

GKV-Spitzenverband, Berlin

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

Bundesverband der Betriebskrankenkassen GbR, Essen

IKK e.V., Berlin

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Kassel

Knappschaft, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V., Berlin

Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände
der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene
vom 25. August 2009

zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Änderung
arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009

(BGBl. I, Nr. 43, vom 22. Juli 2009, ab S. 1990)

Vorwort

Der Deutsche Bundestag hat am 18. Juni 2009 das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften beschlossen; der Bundesrat hat dem Gesetz am 10. Juli 2009 zugestimmt.

Das Gesetz ist nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt (BGBl Nr. 43 vom 22. Juli 2009, S. 1990) am 23. Juli 2009 in Kraft getreten, soweit Artikel 19 Abs. 2 bis 8 nichts Abweichendes regelt.

Von der Gesetzesänderung sind auch leistungsrechtliche Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen, die in diesem gemeinsamen Rundschreiben erläutert werden. Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

§ 16 SGB V – Ruhen des Anspruchs

(1) bis (3) ...

(3a) Der Anspruch auf Leistungen für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht nach näherer Bestimmung des § 16 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes. Satz 1 gilt entsprechend für Mitglieder nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig in Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

(4) ...

§ 8 KVLG 1989 – Grundsatz

(1) ...

(2) ...

(2a) Der Anspruch auf Leistungen ruht für Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen; ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die

Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

(3) ...

1. Allgemeines

Bei wiederholtem Nichtzahlen der Beiträge wird ein Ruhens des Leistungsanspruchs angeordnet. Nunmehr wird klargestellt, dass sich die Ruhensordnung im Falle von Beitragslücken allein auf das zur Zahlung verpflichtete Mitglied bezieht. Die Ruhensanordnung endet zudem, sobald eine Ratenzahlung vereinbart wurde. Außerdem wurden Früherkennungsuntersuchungen von der Ruhensregelung ausgenommen. Im Nachfolgenden werden lediglich die gesetzlichen Änderungen erläutert. Die darüber hinausgehenden bisherigen Aussagen der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen sind entsprechend weiter gültig.

2. Begrenzung der Ruhensregelung auf das Mitglied

Die Krankenkasse hat für Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate trotz Mahnung im Rückstand sind, das Verfahren zur Feststellung des Ruhens der Leistungsansprüche analog § 16 Abs. 2 KSVG einzuleiten. Die Beschränkung der Ruhensregelung auf Mitglieder führt dazu, dass die Ruhensregelung auf Familienversicherte nicht (mehr) angewandt werden kann. Die Nichtanwendung der Ruhensregelung auf Familienversicherte gilt auch, wenn in einer der Familienversicherung vorangegangenen eigenen Mitgliedschaft Beitragsrückstände aufgebaut und nicht getilgt wurden. Kommt es nach einer Familienversicherung wieder zu einer eigenen Mitgliedschaft und sind die Beitragsrückstände noch nicht getilgt, so ruht unter Beachtung verwaltungsverfahrenrechtlicher Regelungen der Leistungsanspruch erneut. Dies gilt unabhängig davon, ob die Person aufgrund der neuen Mitgliedschaft verpflichtet ist, die Beiträge selbst zu zahlen.

3. Ausnahmen vom Ruhen

Bisher waren vom Ruhen nur Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, nicht erfasst. Neu ist, dass nunmehr auch Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V von der Ruhensregelung ausgenommen sind.

4. Beendigung des Ruhens bei Ratenzahlung

Über die bisher im Gesetz vorgesehene Beendigung des Ruhens bei vollständiger Begleichung der Beitragsschuld oder bei Eintreten von Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch hinaus endet das Ruhen auch dann, wenn eine Ratenzahlungsvereinbarung zur Zahlung der Beitragsrückstände zwischen dem Mitglied und der Krankenkasse geschlossen wird. Nach dem Gesetzeswortlaut soll „ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen“ bestehen. Dies muss jedoch so ausgelegt werden, dass die Ruhenswirkung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr besteht. Maßgeblich ist hierfür der Zeitpunkt, an dem die Ratenzahlung vereinbart wird.

Diese Regelung ist jedoch nur so lange anwendbar, wie die vereinbarten Raten auch gezahlt werden. Sollte das Mitglied mit der Zahlung seinen vereinbarten Raten (die vereinbarten Raten müssen in voller Höhe geleistet werden, Teilraten sind nicht ausreichend) in Verzug kommen, setzt die Ruhenswirkung ab dem Zeitpunkt des Verzuges mit sofortiger Wirkung wieder ein. Auf diese ggf. künftig eintretende Rechtsfolge ist das Mitglied, z. B. in dem Bescheid zur Beendigung der Ruhensregelung wegen der Ratenzahlungsvereinbarung, hinzuweisen.

5. Übergangsregelung/Inkrafttreten

Nach Artikel 19 Abs. 1 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften treten die Änderungen in den § 16 Abs. 3a SGB V/§

8 Abs 2a KVLG 1989 am 23. Juli 2009 in Kraft. Dementsprechend ist ab diesem Zeitpunkt die Ausnahme von der Ruhensregelung bei Früherkennungsuntersuchungen nach den §§ 25 und 26 SGB V anzuwenden. Ggf. sind die Mitglieder, die vom Ruhen wegen Nichtzahlung der Beiträge betroffen sind, hierüber entsprechend zu informieren.

Im Zusammenhang mit der Beschränkung der Ruhensregelung auf Mitglieder hat hingegen das Datum des Inkrafttretens grundsätzlich keine Auswirkungen, da die Neufassung der §§ 16 Abs. 3a SGB V/8 Abs. 2a KVLG 1989 lediglich eine Klarstellung des gesetzlich Gewollten darstellt. Das gleiche gilt auch für die neu aufgenommene Regelung zum Beenden des Ruhens bei Vereinbarung einer Ratenzahlung. Diese Regelung entspricht im Wesentlichen der bisherigen Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, dass bei Vereinbarung einer Ratenzahlung das Ruhen beendet werden kann.

§ 37b SGB V - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) bis (3) ...

1. Allgemeines

Mit der Neuregelung wird den Versicherten in stationären Hospizen ein Anspruch auf Teilleistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Form der spezialisierten palliativärztlichen Leistungen eingeräumt. Damit wird der Anspruch auf SAPV nach der bereits erfolgten Ergänzung durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), wonach seit dem 25. März 2009 Versicherte auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben, um einen weiteren Anwendungsbereich erweitert.

2. Leistungsinhalt

Die SAPV umfasst grundsätzlich palliativärztliche und palliativpflegerische Leistungen als Gesamtleistung. Hinzu kommen die im Einzelfall erforderliche

Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Teilleistungen sowie die Beratung, Anleitung und Begleitung der behandelnden Ärzte und sonst an der Versorgung beteiligten Personen. Der Inhalt und der Umfang der SAPV sind in § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL) geregelt.

In stationären Hospizen besteht nur ein Anspruch auf die Teilleistung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der SAPV, der nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden kann. Die notwendigen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlichen Versorgung sind auch bei Versicherten, die die Voraussetzungen für einen Anspruch auf SAPV erfüllen, im Rahmen der stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V durch das Hospiz zu erbringen und mit der Finanzierung nach § 39a SGB V abgegolten.

Ausgehend von der Leistungsbeschreibung in § 5 Abs. 3 SAPV-RL kommen als Leistungen der SAPV in stationären Hospizen im Wesentlichen palliativmedizinische Maßnahmen in Betracht, die nach ihrer Art, Schwere oder Komplexität eine Kompetenz erfordern, die der einer Ärztin oder eines Arztes mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin entspricht. Die ärztliche Versorgung im Übrigen ist in den stationären Hospizen gemäß § 3 Abs. 6 Satz 2 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 S. 4 SGB V nach wie vor im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen.

Der Leistungsinhalt ist auch dann nur auf die ärztlichen Teilleistungen der SAPV begrenzt, wenn das stationäre Hospiz – wie im Regelfall – auch über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI als stationäre Pflegeeinrichtung verfügt. Insoweit gilt § 37b Abs. 1 Satz 4 SGB V als *lex specialis* gegenüber § 37b Abs. 2 Satz 1 SGB V.

3. Abgrenzung zu Leistungen anderer Leistungsträger

Die Leistungen der SAPV sind nach § 37b Abs. 1 Satz 5 SGB V nicht zu erbringen, wenn und soweit andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Diese Regelung ist im Zusammenhang mit dem KHRG und der Erweiterung des Anspruchs auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für

behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe ergänzt worden und sollte insoweit nicht zu einer Kostenverlagerung von anderen Sozialleistungsträgern auf die gesetzliche Krankenversicherung führen. Sie hat für die palliativärztliche Versorgung in stationären Hospizen keine Bedeutung.

§ 39a SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 v. H., bei Kinderhospizen zu 95 v. H. Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen. Der KBV ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In den über die Einzelheiten der Versorgung nach Satz 1 zwischen Krankenkassen und Hospizen abzuschließenden Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt, in der Familie, in stationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder der Kinder- und Jugendhilfe erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie

2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten. Der Zuschuss bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen.

1. Allgemeines

Mit der Änderung des § 39a SGB V wird die Finanzierung der ambulanten und stationären Hospizleistungen neu geregelt. Die Änderungen treten am 23. Juli 2009 in Kraft.

Die Versicherten sollen für stationäre Hospizleistungen über die in der GKV vorgesehenen Zuzahlungen für z. B. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel hinaus nicht mehr zu Eigenbeteiligungen herangezogen werden. Stattdessen werden die Krankenkassen verpflichtet, die zuschussfähigen und nicht durch den Leistungsanteil insbesondere der Pflegeversicherung gedeckten Kosten

zu 90 v. H. bzw. bei Kinderhospizen zu 95 v. H. zu tragen. Die satzungsgemäße Festlegung des Zuschusses entfällt.

Ambulante Hospizdienste erhalten von den Krankenkassen nunmehr gesetzlich festgelegte Zuschüsse zu den zuschussfähigen Aufwendungen. Die Zuschüsse beziehen sich weiterhin auf Leistungseinheiten, die aus der Zahl der ehrenamtlich Tätigen und den geleisteten Sterbebegleitungen ermittelt werden. Das Nähere zu den Voraussetzungen hat der GKV-Spitzenverband mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen in der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu vereinbaren.

2. Finanzierung stationärer Hospizleistungen

Die Krankenkassen legen die Höhe des Zuschusses nicht mehr in der Satzung selbst fest, sondern müssen gemäß § 39a Abs. 1 S. 2 SGB V unter Anrechnung des Leistungsanteils der Pflegeversicherung insgesamt 90 v. H. bzw. bei Kinderhospizen 95 v. H. der zuschussfähigen Kosten übernehmen. Die zuschussfähigen Kosten werden von den Vertragspartnern als tagesbezogene Bedarfssätze vereinbart. Zuschussfähig sind maximal die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Die Rechtsänderung ist in laufenden Fällen unmittelbar ab 23. Juli 2009 anzuwenden.

Beispiel

Ein Versicherter befindet sich vom 01.07. bis 28.07.2009 in einem stationären Hospiz. Er ist pflegebedürftig im Sinne der Pflegestufe II. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ist erschöpft.

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes	240,00 EUR
./.. Eigenleistung des Hospizes für Erwachsene (10 v. H.)	<u>24,00 EUR</u>
= zuschussfähiger Betrag (allgemeine Vergütungsklasse)	216,00 EUR

Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen.

Der Pflegesatz in der

Pflegeklasse II beträgt	174,33 EUR
+ Unterkunft und Verpflegung	16,51 EUR
+ Investitionskosten	<u>25,16 EUR</u>
= Heimentgelt	216,00 EUR

Rechnung des Hospizes in Höhe von 6.048,00 EUR
(28 Tage x 216,00 EUR)

Die Krankenkasse zahlt bis zum 22.07.2009 einen satzungsgemäßen Zuschuss nach § 39a Abs. 1 Satz 2 SGB V in Höhe von 151,20 EUR (6 v. H. der monatlichen Bezugsgröße = 2.520 EUR). Ab 23.07.2009 zahlt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI.

Berechnung der Leistungsansprüche

- Zeitraum vom 01.07. bis 22.07.2009

anteiliger Rechnungsbetrag
(22 Tage x 216,00 EUR) 4.752,00 EUR

Leistung der Pflegekasse (§ 43 SGB XI)
(4.752,00 EUR x 75 v. H. = 3.564,00 EUR; Begrenzung auf Höchstleistungsanspruch der Pflegestufe II) 1.279,00 EUR

Leistung der Krankenkasse (§ 39a Abs. 1 S. 2 SGB V aF)
(22 Tage x 151,20 EUR) 3.326,40 EUR

Eigenanteil des Versicherten
(4.752,00 EUR – 1.279 EUR – 3.326,40 EUR) 146,60 EUR

- Zeitraum vom 23.07. bis 28.07.2009

anteiliger Rechnungsbetrag (6 Tage x 216,00 EUR)	1.296,00 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (Leistungsanspruch erschöpft)	0,00 EUR
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (6 Tage x 216,00 EUR)	1.296,00 EUR

Der Versicherte hat keinen Eigenanteil zu tragen.

Ungeachtet der neuen Finanzierungssystematik wird weiterhin ein gesetzlicher Mindestzuschuss von 7 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV festgelegt (zurzeit 176,40 EUR). Der Mindestzuschuss bezieht sich auf die kalendertägliche Vergütung. Auch dieser Mindestzuschuss soll aber nicht dazu führen, dass die Zuschüsse unter Anrechnung der Leistungen der anderen Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen und zuschussfähigen Kosten überschreiten. Er soll ausweislich der Gesetzesbegründung sicherstellen, dass stationäre Hospize im Regelfall nicht weniger als den genannten Betrag als Zuschuss erhalten. Vor dem Hintergrund, dass der tagesbezogene Bedarfssatz von den Vertragsparteien zu verhandeln ist, entfaltet diese Regelung von daher keine praktische Wirkung.

3. Bezuschussung ambulanter Hospizdienste

Auch für die Bezuschussung ambulanter Hospizdienste wird nunmehr die Höhe der Zuschüsse der Krankenkassen durch die Neuregelung gesetzlich festgelegt. Die Zuschüsse betragen je Leistungseinheit 11 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV (zurzeit 277,20 EUR). Die Höhe des Zuschusses ist jedoch weiterhin begrenzt auf die tatsächlich entstandenen zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes.

Die Ermittlung der Zahl der Leistungseinheiten erfolgt nach den Regelungen der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V. Das Nähere zu dem Förderverfahren, zu den Anforderungen an die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Leistungserbringung nach Wegfall der Ausgabenobergrenze sowie zur Regelung der unterjährigen Umstellung der Finanzierungsgrundsätze in 2009 haben die Partner der Rahmenvereinbarung neu zu regeln.

§ 44 – Krankengeld

(1)

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

1. ...

2. hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, es sei denn, das Mitglied erklärt gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung).

3. Versicherte nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetzes, eines Tarifvertrages, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 des Entgeltfortzahlungsgesetzes Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses zum Arbeitsentgelt haben,

4. ...

Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt.

(3) ...

§ 45 – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.

(2) bis (5) ...

§ 46 – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

1. bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) von ihrem Beginn an,
2. im Übrigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt.

Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sowie für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegeben haben, entsteht der Anspruch von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 2 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat.

§ 49 – Ruhen des Krankengeldes

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

1. bis 5. ...
6. soweit und solange für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung (§ 7 Abs. 1a des Vierten Buches) eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird,
7. während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 abgegeben haben.

(2) bis (4) ...

§ 53 – Wahltarife

(1) bis (5) ...

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) bis (9) ...

§ 319 – Übergangsregelung zum Krankengeldwahlтарif

(1) Wahlтарife, die Versicherte auf der Grundlage der bis zum 31. Juli 2009 geltenden Fassung des § 53 Absatz 6 abgeschlossen haben, enden zu diesem Zeitpunkt.

(2) Versicherte, die am 31. Juli 2009 Leistungen aus einem Wahlтарif nach § 53 Absatz 6 bezogen haben, haben Anspruch auf Leistungen nach Maßgabe ihres Wahlтарifs bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat. Aufwendungen nach Satz 1 bleiben bei der Anwendung des § 53 Absatz 9 Satz 1 unberücksichtigt.

(3) Die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 oder 3 kann bis zum 30. September 2009 mit Wirkung vom 1. August 2009 abgegeben werden. Wahlтарife nach § 53 Absatz 6 können bis zum 30. September 2009 oder zu einem in der Satzung der Krankenkasse festgelegten späteren Zeitpunkt mit Wirkung vom 1. August 2009 neu abgeschlossen werden. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 können Versicherte nach Absatz 2

innerhalb von acht Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, die Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 abgeben oder einen Wahltarif wählen.

1. Allgemeines

Mit den gesetzlichen Änderungen wird hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen sowie unständig oder kurzzeitig Beschäftigten, die seit dem Inkrafttreten des GKV-WSG ab 1. Januar 2009 keinen gesetzlichen Krankengeldanspruch mehr hatten, sondern diesen Anspruch ggf. über Wahltarife nach § 53 Abs. 6 SGB V absichern konnten, die zusätzliche Option eingeräumt, gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld zu wählen. Mitglieder des vorgenannten Personenkreises können demnach eine Versicherung mit gesetzlichem Krankengeldanspruch und/oder eine Absicherung über einen Wahltarif wählen. Mitglieder, die den gesetzlichen Krankengeldanspruch wählen, können – in Abhängigkeit von den Wahlтарifen der jeweiligen Krankenkasse – ggf. weitergehende Ansprüche über Wahltarife absichern. Im Nachfolgenden werden die Änderungen nur im Hinblick auf den nicht dem Wettbewerb unterliegenden gesetzlichen Krankengeldanspruch erläutert.

2. Wahlerklärung

Die von den Mitgliedern ggf. abzugebende Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V bedarf der Schriftform.

Die Wahlerklärung wirkt zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats, frühestens ab Beginn der Versicherung und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

Die Wahlerklärung wirkt ab Beginn der Versicherung bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie im Falle des § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der Versicherung bzw.

der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt.

Die Wahlerklärung der in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V genannten Versicherten wirkt bei der erstmaligen Abgabe der Wahlerklärung zum Beginn der Beschäftigung und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Eine erneute Wahlerklärung bei jedem weiteren Beginn einer Beschäftigung ist bei ununterbrochener Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis nicht erforderlich.

Ist das Mitglied zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung arbeitsunfähig oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats. Tritt am Tag des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch auf Krankengeld.

Zur Wirkung der Wahlerklärung in Übergangsfällen im Jahr 2009 siehe Erläuterungen unter Ziffer 6. Übergangsregelungen nach § 319 SGB V.

3. Bindung an die Wahlerklärung

Das Mitglied ist an seine Wahlerklärung für drei Jahre gebunden. Die Bindungswirkung bleibt auch bei Kassenwechsel erhalten.

Die Wirkung der Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V endet bereits vor Ablauf der Mindestbindungsfrist, wenn das Mitglied nicht mehr zu dem wahlberechtigten Personenkreis nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gehört.

Nach Ablauf der Bindungswirkung gilt die Wahlerklärung unbefristet weiter. Die Wahlerklärung kann mit Wirkung zum Ende eines Kalendermonats widerrufen werden, frühestens jedoch zum Ende der Bindungsfrist.

4. Beginn des Krankengeldanspruchs

Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Für unständig oder kurzzeitig Beschäftigte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach den Regelungen des § 46 Satz 1 SGB V. Allerdings ruht für diese Personengruppen der Anspruch auf Krankengeld für die ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit, so dass der Anspruch auf das nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählte Krankengeld für alle wahlberechtigten Personengruppen erst ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit realisiert werden kann.

5. Ausgestaltung des Krankengeldanspruchs

5.1 Grundsätzliches

Auf den nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V gewählten Krankengeldanspruch finden die Regelungen der §§ 44 – 52 SGB V Anwendung. Insoweit bestehen für die Krankenkassen keine Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen von Satzungsregelungen.

5.2 Höhe des Krankengeldes

Krankengeld ist bei hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben, nach § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V unter Berücksichtigung des regelmäßigen beitragspflichtigen Arbeitseinkommens zu berechnen.

Berechnungsgrundlage ist das beitragspflichtige Arbeitseinkommen, ungeachtet der Regelungen zur Mindestbeitragsbemessungsgrundlage (§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, die ein Negativeinkommen oder ein Arbeitseinkommen unterhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage erzielen, bedeutet dies, dass Krankengeld nicht oder nur aus der tatsächlichen Höhe des

Arbeitseinkommens gezahlt wird. Hierüber sollten die Krankenkassen ihre Mitglieder möglichst im Vorfeld (also zum Zeitpunkt der Ausübung der Wahl) informieren.

Bei unständig oder kurzzeitig Beschäftigten, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben, sind für die Krankengeldberechnung die Regelungen des § 47 Abs. 1 bis 3 und Abs. 6 SGB V maßgeblich.

5.3 Dauer des Krankengeldanspruchs

Auf den Krankengeldanspruch von hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen sowie unständig oder kurzzeitig Beschäftigten, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V abgegeben haben, sind im Hinblick auf den Krankengeldhöchstanspruch nach § 48 SGB V maßgebliche

- Zeiten mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V i. d. F. bis 31. Dezember 2008 anzurechnen,
- Zeiten mit Anspruch auf Krankengeld aus Krankengeld-Wahlтарifen nach § 53 Abs. 6 SGB V i. d. F. bis 31. Juli 2009 bzw. nach § 319 Abs. 2 SGB V nur dann anzurechnen, wenn das Wahlтарif-Krankengeld der Höhe nach mindestens der Hälfte des Betrags entspricht, der fiktiv unter Anwendung des § 47 SGB V als Brutto-Krankengeld zu zahlen wäre (siehe auch Rundschreiben 2008/202 des GKV-Spitzenverbandes vom 4. Dezember 2008 zu den versicherungs- und beitragsrechtlichen Folgen des Bezugs von Wahlтарifkrankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V).

6. Übergangsregelungen

6.1 Grundsätzliches

Nach § 319 Abs. 1 SGB V enden die bis zum 31. Juli 2009 abgeschlossenen Wahlтарife nach § 53 Abs. 6 SGB V zu diesem Zeitpunkt. Die Übergangsregelung des § 319 Abs. 2 SGB V sieht für Mitglieder, die sich zum Zeitpunkt der Rechtsänderung im Krankengeldbezug auf der Grundlage eines solchen Wahlтарifes befinden, vor, dass das „Wahlтарifkrankengeld“ dennoch

bis zum Ende der Arbeitsunfähigkeit, die den Leistungsanspruch ausgelöst hat, bzw. bis zur Höchstanspruchsdauer geleistet wird. Dabei stellt die Übergangsregelung auf den Leistungsbezug am 31. Juli 2009 ab.

6.2 Fristen für die Abgabe von Wahlerklärungen

Die Regelung des § 319 Abs. 3 Satz 1 SGB V räumt den nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V wahlberechtigten Mitgliedern, unabhängig davon, ob sie bis zum 31. Juli 2009 einen Wahltarif abgeschlossen hatten, die Möglichkeit ein, bis zum 30. September 2009 mit Wirkung vom 1. August 2009 eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V abzugeben.

In den Fällen, in den die Übergangsregelung des § 319 Abs. 2 SGB V zur Anwendung kommt, können die Mitglieder innerhalb von 8 Wochen nach dem Ende des Leistungsbezugs rückwirkend zu dem Tag, der auf den letzten Tag des Leistungsbezugs folgt, eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 oder 3 SGB V abgeben bzw. einen Wahltarif nach neuem Recht abschließen (§ 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Die Abgabe der Wahlerklärung bzw. der Abschluss eines Wahltarifes rückwirkend zum 1. August 2009 ist in diesen Fällen nicht möglich.

6.3 Beurteilung des Krankengeldanspruchs

Der Krankengeldanspruch ist in den nachfolgenden Fallgestaltungen, in denen die Übergangsregelung des § 319 Abs. 2 SGB V nicht zur Anwendung kommt, wie folgt zu beurteilen:

1. Sachverhalt: Mitglieder, die bis zum 31. Juli 2009 einen Wahltarif in der bis 31. Juli 2009 geltenden Fassung des § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen haben und die am 31. Juli 2009 arbeitsunfähig, aber noch nicht im Leistungsbezug sind, haben keinen Anspruch auf Krankengeld nach § 319 Abs. 2 SGB V.

Die Absicherung des Krankengeldanspruchs für diese Arbeitsunfähigkeit kann in diesen Fällen nur durch Abgabe einer Wahlerklärung nach § 319 Abs. 3 SGB V (gesetzliches Krankengeld)

oder Wahltarifkrankengeld ab 1. August 2009 sichergestellt werden. Maßgeblich für die Berechnung der 6-Wochen-Frist nach § 46 Satz 2 SGB V (Selbständige) bzw. § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V (unständig bzw. kurzzeitig Beschäftigte) ist der vor dem 1. August 2009 liegende Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Die vorangehende Beurteilung gilt gleichermaßen, wenn es in dem o. g. Fall noch nicht zum Leistungsbezug am 31. Juli 2009 gekommen ist, weil sich das Mitglied noch in einer Warte- oder Karenzzeit des Wahltarifbeschlusses befand.

2. Sachverhalt: Die Wahlerklärung wird im Rahmen der Übergangsregelung des § 319 Abs. 3 Satz 1 SGB V bis 30. September 2009 mit Wirkung zum 1. August 2009 abgegeben. Zum Zeitpunkt der Wahlerklärung liegt Arbeitsunfähigkeit vor. Die Arbeitsunfähigkeit begann bereits vor dem 1. August 2009 und es wurde vorher kein Krankengeld-Wahltarif abgeschlossen. In diesem Fall wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats.

Für die vor dem 1. August 2009 begonnene Arbeitsunfähigkeit besteht kein Krankengeldanspruch.

3. Sachverhalt: Die Wahlerklärung wird im Rahmen der Übergangsregelung des § 319 Abs. 3 Satz 1 SGB V bis 30. September 2009 mit Wirkung zum 1. August 2009 abgegeben. Zum Zeitpunkt der Wahlerklärung liegt Arbeitsunfähigkeit vor. Die Arbeitsunfähigkeit beginnt nach dem 31. Juli 2009.

Es besteht Anspruch auf Krankengeld.

7. Übergangsfälle 2008

In Leistungsfällen, in denen die Krankenkasse aufgrund eines am 31. Dezember 2008 bestandenen Krankengeldanspruchs Krankengeld nach

§ 44 SGB V i. d. F. bis 31. Dezember 2008 zählt, ist die Regelung nach § 319 Abs. 3 Satz 3 SGB V analog anzuwenden.