung (jährliche Verletztenrente / 2 x 9)	53.805,60 Euro
Jahresbetrag der Entschädigungszahlung SGB XIV (bis 30.06.2024 mtl. 800,00 Euro, ab 01.07.2024 mtl. 837,00 Euro)	
Hälfte des Jahresbetrages der Entschädigungszahlung SGB XIV:	9.822,00 Euro
multipliziert mit Faktor 9:	4.911,00 Euro
	44.199,00 Euro

Ergebnis:

Da der Abfindungsbetrag höher ist, ist als Einnahme zum Lebensunterhalt aus der befristeten Abfindung ein Betrag von (53.805,60 Euro - 44.199,00 Euro =) 9.606,60 Euro zu berücksichtigen.

Die laufende monatliche Verletztenrente, die ab dem Abfindungszeitpunkt für die Dauer von zehn Jahren nur noch zur Hälfte ausbezahlt wird (996,40 Euro / 2 = 498,20 Euro), ist nach Abzug des halben monatlichen Betrages der entsprechenden Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 Nr. 2 SGB XIV (837,00 Euro / 2 = 418,50 Euro) als monatliche Einnahme

zum Lebensunterhalt monatlich in Höhe von (498,20 Euro – 418,50 Euro =) 79,70 Euro ebenfalls zu berücksichtigen.

7.3.3 Vorläufige Entschädigung (Rente) und Abfindung

Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der Minderung der Erwerbsfähigkeit noch nicht abschließend festgestellt werden kann. Spätestens mit Ablauf von drei Jahren nach dem Versicherungsfall wird die vorläufige Entschädigung als Rente auf unbestimmte Zeit geleistet (§ 62 SGB VII).

Ist nach allgemeinen Erfahrungen unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Einzelfalles zu erwarten, dass nur eine Rente in Form der vorläufigen Entschädigung zu zahlen ist, kann der Unfallversicherungsträger die Versicherten nach Abschluss der Heilbehandlung mit einer Gesamtvergütung in Höhe des voraussichtlichen Rentenaufwandes abfinden.

Die Gesamtvergütung stellt eine Vorauszahlung des voraussichtlichen Rentenaufwandes dar. Der Abfindungsbetrag ist deshalb bis zum Ende des (in der Zukunft liegenden) Monats abzurechnen, in dem der Prognose zu Folge die Rentenberechtigung voraussichtlich wegfallen wird (§ 75 SGB VII).

Sowohl die Rente als vorläufige Entschädigung (§ 62 SGB VII) als auch die Abfindung mit einer Gesamtvergütung (§ 75 SGB VII) sind als Einnahme zum Lebensunterhalt zu bewerten. Da aber Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte nur insoweit zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen, soweit diese die Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 SGB XIV überschreiten, gilt diese Einschränkung ebenso bei der Rente als vorläufige Entschädigung sowie der Abfindung daraus.

Beispiel 7 – Rente als vorläufige Entscheidung nach § 62 SGB VII

Sachverhalt:

Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von 30 v. H. im Juli 2024

Berechnung:

Monatsbetrag der Versichertenrente	600,00 Euro
Monatsbetrag der Entschädigungszahlung nach § 83 SGB XIV beim GdS	
von 30	418,00 Euro
Differenzbetrag	182,00 Euro

Ergebnis

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt ist ein Betrag von 182,00 EUR monatlich zu zählen.

Beispiel 8 – Abfindung mit einer Gesamtvergütung nach § 75 SGB VII

Sachverhalt.	
Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von 40 v. H., vorläufige Abfindung für einen Zeitraum von 3 Jahren im Februar 2024	
Berechnung:	
Jahresbetrag der Versichertenrente	11.200,00 Euro
Abfindungssumme (11.200 Euro x 3 Jahre)	33.600,00 Euro
Jahresbetrag der Entschädigungszahlung nach § 83 SGB XIV beim GdS von 40 (Entschädigungszahlung aus Februar 2024 wird zugrunde gelegt)	4.800,00 Euro
Entschädigungszahlung nach § 83 SGB XIV im Abfindungszeitraum (4.800 Euro x 3 Jahre)	14.400,00 Euro
Differenz Abfindung Verletztenrente und Grundrente im Abfindungszeitraum (33.600 Euro – 14.400 Euro)	19.200,00 Euro
Ergebnis:	
Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt ist einmalig ein Betrag von 19.200,00 Euro zu zählen.	

7.4 Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Im Gegensatz zu den Versichertenrenten sind Hinterbliebenenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 65 bis 67, 69 SGB VII) nicht um die Entschädigungszahlung nach § 83 Abs. 1 SGB XIV zu mindern, d.h., sie sind in voller Höhe als Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

7.5 Versicherten- und Hinterbliebenenrenten aus privaten Unfallversicherungsverträgen

Die aus einem privaten Unfallversicherungsvertrag gezahlten Versicherten- und Hinterbliebenenrenten gehören in voller Höhe zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

8. Entgelersatzleistungen

Entgelersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Kinderkrankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Verletzten- und Kinderverletztengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Pflegeunterstützungsgeld) gehören zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Maßgeblich ist der Bruttobetrag der Entgelersatzleistung (Zahlbetrag einschließlich ggf. zu tragender Beitragsanteile des Versicherten). Für das Arbeitslosengeld gemäß § 136 SGB III wird der Zahlbetrag der Leistung zugrunde gelegt.

Für weitere Informationen zum Pflegeunterstützungsgeld siehe Abschnitt 10. „Leistungen bei Pflegebedürftigkeit“.

9. Elterngeld (Plus) und jeweils vergleichbare Leistungen der Länder

9.1 Basiselterngeld

Elterngeld als Basiselterngeld kann in der Zeit vom Tag der Geburt bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes bezogen werden (§ 4 Absatz 1 Satz 1 und 2 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes [BEEG]). In dieser Zeit haben die Eltern gemeinsam einen Anspruch auf 12 Monatsbeträge Basiselterngeld (vgl. § 4 Absatz 3 Satz 1 BEEG). Erfolgt für zwei Monate eine Minderung des Einkommens aus Erwerbstätigkeit, können sie gemäß § 4 Absatz 3 Satz 2 BEEG für zwei weitere Monate dieses Basiselterngeld beanspruchen (Partnermonate). Bei Mehrlingsgeburten besteht nur ein Anspruch auf Elterngeld, dieses erhöht sich für das zweite und jedes weitere Kind um je 300 Euro (vgl. § 2a Absatz 4 BEEG).

Basiselterngeld nach dem BEEG wird bis zu einem Betrag von 300,00 Euro monatlich nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt berücksichtigt (vgl. § 10 Absatz 1 BEEG).

9.2 Elterngeld Plus

Für Neugeborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder kann nach § 4 Absatz 3 Satz 3 BEEG statt eines Monats Basiselterngeld jeweils zwei Monate lang ein Elterngeld Plus bezogen werden. Auch hier verringert sich der Freibetrag nach § 10 Absatz 3 BEEG auf 150,00 Euro monatlich.

Der Partnerschaftsbonus nach § 4b BEEG ergänzt das Elterngeld Plus. Durch diesen verlängert sich die Bezugsdauer des Elterngeld Plus einmalig um vier aufeinander folgende Monate für jeden Elternteil, wenn beide Elternteile nicht weniger als 24 und nicht mehr als 32 Stunden Wochenstunden im Durchschnitt erwerbstätig sind und weiterhin die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug des Elterngeldes erfüllen.

Ein Elternteil kann grds. höchstens 12 Monatsbeträge Basiselterngeld zuzüglich der vier Monate Elterngeld Plus als Partnerschaftsbonus beziehen. Jedoch haben u. a. auch Alleinerziehende, wie Elternpaare einen Anspruch darauf, für vier weitere Monate Elterngeld Plus zu beziehen, wenn sie in diesen vier aufeinander folgenden Lebensmonaten nicht weniger als 24 und nicht mehr als 32 Wochenstunden im Durchschnitt des Lebensmonats erwerbstätig sind (vgl. § 4c Absatz 2 BEEG).

Beispiel 9 – Kombination von Elterngeld, Elterngeld Plus und Partnerschaftsbonus

Sachverhalt:

Beide Eltern sind erwerbstätig und wollen Elterngeld, Elterngeld Plus und den Partnerschaftsbonus miteinander kombinieren. In den ersten beiden Lebensmonaten möchte der Vater seine Erwerbstätigkeit unterbrechen, um gemeinsam mit seiner Frau das Kind zu betreuen (Partnermonate).

Die Mutter möchte die ersten 6 Monate ihr Kind zu Hause betreuen und Elterngeld beziehen. Danach möchte sie wieder als Teilzeitbeschäftigte (25 Wochenstunden) arbeiten und die restliche Anspruchszeit Elterngeld Plus (zuerst als Partnerschaftsbonus) beziehen.

Hierbei möchte ihr Mann sie für die ersten vier Monate unterstützen, indem auch er seine Arbeitszeit auf 25 Wochenstunden reduziert (Partnerschaftsbonusmonate). Die Leistungen werden entsprechend beantragt. Die Anspruchsvoraussetzungen sind jeweils erfüllt. Die Anträge werden genehmigt.

Geburt des Kindes am 01.08. Vorjahr

Elterngeldbezug Mutter:

Anspruch auf Basiselterngeld besteht in der Zeit 01.08. Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr
Höhe des Elterngeldes mtl. 910,00 Euro

Anspruch auf Partnerschaftsbonus besteht in der Zeit 01.02. – 31.05. lfd. Jahr
Höhe des Elterngeldes (Partnerschaftsbonus) mtl. 455,00 Euro

Anspruch auf Elterngeld Plus besteht in der Zeit 01.06. lfd. Jahr – 31.05. f. Jahr
Höhe des Elterngeldes Plus mtl. 455,00 Euro

Elterngeldbezug Vater:

Anspruch auf Basiselterngeld (Partnermonat) besteht in der Zeit 01.08. – 30.09. Vorjahr
Höhe des Elterngeldes mtl. 1.430,00 Euro

Anspruch auf Partnerschaftsbonus besteht in der Zeit 01.02. – 31.05. lfd. Jahr
Höhe des Elterngeldes (Partnerschaftsbonus) mtl. 715,00 Euro

Ergebnis – Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 SGB V:

01.08. – 30.09. Vorjahr: Beide Eltern beziehen Basiselterngeld. Elterngeld bleibt jeweils i. H. v. 300,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird jeweils angerechnet (Mutter: 610,00 Euro, Vater: 1.130,00 Euro).

01.10.Vorjahr – 31.01. lfd. Jahr: Basiselterngeld wird von der Mutter bezogen. Elterngeld bleibt i. H. v. 300,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird angerechnet (610,00 Euro).

01.02. – 31.05. lfd. Jahr: Beide Eltern beziehen das Elterngeld Plus als Partnerschaftsbonusmonate.

Elterngeld Plus bleibt jeweils i. H. v. 150,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird jeweils angerechnet (Mutter: 305,00 Euro, Vater: 565,00 Euro).

01.06. lfd. Jahr – 31.05. f. Jahr: Die Mutter bezieht Elterngeld Plus.

Das Elterngeld Plus bleibt i. H. v. 150,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird angerechnet (305,00 Euro).

9.3 Vergleichbare Leistungen der Länder

Nach § 10 Abs. 1 BEEG wird bei vergleichbaren Leistungen der Länder der Teil, der 300,00 Euro monatlich übersteigt, als Einnahme zum Lebensunterhalt angerechnet.

Eine vergleichbare Leistung wird aktuell vom Freistaat Sachsen in Form eines Landeserziehungsgeldes angeboten. Im Freistaat Bayern besteht seit dem 01.08.2018 nach dem Bayerischen Familiengeldgesetz (BayFamGG) vom 24.07.2018 Anspruch auf das bayerische Familiengeld als vergleichbare Leistung, welches das bisherige bayerische Landeserziehungs- und Betreuungsgeld abgelöst hat und nun in einer Leistung vereint.

Das Landeserziehungsgeld nach dem Sächsischen Landeserziehungsgeldgesetz (SächsLERzGG) wird nicht vor dem Ende des Bezuges des Elterngeldes nach dem BEEG gewährt. Das bayerische Familiengeld kann neben dem Elterngeld, dem Elterngeld-Plus und dem Partnerschaftsbonus bezogen werden. Gewährt wird es vom Beginn des 13. bis zur Vollendung des 36. Lebensmonats in Höhe von 250,00 Euro monatlich pro Kind. Ab dem dritten Kind werden 300,00 Euro gewährt. Es wird frühestens für im September 2018 beginnende Lebensmonate gezahlt.

Nach § 10 Abs. 1 BEEG bleiben bei einem gleichzeitigen Bezug von Elterngeld und vergleichbaren Leistungen der Länder (z. B. Sächsisches Landeserziehungsgeld, bayerisches Familiengeld) die Leistungen insgesamt bis zu einer Höhe von 300,00 Euro im Monat als Einkommen unberücksichtigt. Der den Betrag übersteigende Teil der Gesamtsumme beider Leistungen ist als Einnahme zum Lebensunterhalt anzurechnen.

Beispiel 10 – Kombination Elterngeld und bayerisches Familiengeld

Sachverhalt:

Eine Familie, wohnhaft in Bayern, hat bereits 2 Schulkinder und beantragt für ihr drittes Kind rechtzeitig das bayerische Familiengeld. Die Anspruchsvoraussetzungen sind erfüllt, der Antrag wird genehmigt. Zuvor bezog die Familie 14 Monate Elterngeld.

01.12.2022

Geburt des Kindes am

	01.12.2022 – 31.01. 2024
Anspruch auf Elterngeld besteht in der Zeit	500,00 Euro
Höhe des Elterngeldes mtl.	01.02.2024 – 30.11.2025
Anspruch auf bayerisches Familiengeld besteht in der Zeit	300,00 Euro
Höhe des bayerischen Familiengeldes mtl.	

Ergebnis –Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 SGB V:

01.12.2022 – 31.01.2024: Elterngeld wird allein bezogen.
Elterngeld wird i. H. v. 300,00 Euro monatlich nicht berücksichtigt, der darüberhinausgehende Betrag wird angerechnet (200,00 Euro).

01.02.2024 – 30.11.2025: Bayerisches Familiengeld wird allein bezogen.
Das bayerische Familiengeld bleibt vollständig unberücksichtigt, da es den Anrechnungsfreibetrag i. H. v. 300,00 Euro monatlich nicht übersteigt.

Die nicht zu berücksichtigenden Beträge (Anrechnungsfreibeträge) vervielfachen sich nach § 10 Abs. 4 BEEG bei Mehrlingsgeburten mit der Zahl der geborenen Kinder. Auch bei nacheinander folgenden Geburten ist von einer kindbezogenen Betrachtung auszugehen. Daher ist eine Gleichbehandlung beider Konstellationen zu gewährleisten und der Anrechnungsfreibetrag nach § 10 Abs. 1 bzw. Abs. 3 BEEG je Kind zu gewähren.

10. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Nach § 13 Abs. 5 SGB XI bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass die Leistungen nach den §§ 36 ff. SGB XI nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen sind. Entsprechendes gilt auch für Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung sowie für Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 44 SGB VII, §§ 61, 64 SGB XII und § 146 Abs. 2 SGB XIV.

Eine Entschädigung, die eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson für ihre Tätigkeit von den Pflegebedürftigen erhält, wird insoweit nicht berücksichtigt, als sie das Pflegegeld im Sinne der vorgenannten Vorschriften nicht übersteigt.

Dem Wortlaut des Gesetzes folgend ist das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI grundsätzlich nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen. Das Pflegeunterstützungsgeld wird jedoch kurzfristig (bis zu 10 Arbeitstage) als Ausgleich für ein entgangenes Arbeitsentgelt gewährt, sofern für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder

nach § 45 Abs. 4 SGB VII beanspruchen kann. Danach unterscheidet sich das Pflegeunterstützungsgeld in seiner Funktion, einen Entgeltausfall auszugleichen, deutlich von den anderen Leistungen der Pflegeversicherung, die hauptsächlich zweckgebunden zur Deckung besonderer Bedürfnisse, die mit der Pflegebedürftigkeit regelmäßig verbunden sind, gewährt werden. Insofern ist es analog anderer Entgeltersatzleistungen (vgl. Abschnitt 8. „Entgeltersatzleistungen“) als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

11. Spezifische Hilfeleistungen – Regelbedarf nach § 28 SGB XII

§ 62 Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB V regelt für Beziehende von spezifischen Hilfeleistungen, unter welchen Voraussetzungen nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft maßgeblich ist.

11.1 Personen nach § 62 Absatz 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V

Dies ist gemäß § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 1 SGB V bei Versicherten der Fall, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII oder die Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 SGB XIV oder nach einem Gesetz, das dieses für anwendbar erklärt, erhalten. Dabei ist zu beachten, dass diese Vorschrift bei Versicherten, die in einer stationären Einrichtung untergebracht sind, nur dann einschlägig ist, wenn sie 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.

11.2 Personen nach § 62 Absatz 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V

Für Beziehende von Leistungen der stationären Pflege nach § 65 SGB XII ist als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt ebenfalls der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII gemäß § 62 Abs. 2 Satz 5 Nr. 2 SGB V maßgeblich, wenn die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Sozialen Entschädigung getragen werden.

Zu den „Kosten der Unterbringung“ gehören nicht nur die Kosten für Unterkunft, Heizung und Verpflegung, 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 Unterbringungskosten gehören.

Die Unterbringungskosten 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.

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.

11.3 Personen nach § 62 Absatz 2 Satz 6 SGB V

Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten, ist abweichend von § 62 Absatz 2 Satz 1 bis 3 SGB V als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelbedarf nach § 20 Absatz 2 Satz 1 SGB II maßgeblich.

12. Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln

Bei der Kinderbetreuung ist inhaltlich zwischen der Kindertagespflege nach § 23 SGB VIII und der Vollzeitpflege nach § 39 SGB VIII zu unterscheiden.

Für die Kindertagespflege gemäß § 23 SGB VIII, die im Haushalt der Eltern oder in dem der Tagespflegeperson durchgeführt wird, erhält die Pflegeperson vom Jugendamt öffentliche Mittel insbesondere einen Erstattungsbetrag für Sachaufwendungen und einen Betrag zur Anerkennung ihrer Förderungsleistung. Die Erziehungsberechtigten können an der Inanspruchnahme der Kindertagespflege gemäß § 90 SGB VIII beteiligt werden und zahlen dann einen Kostenbeitrag an den zuständigen Jugendhilfeträger.

Ist keine öffentliche Förderung möglich, so können die Erziehungsberechtigten mit einer Tagespflegeperson auch einen privatrechtlichen Betreuungsvertrag schließen (Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus privaten Mitteln). Für die Vergütung der Pflegeperson im Angestelltenverhältnis ist das Mindestlohngesetz zu beachten. Sowohl die Geldleistungen aus öffentlichen Mitteln als

auch die privatvertraglich vereinbarten Vergütungen werden bei der Beurteilung der Einkommensverhältnisse der Tagespflegeperson als Einnahme zum Lebensunterhalt zugerechnet.

Personen, die ein fremdes Kind versorgen und erziehen, erhalten in bestimmten Fällen wegen der dadurch entstehenden Kosten, finanzielle Leistungen aus öffentlichen bzw. privaten Mitteln (Pflegegeld im weiteren Sinne). Obwohl diese Leistungen (z. B. nach § 39 SGB VIII) dem Kind zustehen, dienen sie doch der Stärkung der Unterhaltsfähigkeit der Pflegeeltern in vollem Umfang und sind demnach bei der Beurteilung der Einkommensverhältnisse den Pflegeeltern als Einnahmen zum Lebensunterhalt zuzuordnen.

13. Bezüge aus öffentlichen Mitteln aufgrund Krankheit oder Behinderung

Nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt werden u.a. solche Bezüge aus öffentlichen Mitteln gezahlt, die wegen eines krankheitsbedingten, behinderungsbedingten Grundes oder aus anderen Gründen unabweisbaren Mehrbedarfs gewährt werden (z. B. Blindengeld). Diese zweckbestimmten Zuwendungen, die lediglich einen besonderen schädigungs- oder behinderungsbedingten Mehraufwand ausgleichen sollen, sind nämlich nicht geeignet, die allgemeine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Betroffenen gegenüber einem gesunden Menschen zu verbessern (BSG, 21.10.1980 – 3 RK 53/79, – 3 RK 13/80 und – 3 RK 15/80).

14. Leistungen an Opfer des Nationalsozialismus bzw. Opfer politischer Verfolgung

Geldrenten, Kapitalentschädigungen sowie Ausgleichs- und Unterstützungsleistungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts bzw. an Opfer politischer Verfolgung oder rechtsstaatswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet gewährt werden, zählen nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

15. Unterhalt

Der getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten unter Berücksichtigung der Vorschriften des BGB zustehende und tatsächlich gezahlte Unterhalt (§ 1361 Abs. 4 bzw. § 1585 Abs. 1 BGB) zählt zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt (BSG, 16.02.1982 – 12 RK 31/79 und 24.06.1985 – GS 1/84). Beim Empfänger einer solchen Unterhaltszahlung erhöhen sich dementsprechend die Einnahmen zum Lebensunterhalt, beim Zahlenden vermindern sich die Einnahmen. Entsprechendes gilt für Unterhaltszahlungen, die das Mitglied an seine beim getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten wohnenden Kinder leistet (BSG, 11.04.1984 – 12 RK 41/82).

Die vorstehenden Ausführungen treffen auch auf Leistungen nach den §§ 12 bzw. 15 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) zu, wenn sie dem getrenntlebenden Lebenspartner und Kindern gezahlt werden oder die Lebenspartnerschaft durch ein gerichtliches Urteil aufgehoben wurde.

Bei – ggf. auch nur ergänzenden – Zahlungen eines Ehe- bzw. Lebenspartners im Sinne des LPartG an den anderen, ständig im Heim und insoweit lediglich räumlich und nicht im Sinne von § 1361 BGB getrenntlebenden Ehe- bzw. Lebenspartner zur Sicherung der Heimunterbringung, handelt es sich um Unterhaltsleistungen nach § 1360 BGB bzw. § 5 LPartG. Werden die Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V gemeinsam beurteilt, entfällt eine Zuordnung der Unterhaltsleistungen zum Ehe- bzw. Lebenspartner.

Unterhaltszahlungen Dritter stellen ebenfalls eine Einnahme zum Lebensunterhalt dar (BSG, 22.09.1988 – 12 RK 12/86). Beim Empfänger solcher Zahlungen erhöhen sich die Einnahmen zum Lebensunterhalt, während sich beim Unterhaltsleistenden die Einnahmen entsprechend verringern.

16. Baukindergeld und Eigenheimzulage

Die von den Finanzämtern einmal jährlich nach dem Eigenheimzulagengesetz (EigZulG) ausgezahlte Eigenheimzulage gehörte zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt und war mit jeweils einem Zwölftel den Monateinkünften hinzuzurechnen. (vgl. BVerwG, 28.05.2003 – 5 C 41.02). Die Zuerkennung konnte für Fälle bis zum 31.12.2005 erfolgen.

Mit dem Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2018 vom 12.07.2018 (BGBl I S. 1126) wurde das sogenannte Baukindergeld rückwirkend zum 01.01.2018 eingeführt. Das Baukindergeld beträgt für Familien oder Alleinerziehende pro Kind 1.200 Euro jährlich und wird von der Kreditanstalt für den Wiederaufbau (KfW) für den erstmaligen Neubau oder Erwerb von Wohneigentum zur Selbstnutzung bei Erfüllen der entsprechenden Voraussetzungen für maximal zehn Jahre gezahlt. Das Baukindergeld soll die individuelle Finanzierungsbelastung senken und dadurch Familien den Schritt in das Wohneigentum ermöglichen.

Der gesetzlichen Regelung zum Baukindergeld ist kein Ausschluss einer Anrechnung auf andere Sozialleistungen zu entnehmen. Auf das Baukindergeld treffen die damaligen Bewertungskriterien der Eigenheimzulage durch das Bundesverwaltungsgericht insofern zu, als dass auch die jetzige Zuschussleistung nicht zu einem bestimmten Zweck gewährt wird. Die Gewährung erfolgt zudem ohne Verwendungsnachweis und unabhängig davon, ob sie tatsächlich der Finanzierung eigenen Wohneigentums dient. Der Anspruch auf die Zahlung von Zuschussraten endet zwar zu dem Zeitpunkt, an dem die Selbstnutzung des Wohneigentums aufgegeben wird, eine vergangenheitsbezogene Rückzahlungsverpflichtung entsteht allerdings in diesen Fällen nicht. Insofern ist das Baukindergeld – genauso wie die damalige Eigenheimzulage – den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zuzurechnen.

16.1 Baukindergeld Plus und bayerische Eigenheimzulage

Entsprechend der Richtlinien für die Gewährung des Baukindergelds Plus zum Bau oder Erwerb von selbstgenutztem Wohnraum für Familien mit Kindern und Alleinerziehende in Bayern (Baukindergeld-Plus-Richtlinien – BayBauKGPR) vom 14. September 2018 bietet der Freistaat Bayern mit dem Baukindergeld Plus ab dem 01.01.2018 eine weitere Möglichkeit, das Baukindergeld des Bundes um zusätzlich 300 Euro pro Kind und Jahr über einen Zeitraum von zehn Jahren zu erhöhen.

Des Weiteren kann die bayerische Eigenheimzulage gemäß den Richtlinien für die Gewährung eines Zuschusses zum Bau oder Erwerb von Wohnraum zu eigenen Wohnzwecken (Bayerische Eigenheimzulagen-Richtlinien – EHZR) vom 7. August 2018 beantragt werden. Es handelt sich hierbei um einen einmaligen Zuschuss zur Bildung von Wohneigentum in Bayern. Die Bayerische Eigenheimzulage ist ein Zuschuss in Höhe von 10.000 Euro als einmaliger Festbetrag und kann auch losgelöst vom Baukindergeld bezogen werden. Beide Leistungen gehören zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

17. Pfändungen und Abtretungen, Zahlungen an Dritte

Beträge, die an Dritte abgezweigt werden, führen – ebenso wie die von Einnahmen zur Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichtenden Beiträge – nicht zu einer Minderung der berücksichtigungsfähigen Einnahmen.

Demnach sind auch Abzweigungsbeträge, die z. B. auf eine Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung zurückzuführen sind, bei der Feststellung der Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen. Selbst wenn eine Sozialleistung wie z. B. eine Rente oder Rententeile aufgrund eines Erstattungsanspruchs (z. B. nach §§ 103, 104 SGB X, § 71 b BVG) nicht dem Leistungsberechtigten, sondern an Dritte ausgezahlt wird, bleiben diese Abzüge unberücksichtigt.

Es sind stets die Einnahmen zu berücksichtigen, die dem Betroffenen zustehen und nicht die Beträge, die nach Abzug von gepfändeten Beträgen bzw. sonstigen Abtretungen verbleiben.

18. Sonderausgaben, Werbungskosten und Freibeträge

Sonderausgaben (z. B. Vorsorgeaufwendungen) und ausschließlich für die Berechnung der Lohn- oder Einkommensteuer geltende Freibeträge (z. B. Altersentlastungsbetrag, Kinderfreibetrag, Freibetrag für Land- und Forstwirtschaft und für freie Berufe), Werbungskosten oder Werbungskostenpauschbeträge sowie sonstige vom Einkommen abzuziehende Beträge (z. B. für außerge-

wöhnliche Belastungen) können, soweit nicht ausdrücklich abweichende Regelungen für eine Einkommensart in diesem Rundschreiben beschrieben werden, bei der Feststellung der Einnahmen zum Lebensunterhalt nicht in Abzug gebracht werden.

19. Stipendien

Derzeit gibt es über 1.250 verschiedene Stipendien in Deutschland. Die beiden verbreitetsten Stipendien – das Deutschlandstipendium und das StipendiumPlus – wurden in der Anlage 1: Tabellarische Übersicht der Einkommensarten dieses Rundschreibens aufgenommen.

Eine einheitliche Aussage zur Anrechenbarkeit aller Stipendien als Einnahme zum Lebensunterhalt kann nicht getroffen werden, da durch die dann erfolgende Pauschalisierung nicht jeder Fallgestaltung entsprochen wird.

Grundsätzlich können Stipendien danach unterschieden werden, ob sie einkommensabhängig oder einkommensunabhängig gewährt werden. Werden Stipendien einkommensabhängig gewährt, wobei sie sich an den Regelungen des Bundesausbildungsgesetzes (BAföG) orientieren (z. B. zur Frage der Bedürftigkeit) und sind keine anderweitigen Normen für deren Anrechenbarkeit bekannt, wird empfohlen, das jeweilige Stipendium analog dem BAföG zu beurteilen. Danach ist ein solches Stipendium grds. nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt anzurechnen, so z. B. das StipendiumPlus.

Werden Stipendien einkommensunabhängig gewährt und sind keine anderweitigen Grundlagen für deren Anrechenbarkeit bekannt, wird empfohlen, diese Stipendien bis zu einem Betrag von 300,00 Euro monatlich nicht zu berücksichtigen. Der übersteigende Betrag sollte als Einnahme zum Lebensunterhalt angerechnet werden. Für das Deutschlandstipendium, welches zu den einkommensunabhängigen Stipendien zählt, wird dies in § 5 Abs. 3 Satz 1 Stipendienprogramm-Gesetz (StipG) geregelt.

20. Saldierung von Einnahmen

Die dem Versicherten bei einer Einkunftsart ggf. entstandenen Verluste können – entgegen den im Steuerrecht geltenden Regelungen – nicht mit anderen Einnahmearten verrechnet werden und somit zu keiner Minderung der anderen Einnahmearten des Versicherten führen. Ebenso ist ein Verlustausgleich zwischen mehreren gemeinsam zu beurteilenden Angehörigen weder einnahmeartenübergreifend noch innerhalb einer Einnahmeart möglich (BSG, 19.09.2007 – B 1 KR 7/07 R).

21. Anlage 1: Tabellarische Übersicht der Einkommensarten

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
A			
Abfindung aus privater Lebensversicherung	2.1, 7.1		ja, in Höhe des Ertragsanteils
Abfindung bei Beendigung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses	2.1, 2.2.2, 4.		ja (vgl. BSG, 09.06.1998 - B 1 KR 22/96 R)
Abfindung von Entschädigungszahlungen nach dem SGB XIV	2.1, 7.2		
----- an Geschädigte	2.1, 7.2	§ 84 SGB XIV	nein
----- an Hinterbliebene	2.1, 7.2	§ 86 SGB XIV	ja
Abfindung von Versorgungsbezügen aufgrund der Beamtengesetze	2.1, 2.2.2, 7.1	§ 21 BeamtVG, §§ 28 - 35 SVG	ja
Abfindungen bzw. Kapitalleistungen von Versorgungsbezügen	2.1, 2.2.2, 7.1.	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V	ja
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	2.1, 2.2.2, 7.1	§ 107 SGB VI	ja
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	2.1, 2.2.2		
----- an Versicherte	2.2.2, 7.3.1, 7.3.2	§§ 75, 76 und 78, 79 SGB VII	ja (teilweise)
----- an Witwen und Witwer	7.4	§ 80 SGB VII	ja
Abfindung von Unterhaltsleistungen, die geschiedene Ehegatten oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	2.1, 15	§ 1585 Abs. 2 BGB, § 16 LPartG	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Altenhilfe		§ 26e BVG (bis 31.12.2023); § 142 SGB XIV i.V.m. § 26e BVG (ab 01.01.2024)	nein
Altersmehrbedarf	13.	§ 30 Abs. 1 SGB XII	nein
Anpassungsgeld im Bergbau		APG-Richtlinien	ja
Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld			ja
Arbeitgeberzuschuss zum Pflegeunterstützungsgeld			ja
Arbeitnehmersparzulage		5. VermBG	nein (vgl. BSG, 22.07.1981 – 3 RK 7/80)
Arbeitseinkommen	4.	§ 15 SGB IV	ja
Arbeitsentgelt	4.	§ 14 SGB IV i. V. m. SvEV	ja
Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (z. B. Ausbilder, Betreuer, Erzieher, Übungsleiter oder vergleichbare Tätigkeiten)	4.	§ 14 SGB IV i. V. m. § 3 Nr. 26 EStG	ja
Arbeitsförderungsgeld		§ 59 SGB IX	ja
Arbeitslosenbeihilfe		§ 86 a SVG	ja
Arbeitslosengeld	8.	§ 136 SGB III	ja
Arbeitslosengeld II (bis 31.12.2022, ab 01.01.2023 Bürgergeld) – RBSFV –		§ 19 SGB II	ja
Asylbewerberleistungsgesetz, Grundleistungen nach dem –		§ 3 AsylbLG	ja
Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz, Leistungen nach dem –		AFBG	nein
Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeit	4.	§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a AltTZG	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Aufwandsentschädigungen aus der Beschäftigung (z. B. Fahrkostenerstattung für wechselnde Einsatzstellen, Verpflegungsmehraufwand) – siehe jedoch Jobticket			nein
Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit			ja
Aufwendungsersatz für Betreuer		§ 1877 BGB	nein
Ausbildungsgeld		§ 122 SGB III	ja
Ausbildungsvergütung	4.	§ 17 BBiG	ja
Ausgleichsgeld		§§ 9, 10 FELEG	ja
Ausgleichsleistungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet		§ 8 BerRehaG	nein
Ausgleichsleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz		§§ 243 ff. LAG	ja
Ausgleichsrente		§§ 32, 34, 41, 47 BVG (bis 31.12.2023); 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

B			
BAföG		§§ 11 ff. BAföG	nein
Barbetrag bei Heimunterbringung – RBSFV –	11.2	§ 27b Abs. 2 SGB XII	ja
Baukindergeld	16.	Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2018 vom 12.07.2018 (BGBl I S. 1126)	ja (vgl. analog BVerwG, 28.05.2003 – 5 C 41.02)
Baukindergeld Plus, bayerisches –	16.1	Baukindergeld-Plus-Richtlinien (BayBauKGPR)	ja (vgl. analog BVerwG, 28.05.2003 – 5 C 41.02)
Behindertenmehrbedarf	13.	§ 30 Abs. 4 SGB XII	nein
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld		§ 17 BVG i.V.m. §§ 82, 83 SVG; § 81 Abs. 2 Satz 2 SEG	
Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen		BhV des Bundes bzw. der Länder	nein
Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Kranken- und Pflegeversicherung		§ 257 SGB V, § 61 SGB XI	nein
Beitragszuschuss zum Beitrag zur Alterssicherung der Landwirte		§ 32 ALG	nein
Beitragszuschüsse von der Rentenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung		§ 106 SGB VI	nein
Bekleidungsgeld (Pauschbetrag für Kleider-/Wäscheverschleiß)		§ 15 BVG (bis 31.12.2023); § 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XIV (ab 01.01.2024)	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Berufsausbildungsbeihilfe für behinderte Menschen		§ 115 Nr. 2 SGB III	ja
Berufsausbildungsbeihilfen		§§ 56, 70 SGB III oder Landesgesetze	ja
Berufsschadensausgleich		§ 30 BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja
Bestattungsgeld (Geschädigte, Hinterbliebene)		§ 99 SGB XIV	nein
Betriebshilfe		§ 9 KVLG 1989, §§ 10, 36 – 39 ALG, § 54 SGB VII	nein
Betriebsrenten als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	4.	§ 19 EStG	ja
Betriebsrenten als sonstige Einkünfte	7.1	§ 22 EStG	ja
Bildungsfonds (Studienfonds)			nein
Bildungskredit		§ 17 BAföG	nein
Blindenführhund (Unterhaltungskosten)	13.	§ 14 BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XIV (ab 01.01.2024), § 33 SGB V	nein
Blindengeld	13.	Landesgesetze	nein
Blindenhilfe	13.	§ 72 SGB XII	nein
Bonuszahlungen der Krankenkasse		§ 65a SGB V	nein
Bürgergeld		§ 19 SGB II	ja
C			
Conterganrente		§§ 13, 18 des Gesetzes über die Conterganstiftung für behinderte Menschen (ContStifG)	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

D			
Diäten (Abgeordnetenentschädigung)		Abgeordnetengesetz des Bundes oder landesrechtliche Vorschriften	ja
Diätzulage	13.	§ 30 Abs. 5 SGB XII	nein
Dienstbeschädigungsausgleich	7.2	§ 2 DbAG i.V.m. § 83 SGB XIV	nein
Dienstbezüge für Beamte/Beamtenanwärter	2.1	BBesG	ja
Dienstzulage für Beamte/Beamtenanwärter	2.1	BBesG	ja
Dividenden (siehe auch Kapitalvermögen, Einkünfte aus -)	5.		ja
E			
Ehegattenzuschlag		§ 33a BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja
Ehrensold für ehemalige Wahlbeamte		Landesrechtliche Vorschriften	ja
Ehrensold für Künstler sowie Zuwendungen aus Mitteln der Deutschen Künstlerhilfe, wenn es sich um Bezüge aus öffentlichen Mitteln handelt, die wegen der Bedürftigkeit des Künstlers gezahlt werden.			ja
Eigenheimzulage, bayerische -	14.1	Bayerische Eigenheimzulagen-Richtlinien - EHZR	ja (vgl. analog BVerwG, 28.05.2003 - 5 C 41.02)
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen		§§ 99 - 116 SGB IX	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 - 3 RK 67/8)
Einstiegsgeld		§ 16b SGB II	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Elterngeld als einzige Leistung nach § 10 Abs. 1 BEEG	9.1.	§§ 1, 6, 10 BEEG	ja, je Kind der den Betrag von 300 Euro, in Fällen des § 6 Satz 2 ² bzw. bei Bezug von Elterngeld Plus ³ der den Betrag von 150 Euro übersteigende Teil
Elterngeld zusätzlich zu anderen Leistungen nach § 10 Abs. 1 BEEG	9.3	§§ 1, 6, 10 BEEG	ja, je Kind der Betrag, der nach Abzug der anderen zu berücksichtigenden Leistungen nach BEEG die Hälfte des verbleibenden Anrechnungsfreibetrages übersteigt
Elternrente	7.2.1	§ 49 – 52 BVG (bis 31.12.2023), § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 14 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja
Emeritenbezüge (Dienstbezüge, die Professoren nach der Entpflichtung erhalten)		§ 76 Abs. 1 HRG i. V. m. § 91 Abs. 2 Nr. 1 BeamtVG bzw. § 72 Abs. 1 HRG i. V. m. dem jeweiligen Landesgesetz	ja
Entlassungsgeld für Soldaten		§ 9 WSG	ja
Entschädigungen als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen		§ 24 Nr. 1 Buchst. a EStG	ja

² zu Elterngeld: Nach § 6 Abs. 2 BEEG a. F. kann eine Verdoppelung des Auszahlungszeitraums bei Halbierung des pro Monat zustehenden Betrages für vor dem 01.07.2015 geborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder beantragt werden.

³ zu Elterngeld Plus: Nach § 4 Abs. 3 BEEG kann statt einem Monat Elterngeld zwei Monate lang ein Elterngeld Plus bezogen werden, welches monatlich grds. höchstens die Hälfte des Elterngeldes beträgt. Hierunter fällt auch das Elterngeld Plus, welches als Partnerschaftsbonus gewährt wird (vgl. § 4 Abs. 4 Satz 3 BEEG).

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Entschädigungen für die Aufgabe oder Nichtausübung einer Tätigkeit		§ 24 Nr. 1 Buchst. b EStG	ja
Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz		IfSG	ja
Entschädigungen aufgrund des Gesetzes über die Entschädigung ehemaliger deutscher Kriegsgefangener		§ 3 KgfEG	ja
Entschädigungsrente für Opfer des Nationalsozialismus	14	§§ 2, 3 ERG	nein
Entschädigungszahlungen nach dem SGB XIV			
an Geschädigte	7.2	§ 83 Abs. 1 SGB XIV	nein
an hinterbliebene Eltern	7.2.1	§ 88 SGB XIV	ja
an Waisen	7.2.1	§ 87 SGB XIV	ja
an Witwen und Witwer	7.2.1	§ 85 SGB XIV	ja
Erstausstattung für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt, Leistungen für –		§ 23 Abs. 3 Nr. 2 SGB II § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	ja
Erstausstattung für die Wohnung, Leistungen für –		§ 23 Abs. 3 Nr. 1 SGB II § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII	ja
Erziehungsbeihilfe		§ 27 BVG (bis 31.12.2023); § 145 Abs. 2 Nr. 3 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja
Europäischen Sozialfonds, Leistungen aus Mitteln des –		ESF-Richtlinien	ja
Existenzgründungsbeihilfe für Junglandwirte		Landesvorschriften	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

F			
Fahrkostenerstattung durch Sozialleistungsträger		z. B. § 60 SGB V	nein
Familiengeld		Landesgesetze	nein
Familienzuschläge (als Bestandteil des Arbeitsentgelts)	4.		ja
Freie Förderung – RBSFV bei gleichzeitigem Bezug von anderen Leistungen nach dem SGB II oder XII –		§ 16f SGB II	ja
G			
Geld- und Sachbezüge für Soldaten/freiwillig Wehrdienst Leistende		§ 1 Abs. 1 WSG	ja
Geld- und Sachbezüge für Freiwilligendienst Leistende (Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales Jahr im In- und Ausland, freiwilliges ökologisches Jahr im In- und Ausland) - Taschengeld, - Unterkunft, - Verpflegung, - Arbeitskleidung, - Reisekosten (nur bei Jugendfreiwilligendiensten)	4.	§ 2 BFDG, § 3 - 6 JFDG, § 8 Abs. 1 Satz 5 BFDG, § 2 Satz 4 BFDG	ja ja ja nein nein
Geldrenten und Kapitalentschädigungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts gewährt werden	144.	§§ 15 ff. BEG	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Gewerbebetrieb, Einkünfte aus –	3.	§ 15 EStG	ja
Gründungszuschuss	3.	§ 93 SGB III	ja
Grundrente für Beschädigte	7.2, 7.3	§ 31 BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XIV (ab 01.01.2024)	nein (vgl. § 62 Abs. 2 SGB V sowie BSG, 21.10.1980 – 3 RK 53/79, – 3 RK 13/80, und – 3 RK 15/80)
Grundrente für Hinterbliebene	7.2.1, 7.3	§§ 38, 40, 42, 45, 46 BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja (BSG, 21.10.1980 – 3 RK 21/80 und 09.12.1981 – 12 RK 29/79)
Grundsicherungsleistung – RBSFV –	2.	§ 42 SGB XII	ja
H			
Härtefonds für rassistisch Verfolgte nicht jüdischen Glaubens (HNG-Fonds), Leistungen aus den –	14.		nein
Härteleistungen an Opfer von nationalsozialistischen Unrechtsmaßnahmen im Rahmen des allgemeinen Kriegsfolgengesetzes	14.	AKG-Richtlinien	nein
Härteleistungen an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung zur Abgeltung von Härten in Einzelfällen im Rahmen der Wiedergutmachung	14.	Richtlinien der Bundesregierung für die Vergabe von Mitteln an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung	nein
Härteleistungen für Opfer terroristischer Straftaten aus dem Bundeshaushalt	14.	Richtlinie zur Zahlung von Härteleistungen	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

		für Opfer terroristischer und extremistischer Taten aus dem Bundeshaushalt (Kapitel 0718 Titel 681 02 und 681 01)	
Haushaltshilfe		§ 10 KVLG 1989, § 27 KVLG, §§ 10, §§ 36 - 39 ALG, § 24h SGB V, § 38 SGB V, §70 SGB XII, § 74 SGB IX	nein, siehe aber Verdienstausfallerstattung
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Einmalzahlungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer -	13	§ 3 Abs. 3 AntiDHG, § 6 Abs. 1 Satz 1 Anti-DHG	nein
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer -	13	§ 3 Abs. 2 AntiDHG, § 6 Abs. 1 Satz 2 Anti-DHG	ja, zur Hälfte
Hilfe in anderen Lebenslagen		§§ 70 - 73 SGB XII	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 - 3 RK 67/8)
Hilfen zur Gesundheit	13	§§ 47 - 52 SGB XII	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 - 3 RK 67/8)
Hilfe zum Lebensunterhalt - RBSFV -	2.1	§ 27a BVG (bis 31.12.2023); § 93 SGB XIV (ab 01.01.2024), § 27 SGB XII	ja
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten		§§ 67 - 69 SGB XII	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 - 3 RK 67/8)
I			
Insolvenzgeld		§ 165 SGB III	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

J			
Jobticket	4.		ja, sofern kostenfreie Bereitstellung durch Arbeitgeber
Jubiläumsgeld	2.2.2, 4.		ja
K			
Kapitalentschädigung bzw. besondere Zuwendung für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	14.	§§ 16 Abs. 4, 17 und 17a StrRehaG	nein,
Kapitalentschädigung (Conterganopfer und Erben)		§§ 13, 18 ContStifG	nein, siehe auch Conterganrente)
Kapitalvermögen, Einkünfte aus –	5.	§ 20 EStG	ja
Kindererziehungsleistung (für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind)	7.1.1	§§ 294, 294a SGB VI, § 299 SGB VI	nein
Kindertageszuschüsse (z. B. vom Arbeitgeber)			ja
Kindergeld	2.1	§§ 62 ff. EStG, §§ 1 ff. BKGG	nein
Kinderkrankengeld	8.	§ 45 SGB V	ja
Kinderkrankengeld der Sozialen Entschädigung	8.	§ 47 Abs. 10 SGB XIV	ja
Kindertagespflege–Aufwandsentschädigung	12.	§ 23 SGB VIII	ja
Kinderverletztengeld	8.	§ 45 Abs. 4 SGB VII	ja
Kinderzulage		§ 217 SGB VII	nein
Kinderzuschlag		§ 33b BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB XIV (ab 01.01.2024), § 6a BKGG	nein
Kinderzuschuss der Rentenversicherung		§ 270 SGB VI	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Klassenfahrten, Leistungen für mehrtägige –		§ 23 Abs. 3 Nr. 3 SGB II	ja
Kleider- und Wäscheverschleiß, Pauschbetrag für		§ 15 BVG (bis 31.12.2023); § 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XIV (ab 01.01.2024)	nein
Kost und Wohnung	4.	§§ 2 und 3 SvEV	ja
Krankengeld	8.	§ 44 SGB V, § 53 Abs. 6 SGB V, §§ 12, 13 KVLG	ja
Krankengeld der Soldatenentschädigung	8.	§ 19 SEG	ja
Krankengeld der Sozialen Entschädigung	8.	§ 47 Abs. 1 –9 SGB XIV	ja
Krankentagegeld aus privater Krankenversicherung / ggf. auch als ergänzende Leistung zum gesetzlichen Krankengeld		§ 192 ff. VVG	ja
Krankenversicherungszuschlag		§ 13a BAföG	nein
Kriegsschadenrente		§ 261 LAG	ja
Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld		§§ 95, 110, 111 SGB III	ja
L			
Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus –	3.	§ 15 SGB IV	ja
Landeserziehungsgeld einzige Leistung nach § 10 Abs. 1 BEEG	9.	§ 10 BEEG, Landesgesetze	nein
zusätzlich zu anderen Leistungen nach § 10 Abs. 1 BEEG (z. B. Bayerisches Familiengeld)	9.3.		ja, je Kind der Betrag, um den der Gesamtbetrag aller Leistungen nach BEEG den Anrechnungsfreibetrag von 300 Euro übersteigt
Leibrenten, private	7.1		ja
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	10.	§§ 36 ff. SGB XI, § 44 SGB VII, §§ 61, 64 SGB XI, § 35 BVG (bis	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

		31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB XIV (ab 01.01.2024)	
Leistungen nach dem HIV-Hilfegesetz (HIVHG)		§ 17 Abs. 1 HIVHG	nein
M			
Mehraufwands-Wintergeld		§ 102 Abs. 3 SGB III	ja
Mehrbedarf für voll Erwerbsgeminderte	13.	§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	nein
Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt, Leistungen für –	13.	§ 21 SGB II	nein
Mehrbedarfsrente	7.1	§ 843 BGB	ja
Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung		§ 94 SGB VII	nein, § 94 Abs. 3 SGB VII
Meisterbafög (Aufstiegs-Bafög)		AFBG	nein
Mietzuschuss – RBSFV –		§§ 27a, 35 SGB XII	ja (vgl. BSG, 11.04.1984 – 12 RK 41/82)
Mutterschaftsgeld		§ 24i SGB V, § 14 KVLG 1989, § 19 MuSchG	ja, in den Fällen des § 10 BEEG nur der mtl. über 300 EUR hinausgehende Betrag
N			
Nutzungsvergütungen		§ 24 Nr. 3 EStG	ja
Nutzungswert der Sachbezüge (siehe auch „Sachbezüge“)	4.	§ 21 Abs. 2 EStG	ja, in Höhe der SvEV (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 6 EStG)
P			
Pflege, Hilfe zur –	10.	§ 44 SGB VII, § 61 SGB XII, § 26c BVG (bis 31.12.2023); § 145 Abs. 2 Nr. 1 SGB XIV (ab 01.01.2024)	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Pflegegeld, das an eine Pflegeperson weitergeleitet wird	10.	§ 13 Abs. 5 SGB XI	nein
Pflegegeld an Pflegebedürftige	10.	§ 37 SGB XI, § 44 SGB VII, § 64 SGB XII bzw. Landesgesetze; § 26c BVG (bis 31.12.2023); § 145 Abs. 2 Nr. 1 SGB XIV (ab 01.01.2024)	nein
Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus privaten Mitteln	12.		ja
Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen Mitteln	12.		ja
Pflegeunterstützungsgeld	8., 10.	§ 44a SGB XI	ja
Pflegeversicherungszuschlag		§ 13a BAföG	nein
Pflegewohngeld – RBSFV –	11.	z. B. § 12 PfgNW	ja, siehe Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts
Pflegezulage	10.	§ 35 BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB XIV (ab 01.01.2024)	nein
Prämienzahlung (Beitragsrückerstattung) durch die Krankenkasse		§ 53 Abs. 2 SGB V, § 242 Abs. 2 SGB V	nein (vgl. BSG, 19.09.2007 – B 1 KR 1/07 R)
Produktionsaufgaberente	7.1	§§ 5, 6 FELEG	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

R			
Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts – RBSFV –	11.	§ 27a Abs. 2 bis 5 SGB XII § 20 SGB II	ja
Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder medizinischer Rehabilitation		§§ 64, 73 SGB IX	nein, siehe jedoch „Verdienstaussfallersatzung“
Renten an beschädigte frühere Soldaten (Übergangsregelung: 01.01.2024 – 31.12.2024)		§ 80 SVG i.V.m. § 31 BVG in der bis zum 31.12.2023 geltenden Fassung	Ja, soweit diese die Entschädigungszahlungen nach § 83 SGB XIV übersteigen
Renten an Hinterbliebene frühere Soldaten (Übergangsregelung: 01.01.2024 – 31.12.2024)		§ 80 SVG i.V.m. § 40, 43, 46 BVG in der bis zum 31.12.2023 geltenden Fassung	ja
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich Kindererziehungszeiten	7.1	SGB VI, Art. 2 RÜG	ja
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte	7.4	§§ 56, § 62 SGB VII	ja, soweit diese die Entschädigungszahlungen nach § 83 SGB XIV überschreiten
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Hinterbliebene	7.5	§§ 65 bis 67, 69 SGB VII	ja
Renten aus einer Höherversicherung	7.1	§ 280 SGB VI	ja
Renten aus privater Lebensversicherung oder anderen Verträgen (z.B. Kaufpreisrente, nicht betriebsbezogene Riesterreute, Sofortrente)	7.1		ja, in Höhe des Ertragsanteils

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

[Leibrente, die auf der Einzahlung eines Kapitalbetrages bei einem privaten Versicherungsunternehmen beruht])			
Renten aus privater Unfallversicherung	7.5		ja
Renten aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen	7.1		ja
Renten der Alterssicherung der Landwirte	7.1	ALG	ja
Renten nach dem Bundesentschädigungsgesetz an Geschädigte	7.2	BEG	ja, soweit diese die Entschädigungszahlungen nach § 83 SGB XIV überschreiten
Renten nach dem Bundesentschädigungsgesetz an Hinterbliebene	7.2.1	BEG	ja
Renten von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen	7.1		ja
Rentennachzahlung	2.2.2, 7.1		ja
Reservistendienst Leistende, Leistungen an -		§§ 5 - 11 USG	ja
Ruhegehalt	7.1	BeamtVG	ja
S			
Sachbezüge		§§ 2 und 3 SvEV	ja
Sachschadenersatz		§ 13 SGB VII	nein
Schadenersatzrente		§ 843 BGB	ja
Schadensausgleich		§ 40a BVG (bis zum 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja
Schmerzensgeld		§ 253 Abs. 2 BGB	nein
Schwangerenmehrbedarf	13.	§ 30 Abs. 2 SGB XII	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Schwerstbeschädigtenzulage		§ 31 Abs. 4 BVG (bis zum 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 (ab 01.01.2024)	nein
Schwerverletztengulage	7.4	§ 57 SGB VII	ja
Selbständige Arbeit, Einkünfte aus –	4.	§ 18 EStG	ja
Solarstromanlagen, Gewinn aus –	4.	§ 4 EStG	ja
Sterbegeld		§ 37 BVG (bis zum 31.12.2023); § 142 SGB XIV i.V.m. § 37 BVG (ab 01.01.2024)	nein
Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“, Leistungen der –	14.	Gesetz zur Errichtung der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“ vom 02.08.2000	nein
Stiftung „Hilfe für NS-Verfolgte“, Leistungen der Hamburger –	14.		nein
Stiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“, Leistungen der –		§§ 1 ff. des Gesetzes zur Errichtung einer Stiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ (MuKStiftG)	nein
Stipendien als Deutschlandstipendium	19.	§ 5 Abs. 3 Satz 1 StipG	ja, der 300 Euro übersteigende Betrag
Stipendien durch Begabtenförderungswerke auf der Grundlage der "Zusätzlichen Nebenbestimmungen zur Förderung begabter Studentinnen und Studenten sowie begabter Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler" („StipendiumPlus“)	19.		nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Streikgelder		jeweilige Regelung für Gewerkschaftsmitglieder	ja
Studienbeihilfe durch Arbeitgeber			ja
T			
Tbc-Mehrbedarf	13.	§ 30 Abs. 5 SGB XII	nein
Teilarbeitslosengeld		§ 162 SGB III	ja
U			
Überbrückungsgeld in der Alterssicherung der Landwirte		§ 38 ALG	ja
Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse		§§ 10, 11 Satzung der Seemannskasse	ja
Übergangsgebühren nach dem Ausscheiden als Zeitsoldat		§§ 11, 11a SVG (bis 31.12.2024), § 16 SVG (ab 01.01.2025)	ja
Übergangsgeld	8.	§ 119 SGB III, § 26a BVG (bis 31.12.2023); 64 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XIV (ab 01.01.2024), §§ 49 ff. SGB VII, § 20 SGB VI, § 65 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 2 SGB IX, § 30 SEG	ja
Übergangsgelder und Übergangsbeihilfen wegen Entlassung aus einem Dienstverhältnis		§§ 62 ff. BAT, § 47 BeamtVG	ja
Übergangsleistung		§ 3 Abs. 2 BKV	ja
Unfallausgleich		§ 35 BeamtVG	nein
Unfallruhegehalt		§ 36 BeamtVG	ja
Unterbringungskosten im Alten- und Pflegeheim, die von Dritten getragen werden	15.; 11.2		ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Unterhalt, den getrenntlebende oder geschiedene Ehegatten erhalten	15.	§§ 1361 Abs. 4, 1585 Abs. 1 BGB	ja
Unterhalt, den getrenntlebende Lebenspartner oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	15.	§§ 12, 15 LPartG	ja
Unterhalt, den ständig im Heim lebende Ehe- bzw. Lebenspartner vom anderen Ehe- bzw. Lebenspartner erhalten	15.	§ 1360 BGB, § 5 LPartG	ja
Unterhaltszahlungen, freiwillige	15.		ja (BSG, Urteil v. 22.09.1988 – 12 RK 12/86 –)
Unterhalt, den Kinder von Dritten (z. B. von einem nicht regelmäßig mit ihnen zusammenlebenden Elternteil, vom Sozialamt, vom Jugendamt) erhalten	15.	z. B. UhVorschG	ja
Unterhalt des Kindes oder des Jugendlichen, Leistungen zum –	12.	§ 39 SGB VIII	ja
Unterhaltsbeihilfen		§ 26a Abs. 3 BVG (bis 31.12.2023); § 64 Abs. 3 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja
Unterhaltsbeihilfe für Angehörige von Kriegsgefangenen und politischen Häftlingen	7.2.1	§ 86 BVG (bis 31.12.2023); § 142 SGB XIV i.V.m: § 86 BVG (ab 01.01.2024)	ja
Unterhaltsbeitrag nach Beamtenrecht		§§ 15, 38, 38a BeamtVG	ja
Unterhaltshilfe		§ 267 ff. LAG	ja
Unterhaltshilfe wegen Pflegebedürftigkeit, Erhöhung der –	13.	§ 267 LAG	nein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Unterhaltssicherung, Leistungen zur - (Reservistendienst Leistende)		§§ 5 - 23 USG	ja (siehe auch Reservistendienst Leistende, Leistungen an -)
Unterkunft und Heizung, Leistungen für - - RBSFV -		§ 22 SGB II, § 35 SGB XII	ja
Unterstützungsleistungen für Opfer rechtsstaatswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	14.	§ 18 StrRehaG	nein, § 16 Abs. 4 StrRehaG
V			
Veräußerungsgewinne aus dem (Teil-)Verkauf eines Betriebes oder aus der (Teil-)Veräußerung des Betriebsvermögens	3.	§§ 14, 16, 18 Abs. 3 EStG	ja
Veräußerungsleibrente	7.1		ja, in Höhe des Ertragsanteils
Verdienstausfallentschädigung		§ 56 IfSG	ja
Verdienstausfallerstattung bei Haushaltshilfe, Dialyse oder Organspende			ja
Vergütung für Berufsbetreuer	2.2.1	§. § 1875 Abs. 2 BGB	ja
Verletztengeld	8.	§ 45 SGB VII	ja
Vermietung und Verpachtung, Einnahmen aus -	6.	§ 21 EStG	ja
Vermögenswirksame Leistungen	4.	§ 14 SGB IV i. V. m. 5. VermBG	ja
Verschollenheitsrente	7.2.1	§ 52 BVG (bis 31.12.2023); § 142 SGB XIV i.V.m. § 52 BVG (ab 01.01.2024)	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Versorgungsbezüge als Einnahmen aus nicht-selbständiger Arbeit	4.	§ 19 EStG	ja
Versorgungsbezüge als sonstige Einnahmen	7.1	§ 22 EStG	ja
Versorgungskrankengeld (für ehemalige Soldatinnen und Soldaten)	8.	§§ 16, 17 BVG i.V.m. § 81 Abs. 2 Satz 2 SEG (längstens bis zum 31.12.2027)	ja
Vorruhestandsgeld			ja
W			
Waisengeld		§ 23 BeamtVG	ja
Werksrente	7.1	§§ 19, 22 EStG	ja
Witwen-, Waisen-, Witwerbeihilfe	7.2.1	§48 BVG (bis 31.12.2023); § 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB XIV, § 148 SGB XIV (ab 01.01.2024)	ja
Witwen-/Witwerrentenabfindung	2.2.2	§ 107 SGB VI	ja
Witwengeld		§ 19 BeamtVG	ja
Wohngeld		§ 3 des 2. WoGG	nein
Z			
Zinsen aus Kapitalvermögen	5.	§ 20 EStG	ja
Zinszuschüsse des Arbeitgebers zu Darlehen, die mit der Errichtung oder dem Erwerb einer eigengenutzten Wohnung des Arbeitnehmers zusammenhängen	4.		ja
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit	4.	§ 3b EStG	ja
Zuschüsse des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld	4.	§ 20 MuSchG	ja

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 12.03.2025

Zuschüsse während der Mutterschutzfrist für Beamtinnen	4.	§ 5 MuSchEltZV	ja
Zuschuss-Wintergeld		§ 102 Abs. 2 SGB III	ja
Zuwendungen, die Arbeitnehmer anlässlich ihrer Eheschließung oder der Geburt eines Kindes von ihrem Arbeitgeber erhalten	4.		ja

22.Anlage 2: Muster von Rentenanpassungsmitteilungen

Im Folgenden sind Muster von zwei Rentenanpassungsmitteilungen dargestellt. Die im Rahmen des § 55 bzw. § 62 SGB V bei der Ermittlung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt berücksichtigungsfähigen Beträge sind schwarz unterlegt.

Rentenanpassung zum 01.07.2012
für Frau/Herrn Muster

**Deutsche
Rentenversicherung**

Frau/Herrn
Muster
Musterstr. 25
00000 Musterstadt

Rentenanpassung zum 01.07.2012
Ihre Altersrente (XXX XX XXXXXX X XXX XX)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

- die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung werden zum 01.07.2012 angepasst. Wie sich die Anpassung auf die Höhe Ihrer Rente auswirkt, zeigen wir Ihnen in diesem Bescheid.

Bisherige und neue Beträge im Vergleich

	Bisheriger Betrag	Betrag ab 01.07.2012
	EUR Ct	EUR Ct
Ihre monatliche Rente beträgt	978,62	1.000,00
- Ihr Anteil am Beitrag zur Krankenversicherung	- 80,25	- 82,00
- Ihr Beitrag zur Pflegeversicherung	- 19,08	- 19,50
Die laufende Zahlung beträgt	879,29	898,50

Der neue Betrag der laufenden Zahlung wird zum 29.06.2012 zum ersten Mal ausgezahlt.

Rentenanpassung zum 01.07.2012
für Frau/Herrn Muster

Deutsche Rentenversicherung

Frau/Herrn

Muster

Musterstr. 25

00000 Musterstadt

Rentenanpassung zum 01.07.2012 Ihre Witwenrente (XXX XX XXXXXX X XXX XX)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung werden zum 01.07.2012 angepasst. Wie sich die Anpassung auf die Höhe Ihrer Rente auswirkt, zeigen wir Ihnen in diesem Bescheid.

Bisherige und neue Beträge im Vergleich

	Bisheriger Betrag	Betrag ab 01.07.2012
	EUR Ct	EUR Ct
Ihre monatliche Rente beträgt	561,25	573,49
Zuschuss zur freiwilligen Krankenversicherung	+ 40,99	+ 41,86
Die laufende Zahlung beträgt	602,24	615,35

Der neue Betrag der laufenden Zahlung wird zum 29.06.2012 zum ersten Mal ausgezahlt.

Ihre Rente trifft mit einer Leistung der Unfallversicherung zusammen. Nähere Informationen dazu erhalten Sie auf der nächsten Seite.

Seite 2

Zusammentreffen von Renten und Leistungen aus der Unfallversicherung

Ihre Witwenrente trifft mit einer Leistung aus der Unfallversicherung zusammen. Sie ist nur insoweit zu zahlen, als sie zusammen mit der Leistung aus der Unfallversicherung den maßgebenden Grenzbetrag nicht übersteigt.

1) Zu berücksichtigende Rente

Rente aus der Rentenversicherung	790,73 EUR	
abzüglich abzusetzender Beträge	82,84 EUR	
zu berücksichtigende Rente		707,89 EUR

2) Zu berücksichtigende Leistung aus der Unfallversicherung

Postabrechnungsnummer	266	
Rentenzeichen	00591116322001	
Minderung der Erwerbsfähigkeit	40,00 v.H.	
Jahresarbeitsverdienst	19.625,97 EUR	
mtl. Leistung aus der Unfallversicherung	654,20 EUR	

zu berücksichtigende Leistung aus der Unfallversicherung 654,20 EUR

3) Summe der Rentenbeträge aus der Rentenversicherung und aus der Unfallversicherung

Summe der Rentenbeträge 1.362,09 EUR

4) Berechnung Ihrer Witwenrente

Die Summe der Rentenbeträge von	1.362,09 EUR	
übersteigt den Grenzbetrag von	1.144,85 EUR	
um	217,24 EUR	
Die Rente der Rentenversicherung von		790,73 EUR
ist um den Betrag von		217,24 EUR
zu mindern. Ihre Witwenrente beträgt somit		573,49 EUR

•



NIEDERSCHRIFT

TOP 5

§ 24i SGB V – Mutterschaftsgeld;

Umsetzung des Mutterschutzanpassungsgesetzes

Gremium: Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht
Datum: 12.03.2025

Verfasst von: GKV-Spitzenverband

Sachverhalt

Nach § 24i Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, Mutterschaftsgeld. Dieses wird gemäß § 24i Abs. 2 Satz 1 SGB V in Höhe des um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelts der letzten drei abgerechneten Kalendermonate (Berechnungszeitraum) vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 1 MuSchG gezahlt. Es beträgt höchstens 13 EUR für den Kalendertag. Sofern das Nettoarbeitsentgelt höher ist, ist der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle zu zahlen (vgl. § 24i Abs. 2 Satz 4 SGB V). Für Frauen nach § 24i Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt (vgl. § 24i Abs. 2 Satz 5 SGB V).

Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten 6 Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten 8 Wochen nach der Entbindung geleistet. Bei Früh- und Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen vor Ablauf von 8 Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt und ein Antrag nach § 3 Abs. 2 Satz 4 MuSchG gestellt wird, verlängert sich der Zeitraum der Zahlung des Mutterschaftsgeldes auf die ersten 12 Wochen nach der Entbindung (§ 24i Abs. 3 Sätze 1 - 3 SGB V).

Durch das Gesetz zur Anpassung des Mutterschutzgesetzes und weiterer Gesetze – Anspruch auf Mutterschutzfristen nach einer Fehlgeburt vom 24.02.2025 (Mutterschutzanpassungsgesetz, BGBl 2025 Teil 1 Nr. 59) werden die Regelungen zu den Schutzfristen in § 3 MuSchG mit Wirkung zum 01.06.2025 dahingehend erweitert, dass beginnend ab der 13. Schwangerschaftswoche auch eine Schutzfrist bei

Fehlgeburten eingeführt wird. Die Regelungen zur Zahlung des Mutterschaftsgeldes in § 24i Abs. 3 SGB V werden durch eine Verweisregelung auf das Mutterschutzgesetz entsprechend angepasst.

Nach den im Rahmen des Mutterschaftsanpassungsgesetzes vorgesehenen Regelungen in einem neuen Absatz 5 des § 3 MuSchG dürfen Arbeitgeber Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben, bei einer Fehlgeburt ab der

- 13. Schwangerschaftswoche bis zum Ablauf von 2 Wochen,
- 17. Schwangerschaftswoche bis zum Ablauf von 6 Wochen und
- 20. Schwangerschaftswoche bis zum Ablauf von 8 Wochen

nicht beschäftigen, soweit sich die Frauen nicht selbst ausdrücklich zur Arbeitsleistung bereit erklärt haben.

Um unterschiedliche Interpretationen der gesetzlichen Regelungen zu vermeiden und eine einheitliche Umsetzung der neuen Leistungsansprüche nach einer Fehlgeburt sicherzustellen, erscheint eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 11.12.2024 zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich. Da die erweiterten Ansprüche auf Mutterschaftsgeld nach einer Fehlgeburt bereits ab dem 01.06.2025 bestehen und eine kurzfristige abschließende Überarbeitung und Abstimmung des gemeinsamen Rundschreibens nicht erfolgen kann, wurde es als erforderlich angesehen, sich zunächst im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht zur Rechtsauslegung in Bezug auf die folgenden wesentlichen Änderungen zu beraten und Handlungsempfehlungen in Form eines Besprechungsergebnisses zu geben:

1. Anspruchsberechtigter Personenkreis

Mit dem Mutterschutzanpassungsgesetz wird § 24i Abs. 3 SGB V wie folgt neu gefasst:

„Das Mutterschaftsgeld wird für die Zeit der Schutzfrist nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie für den Entbindungstag gezahlt. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der voraussichtliche Tag der Entbindung angegeben ist. Für Mitglieder, deren Arbeitsverhältnis während der Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes beginnt, wird das Mutterschaftsgeld von Beginn des Arbeitsverhältnisses an gezahlt.“

Mit dem Verweis in § 24i Abs. 3 Satz 1 SGB V n.F. auf das MuSchG ermöglicht der Gesetzeswortlaut die Interpretation, dass ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nur denjenigen Versicherten einzuräumen ist, für die das MuSchG zur Anwendung kommt. Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 MuSchG gilt das MuSchG für Frauen in einer Beschäftigung im Sinne von § 7 Abs. 1 SGB IV; unabhängig davon, ob ein solches Beschäftigungsverhältnis vorliegt, gilt das Mutterschutzgesetz auch für Frauen in weiteren in § 1 Abs. 2 Satz 2 MuSchG abschließend genannten Tätigkeiten/Beschäftigungen. Hingegen regelt § 24i Abs. 1 Satz 1 SGB V im Grundsatz, dass weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Krankengeld haben, auch Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben; dieser Anspruch setzt demnach nicht das Vorliegen einer Beschäftigung voraus, sodass nach § 24i Abs. 1 SGB V bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld auch versicherten selbstständigen und arbeitslosen weiblichen Versicherten sowie Künstlerinnen und Publizistinnen, für die jeweils das

MuSchG nicht gilt, einzuräumen wäre. Für diese Personenkreise würde somit kein normierter Zahlungszeitraum für Mutterschaftsgeld bestehen, sofern mit dem Verweis auf das MuSchG in § 24i Abs. 3 SGB V n.F. die Intention verbunden wäre, die Regelungen nur für Personen zur Anwendung zu bringen, für die das MuSchG gilt. Dies bedarf der Rechtsauslegung.

Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass der aktuelle Wortlaut des § 24i Abs. 3 SGB V keinen Verweis auf das MuSchG enthält, sondern die Zeiträume explizit aufführt, für die Mutterschaftsgeld gezahlt wird. Diese Systematik ohne Verweis auf das MuSchG folgt aus einer bewussten Entscheidung des Gesetzgebers im Rahmen des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) vom 23.10.2012 (BGBl. I Nr. 54, S. 2246 ff.), mit dem 2012 die Regelungen zum Mutterschaftsgeld aus der RVO in das SGB V übernommen wurden. So wird in der Gesetzesbegründung zum PNG u.a. ausgeführt: *„Die Bezugnahme auf die Regelung des Mutterschutzgesetzes wird nunmehr ersetzt durch die Formulierung „Zeitraum von sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung“. Damit wird der Rechtspraxis Rechnung getragen, wonach auch für freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld gesetzlich versicherte Selbstständige und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld ein Anspruch auf Verlängerung der Bezugsdauer von Mutterschaftsgeld gegeben sein soll, sofern eine Frühgeburt oder sonstige vorzeitige Entbindung vorliegt. Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld und freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld gesetzlich versicherte Selbstständige findet § 3 Absatz 2 MuSchG keine unmittelbare Anwendung, weshalb die nur für Arbeitnehmerinnen im Sinne des Mutterschutzgesetzes geltende Bezugsregelung gestrichen wird (vgl. Bericht des Ausschusses für Gesundheit, Bundestagsdrucksache 17/10170, S. 24).“*

Vor diesem Hintergrund ist fraglich, ob der Gesetzgeber mit der „Rückkehr“ zu einer Verweisregelung auf das Mutterschutzgesetz in § 24i Abs. 3 SGB V n.F. nunmehr die Intention verfolgt, Ansprüche auf Mutterschaftsgeld auf vom MuSchG erfasste Personenkreise zu beschränken. Weder die Zielsetzung noch die Gesetzesmaterialien zum Mutterschutzanpassungsgesetz lassen eine solche Intention erkennen. Mit dem Mutterschutzanpassungsgesetz wird ausweislich der Gesetzesbegründung das Ziel verfolgt, die bestehenden Regelungen zu den Schutzfristen und den Ansprüchen auf Mutterschaftsgeld auf Fälle nach Fehlgeburten zu erweitern. Hinweise darauf, dass davon bestimmte Personenkreise ausgeschlossen sein sollen, sind nicht erkennbar. Zudem haben die Fraktionen CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/ Die Grünen zur abschließenden Beratung des Mutterschaftsanpassungsgesetzes im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 27.01.2025 einen Entschließungsantrag mit der Ausschussdrucksachen-Nummer 20(13)145 eingebracht. In dem Entschließungsantrag wird im Kontext der Anpassung der Regelung des § 24i Abs. 3 SGB V zum Ausdruck gebracht, dass damit ausdrücklich auch Frauen erfasst werden sollen, für die das Mutterschutzgesetz keine unmittelbare Anwendung findet. Das könnten beispielsweise auch Selbstständige sein. Voraussetzung sei, dass die selbstständig erwerbstätige Frau in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Krankengeld hat. In diesem Fall habe diese Selbstständige nach einer Fehlgeburt auch künftig Anspruch auf das Mutterschaftsgeld. Die Dauer der Zahlung des Mutterschaftsgeldes (neue Fassung des § 24i Absatz 3 SGB V) entspreche den Schutzfristen nach § 3 des Mutterschutzgesetzes (s. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (13. Ausschuss), Drucksache 20/14783, S. 6).

Wenngleich in diesem Entschließungsantrag explizit nur selbstständige Frauen und nicht auch arbeitslose Frauen sowie Künstlerinnen und Publizistinnen angeführt werden, ist dem

Entschließungsantrag dennoch die allgemeine Intention zu entnehmen, die aktuell geltenden und die erweiterten Regelungen zu den Schutzfristen im Kontext des Anspruchs auf Mutterschaftsgeld auch auf Frauen anzuwenden, für die das Mutterschutzgesetz keine unmittelbare Anwendung findet, zumal Selbstständige nur „beispielsweise“ genannt werden. Dafür spricht auch, dass im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung unter dem Punkt II. (s. Bundestagsdrucksache 20/14231, Seite 9) Folgendes ausgeführt wird: *„Es ist aus Gleichbehandlungsgründen eine entsprechende Anpassung mutterschutzrechtlicher Sonderregelungen notwendig. Dies betrifft Frauen, die vom Mutterschutzgesetz nicht erfasst werden, wie Beamtinnen, Soldatinnen oder auch Selbständige.“*. Auch diese Aussage spricht dafür, dass die o.g. Personenkreise nicht von den Ansprüchen ausgeschlossen sein sollen.

Mit § 24i Abs. 1 Satz 2 SGB V wird der Anspruch auf Mutterschaftsgeld in den Fällen geregelt, in denen bei Frauen das Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 1 MuSchG endet und diese am letzten Tag des Arbeitsverhältnisses Mitglied einer Krankenkasse waren. Da insoweit durch das Mutterschutzanpassungsgesetz keine Ergänzung des Verweises auch auf den neuen Absatz 5 des § 3 MuSchG vorgenommen wird, wäre nach dem reinen Gesetzeswortlaut ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld folglich nicht gegeben, wenn das Arbeitsverhältnis unmittelbar vor einer Fehlgeburt endet. Ausgehend von der Gesetzesintention, die bestehenden Regelungen zu den Schutzfristen und den Ansprüchen auf Mutterschaftsgeld um Fälle nach Fehlgeburten zu erweitern, dürfte von einem redaktionellen Versehen des Gesetzgebers auszugehen sein, nicht alle Verweise in § 24i SGB V auf Kompatibilität mit § 3 MuSchG n.F. geprüft zu haben. Von daher erscheint eine analoge Umsetzung der Regelungen zu den Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 MuSchG sachgerecht.

2. Höhe des Mutterschaftsgeldes

Die Höhe des Mutterschaftsgeldes ist in § 24i Abs. 2 SGB V gesetzlich geregelt. In § 24i Abs. 2 Satz 1 SGB V ist festgelegt, dass Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 1 MuSchG in einem Arbeitsverhältnis stehen, Mutterschaftsgeld in Höhe des um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen Arbeitsentgelts der letzten drei abgerechneten Kalendermonate erhalten, höchstens 13 EUR je Kalendertag (§ 24i Abs. 2 Satz 2 SGB V). Gemäß § 24i Abs. 2 Satz 5 SGB V erhalten andere Mitglieder Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes. Eine Änderung dieser gesetzlichen Regelungen ist mit dem Mutterschaftsanpassungsgesetz nicht vorgesehen.

Durch den vorgenannten Verweis in § 24i Abs. 2 Satz 1 SGB V auf § 3 Abs. 1 MuSchG ist fraglich, ob die Regelungen zur Höhe des Mutterschaftsgeldes auch bei Fehlgeburten gelten, da die Schutzfristen bei Fehlgeburten nicht in § 3 Abs. 1 MuSchG, sondern in § 3 Abs. 5 MuSchG n.F. geregelt werden. Bei einer rein am Gesetzeswortlaut orientierten Auslegung könnte demnach im Fall von Fehlgeburten auch bei beschäftigten Frauen die Regelung des § 24i Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Zahlung des Mutterschaftsgeldes in Höhe des Krankengeldes zur Anwendung kommen. Aus den Gesetzesmaterialien ergeben sich jedoch keinerlei Hinweise darauf, dass dies die Intention des Gesetzgebers war; es ist vielmehr – wie bei Punkt 1 - von einem redaktionellen Versehen des Gesetzgebers auszugehen, nicht alle Verweise in § 24i SGB V auf Kompatibilität mit § 3 MuSchG n.F. geprüft zu haben. Hierfür sprechen auch die folgenden Ausführungen aus der Gesetzesbegründung unter dem Punkt II. (s. Bundestagsdrucksache 20/14231, Seite 9): *„Betroffene Frauen sind damit künftig nicht auf eine Krankschreibung einer Ärztin bzw. eines Arztes nach einer Fehlgeburt angewiesen. Der Arbeitgeber der betroffenen Frau hat im Fall eines entsprechenden Beschäftigungsverbots Anspruch auf Erstattung der mutterschutzrechtlichen*

Leistungen im Rahmen des U2-Umlageverfahrens in Höhe von 100 Prozent.“ Danach geht der Gesetzgeber davon aus, dass bei beschäftigten Frauen die Krankenkasse nicht Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes, sondern das auf höchstens 13 EUR begrenzte Mutterschaftsgeld leistet und ergänzend ein Anspruch auf den Arbeitgeberzuschuss nach § 20 MuSchG i. V. m. §24i Abs. 2 Satz 4 SGB V besteht.

3. Stichtagsregelung

Die gesetzlichen Regelungen treten ohne Übergangsregelungen zum 01.06.2025 in Kraft. Vor diesem Hintergrund ist unstrittig, dass der neue Anspruch auf Mutterschaftsgeld bei einer Fehlgeburt auf Fehlgeburten ab dem 01.06.2025 anzuwenden ist. Fraglich erscheint, ob die neuen Regelungen auch in Fallkonstellationen mit Wirkung ab dem 01.06.2025 anzuwenden sind, wenn die Fehlgeburt vor dem 01.06.2025 erfolgt und die sich aus der Fehlgeburt ergebende Schutzfrist über den 01.06.2025 hinaus andauern würde. Weder der Gesetzestext noch die Gesetzesbegründung geben Hinweise darauf, dass Letzteres intendiert ist; dies wäre auch nicht sach- und praxisgerecht, da die betroffene Frau bei einer Fehlgeburt vor dem 01.06.2025 unmittelbar nach der Fehlgeburt zunächst bis zum 31.05.2025 keiner Schutzfrist unterliegen würde und damit nur bei Feststellung von Arbeitsunfähigkeit der Arbeit fernbleiben könnte. Erst ab dem 01.06.2025 würde dann eine Schutzfrist für ggf. wenige Resttage eintreten und ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld entstehen können. Damit könnte der Zweck des Mutterschaftsanpassungsgesetzes nicht erfüllt werden. Auch dies spricht für das alleinige Abstellen auf Fehlgeburten ab dem 01.06.2025.

4. Dauer des Anspruchs / Berücksichtigung des Tages der Fehlgeburt

Fraglich war, ob auch für den Tag der Fehlgeburt ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht, da nach § 24i Abs. 3 Satz 1 SGB V n.F. das Mutterschaftsgeld für die Zeit der Schutzfrist nach § 3 MuSchG sowie für den Entbindungstag zu zahlen ist; der Tag der Fehlgeburt bleibt insoweit unerwähnt. Nach dem Wortlaut der Regelung in § 3 Abs. 5 MuSchG darf die Frau bei einer Fehlgeburt ab der 13., 17. bzw. 20. Schwangerschaftswoche bis zum Ablauf von 2, 6 bzw. 8 Wochen nicht beschäftigt werden. Die Formulierung „bei einer Fehlgeburt ... bis zum Ablauf von...“ legt nahe, dass insoweit der Tag der Fehlgeburt inkludiert ist. Hingegen wird in den allgemeinen Ausführungen der Gesetzesbegründung jeweils von einer Schutzfrist nach der Fehlgeburt gesprochen. Insoweit beginnt die jeweilige Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 5 MuSchG am Tag nach der Fehlgeburt. Hinweise darauf, dass mit dem Verzicht auf die Nennung des Tages der Fehlgeburt in § 24i Abs. 3 Satz 1 SGB V n.F. intendiert ist, diesen Tag von der Zahlung des Mutterschaftsgeldes auszunehmen, liegen jedoch nicht vor. Zu berücksichtigen ist insoweit auch, dass durch § 2 Abs. 6 MuSchG n.F. gesetzlich geregelt wird, dass die Regelungen zur Entbindung im Falle einer Fehlgeburt entsprechende Anwendung finden, soweit nichts Abweichendes geregelt ist. Da im Falle einer Entbindung für den Entbindungstag ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld gemäß § 24i Abs. 3 Satz 1 SGB V n.F. (auch weiterhin) besteht und nichts Abweichendes geregelt ist, spricht auch dies dafür, für den Tag der Fehlgeburt einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld einzuräumen.

5. Anspruchsdauer bei Totgeburten

Nach § 3 Abs. 2 Satz 1 und 2 MuSchG darf der Arbeitgeber eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt wird.

Durch das Mutterschutzanpassungsgesetz wird geregelt, dass die Verlängerung der Schutzfrist nach Satz 2 nicht bei einer Totgeburt gilt.

Im Gesetzentwurf wird dazu ausgeführt, dass im Rahmen der umfangreichen vorbereitenden Fachgespräche für die Neuregelung im MuSchG deutlich wurde, dass die Länge der Mutterschutzfristen nach einer Totgeburt unklar zu sein scheint. Sofern ein Kind nach der 24. Schwangerschaftswoche tot geboren würde, bestand laut Gesetzesbegründung teilweise die Auffassung, dass die Länge der Mutterschutzfristen insgesamt 18 Wochen beträgt, da in die Berechnung auch der für Frühgeburten nach § 3 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Mutterschutzgesetzes maßgebliche Zeitraum von zusätzlichen vier Wochen mit zu berücksichtigten ist. Die verlängerte nachgeburtliche Mutterschutzfrist für Mehrlings- und Frühgeburten trägt aber laut der Gesetzesbegründung typischerweise dem Umstand Rechnung, dass Früh- und Mehrlingsgeburten einer wesentlich umfangreicheren Pflege bedürfen und die Mutter somit auch psychisch bzw. physisch größeren Herausforderungen ausgesetzt ist. Es wird klargestellt, dass dies im Falle einer Totgeburt nicht zutrifft (Bundestagsdrucksache 20/14231, S. 2f.).

Vor diesem Hintergrund sind die im Gemeinsamen Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 11.12.2024 zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft unter Punkt 9.4.3 erfolgten Ausführungen bei nächster Gelegenheit dahingehend anzupassen, dass bei einer Totgeburt mit Anzeichen einer Frühgeburt keine verlängerte Schutzfrist gewährt werden kann.

Die gesetzlichen Änderungen und die dabei zugrunde gelegte Argumentation, mit den verlängerten Schutzfristen nach der Entbindung dem wesentlich umfangreicheren Pflegebedarf bei Früh- und Mehrlingsgeburten und den auch psychisch bzw. physisch größeren Herausforderungen der Mutter Rechnung zu tragen, werfen die Frage auf, inwieweit sich die ausgeschlossene Anwendung der Regelungen für Totgeburten auf Sachverhalte der Mehrlingsschwangerschaften auswirkt. Nach der dargestellten Intention des Gesetzgebers dürfte davon auszugehen sein, dass bei Mehrlingsgeburten, bei denen mindestens 2 Kinder lebend zur Welt gebracht werden, die Verlängerung der Schutzfrist weiterhin angezeigt ist, weil der umfangreichere Pflegebedarf nach der Entbindung durch die Geburt von Mehrlingen gegeben ist. Diese Bewertung sollte auch unabhängig davon gelten, ob ein weiteres Kind im Rahmen dieser Schwangerschaft tot geboren wird. Anders dürfte der Sachverhalt gelagert sein, wenn bei einer Mehrlingsschwangerschaft nur ein Kind lebend und mindestens ein weiteres Kind tot geboren wird. In diesen Fällen dürften die Voraussetzungen für eine Verlängerung der Schutzfrist nach der Geburt aufgrund der Einordnung als Mehrlingsgeburt entsprechend der zuvor dargestellten Intention des Gesetzgebers nicht vorliegen. Liegen bei diesem lebend geborenen Kind Anzeichen einer

Frühgeburt vor oder wird bei ihm innerhalb von 8 Wochen nach der Entbindung eine Behinderung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt, kommt eine Verlängerung der Schutzfrist hingegen nach § 3 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 oder Nr. 3 MuSchG in Betracht.

6. Bescheinigung einer Fehlgeburt / Antragsverfahren

Durch die neu eingeführten Leistungsansprüche bedarf es einer Klärung, welche Unterlagen zur Leistungsbegründung durch die Versicherten bei den Krankenkassen vorzulegen sind.

Zu den dargestellten Rechtsauslegungsfragen war eine Beratung im Kreis der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

Beratungsergebnis

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass die gesetzlichen Änderungen durch das Mutterschutzanpassungsgesetz mit Wirkung ab dem 01.06.2025 insbesondere unter Berücksichtigung folgender Rechtsauslegungen und Empfehlungen umzusetzen sind:

1. Anspruchsberechtigter Personenkreis

Auch weibliche Mitglieder, die selbstständig tätig, arbeitslos, oder als Künstlerinnen oder Publizistinnen tätig sind und für die deshalb das Mutterschutzgesetz nicht zur Anwendung kommt, haben einen Anspruch auf Mutterschaftsgeld einschließlich der erweiterten Ansprüche nach einer Fehlgeburt, sofern sie mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Eine andere Auslegung des in § 24i Abs. 3 Satz 1 SGB V n.F. vorgesehenen Verweises auf das Mutterschutzgesetz wäre mit dem erkennbaren gesetzgeberischen Willen nicht vereinbar.

In Fällen einer Fehlgeburt unmittelbar nach Ende der Beschäftigung ist eine analoge Anwendung des § 24i Abs. 1 Satz 2 SGB V angezeigt und ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld einzuräumen, da dies dem erkennbaren gesetzgeberischen Willen entspricht.

2. Höhe des Mutterschaftsgeldes

Für die Höhe des Mutterschaftsgeldes in Fällen einer Fehlgeburt gelten die Regelungen des § 24i Abs. 2 SGB V. Ungeachtet der Tatsache, dass in § 24i Abs. 2 Satz 1 SGB V ausschließlich auf die Schutzfrist nach Abs. 1 MuSchG verwiesen wird, ist für beschäftigte Frauen auch in Fällen der Schutzfrist nach § 3 Abs. 5 MuSchG n.F. das Mutterschaftsgeld nach den Regelungen des § 24i Abs. 2 Sätze 1 bis 4 SGB V zu berechnen. Eine Berechnung des Mutterschaftsgeldes nach der Regelung des § 24i Abs. 2 Satz 5 SGB V und damit die Zahlung des Mutterschaftsgeldes in Höhe des Krankengeldes wäre mit dem gesetzgeberischen Willen nicht vereinbar.

Die Regelung des § 24i Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Zahlung des Mutterschaftsgeldes in Höhe des Krankengeldes kommt in diesen Fällen nur zur Anwendung, bei denen das Arbeitsverhältnis

unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist aufgrund der Fehlgeburt endet (analoge Anwendung § 24i Abs. 1 Satz 2 SGB V).

3. Stichtagsregelung

Ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld bei einer Fehlgeburt besteht für Fehlgeburten ab dem 01.06.2025. Bei Fehlgeburten vor dem 01.06.2025 besteht auch dann kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld ab dem 01.06.2025, wenn die Schutzfrist nach der Fehlgeburt gemäß § 3 Abs. 5 MuSchG n.F. über den 01.06.2025 hinaus bestehen würde.

4. Dauer des Anspruchs / Berücksichtigung des Tages der Fehlgeburt

Die Regelung in § 24i Abs. 3 Satz 1 SGB V n.F., wonach das Mutterschaftsgeld für die Zeit der Schutzfrist nach § 3 des Mutterschutzgesetzes sowie für den Entbindungstag gezahlt wird, ist nach der erkennbaren Intention des Gesetzgebers in der Weise auszulegen, dass im Falle einer Fehlgeburt auch für den Tag der Fehlgeburt ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht. Das Mutterschaftsgeld ist somit für den Tag der Fehlgeburt und

- ab der 13. Schwangerschaftswoche für 2 Wochen nach dem Tag der Fehlgeburt,
- ab der 17. Schwangerschaftswoche für 6 Wochen nach dem Tag der Fehlgeburt,
- ab der 20. Schwangerschaftswoche für 8 Wochen nach dem Tag der Fehlgeburt

zu leisten. Sofern am Tag der Fehlgeburt noch gearbeitet wurde, ruht das Mutterschaftsgeld aufgrund des gezahlten Arbeitsentgelts (§ 24i Abs. 4 SGB V).

5. Anspruchsdauer bei Totgeburten

Die Regelungen zur Verlängerung der Schutzfristen nach § 3 Abs. 2 Satz 2 SGB V gelten nach Inkrafttreten des Mutterschutzanpassungsgesetzes nicht (mehr) für Totgeburten. Vor diesem Hintergrund kann an der Rechtsauffassung, dass bei einer Totgeburt eine Verlängerung der Mutterschutzfristen erfolgt, wenn bei dem Kind die Anzeichen einer Frühgeburt vorliegen und sein Gewicht mindestens 500 g beträgt oder bei einem Gewicht von unter 500 g die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde (vgl. gemeinsames Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 11.12.2024 zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Punkt 9.4.3) nicht festgehalten werden. Das gemeinsame Rundschreiben wird bei der nächsten Überarbeitung entsprechend angepasst.

Die Regelungen des § 3 Abs. 2 Sätze 2 und 3 MuSchG n.F. sind dahingehend auszulegen, dass im Fall einer Mehrlingsschwangerschaft, nach der mindestens zwei Kinder lebend zur Welt gebracht werden, unabhängig davon eine Verlängerung der Schutzfrist vorzunehmen ist, ob ein weiteres Kind oder weitere Kinder im Rahmen dieser Schwangerschaft tot geboren werden. Wird bei einer Mehrlingsschwangerschaft nur ein Kind lebend und ein oder mehrere Kinder tot geboren, handelt es sich nicht um einen Tatbestand einer Mehrlingsgeburt im Sinne von § 3 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 MuSchG, der insoweit zu einer Verlängerung der Schutzfrist führt. Liegen bei diesem lebend geborenen Kind Anzeichen einer Frühgeburt vor oder wird bei ihm innerhalb von 8 Wochen nach der Entbindung eine

Behinderung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX ärztlich festgestellt, kommt eine Verlängerung der Schutzfrist hingegen nach § 3 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 oder Nr. 3 MuSchG in Betracht.

6. Bescheinigung einer Fehlgeburt

Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, mit der KBV ein Vordruckmuster für die ärztliche Bescheinigung einer Fehlgeburt abzustimmen. Diese sollte analog Muster 3 auch den Antrag der Versicherten beinhalten. Bis zur produktiven Einführung des Vordruckmusters wird angestrebt, eine Musterbescheinigung mit der KBV zu vereinbaren, deren Nutzung durch die Ärzte seitens der KBV empfohlen werden soll. Der GKV-Spitzenverband wird zudem gebeten, gemeinsam mit der DKG eine analoge Nutzung der Musterbescheinigung durch die Krankenhäuser zu beraten. Bis zur vollständigen Einführung eines neuen Vordruckmusters sind auch andere ärztliche Bescheinigungen über Fehlgeburten von den Krankenkassen zu akzeptieren und bei der Leistungsgewährung zu berücksichtigen.

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten darüber hinaus einvernehmlich die Auffassung, dass ein Schwangerschaftsabbruch auch eine Totgeburt im Sinne des § 2 Abs. 6 Satz 1 MuSchG n.F. sein kann und den betroffenen Frauen bei Vorlage der entsprechenden Bescheinigungen über die Totgeburt entsprechende Leistungsansprüche zu gewähren sind.

Das gemeinsame Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 11.12.2024 zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft wird bei nächster Gelegenheit entsprechend angepasst.