

AOK-BUNDESVERBAND, BONN
BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN, ESSEN
IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH GLADBACH
SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG
BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL
KNAPPSCHAFT, BOCHUM
VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E.V., SIEGBURG
AEV - ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E.V., SIEGBURG

9. März 2007

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG);
hier: Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften

Der Deutsche Bundestag hat am 2. Februar 2007 das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) verabschiedet; der Bundesrat hat dem Gesetz am 16. Februar 2007 zugestimmt.

Das Gesetz tritt vorbehaltlich der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in einem ersten Teil bereits am 1. April 2007 in Kraft. Hiervon sind auch leistungsrechtliche Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben größtenteils die zum 1. April 2007 in Kraft tretenden leistungsrechtlichen Änderungen beraten und die dabei erzielten Ergebnisse in diesem Rundschreiben zusammengefasst. Es ist beabsichtigt, die vorliegenden Empfehlungen kurzfristig durch gemeinsame Verlautbarungen zu den Neuregelungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln zu ergänzen.

Vorschriften, in denen ausschließlich in Überführung der zukünftigen Zuständigkeiten die Spitzenverbände der Krankenkassen durch den Spitzenverband Bund ersetzt wurden, sind nicht aufgegriffen worden. Dies gilt auch für den in § 11 Abs. 4 SGB V beschriebenen Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement. Nähere Einzelheiten hierzu sind insbesondere auf vertragsrechtlicher Ebene zu regeln.

Aussagen zu den §§ 20 und 20b SGB V erschienen entbehrlich, da sich keine leistungsrechtlichen Änderungen ergeben haben.

Zur Vorschrift über die Gestaltung von besonderen Tarifen (§ 53 SGB V) erfolgte wegen der starken wettbewerbsrelevanten Ausprägung keine Kommentierung.

Im Zusammenhang mit der Vorschrift des § 275 SGB V wurden hier nur die Änderungen zum Bereich Vorsorge und Rehabilitation kommentiert. Zu den übrigen Änderungen erfolgen ggf. gesonderte Hinweise.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden im Übrigen in den routinemäßigen Besprechungen der Spitzenverbände der Krankenkassen weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

§ 13 SGB V – Kostenerstattung

(1) ...

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vor.

(3) bis (6) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung ist für Versicherte flexibler gestaltet worden. Die Versicherten haben ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Die bisherige Beratungsverpflichtung und –notwendigkeit vor der Wahl des Versicherten durch die Krankenkasse ist durch eine Informationspflicht des Leistungserbringers ersetzt worden, die den Hinweis zu beinhalten hat, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Diese Information (Beratung) hat der Versicherte dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Abweichend vom bisherigen Recht, nach dem eine Beschränkung der Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ambulanten Behandlung möglich war, werden die Wahlalternativen erweitert. Eine Einschränkung der Wahl ist danach auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen zulässig.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2009 einen Erfahrungsbericht zu den durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in dieser Vorschrift bewirkten Rechtsänderungen vorzulegen.

2. Wahl der Kostenerstattung/Bindungswirkung

Die Versicherten sind unverändert an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden. Es empfiehlt sich daher für die Krankenkasse, die Information des Versicherten über seine Wahl zum Anlass zu nehmen, ihn wie bisher – ggf. ausgehend von der individuellen Satzungsbestimmung – über die Konsequenzen der Wahl der Kostenerstattung zu informieren und ihn dabei auch ausdrücklich auf die diesbezügliche Bindung für ein Jahr aufmerksam zu machen. Falls der Wille des Versicherten nicht klar erkennbar ist, ist die Intention des Versicherten zu hinterfragen.

Neu ist im Gesetz vorgesehen, dass die Wahl der Kostenerstattung auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen möglich ist. Auch hierauf sollten die Versicherten gerade vor dem Hintergrund der Bindungswirkung für ein Jahr hingewiesen werden. Entscheidet sich der Versicherte beispielsweise bei der Behandlung durch einen All-

gemeinarzt für die Kostenerstattung, gilt diese Wahl für den gesamten Bereich der ärztlichen Behandlung, d.h. also auch für eine ggf. später daneben notwendige fachärztliche Behandlung. Bei veranlassten Leistungen ist im Gesetz offen geblieben, ob die Wahl für sämtliche oder nur für einzelne veranlasste Leistungen (z. B. Leistungsart Heilmittel) möglich ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die Wahl auch nur für einzelne veranlasste Leistungen unter Berücksichtigung der Bindungswirkung von einem Jahr erfolgen kann. Zu den „veranlassten Leistungen“ gehören vom behandelnden Arzt verordnete Leistungen wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege usw.

3. Umsetzung der Kostenerstattung

Die Regelungen zum Umfang der Kostenerstattung sowie zur Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer und zur Beschreibung des Verfahrens der Kostenerstattung in der Satzung der Krankenkasse sind unverändert geblieben. Es empfehlen sich neben einer gezielten Beratung im Einzelfall auch generell allgemeine Versicherteninformationen, um eine Beeinflussung der Versicherten vor oder zur Wahlentscheidung etwa durch die Leistungserbringer soweit wie möglich zu vermeiden.

Es wird als ausreichend angesehen, wenn der Versicherte die Krankenkasse vor der erstmaligen Leistungsanspruchnahme über seine Wahl informiert. Eine erneute Information ist lediglich notwendig, wenn und soweit die Wahl der Kostenerstattung auf andere Leistungsbereiche bzw. auf veranlasste Leistungen ausgedehnt werden soll.

4. Übergangsfälle

Die Neuregelung tritt zum 1. April 2007 in Kraft und erstreckt sich auf die Versicherten, die unter den neuen Bedingungen von diesem Zeitpunkt an anstelle von Sachleistungen Kostenerstattung wählen. Für Versicherte, die bereits nach bisherigem Recht am Kostenerstattungsverfahren teilnehmen, ändert sich bis zu einer ggf. abgegebenen neuen Willensbekundung nichts. Der Versicherte kann bereits ab dem 1. April 2007 Kostenerstattung nach den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen – ungeachtet einer evtl. noch nicht erreichten Jahresfrist nach seiner letzten Wahl – wählen.

§ 15 SGB V – Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte

(1) bis (5) . . .

(6) Jeder Versicherte erhält die Krankenversichertenkarte bei der erstmaligen Ausgabe und bei Beginn der Versicherung bei einer Krankenkasse sowie bei jeder weiteren, nicht vom Versicherten verschuldeten erneuten Ausgabe gebührenfrei. Die Krankenkassen haben einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. Muss die Karte auf Grund von vom Versicherten zu vertretenden Umständen neu ausgestellt werden, wird eine Gebühr von 5 EUR erhoben; diese Gebühr ist auch von den nach § 10 Versicherten zu zahlen. Die Krankenkasse kann die Aushändigung der Krankenversichertenkarte vom Vorliegen der Meldung nach § 10 Abs. 6 abhängig machen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen (z.B. Lichtbild) durch weitere geeignete Maßnahmen einer missbräuchlichen Nutzung der Krankenversichertenkarte entgegenzuwirken (z. B. tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen über Verlust von Karten, Beendigung des Versicherungsschutzes, Änderungen beim Zuzahlungsstatus).

2. Bisherige gesetzliche Regelung

Bereits bisher bestand einerseits nach § 291 Abs. 4 Satz 1 SGB V die Verpflichtung, bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel die Krankenversichertenkarte durch die bisherige Krankenkasse einzuziehen und sah andererseits § 291 Abs. 2 SGB V vor, die Karte unter anderem mit einem Lichtbild zu versehen, den Zuzahlungsstatus sowie eine befristete Gültigkeit auf der Karte zu vermerken.

3. Auswirkungen

Im Hinblick auf die zu erwartende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kommt der Vorschrift des § 15 Abs. 6 Satz 2 SGB V lediglich deklaratorische Bedeutung zu. Sie dient bis dahin im Wesentlichen zur ergänzenden Begründung der bisherigen bei den Kassen geübten Praxis des Rückholverfahrens der Krankenversicherungskarte bei Ende der Krankenversicherung bzw. bei Kassenwechsel und des Verfahrens zur Befristung bzw. in Einzelfällen auch des Verfahrens zur Ausstellung von Kranken- oder Berechtigungsscheinen.

Die mit der Ergänzung des § 15 Abs. 6 um den Satz 2 vom Gesetzgeber beabsichtigte Einführung einer beispielsweise tagesaktuellen Bereitstellung von Informationen über den Verlust von Karten, die Beendigung des Versicherungsschutzes oder die Änderung des Zuzahlungsstatus ist erst mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a SGB V und der damit verbundenen Möglichkeit der Online-Mitgliedschaftsprüfung möglich. Hierfür werden zur Zeit sowohl auf Kassenseite als auch bei den Leistungserbringern die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen. Die ersten Tests hierzu werden voraussichtlich im April 2007 anlaufen.

§ 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 Versicherte dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind 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.

(4) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Bei wiederholtem Nichtzahlen der Beiträge wird – nach dem Vorbild der seit Jahren geltenden Regelung bei pflichtversicherten Künstlern und Publizisten – ein Ruhen des Leistungsanspruchs angeordnet. Betroffen sind die Personen, die die Krankenversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben, also z.B. freiwillige Mitglieder, Studenten, Rentenantragsteller sowie die neue Gruppe der bislang Nichtversicherten (Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, und der damit zusammenhängenden Aufhebung der Regelung über das Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung von Beiträgen.

Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, sind vom Ruhen ausgenommen. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ru-

hens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden.

Zur Frage der Erstreckung der Ruhenswirkung bei einem Beitragsverzug des Mitglieds gleichzeitig auf die familienversicherten Angehörigen tendieren die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Abwägung aller Gesichtspunkte zumindest vorläufig dazu, den Personenkreis der familienversicherten Angehörigen in die Ruhenswirkung einzubeziehen. Für eine solche gesetzgeberische Absicht spricht, dass das Ruhen der Leistungsansprüche bei freiwilligen Mitgliedern die Beendigung der Mitgliedschaft bei Nichtzahlung von Beiträgen mit entsprechenden durchgreifenden Konsequenzen auch für die familienversicherten Angehörigen ersetzt und im Übrigen die Regelung durch weitreichende Ausnahmen (Anspruch für akute Erkrankungen und Beendigung der Ruhenswirkung bei Eintritt von Hilfebedürftigkeit) abgedeckt wurde. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beabsichtigen, die ausdrückliche gesetzgeberische Intention kurzfristig im Verhältnis zum zuständigen Fachministerium abzuklären.

2. Voraussetzungen der Ruhenswirkung

Die Krankenkasse hat in Anlehnung an die Vorschrift des § 16 Abs. 2 des Künstler-sozialversicherungsgesetzes für Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate trotz Mahnung im Rückstand sind, die neu eingeführte Ruhenswirkung der Leistungsansprüche einzuleiten. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt die Krankenkasse das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang des Bescheides beim Versicherten ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherte in der Mahnung auf diese Folge hingewiesen worden ist. Insofern sind die herkömmlichen Mahnschreiben in diesen Fällen entsprechend zu erweitern, wobei der Versicherte zusätzlich auf etwaige Übernahmemöglichkeiten der Beiträge durch den Sozialhilfeträger bzw. den Leistungsträger nach dem SGB II aufmerksam gemacht werden sollte. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Ruhensbescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Bei Vereinbarung von Ratenzahlungen kann die Krankenkasse das Ruhen vorzeitig für beendet erklären. Für zurückliegende Zeiten bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beiträge erfolgt.

Außerdem endet das Ruhen, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werden, um dieser besonderen Situation - wie der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist - gerecht zu werden und ein Ruhen auf Dauer zu vermeiden. Da die Krankenkasse die diesbezügliche Feststellung der Hilfebedürftigkeit nicht selbst verbindlich vornehmen kann, ist diese auf Antrag des Versicherten vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder XII zu bescheinigen. Im Übrigen entfällt die Ruhenswirkung in diesen Fällen selbstverständlich auch, wenn der Sozialhilfeträger nach dem SGB XII bzw. der Leistungsträger nach dem SGB II die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge übernimmt.

Vom Ruhen nicht erfasst sind nach der Gesetzesbegründung in Anlehnung an Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. § 4 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz definiert den Leistungsanspruch dahingehend, dass zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen zu gewähren sind. Dies gilt auch – obwohl in der o. a. Vorschrift nicht ausdrücklich erwähnt – für die Krankenhausbehandlung. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind im Übrigen ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die stationäre Entbindung zu gewähren. Vom Ruhen erfasst sind dagegen Kranken- und Mutterschaftsgeld.

Zur Umsetzung erscheint es zweckmäßig, vom Zeitpunkt des Beginns der Ruhenswirkung an die Krankenversichertenkarte einzuziehen und – solange eine diesbezügliche Steuerungsmöglichkeit über die Krankenversichertenkarte noch nicht besteht – hinsichtlich der verbliebenen Leistungsansprüche dem Versicherten einen entsprechenden schriftlichen Anspruchsausweis auszustellen.

3. Übergangsregelung

Die Neuregelung tritt zum 1. April 2007 in Kraft und erstreckt sich auf alle Versicherten, die zu diesem Zeitpunkt oder später mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate oder mehr im Rückstand sind. Die Krankenkasse hat dann das aus dem Künstlersozialversicherungsgesetz zitierte Verfahren einzuleiten.

§ 20a SGB V – Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung), um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

Anmerkungen:

1. Betriebliche Gesundheitsförderung wird Pflichtleistung

Mit Inkrafttreten von § 20a SGB V am 1. April 2007 werden die bisherigen Kann-Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu Pflichtleistungen.

2. Inhaltliche Vorgaben

Die Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung haben die folgenden im Gesetz genannten Anforderungen zu erfüllen:

- Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potentiale
- dabei Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten
- Unterstützung bei deren Umsetzung.

Darüber hinaus haben die Leistungen dem gemeinsamen GKV-Leitfaden zur primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung (AG der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 15. Juni 2006, Bergisch Gladbach 2006) zu entsprechen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden diesen Leitfaden der aktuellen Gesetzeslage anpassen. Ab dem 1. Juli 2008 obliegt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen der Beschluss dieses Leitfadens.

3. Höhe der Leistungsausgaben

Die Norm legt die Höhe der von den Krankenkassen für die betriebliche Gesundheitsförderung aufzuwendenden Mittel nicht fest. Für primärpräventive und betriebliche Gesundheitsförderungsleistungen zusammen gilt weiterhin das Ausgabe-Soll von 2,74 Euro pro Kopf der Versicherten (geregelt in § 20 Abs. 2 SGB V). Das Gesetz enthält keine Bestimmungen zur Aufteilung dieser Mittel auf die primäre Prävention einerseits und die betriebliche Gesundheitsförderung andererseits.

4. Art der Leistungserbringung

Die Krankenkassen können Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung entweder selbst erbringen oder geeignete Dritte (andere Krankenkassen, [Bundes- oder Landes-] Verbände der Krankenkassen, zu diesem Zweck [Betriebliche Gesundheitsförderung] gebildete Arbeitsgemeinschaften) mit deren Zustimmung mit der Erbringung beauftragen.

5. Kooperationspflichten

5.1. Unfallversicherung

Das Gesetz verpflichtet die Krankenkassen zur Zusammenarbeit mit der Unfallversicherung.

5.2. Andere Krankenkassen

Das Gesetz sieht darüber hinaus eine Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander als "Soll-Regelung" vor.

§ 20c SGB V – Förderung der Selbsthilfe (ab 1. Januar 2008)

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertretungen der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Förderebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die bisher den Spitzenverbänden der Krankenkassen obliegende Verpflichtung, ein Verzeichnis der Krankheitsbilder zu beschließen, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist sowie die Aufgabe, die gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Mittelverteilung auf den verschiedenen Förderebenen und Förderbereichen zu beschließen, werden auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Juli 2008 übertragen.

Für das Förderjahr 2007 ergeben sich aus der gesetzlichen Neuregelung noch keine Änderungen gegenüber dem bisher praktizierten Verfahren.

2. Förderhöhe, Mittelverausgabung, Förderverfahren

Die Krankenkassen und ihre Verbände werden zur Selbsthilfeförderung in einem festen Umfang in Höhe von 0,55 Euro pro Versicherten pro Jahr verpflichtet. Ab dem Förderjahr 2008 sind diese Fördermittel vollständig an die Selbsthilfe auszuschütten. Die Mittelaufbringung auf der Landes- und der örtlichen Ebene hat dann nach KM6 (Wohnortprinzip) zu erfolgen.

Für das Förderjahr 2008 veröffentlichen die Spitzenverbände der Krankenkassen Näheres zur Umsetzung des § 20 c SGB V (u.a. zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung, zur Verteilung der Fördermittel auf den verschiedenen Förderebenen und Förderbereichen sowie zur Beteiligung der Selbsthilfe).

§ 20d SGB V – Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines durch einen nicht beruflichen Auslandsaufenthalt erhöhten Gesundheitsrisikos indiziert sind, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung der Schutzimpfungen für die öffentliche Gesundheit. Abweichungen von den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sind besonders zu begründen. Bei der erstmaligen Entscheidung nach Satz 3 muss der Gemeinsame Bundesausschuss zu allen zu diesem Zeitpunkt geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission einen Beschluss fassen. Die erste Entscheidung soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden. Zu Änderungen der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nach den Sätzen 5 bis 7 nicht termin- oder fristgemäß zu Stande, dürfen insoweit die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen mit Ausnahme von Schutzimpfungen nach Satz 2 erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung weitere Schutzimpfungen vorsehen. Bis zum Vorliegen einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 5 gelten die bisherigen Satzungsregelungen zu Schutzimpfungen fort.

(3) Die Krankenkassen haben außerdem im Zusammenwirken mit den Behörden der Länder, die für die Durchführung von Schutzimpfungen nach dem Infektionsschutzgesetz zuständig sind, unbeschadet der Aufgaben anderer, gemeinsam und einheitlich Schutzimpfungen ihrer Versicherten zu fördern und sich durch Erstattung der Sachkosten an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Zur Durchführung der Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen des Landes gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den in den Ländern dafür zuständigen Stellen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Neufassung des § 20d Abs. 1 SGB V werden Schutzimpfungen, die bisher als freiwillige Satzungsleistung in § 23 Abs. 9 SGB V geregelt waren, in den Pflichtleistungskatalog der GKV übernommen.

Die Regelung in § 20d Abs. 1 SGB V bezieht sich ausschließlich auf Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 des Infektionsschutzgesetzes.

Ausgenommen sind weiterhin Impfungen aus Anlass einer nicht beruflichen Auslandsreise (so genannte Reiseimpfungen). Ein Anspruch auf Schutzimpfungen wird zukünftig ausnahmsweise für den Fall eingeräumt, dass zum Schutze der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen. Nach der Gesetzesbegründung ist hiermit z.B. die Impfung gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) gemeint. Impfungen aus Anlass einer beruflichen Auslandsreise fallen auch nach den Empfehlungen der STIKO in die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers.

Die Einzelheiten zur Leistungspflicht für Schutzimpfungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Basis der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) in seinen Richtlinien festzulegen. Die erste Entscheidung für bereits bestehende Impfempfehlungen soll bis zum 30. Juni 2007 getroffen werden.

Nach § 20d Abs. 2 SGB V besteht für Krankenkassen weiterhin die Möglichkeit, nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Impfleistungen als Satzungsleistungen zu übernehmen. Die Satzungsbestimmungen sind abhängig von den Vorgaben der neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses anzupassen.

Mit § 20d Abs. 3 SGB V wird die Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Ländern im Zusammenhang mit Impfungen auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Dadurch soll eine gezielte Zusammenarbeit im Bereich des aufsuchenden Impfens in Kindergärten, Schulen und Senioreneinrichtungen gefördert werden. Das Nähere regeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den jeweiligen Bundesländern gemeinsam in Rahmenvereinbarungen. Die Krankenkassen übernehmen dabei die Sachkosten der Impfungen (Kosten

des Impfstoffes und des Verbrauchsmaterials); die Personalkosten verbleiben beim öffentlichen Gesundheitsdienst.

§ 23 SGB V – Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) bis (3) . . .

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.

(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 4 sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach Absatz 2 können nicht vor Ablauf von drei, Leistungen nach Absatz 4 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

(6) bis (8) . . .

(9) wird gestrichen

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Zur besseren Transparenz haben die Krankenkassen ab 1. April 2007 statistische Erhebungen über die Antragstellung und Bewilligung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V und stationären Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V durchzuführen. Sofern eine amtliche Statistikverordnung nicht herausgegeben wird, stimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen noch einheitliche Mindestvorgaben für die Antrags- und Bewilligungsstatistik ab.

Die Aufgabe, in Leitlinien indikationsbezogene Regeldauern festzulegen, wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Juli 2008 übertragen. Solche Leitlinien existieren bisher wegen fehlender valider Datengrundlagen nicht.

Gesetzesgrundlage für die bisher in § 23 Abs. 9 SGB V geregelten Schutzimpfungen ist ab 1. April 2007 § 20d SGB V.

§ 24 SGB V – Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) bis (3) . . .

(4) wird gestrichen

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Neuregelung werden die Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter Pflichtleistung. Damit werden die Ausgaben für diese Leistungen risikostrukturausgleichsfähig. Ist eine Vorsorgemaßnahme für Mütter und Väter medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Vorsorgeziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Bereits nach dem bis 31. März 2007 geltenden Recht hat die Krankenkasse eine Vorsorgeleistung für Mütter und Väter unter den vorgenannten Voraussetzungen zu erbringen. Insofern tritt bei der verwaltungspraktischen Umsetzung der Neuregelung keine Änderung ein.

Zur besseren Transparenz haben die Krankenkassen ab 1. April 2007 statistische Erhebungen über die Antragstellung und Bewilligung von Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter durchzuführen. Sofern eine amtliche Statistikverordnung nicht herausgegeben wird, stimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen noch einheitliche Mindestvorgaben für die Antrags- und Bewilligungsstatistik ab.

Mit der Streichung des § 24 Abs. 4 SGB V wird die ohnehin nur einmalig für das Jahr 2005 angelegte Berichtspflicht der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen aufgehoben.

2. Kein Vorrang ambulant vor stationär

Mit dem Hinweis auf die nicht geltende Regelung des § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird klargestellt, dass bei Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sein müssen, wenn das angestrebte Vorsorgeziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist. Dies entspricht der bisherigen Leistungspraxis und der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005 (vgl. Ziffer 3.5).

§ 31 SGB V – Arznei- und Verbandmittel

(1) bis (2) ...

(2a) Für Arzneimittel, die nicht in eine Festbetragsgruppe nach § 35 einzubeziehen sind, setzen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam nach § 213 Abs. 2 einen Höchstbetrag fest, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen. Den pharmazeutischen Unternehmern ist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Höchstbetrag ist auf Grund einer Bewertung nach § 35b Abs. 1 Satz 3 festzusetzen. Dabei sind die Entwicklungskosten angemessen zu berücksichtigen. Abweichend von Satz 3 kann der Höchstbetrag auch im Einvernehmen mit dem pharmazeutischen Unternehmer festgelegt werden. § 31 Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend. Arzneimittel, deren Kosteneffektivität erwiesen ist oder für die eine Kosten-Nutzen-Bewertung nur im Vergleich zur Nichtbehandlung erstellt werden kann, weil eine zweckmäßige Therapiealternative fehlt, sind von der Festsetzung eines Höchstbetrages auszunehmen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung kann als Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrages erst erstellt werden, wenn hinreichende Erkenntnisse über die Wirksamkeit des Arzneimittels nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin vorliegen können.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Mittel- und Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können durch Beschluss nach § 213 Abs. 2 Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

(4) ...

Anmerkungen:

1. Höchstbeträge nach § 31 Abs. 2a SGB V

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit und solange deren Verordnung nicht durch Gesetz, Rechtsverordnung oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Der Anspruch kann der Höhe nach durch einen Festbetrag begrenzt sein, eventuelle Mehrkosten hat in diesem Fall der Versicherte zu tragen.

Festbeträge werden nach den in § 35 SGB V vorgesehenen Verfahren für Gruppen von Arzneimitteln festgelegt, die von dem G-BA bestimmt sind. Grundsätzlich sind neuartige und meist teure Arzneimittel unmittelbar ab ihrer Marktzulassung und -einführung zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig, häufig jedoch nicht einem Festbetrag zuzuführen.

Mit der Neuregelung sollen zusätzliche Kostenbelastungen in einem angemessenen Verhältnis zu dem medizinischen Zusatznutzen dieser Arzneimittel stehen. Daher wird das 1989 mit der Festbetragsregelung eingeführte Prinzip von Erstattungshöchstgrenzen um Höchstbeträge für festbetragsfreie Arzneimittel ergänzt, die nach Durchführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festzusetzen sind. Für Arzneimittel mit nachgewiesener Kosteneffektivität oder ohne zweckmäßige Therapiealternative dürfen Höchstbeträge nicht festgelegt werden. Die Zuständigkeit der Festsetzung von Festbeträgen und von Höchstbeträgen geht zum 1. Juli 2008 auf den neu zu bildenden Spitzenverband Bund über.

Höchstbeträge sind aus leistungsrechtlicher Sicht und in der Anwendung bei Verordnung und Abrechnung von Arzneimitteln wie Festbeträge zu behandeln. Die erforderliche Kosten-Nutzen-Bewertung trägt grundsätzlich zur Qualitätssicherung bei. Die Umsetzung erfordert jedoch erheblichen zeitlichen Vorlauf.

2. Zuzahlungsfreistellung von Arzneimitteln über Rabattverträge

Aufgrund der Ermächtigung durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Arzneimittelgruppen unter den Voraussetzungen nach § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V von der Zuzahlung freigestellt. Die Freistellungen erfolgen durch das Gremium nach § 213 SGB V im Kon-

text mit den Festbetragsgruppen und sind u. a. im Internet unter www.gkv.info abrufbar.

Die Krankenkasse kann für weitere, also noch nicht durch die Spitzenverbände befreite, Arzneimittel die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn für diese Arzneimittel eine Rabattvereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V besteht und aus dieser Reduzierung Einsparungen zu erwarten sind.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in diesem Zusammenhang wiederholt klargestellt, dass die wirtschaftliche Verantwortung für den Abschluss von Rabattverträgen und die daraus erwachsenden Konsequenzen allein bei der vertragsschließenden Krankenkasse liegt.

Die wirtschaftliche Verantwortung der vertragsschließenden Krankenkasse erstreckt sich auch auf die Abrechnung und Datenbereitstellung. Sie hat die jeweils betroffenen Stellen in Kenntnis und in die Lage zu versetzen, dass rabattierte Arzneimittel insbesondere bei der Aufbereitung von Daten zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V sachgerecht bereinigt werden können.

§ 37 SGB V – Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonderem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zu Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne der § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 SGB XI aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behand-

lungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.

(3) bis (5) ...

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind nun nicht mehr auf den Haushalt des Versicherten oder seiner Familie begrenzt, sondern können auch an einem sonst geeigneten Ort erbracht werden. Welche Orte hier in Frage kommen und wann Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch außerhalb des Haushaltes und der Familie erbracht werden können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 SGB V festzulegen.

Darüber hinaus haben auch Behinderte in Werkstätten für behinderte Menschen bei besonders hohem Pflegebedarf einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung besteht auch für Versicherte in Pflegeheimen, die auf Dauer einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

2. „Geeignete“ Orte außerhalb des Haushalts/der Familie

In Abs. 1 sind als geeignete Orte, an denen häusliche Krankenpflege außerhalb des Haushalts/der Familie insbesondere erbracht werden kann, betreute Wohnformen, Schulen und Kindergärten explizit genannt. Damit wird die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nachvollzogen. Diese Leistungspraxis kann auch über den

1. April 2007 hinaus fortgesetzt werden. Darüber hinausgehende individuelle Leistungsentscheidungen zu der Frage, in wie weit sonstige Orte zur Erbringung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege geeignet sind, können erst dann getroffen werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die erforderlichen Festlegungen getroffen hat.

Dies gilt gleichermaßen für den Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen. Allerdings hat der Gemeinsame Bundesausschuss festzulegen, in welchen Fällen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht werden können. Dies beinhaltet auch die Festlegung, wann ein besonders hoher Pflegebedarf bei Versicherten in den Werkstätten für behinderte Menschen vorliegt. Die Festlegung der besonderen Fallkonstellationen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sind für die Leistungsentscheidungen über die häusliche Krankenpflege für Versicherte in Werkstätten für behinderte Menschen notwendige Grundlage und insoweit zwingend abzuwarten.

3. Häusliche Krankenpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung haben auch Versicherte in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI), wenn sie auf Dauer einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Der Anspruch auf die Leistung der häuslichen Krankenpflege beschränkt sich insoweit auf die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen und ist nicht vorgesehen für die Einrichtungen der teilstationären Pflege oder der Kurzzeitpflege. Ziel dieser Regelung ist es, Personen im Rahmen der vollstationären Dauerpflege von hohen Kosten für den behandlungspflegerischen Aufwand zu entlasten, die durch die gedeckelten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung entstehen könnten. Zur Versorgung mit Behandlungspflege schließen die Krankenkassen mit den Leistungserbringern Verträge nach § 132a Abs. 2 SGB V.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 SGB V fest, in welchen Fällen häusliche Krankenpflege auch außerhalb des Haushalts oder der Familie des Versicherten erbracht werden kann. Er wird somit auch präzisieren, in welchen Fällen besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen vorliegt und ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege bestehen kann. Aufgrund der derzeit bestehenden unterschiedlichen Vertragsgestaltungen und Vergütungsregelungen für die vollstationäre Pflege führen die gedeckelten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung nicht automatisch zu hohen

finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen mit besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege. Vor diesem Hintergrund sowie der

- notwendigen einheitlichen Ausgestaltung des Leistungsanspruchs,
- notwendigen einheitlichen Regelung der Bedarfsfeststellung,
- unter Berücksichtigung der Richtlinien abzuschließenden Verträge der Krankenkassen mit den Pflegeheimen und
- vertrags- und vergütungsrechtlich notwendigen Folgeänderungen

sind die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über den Leistungsanspruch in vollstationären Pflegeeinrichtungen zwingend abzuwarten, um der Intention des Gesetzgebers gerecht zu werden.

4. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

Das vom Bundessozialgericht seit 2005 geschaffene Wahlrecht der Versicherten zu entscheiden, ob die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbracht oder im Rahmen der selbst sichergestellten Pflege nach SGB XI als maßgeblicher Hilfebedarf bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden sollen, wird wieder beseitigt. Damit umfasst der Anspruch auf häusliche Krankenpflege ab 1. April 2007 verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann, wenn dieser Hilfebedarf bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wird. Ist eine Leistung der häuslichen Krankenpflege erforderlich und auch zu genehmigen, kann sie ab 1. April 2007 nicht abgelehnt werden mit dem Hinweis darauf, dass der entsprechende Hilfebedarf als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit schon berücksichtigt worden ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen fest. Bis zu einer Festlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses gelten die bisherigen Regelungen in den Begutachtungs-Richtlinien nach dem SGB XI sowie in den Häusliche Krankenpflege-Richtlinien.

§ 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 aufwändige 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. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 4 bestimmt in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen.
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit dieser Neuregelung soll die Versorgung der Versicherten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung verbessert werden. Diese Palliativpatienten mit einem besonders aufwändigem Versorgungsbedarf haben einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung unabhängig davon, ob sie zu Hause leben oder in einer stationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 SGB XI. Die Konkretisierung der Leistung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Über die Einzelheiten der Erbringung der Leistung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung schließen die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit geeigneten Einrichtungen oder Personen Verträge ab.

2. Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Ziel dieser Neuregelung ist es, die Versorgung von Palliativpatienten mit besonders aufwändigem Versorgungsbedarf zu verbessern und in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Zudem besteht für die Krankenkasse die Möglichkeit, für Palliativpatienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung entsprechende Leistung in Verträgen zu regeln. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst als Gesamtleistung ärztliche und pflegerische Leistungen. Voraussetzungen für die Leistungsgewährung sind die Verordnung durch den behandelnden Vertragsarzt oder Krankenhausarzt und die Genehmigung der Krankenkasse.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien den besonderen Versorgungsbedarf der Palliativpatienten fest, er regelt Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie der Zusammenarbeit der Beteiligten. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist aufgefordert, die Richtlinien bis zum 30. September 2007 zu beschließen.

Bis zur Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen stehen für Palliativpatienten auch bei besonderem Versorgungsbedarf die Leistungen der ärztlichen Versorgung und der Pflegedienste sowie die Begleitung durch ambulante Hospizdienste zur Verfügung.

§ 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 Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 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. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospizmaßgeblichen 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 und in der Rahmenvereinbarung nach Satz 4 vorzusehen, dass Kinderhospize mit nicht mehr als 5 vom Hundert der zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 belastet bleiben. 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, der Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen 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 sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 EUR umfassen und jährlich um 0,05 EUR bis auf 0,40 EUR im Jahr 2007 ansteigen; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren 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.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Der Intention des Gesetzgebers, die besonderen Belange in der stationären und ambulanten Hospizversorgung von Kindern ausreichend zu berücksichtigen, wird bereits durch die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, i. d. F. vom 09.02.1999 sowie durch die Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt,

Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 17.01.2006 Rechnung getragen. Auch bei den Gesprächen der Vereinbarungspartner über eine ggf. erforderliche Weiterentwicklung der o. a. Rahmenvereinbarungen – zuletzt Anfang des Jahres 2006 – bestand Einvernehmen, dass die o. a. Rahmenvereinbarungen alle Bereiche der Hospizversorgung umfassen. Dies gilt auch hinsichtlich der besonderen Belange der Versorgung schwerstkranker Kinder sowie ihrer Familien durch ambulante und stationäre Hospize. So sind z. B. in stationären Kinderhospizen die Mitaufnahme von Eltern und Geschwistern bzw. Mehrfachaufenthalte und längere Verweildauern grundsätzlich möglich. Kinderhospize verfügen dabei über eine besondere Ausstattung, um hinsichtlich der speziellen Bedürfnisse von schwerstkranken Kindern die sach- und fachkundige palliativ-medizinische, palliativ-pflegerische, soziale und geistig-seelische Versorgung zu gewährleisten.

2. Fünf vom Hundert der zuschussfähigen Kosten

In § 7 Abs. 6 der derzeitigen Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V ist die Höhe des vom Hospiz bzw. Hospizträger zu finanzierenden Eigenanteils in Höhe von zehn vom Hundert geregelt. Durch das GKV-WSG wird die Höhe des Eigenanteils für Kinderhospize auf nicht mehr als fünf vom Hundert begrenzt. Auf diese Weise soll der Ausbau der Kinderhospizarbeit unterstützt und insbesondere die Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit für stationäre Kinderhospize verringert werden. Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass den Betroffenen in Abhängigkeit von der Höhe des tagesgleichen Bedarfssatzes ein höherer Eigenanteil verbleibt.

3. Schiedsperson

Die Regelung zur Schiedsperson ist aus dem Bereich der Häuslichen Krankenpflege (§ 132a SGB V) nachgebildet bzw. ist mit dieser vergleichbar. Die vertragliche Umsetzung erfolgt insofern in Analogie dazu.

4. Sterbebegleitung durch ambulante Hospizdienste in stationären Pflegeeinrichtungen

Bei der Sterbebegleitung im stationären Pflegebereich handelt es sich um eine originäre Aufgabe der stationären Einrichtungen selbst. Sofern dennoch in Einzelfällen durch ambulante Hospize Sterbebegleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, sind diese Sterbebegleitungen unter Anwendung der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung

sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 17.01.2006 berücksichtigungsfähig (vgl. § 6 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung vom 03.09.2002, i. d. F. vom 17.01.2006).

§ 40 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen. Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 2 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend.

(4) bis (6) ...

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt gemeinsam und einheitlich und unter Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne dass es sich um Anschlussrehabilitation handelt. Vor der Festlegung der Indikationen ist den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitation auf Bundesebene maßgebenden Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Neuregelung werden die ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflichtleistung. Damit werden die Ausgaben für diese Leistungen risikosturkturausgleichsfähig. Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Rehabilitationziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Bereits nach dem bis 31. März 2007 geltenden Recht hat die Krankenkasse eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation unter den vorgenannten Voraussetzungen zu erbringen. Insofern tritt bei der verwaltungspraktischen Umsetzung der Neuregelung keine Änderung ein.

Mit der Neuformulierung in § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die mobile Rehabilitation als Sonderform der ambulanten Rehabilitation ausdrücklich ermöglicht.

§ 40 Abs. 1 Satz 2 SGB V stellt klar, dass ambulante Rehabilitation, soweit erforderlich, auch für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI in Betracht kommt.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen müssen zukünftig über eine Zertifizierung des Qualitätsmanagements nach § 20 Abs. 2a SGB IX verfügen.

Versicherte können zukünftig auch zertifizierte stationäre Rehabilitationseinrichtungen ohne Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V in Anspruch nehmen. Ggf. anfallende Mehrkosten sind vom Versicherten zu tragen.

Zur besseren Transparenz haben die Krankenkassen ab 1. April 2007 nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über die Antragstellung und Bewilligung von ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V durchzuführen. Sofern eine amtliche Statistikverordnung nicht herausgegeben wird, stimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen noch einheitliche Mindestvorgaben für die Antrags- und Bewilligungsstatistik ab.

Die bisherigen Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen, in Leitlinien indikationsspezifische Regeldauern und Indikationen für die verminderte Zuzahlung festzulegen, wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Juli 2008 übertragen. Bis zur Verabschiedung neuer Indikationen für die verminderte Zuzahlung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt die bisherige "Indikation für die Erhebung der verminderten Zuzahlung gemäß § 40 Abs. 7 SGB V bei ambulanten und stationären Rehabilitationsmaßnahmen vom 16. Oktober 1997 in der Fassung vom 1. Januar 2004" weiter (§ 217f Abs. 5 SGB V). Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer existieren bisher wegen fehlender valider Datengrundlagen nicht.

2. Mobile Rehabilitation

Die neuen gesetzlichen Regelungen schränken die Möglichkeiten der mobilen Rehabilitation nicht auf bestimmte Indikationen ein. Für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation sind bereits Rahmenempfehlungen in Vorbereitung, welche die Anforderungen an die Leistungserbringer mobiler geriatrischer Rehabilitation regeln und den anspruchsberechtigten Personenkreis festlegen. Diese sind auch Grundlage für die MDK-Begutachtung.

Über die Entwicklung weiterer Rahmenempfehlungen für die übrigen Indikationen werden die Spitzenverbände der Krankenkassen zu gegebener Zeit berichten.

3. Ambulante Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen

Sofern die medizinischen Voraussetzungen (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, positive Rehabilitationsprognose) im Einzelfall vorliegen, kann ambulante Rehabilita-

tion auch in gemäß § 72 SGB XI zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen durch für Rehabilitation zugelassene Leistungserbringer in Betracht kommen. Die Erbringung mobiler Rehabilitation ist somit nicht auf das häusliche Umfeld des Rehabilitanden beschränkt.

4. Zertifizierung stationärer Rehabilitationseinrichtungen

Stationäre Leistungen zur Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V sind in Rehabilitationseinrichtungen durchzuführen,

- a) mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht bzw. als abgeschlossen gilt und
- b) die nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert sind.

Die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und das Verfahren zur Zertifizierung sind von den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemäß § 20 Abs. 2a SGB IX noch festzulegen.

Bis zur Verabschiedung konkreter Vorgaben zur Zertifizierung können stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht bzw. als abgeschlossen gilt, für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übergangsweise weiter belegt werden.

5. Übernahme von Mehrkosten bei selbstgewählten stationären Rehabilitationseinrichtungen

Versicherte können zukünftig auch zertifizierte stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht bzw. als abgeschlossen gilt, in Anspruch nehmen. Ggf. anfallende Mehrkosten im Vergleich zu der von der Krankenkasse bestimmten geeigneten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht bzw. als abgeschlossen gilt, sind vom Versicherten zu tragen. Bei der Vergleichsberechnung sind insbesondere die Vergütungssätze der Rehabilitationseinrichtungen und die Reisekosten zu berücksichtigen.

Bis zur Zertifizierung von Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX (vgl. Ziffer 4) können berechtigte Wünsche der Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung nur berücksichtigt werden, sofern ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht bzw. als abgeschlossen gilt.

§ 41 SGB V – Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 40 Abs. 2 Sätze 1 und 2 gelten nicht; § 40 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) bis (3) . . .

(4) wird gestrichen

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Neuregelung werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter Pflichtleistung. Damit werden die Ausgaben für diese Leistungen risikostrukturausgleichsfähig. Ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Rehabilitationsziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Bereits nach dem bis 31. März 2007 geltenden Recht hat die Krankenkasse eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter unter den vorgenannten Voraussetzungen zu erbringen. Insofern tritt bei der verwaltungspraktischen Umsetzung der Neuregelung keine Änderung ein.

Zur besseren Transparenz haben die Krankenkassen ab 1. April 2007 nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über die Antragstellung und Bewilligung von Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter durchzuführen. Sofern eine amtliche Statistikverordnung nicht herausgegeben wird, stimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen noch einheitliche Mindestvorgaben für die Antrags- und Bewilligungsstatistik ab.

Mit der Streichung des § 41 Abs. 4 SGB V wird die ohnehin nur einmalig für das Jahr 2005 angelegte Berichtspflicht der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen aufgehoben.

2. Kein Vorrang ambulant vor stationär

Mit dem Hinweis auf die nicht geltende Regelung des § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird klargestellt, dass bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sein müssen, wenn das angestrebte Rehabilitationsziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist. Dies entspricht der bisherigen Leistungspraxis und der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vom Oktober 2005 (vgl. Ziffer 4).

§ 43 SGB V – Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

(1) . . .

(2) Die Krankenkasse kann aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation erforderliche sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erbringen oder fördern, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die bisher den Spitzenverbänden der Krankenkassen obliegende Verpflichtung, das Nähere zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen zu bestimmen, wird auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Juli 2008 übertragen.

Bis zur Verabschiedung neuer Vorgaben durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt die bisherige "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V vom 1. Juli 2005" weiter (§ 217f Abs. 5 SGB V).

2. Anforderungen an die Leistungserbringer

Die bisherige Vorgabe des § 132c SGB V, gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen festzulegen, entfällt ab 1. April 2007.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten es für zweckmäßig, die "Empfehlungen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c SGB V vom 1. Juli 2005" weiter anzuwenden. Dies gewährleistet weiterhin einheitliche und vergleichbare Qualitätsstandards.

§ 44 SGB V – Krankengeld (ab 1. April 2007)

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41) behandelt werden. Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten haben keinen Anspruch auf Krankengeld; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind.

(2) und (3) ...

§ 44 SGB V – Krankengeld (ab 1. Januar 2009)

Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben,

- 1. die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, soweit sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind,**
- 2. hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige,**
- 3. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben; dies gilt nicht für Versicherte, die nach § 10 Entgeltfortzahlungsgesetz Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt haben,**
- 4. Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen, die ihrer Art nach den in § 50 Abs. 1 genannten Leistungen entspricht. Für Versicherte nach Satz 1 Nr. 4 gilt § 50 Abs. 2 entsprechend, soweit sie eine Leistung beziehen, die ihrer Art nach den in dieser Vorschrift aufgeführten Leistungen entspricht.**

Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. [richtig] 6 unberührt.

(3) ...

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

- zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
- bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 oder 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten,

sind vom 1. April 2007 an versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V/§ 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989. Von dieser Versicherungspflicht werden insbesondere Personen erfasst, die aus der Versicherungspflicht oder aus einer freiwilligen Versicherung ausschieden und keinen Folge-Versicherungsschutz erlangten. Für diesen Personenkreis schließt § 44 Abs. 1 Satz 2 SGB V den Krankengeldanspruch grundsätzlich aus.

2. Krankengeldanspruch der Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Stehen solche Personen in einem Beschäftigungsverhältnis, dann erleiden sie bei Arbeitsunfähigkeit – ggf. nach Ablauf der Entgeltfortzahlung – einen Arbeitsentgeltausfall. Daher räumt § 44 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB V den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherten Personen einen Krankengeldanspruch ein, falls diese abhängig und nicht nach den §§ 8 oder 8a SGB IV geringfügig beschäftigt sind. Für diesen Fall dürfte allerdings regelmäßig ohnehin eine Versicherungspflicht auf Basis des § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V begründet werden, so dass die Regelung insoweit nicht greifen würde; es sei denn, es handelt sich z. B. um Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder die wegen Vollendung des 55. Lebensjahres nach § 6 Abs. 3a SGB V versicherungsfrei sind.

Von der Vorschrift des § 8 SGB IV werden auch geringfügig selbständig Tätige erfasst. Daraus kann allerdings nicht geschlossen werden, dass hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig werden, ab 1. April 2007 einen Krankengeldanspruch realisieren könnten. Die Formulierung des zweiten Halbsatzes von § 44 Abs. 1 Satz 2 SGB V lässt keinen Zweifel daran, dass nur nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherte und mehr als geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer Krankengeld beanspruchen können.

Nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherte selbständige Künstler und Publizisten haben in analoger Anwendung der vorgenannten Grundsätze ebenfalls keinen Anspruch auf Krankengeld.

3. Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes

Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V haben nur dann einen Krankengeldanspruch, wenn sie Arbeitnehmer sind. Die Abschnitte 2 bis 7, 8.1, 8.2.5 und 8.2.7 des gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 29. November 2005 zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes gelten entsprechend.

4. Besonderheiten der landwirtschaftlichen Krankenversicherung

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sind gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 Personen versichert, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllen. Diese Personen haben keinen Krankengeldanspruch. Krankengeld wird an Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nur gewährt, soweit dies in den §§ 12 und 13 KVLG 1989 vorgesehen ist (§ 8 Abs. 2 KVLG 1989). Die §§ 12 und 13 KVLG 1989 sehen allerdings keinen Krankengeldanspruch für nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 KVLG 1989 versicherte Personen vor.

5. Rechtslage ab 1. Januar 2009

Vom 1. Januar 2009 an schließt der (neue) § 44 Abs. 2 SGB V den Krankengeldanspruch für

- Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 SGB V,
- hauptberuflich selbständig Erwerbstätige,

- Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens sechs Wochen (ausgenommen Heimarbeiter) oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben und
- Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versorgungseinrichtung beziehen,

aus; § 44 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der geltenden Fassung wird aufgehoben.

Hauptberuflich selbständig Erwerbstätige können ab 1. Januar 2009 über einen Krankengeld-Wahltarif das Risiko des krankheitsbedingten Einkommensausfalls absichern; § 53 Abs. 6 SGB V sieht entsprechende Satzungsregelungen für alle Krankenkassen verpflichtend vor.

Andere freiwillig Versicherte werden bezüglich des Krankengeldanspruchs nicht (mehr) explizit erwähnt. Somit hätten zukünftig gemäß § 44 Abs. 1 SGB V (der dem bisherigen § 44 Satz 1 SGB V entspricht) alle anderen freiwillig Versicherten grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld, der sich über die Berechnungsvorschriften aber praktisch nicht realisieren lässt (z. B. freiwillig versicherte Hausfrauen, Studenten).

Pflichtversicherte Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung für mindestens sechs Wochen haben (z. B. unständig und kurzfristig Beschäftigte), können sich gemäß § 53 Abs. 6 SGB V über einen Krankengeld-Wahltarif finanziell absichern.

Neu ist ab 1. Januar 2009 der Ausschluss des Anspruchs auf Krankengeld für Versicherte, die eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung beziehen. Dieser Krankengeldausschluss – der u. a. Ärzte, Anwälte und Architekten trifft – soll eine Ungleichbehandlung beseitigen, denn bisher führte nur der Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung zum Ende des Krankengeldanspruchs.

§ 44 Abs. 2 SGB V (in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung) nimmt die Heimarbeiter vom Ausschluss des Krankengeldanspruchs aus. Daraus folgt, dass Heimarbeiter – wie bisher – einen gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld haben (sollen). Aus § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB V könnte geschlossen werden, dass auch für Heimarbeiter die Regelung zum Krankengeld-Wahltarif (§ 53 Abs. [richtig] 6 SGB V) unberührt bleibt. Heimarbeiter könnten demnach einen Wahltarif abschließen. Dies kann

angesichts des gesetzlichen Krankengeldanspruchs der Heimarbeiter nicht gewollt sein.

Zur Umsetzung der zum 1. Januar 2009 in Kraft tretenden Regelungen wird zu gegebener Zeit ausführlich besonders Stellung genommen.

§ 46 SGB V – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld (ab 1. Januar 2009)

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 die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 2 genannten Versicherten entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem in der Satzung bestimmten Zeitpunkt, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat.

Die Sätze 4 und 5 sind mit Wirkung vom 1. Januar 2009 aufgehoben.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Der Krankengeldanspruch der nach dem KVSG versicherten Künstler und Publizisten entsteht nach geltender Rechtslage grundsätzlich von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an; sie können jedoch gegenüber der Künstlersozialkasse erklären, dass ihr Krankengeldanspruch vor Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Arbeitsunfähigkeitswoche entstehen soll (§ 46 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V). Die dafür erforderliche Beitragserhöhung müssen die Versicherten selbst tragen und an die Künstlersozialkasse abführen. Die Erklärung zum früheren Krankengeldanspruch kann gemäß § 46 Satz 4 SGB V nur mit Wirkung vom Beginn eines auf ihren Eingang bei der Künstlersozialkasse folgenden Kalendermonats an abgegeben und nur zum Ende eines Kalendermonats widerrufen werden. Krankengeld ist nicht für Versicherungsfälle zu zahlen, die vor dem Eingang der Erklärung bei der Künstlersozialkasse eingetreten sind (§ 46 Satz 5 SGB V).

2. Rechtslage ab 1. Januar 2009

Vom 1. Januar 2009 an haben die Krankenkassen den nach dem KSVG versicherten Künstlern und Publizisten einen Krankengeld-Wahltarif anzubieten, der den Krankengeldanspruch entsprechend § 46 Satz 1 SGB V oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lässt. Spätester (Wahl-)Beginn des Krankengeldanspruchs ist nach wie vor der Beginn der dritten Arbeitsunfähigkeitswoche (§ 53 Abs. 6 SGB V in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung). Anstelle einer (erhöhten) Beitragszahlung an die Künstlersozialkasse tritt dann die individuelle Prämienzahlung an die Krankenkasse.

Eine Erklärung über den Beginn des Krankengeldanspruchs gegenüber der Künstlersozialkasse wird somit obsolet. Den Sätzen 4 und 5 des § 46 SGB V entsprechende Regelungen müssen künftig die Satzungen der Krankenkassen enthalten.

Die Heimarbeiter mit Anspruch auf Entgeltzuschlag nach § 10 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz haben bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Daher erhalten sie grundsätzlich vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an Krankengeld. Durch den Wegfall des erhöhten Beitragssatzes (§ 242 SGB V), welcher bislang zu zahlen ist, würde dieser Personenkreis weiterhin grundsätzlich ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben, jedoch nur Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz zu zahlen haben. Diese Rechtsfolge kann nicht beabsichtigt sein (s.a. Stellungnahme zu § 44 SGB V). Diesbezüglich und zur Umsetzung der zum 1. Januar 2009 in Kraft tretenden Regelungen wird zu gegebener Zeit ausführlich besonders Stellung genommen.

§ 52 SGB V – Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

(1) . . .

(2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme, wie z.B. eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Nach der Intention des Gesetzgebers soll die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten für die Folgekosten von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen, wie z. B. ästhetischen Operationen, Tätowierungen oder Piercings, nicht in vollem Umfang eintreten. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen die Versicherten an den Behandlungskosten angemessen zu beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

2. Personenkreis

Von den Leistungsbeschränkungen nach § 52 SGB V werden alle Versichertengruppen erfasst. Die Vorschrift gilt mithin für Versicherungspflichtige (vgl. § 5 SGB V), freiwillig Versicherte (vgl. § 9 SGB V) und nach § 10 SGB V versicherte Familienangehörige.

3. Krankheit

Unter Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne ist ein regelwidriger Körper-, Geistes- oder Seelenzustand zu verstehen, dessen Eintritt entweder allein Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Diese Definition ist auch für die Auslegung des § 52 SGB V maßgeblich und hat zur Folge, dass das Krankengeld auch für mehrere Arbeitsunfähigkeitszeiten, die auf der gleichen Ursache beruhen, versagt und zurückgefordert werden kann.

4. Medizinisch nicht indizierte Maßnahmen

Aufgrund der nur beispielhaften Nennung bestimmter „Maßnahmen“ (ästhetische Operation, Tätowierung, Piercing) kann die Regelung des § 52 Abs. 2 SGB V auch bei Gesundheitsschäden aufgrund anderer „medizinisch nicht indizierter Maßnahmen“ zur Anwendung kommen. Als eine derartige „Maßnahme“ könnte nach dem Wortlaut des Gesetzes auch jedwedes krankheitsverursachende Verhalten der Versicherten – wie zu viel oder zu wenig Bewegung der Versicherten (Extremsportler oder Bewegungsmuffel) oder auch Rauchen und Trinken usw. – verstanden werden. Da eine derart weitgehende Interpretation von Seiten des Gesetzgebers aber offensichtlich nicht gewollt ist, ist der Begriff der „medizinisch nicht indizierten Maßnahme“ unter Berücksichtigung der unmittelbar in § 52 SGB V genannten Beispiele auszulegen.

5. Leistungsbeschränkung

Durch die Beteiligung des Versicherten an den Kosten wird das Sachleistungsprinzip nicht in Frage gestellt. Bei der Frage der Angemessenheit der Kostenbeteiligung werden insbesondere die Höhe der Leistungsaufwendungen, die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherten und seine Unterhaltsverpflichtungen zu berücksichtigen sein. Dies gilt analog für die Entscheidung, ob das Krankengeld ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern ist.

Über die Festsetzung der Kostenbeteiligung nach § 52 SGB V hat die Krankenkasse einen formellen Bescheid zu erteilen. Die sich hieraus ergebende Forderung der Krankenkasse ist öffentlich rechtlicher Natur und daher ggf. im Rahmen der Verwaltungsvollstreckung beiteilbar.

§ 52a SGB V – Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit der Regelung sollen Leistungsansprüche für Personen ausgeschlossen werden, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland nur deshalb begründen, um über die geplante Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder einer darauf beruhenden Familienversicherung Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung soll die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln.

2. Umfang des Leistungsausschlusses

Nach der Gesetzesbegründung sollen zum Schutz der Solidargemeinschaft vor einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen Fallgestaltungen erfasst werden, in denen der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen sei es nicht gerechtfertigt, dass z. B. aufwändige, hochtechnisierte Operationen wie Organtransplantationen zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu erbringen sind. Nach der Gesetzesbegründung sollen von dem Leistungsausschluss nicht betroffen sein, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung. Dazu gehören auch die in diesem Zusammenhang notwendige Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen einschließlich der Krankenhausbehandlung.

Eine solche Ausnahme vom Leistungsausschluss dürfte sich allerdings auch ohne Berücksichtigung der Gesetzesbegründung aus der Natur der Sache heraus erklären, da davon auszugehen ist, dass in der Regel akut auftretende Erkrankungen und Schmerzzustände eben nicht allein ursächlich dafür sein dürften, dass sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben. Dies kann jedoch nicht als generelle Ausnahmeregelung angesehen werden, da jeweils die Gesamtumstände des Einzelfalls zu berücksichtigen sind.

3. Umsetzung

Der Nachweis des Tatbestands, dass sich Personen allein mit der Zielsetzung nach Deutschland begeben, um im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs.1 Nr. 13 SGB V für sich oder ihre Familienangehörigen Leistungen in Anspruch zu nehmen, dürfte sich in der Praxis als schwierig erweisen; es sei denn, es handelt sich um eine wie in der Gesetzesbegründung beschriebene offensichtliche Fallkonstellation mit aufwändigem – in der Regel stationärem – Behandlungsbedarf.

Zur Umsetzung bietet es sich an, bei der ersten Kontaktaufnahme der betroffenen Personen neben der Abwicklung der Modalitäten zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses gleichzeitig die Motive für die Begründung des Aufenthalts in Deutschland insoweit abzuklären; das heißt, es sollte insbesondere ein Hinweis über die Vorschrift zum Leistungsausschluss erfolgen sowie eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber eingefordert werden, dass der Aufenthalt nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für sich oder ihre familienversicherten Angehörigen missbräuchlich Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Es ist beabsichtigt, in den zur Durchführung der Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorgesehenen Mustervordrucken, die in der beitragsrechtlichen Verlautbarung vorbereitet werden, eine entsprechende Bestätigung des Versicherten aufzunehmen. In begründeten Fällen kann es zur Abklärung des Gesundheitszustandes zweckmäßig sein, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einzuschalten.

In der Gesetzesbegründung ist ausdrücklich darauf hingewiesen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von den Versicherten für Leistungen gefordert werden kann, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden. Auf diese Konsequenzen werden die Versicherten bei Begründung der Versicherungspflicht in den beabsichtigten o.a. Mustervordrucken aufmerksam gemacht.

Das Nähere zur Durchführung ist im Übrigen in der Satzung zu regeln.

§ 62 SGB V – Belastungsgrenze

(1) Versicherte 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. Die 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. Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien bis zum 31. Juli 2007 fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen. Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen 2 und 3 nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer

schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) bis (4) . . .

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen evaluieren für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung und legen dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 30. Juni 2007 einen Bericht vor.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Absenkung der individuellen Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke auf 1 vom Hundert der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt wird an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft. Hiervon betroffen sind Versicherte, die nach den im Gesetz genannten Stichtagen geboren sind und ab dem 1. Januar 2008 die Krebsfrüherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen vor Eintritt ihrer chronischen Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben. Sofern diese Versicherten zukünftig die Voraussetzung der notwendigen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen nicht erfüllen, gilt die Belastungsgrenze von 2 vom Hundert der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt („Malus-Regelung“). Als „Ausnahme von der Ausnahme“ ist vorgesehen, dass die 2-prozentige Belastungsgrenze wiederum keine Anwendung findet, wenn die vorgenannten Versicherten an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen; in diesem Fall gilt für sie wieder die 1-prozentige Belastungsgrenze. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien, in welchen Fällen ausnahmsweise Gesundheitsuntersuchungen zur Vermeidung der „Malus-Regelung“ nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Zusätzlich zu dem nach wie vor vorgesehenen Nachweis des Fortbestehens der chronischen Erkrankung in Folgejahren ist nunmehr als Voraussetzung für die Ausstellung der jährlichen Bescheinigung vorgesehen, dass der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten feststellt. Auch hier sind Ausnahmeregelungen für

den Fall der Unzumutbarkeit für den Versicherten vorgesehen. Das Nähere hat der Gemeinsame Bundesausschuss zu regeln.

2. Umsetzungszeitpunkt

Die gesamten Neuregelungen können erst nach dem 1. Januar 2008 praktische Relevanz entfalten.

2.1 Koppelung von Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen und Belastungsgrenze („Malus-Regelung“)

Die Notwendigkeit des Nachweises der Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungen für die nach den im Gesetz genannten Stichtagen Geborenen tritt ausdrücklich erst ab dem 1. Januar 2008 in Kraft. Zusätzlich ist festgelegt, dass diese Untersuchungen vor Eintritt der chronischen Erkrankung durchgeführt werden mussten. Daraus folgt, dass die vorgesehene „Malus-Regelung“ frühestens bei Leistungsentscheidungen im Jahre 2009 greifen kann.

Beispiel:

Eine am 1. Mai 1972 geborene weibliche Versicherte beantragt am 15. Juli 2009 die Feststellung einer chronischen Erkrankung (1-prozentige Belastungsgrenze). Sie legt eine Bescheinigung nach Muster 55 vor, aus der hervorgeht, dass sie sich seit dem 1. Juli 2008 in Dauerbehandlung befindet.

Lösung:

Die 1-prozentige Belastungsgrenze kann nur zugebilligt werden, wenn die Versicherte im 1. Halbjahr 2008 die in § 25 Abs. 1 SGB V genannte Gesundheitsuntersuchung („Check-up 35“) in Anspruch genommen hat; es müsste in dieser Zeit jedoch keine Krebsfrüherkennungsuntersuchung stattgefunden haben, auch wenn es sich bei der eingetretenen chronischen Erkrankung um eine Krebsart handeln würde, für die eine diesbezügliche Früherkennungsuntersuchungsmöglichkeit besteht, da die Versicherte vor dem 1. April 1987 geboren wurde; Voraussetzung für den Eintritt der „Malus-Regelung“ wegen Nichtinanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchungen wäre noch, dass die vorliegende Fallkonstellation nicht in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als Ausnahme von der Untersuchungsverpflichtung definiert ist; im Übrigen würde auch die Teilnahme an einem ggf. vorhandenen strukturierten Behandlungsprogramm den „Malus“ aufheben. Besteht im Übrigen wegen des 2-jährigen Anspruchsintervalls im Jahre 2008 kein Anspruch auf eine Ge-

sundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V, da diese bereits im Kalenderjahr 2007 in Anspruch genommen wurde, kann insoweit die „Malus-Regelung“ ebenfalls nicht greifen.

Das aufgezeigte Beispiel macht deutlich, welche Bedeutung der den Krankenkassen vom Gesetzgeber übertragenen Verpflichtung beizumessen ist, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V hinzuweisen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden parallel zu den Konkretisierungen der Neuregelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die Entwicklung eines einheitlichen Bonusheftes prüfen und auch der Frage nachgehen, ob und inwieweit zukünftig den Versicherten eine Toleranzgrenze zur Vermeidung der „Malus-Regelung“ hinsichtlich der Zeit zwischen erstmaliger Ermöglichung einer Untersuchung nach § 25 Abs. 1 oder 2 SGB V und Eintritt einer chronischen Erkrankung eingeräumt werden kann (in dem o. a. Beispiel betrug die Zeitspanne zur Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung 6 Monate). Ähnliches gilt für weitere Untersuchungen in den Folgejahren.

2.2 Feststellung des therapiegerechten Verhaltens

Das weitere Vorliegen einer Dauerbehandlung auf Grund derselben schwerwiegenden Krankheit bei chronisch Kranken ist der Krankenkasse nach wie vor spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen. Zusätzlich ist als Voraussetzung für die Ausstellung dieser jährlichen Bescheinigung normiert worden, dass der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V feststellt. Dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzung nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen 2 und 3 nach dem SGB XI bzw. bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60. Das Nähere regelt auch hier der Gemeinsame Bundesausschuss.

Obwohl dies entgegen der „Malus-Regelung“ bei der Chroniker-Voraussetzung im Gesetz nicht ausdrücklich gesagt ist, wird es auch hinsichtlich der Umsetzung des Nachweises eines therapiegerechten Verhaltens zweckmäßig sein, diese Regelung erst bei Folgeüberprüfungen ab dem 1. Januar 2008 zur Anwendung zu bringen. Dies auch, um bei Anträgen nach § 62 SGB V im Laufe des Jahres 2007 eine vom Antragsdatum abhängige unterschiedliche Behandlung vergleichbar Betroffener zu vermeiden. Mit Inkrafttreten der Vorschrift zum 1. April 2007 ist eine Umsetzung rechtlich ohnehin noch nicht möglich, da zunächst die Ausnahmefälle durch den Ge-

meinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V zu regeln sind. Solange die untergesetzliche Norm der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung näherer Einzelheiten fehlt, kann keine Nachweisführung bzw. Nachweisprüfung des therapiegerechten Verhaltens erfolgen. Insofern wird in diesem Zusammenhang eine vor Inkrafttreten der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses den Versicherten belastende Entscheidung rechtlich nicht möglich bzw. zumindest angreifbar sein.

Im Übrigen ist beabsichtigt, den Mustervordruck 55 durch entsprechende Aussagen des behandelnden Arztes zu erweitern.

Zur Umsetzung der Regelung werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere Hinweise gegeben.

§ 73d SGB V – Verordnung besonderer Arzneimittel

(1) Die Verordnung von Arzneimitteln, insbesondere von Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, bei denen auf Grund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere, hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), erfolgt durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Absatz 2 oder durch diesen Arzt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 das Nähere insbesondere zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patientengruppen, zur qualitätsgesicherten Anwendung und zu den Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte nach Absatz 2 für die jeweiligen Arzneimittel. In den Richtlinien ist das Nähere zur Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt nach Absatz 2 zu regeln. In den Richtlinien soll vorgesehen werden, dass die erstmalige Verordnung sowie eine Wiederholung der Verordnung nach Ablauf einer bestimmten Frist von einem Arzt nach Absatz 2 erfolgt, soweit dies zur Gewährleistung der Patientensicherheit, des Therapieerfolgs oder der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist. In den Richtlinien sind angemessene Fristen für die Abstimmung des behandelnden Arztes mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie nach Satz 1 unter Berücksichtigung des indikationsspezifischen Versorgungsbedarfs vorzusehen sowie das Nähere zur Verordnung ohne vorherige Abstimmung nach Satz 1 in Notfällen.

(2) Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie sind im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätige Ärzte, die die Voraussetzungen der nach Absatz 1 beschlossenen Richtlinien erfüllen; sie werden durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen bestimmt, sofern sie ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offenlegen. Kommt eine Einigung nach Satz 1 zweiter Halbsatz nicht in angemessener Frist zustande und sind hierdurch bessere Ergebnisse für die Versorgung hinsichtlich der Patientenversorgung und der Wirtschaftlichkeit zu erwarten, kann die Krankenkasse nach vorheriger Ausschreibung durch Vertrag die Wahrnehmung der Aufgabe eines Arztes für besondere Arzneimitteltherapie auf einzelne der nach Satz 1 bestimmten Ärzte beschränken. Die Krankenkasse hat einen Vertrag nach Satz 2 der Kassenärztlichen Vereinigung spätestens zwei Monate vor Vertragsbeginn mitzuteilen. Verträge nach Satz 2

können jeweils mit Wirkung ab Beginn eines Kalenderjahres mit Gültigkeit von mindestens zwei Jahren vereinbart werden. Abweichend von Satz 1 zweiter Halbsatz kann die Krankenkasse nach den §§ 116b und 117 tätige Ärzte mit deren Einvernehmen zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmen. Ärzte des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung können nicht zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmt werden.

(3) Arzneimittel, für die Richtlinien nach Absatz 1 gelten, sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106 als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit diese nach Absatz 1 verordnet worden sind. Für die Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen nach Absatz 2 Satz 2 und 5 ist die Einhaltung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 durch Vereinbarung in diesen Verträgen zu gewährleisten und nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106. Die Krankenkasse ist verpflichtet, der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben für die Freistellung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu übermitteln; die §§ 296 bis 298 gelten entsprechend.

(4) Arzneimittel sind nach den Vorschriften des Absatzes 1 zu verordnen, sobald im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung die Versorgung im Rahmen der auf Grund dieser Vorschrift vorgesehenen Verfahren sichergestellt ist; die Voraussetzungen hierfür sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 31. Dezember 2008 zu schaffen. Die Kassenärztliche Vereinigung gibt den Zeitpunkt in ihrem Mitteilungsblatt bekannt, ab dem das Verfahren nach Absatz 1 Satz 1 gilt.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten für Diagnostika entsprechend.

Anmerkungen:

Mit § 73d SGB V wird ein Zweitmeinungsverfahren für besondere Arzneimittel eingeführt (Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder hohem Risikopotenzial). Zur Gewährleistung einer sicheren und unter therapeutischen Aspekten optimalen Patientenversorgung sollen an die Verordnung dieser Arzneimittel besondere Bedingungen geknüpft werden. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Arzneimittel-Richtlinie näheres zu Wirkstoffen, Anwendungsgebieten, Patienten-

gruppen, Qualität der Anwendung und Qualifikation der Ärzte sowie zum Verfahren zu regeln.

Die Auswahl der besonders qualifizierten Ärzte für das Zweitmeinungsverfahren auf der Basis der G-BA-Richtlinie erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Ärzte, die eine Zweitmeinung abgeben, müssen ihre fachliche Unabhängigkeit erklären und ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie offenlegen. Die Voraussetzungen für die Regelung sind bis zum 31. Dezember 2008 zu schaffen.

Kommt eine Regelung auf KV-Ebene nicht zu Stande, können die Krankenkassen nach Ausschreibung oder Rückgriff auf Ärzte, die in Einrichtungen nach §§ 116b und 117 SGB V tätig sind, entsprechende vertragliche Regelungen treffen. Die Voraussetzungen sind in § 73d Abs. 2 SGB V detailliert vorgegeben. Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung können nicht am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen.

Arzneimittel, die durch Richtlinie dem Zweitmeinungsverfahren zugewiesen sind, sind in Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Soweit eine Krankenkasse einzelvertraglich Ärzte zur Zweitmeinung verpflichtet, sind die entsprechenden Arzneimittelverordnungen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen. Hierzu sind Bereinigungen der Prüfdaten vorzunehmen. In den Einzelverträgen der Krankenkassen sind Regelungen zur Sicherung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung, insbesondere zur Einhaltung der Richtlinien nach § 73d Abs. 1 Satz 2 SGB V zu vereinbaren.

Die Zweitmeinungsverfahren sind anzuwenden, sobald in der KV die Voraussetzungen durch Richtlinien des G-BA und KV-Festlegungen oder durch Einzelvertrag der Krankenkasse geschaffen sind. Den KVen ist der 31. Dezember 2008 als Frist gesetzt. Den Verfahrensbeginn hat sie in dem eigenen Mitteilungsblatt bekannt zu machen.

§ 111b SGB V – Rahmenempfehlungen über Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen

~~Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen sollen unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 gemeinsam Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre medizinische Vorsorgeleistungen sowie ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgeben; für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. In den Empfehlungen sind insbesondere zu regeln:~~

- ~~1. die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen,~~
- ~~2. ein Katalog von Indikationen,~~
- ~~3. die individuellen Voraussetzungen für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten,~~
- ~~4. (weggefallen)~~
- ~~5. Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Vertragsärzten und Krankenhäusern,~~
- ~~6. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse, soweit nicht der Anwendungsbereich von § 137d betroffen ist,~~
- ~~7. Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,~~
- ~~8. Maßnahmen zur Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens.~~

~~Vor Abschluss der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zu der Regelung nach Satz 2 Nr. 5 auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen.~~

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Durch die Streichung des § 111b SGB V obliegt es den Spitzenverbänden der Krankenkassen nicht mehr, gemeinsam und einheitlich in Abstimmung mit den maßgeblichen Bundesorganisationen der Leistungserbringer Rahmenvorgaben über Inhalte, Ziele und Voraussetzungen der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und für die Förderung eines gleichmäßigen Leistungsgeschehens zu entwickeln.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen jedoch die weitere Berücksichtigung der Aussagen der "Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V vom 12. Mai 1999", sofern diese nicht neuen Richtlinien, Rahmenempfehlungen oder anderen Grundsatzpapieren im Bereich Vorsorge und Rehabilitation widersprechen.

§ 132e SGB V – Versorgung mit Schutzimpfungen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände schließen mit Kassenärztlichen Vereinigungen, geeigneten Ärzten, deren Gemeinschaften, ärztlich geleiteten Einrichtungen oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 und 2. Dabei haben sie sicherzustellen, dass insbesondere die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berechtigt sind, Schutzimpfungen zu Lasten der Krankenkasse vorzunehmen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Vorschrift regelt den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen für die Versorgung mit Schutzimpfungen. Danach werden die Impfleistungen nach § 20d Abs. 1 und 2 SGB V außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, also extrabudgetär, vergütet. Die Kosten fallen somit weder unter das jeweils regional vereinbarte Arzneimittelvolumen (veranlasste Ausgaben, Richtgrößen, Durchschnittskosten) noch unter die vertragsärztliche Gesamtvergütung.

Die Krankenkassen oder ihre Verbände entscheiden, mit welchem gesetzlich vorgesehenen Leistungserbringer die Versorgung mit Schutzimpfungen vereinbart werden soll. Dabei haben Leistungserbringer keinen Anspruch auf einen Einzelversorgungsvertrag. Allerdings haben die Krankenkassen oder ihre Verbände sicherzustellen, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu Schutzimpfungen vorrangig berechtigt sind. Das Nähere ist in entsprechenden Verträgen zu regeln.

2. Umsetzungshinweis zu § 20d Abs. 1 und 2 i. V. m. § 132e SGB V

Vor einer Anpassung bestehender und dem Abschluss neuer Verträge sollten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewartet werden. Es besteht aktuell keine Notwendigkeit, bereits existierende Verträge vorgehend zu verändern. Eine Regelungslücke entsteht nicht, da die bisherigen Verträge und die darin geregelten Voraussetzungen und Vergütungen weiterhin ihre Gültigkeit behalten.

§ 264 SGB V – Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

(1) . . .

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstandes nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28 i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4)...

(5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Zwölften Buches oder des Achten Buches sind, meldet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistungen zu prüfen.

(6)...

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 v. H. der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Mit dem Inkrafttreten der Neuregelung des § 264 SGB V zum 1. April 2007 umfasst der zu betreuende Personenkreis auch Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII. Damit werden ausdrücklich auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII in die Betreuung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V einbezogen.

2. Meldungen des Trägers der Jugendhilfe an die Krankenkasse

Der Träger der Jugendhilfe meldet die Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII unverzüglich nach Ausübung des Wahlrechtes bzw. Feststellung der zuständigen Krankenkasse bei einer Krankenkasse an. Endet der Bezug von Leistungen nach dem SGB VIII, so hat der Träger der Jugendhilfe die Hilfeempfänger bei der Krankenkasse abzumelden.

Für die erforderlichen Meldungen wird empfohlen, die Anmeldungen entsprechend dem zwischen den Dachorganisationen der Sozialhilfeträger und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmten Meldevordruck zu strukturieren und den Krankenkassen – für den Beginn der Leistungserbringung zum 1. April 2007 – zur Verfügung zu stellen.

3. Auftragsweise Leistungserbringung durch die Krankenkasse

Die Krankenkasse erbringt die nach den §§ 20 bis 60 SGB V vorgesehenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auftragsweise. Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI werden nicht erbracht. Auch für die Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII, die nicht versichert sind, gelten grundsätzlich die gleichen leistungsrechtlichen Regelungen wie für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.

4. Leistungsansprüche nach § 264 Abs. 2 SGB V

Die Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII werden den gesetzlich Krankenversicherten leistungsrechtlich nach Art, Umfang, Inhalt und Höhe der Leistung (§§ 20 bis 60 SGB V) grundsätzlich gleichgestellt. Dies gilt auch für die in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse enthaltenen Leistungen, die ggf. über den gesetzlichen Leistungsumfang hinausgehen.

5. Übergangsregelungen

Mit Inkrafttreten der Neuregelung zum 1. April 2007 sind die Ausführungen in den „Gemeinsamen Empfehlungen der Dachorganisationen der Sozialhilfeträger sowie der Spitzenverbände der Krankenkassen“ vom 13. November 2003 bezüglich der Übergangsregelungen von den Trägern der Jugendhilfe und den gesetzlichen Krankenkassen für Empfänger von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII analog anzuwenden.

§ 275 SGB V – Begutachtung und Beratung

(1) . . .

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussrehabilitation),

(2 Nr. 2) bis (5) . . .

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Die Verpflichtung zur Begutachtung von Anträgen auf Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor Bewilligung wird zukünftig auf Stichproben beschränkt.

Das Nähere über den Umfang und die Auswahl der Stichproben zur Prüfung der Notwendigkeit der beantragten Leistungen regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab 1. Juli 2008 in Richtlinien. Er kann hiervon Ausnahmen zulassen.

2. Begutachtung von Leistungsanträgen

An Stelle der bisherigen Begutachtungspflicht haben die Krankenkassen Anträge auf Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V durch den MDK stichprobenartig begutachten zu lassen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Regelungen zur Durchführung der Stichprobe in Richtlinien

festgelegt hat. Nachweislich der Gesetzesbegründung treten die Änderungen des § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V wegen der engen Verknüpfung insgesamt erst am 1. Juli 2008 in Kraft.

Bis zur Verabschiedung der o.g. Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur MDK-Begutachtung in Stichproben haben die Krankenkassen wie bisher den MDK zur Prüfung der Notwendigkeit der beantragten Leistungen einzuschalten. Die bestehenden "Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den MDK vom 3. Juli 1996", die gemäß § 217f Abs. 5 SGB V bis zur Verabschiedung der o.g. Richtlinien weiter gelten, sind zu berücksichtigen.

Bei Verlängerungsanträgen ist die Notwendigkeit weiterhin durch den MDK unter Beachtung der vorgenannten Ausnahmeregelungen prüfen zu lassen.

§ 196 RVO/§ 23 KVLG

(1) . . .

(2) **Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung gelten die § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 7 Satz 2 und Abs. 8 und § 127 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.**

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Für Versicherte gelten wie bisher bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung die Zuzahlungsregelungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht. Neu ist, dass die Regelung zur Begrenzung des Leistungsanspruchs auf den niedrigsten mit einem Leistungserbringer vereinbarten Preis bei Hilfsmitteln, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft erforderlich sind, nicht gelten soll.

2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

2.1. Keine Zuzahlungspflicht

Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erhält die Versicherte Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Die Zuzahlungsregelungen der § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 8 SGB V finden keine Anwendung (§ 196 Abs. 2 RVO/§ 23 Abs. 2 KVLG).

2.2. Hilfsmittel

Bei der Hilfsmittelversorgung übernimmt die Krankenkasse die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Für die Hilfsmittelversorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindung gelten die Regelungen zur Preisbegrenzung auf den niedrigsten vereinbarten Preis ausdrücklich nicht.

§ 197 RVO/§ 24 KVLG

Wird die Versicherte zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Anmerkungen:

1. Allgemeines

Bisher war der Anspruch auf stationäre Entbindung auf sechs Tage nach der Entbindung begrenzt. Mit der Einführung der Fallpauschalen-Vergütung für Geburten im Jahr 1995 wurde eine zeitliche Befristung entbehrlich. Sowohl in § 197 RVO als auch in § 24 KVLG wird die zeitliche Befristung zum 1. April 2007 gestrichen.

Diese Regelung soll ferner den Fallgestaltungen Rechnung tragen, in denen gesunde Neugeborene noch im Krankenhaus verbleiben mussten, weil die Mutter nach der Entbindung noch behandlungsbedürftig war und noch nicht entlassen werden konnte. Soweit die Grenzverweildauer der Fallpauschale für das Neugeborene überschritten wird, ist für die weitere Versorgung des Neugeborenen die Abrechnung zusätzlicher Tagessätze nach den Vorgaben des DRG-Fallpauschalenkatalogs möglich (Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer).

2. Dauer des Anspruchs

Der Anspruch beginnt mit dem Tag, an dem die Versicherte in ein Krankenhaus oder in eine andere Einrichtung zum Zwecke der Entbindung aufgenommen wird, also u. U. bereits einige Tage vor der Entbindung. Der Charakter der Leistung ändert sich nicht dadurch, dass die Frau vor der Entbindung wieder aus der stationären Einrichtung entlassen wird.

Die Leistungsdauer nach der Entbindung ist nicht begrenzt. Sie endet daher erst mit der Entlassung aus der stationären Einrichtung.

Treten bei einer ambulanten Entbindung oder einer Entbindung in einer anderen stationären Vertragseinrichtung Komplikationen auf, so dass es zur Aufnahme in ein Krankenhaus kommt, handelt es sich auch bei der Behandlung im Krankenhaus in analoger Anwendung der Regelung nach § 197 Satz 2 RVO bzw. § 24 Satz 2 KVLG um eine "stationäre Entbindung".

3. Abgrenzung zur Krankenhausbehandlung

Sofern sich eine Frau bereits in Krankenhausbehandlung befindet und nach der Entbindung nicht auf die Entbindungsstation verlegt wird, handelt es sich vom Entbindungstag an gleichwohl um stationäre Entbindung (§ 197 RVO/§ 24 KVLG). Ebenso handelt es sich bis zur Entlassung um stationäre Entbindung, wenn die Frau nach der Entbindung von der Entbindungsstation auf eine andere Station des Krankenhauses verlegt wird. Der Vorrang der stationären Entbindung gilt nicht, wenn stationäre Behandlung zu Lasten der Rentenversicherung, der Unfallversicherung oder der Versorgungsverwaltung gewährt wird.

4. Keine Zuzahlung während der stationären Entbindung

Die stationäre Entbindung ist keine Krankenhausbehandlung. § 197 Satz 2 RVO/§ 24 Satz 2 KVLG schreiben vor, dass für den Zeitraum der stationären Entbindung kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht. Deshalb ist keine Zuzahlung zu entrichten. Die Tage vor der Entbindung sind ebenfalls zuzahlungsfrei, wenn der Grund der Aufnahme die Entbindung ist.

Beispiel 1:

Aufnahme zur Entbindung am 16. Juli
Entbindung am 20. Juli
Entlassung aus dem Krankenhaus am 29. Juli

Lösung:

Stationäre Entbindung nach § 197 RVO/§ 24 KVLG vom 16. bis 29. Juli. Es sind keine Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V zu entrichten.

Beispiel 2:

Aufnahme in das Krankenhaus wegen Krankheit am 28. August

Entbindung am 6. September

Entlassung aus dem Krankenhaus am 20. September

Lösung:

Stationäre Entbindung nach § 197 RVO/§ 24 KVLG vom 6. bis 20. September.

Für die Zeit vom 28. August bis 5. September (9 Tage) erfolgt eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und es sind grundsätzlich Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V zu entrichten.

5 Übergangsregelung

Erfolgt die Entlassung vor dem 1. April 2007, so erfolgt die Beurteilung nach dem bis dahin geltenden Recht.

Erfolgt die Entlassung erst am 1. April 2007 oder später, so ist für die Beurteilung dieses stationären Aufenthaltes das „neue Recht“ maßgebend, es sei denn, die stationäre Entbindung nach § 197 RVO/§ 24 KVLG (Sechstagesfrist) endet in einem laufenden Fall vor dem 1. April 2007.

Beispiel 3:

Aufnahme zur Entbindung am 20. März 2007

Entbindung am 21. März 2007

Entlassung aus dem Krankenhaus am 31. März 2007

Lösung:

Stationäre Entbindung nach § 197 RVO/§ 24 KVLG vom 20. bis 27. März 2007.

Für die Zeit vom 28. bis 31. März 2007 (4 Tage) erfolgt eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und es sind grundsätzlich Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V zu entrichten.

Beispiel 4:

Aufnahme zur Entbindung am 24. März 2007

Entbindung am 25. März 2007

Entlassung aus dem Krankenhaus am 5. April 2007

Lösung:

Stationäre Entbindung nach § 197 RVO/§ 24 KVLG vom 24. März bis 31. März 2007. Für die Zeit vom 1. bis 5. April (5 Tage) erfolgt eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V und es sind grundsätzlich Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V zu entrichten.

Beispiel 5:

Aufnahme zur Entbindung am 27. März 2007

Entbindung am 27. März 2007

Entlassung aus dem Krankenhaus am 10. April 2007

Lösung:

Stationäre Entbindung nach § 197 RVO/§ 24 KVLG vom 27. März bis 10. April 2007. Es sind keine Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V zu entrichten.

Anlage zum gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Krankenversicherung der Seeleute aus leistungsrechtlicher Sicht

1. Versicherungspflicht und Wahlrecht der Krankenkasse für Seeleute

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) werden folgende Rechtsvorschriften, die Versicherungspflicht und das Kassenwahlrecht von Seeleuten betreffend, zum 1. Januar 2009 geändert oder aufgehoben:

- In § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V werden die Wörter „**dies gilt nicht für Seeleute**“ gestrichen.
- In § 173 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4a SGB V werden nach den Wörtern „Knappschaft-Bahn-See“ die Wörter „**und die See-Krankenkasse**“ eingefügt.
- Im Sechsten Kapitel, Zweiter Abschnitt, Zweiter Titel, wird **§ 176 SGB V** aufgehoben.

Damit ist die See-Krankenkasse ab 1. Januar 2009 nicht mehr ausschließlich als Krankenkasse für Seeleute zuständig. Auch für Seeleute gelten ab 1. Januar 2009 die „Allgemeinen Wahlrechte“ nach § 173 SGB V.

Mit den folgenden Ausführungen soll bereits jetzt auf die „leistungsrechtlichen Besonderheiten“ für Beschäftigte auf deutschen Seeschiffen hingewiesen werden, damit sich die ab 1. Januar 2009 auch für Seeleute wählbaren Krankenkassen darauf organisatorisch vorbereiten können.

2. Sonderregelungen für Seeleute im Bezug auf die Krankenbehandlung nach §§ 27 ff. SGB V

2.1 Ruhen des Anspruchs (§ 16 Abs. 3 SGB V)

„Der Anspruch auf Leistungen ruht, soweit durch das Seemannsgesetz (SeemG) für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist. Er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes oder auf der Reise befindet, es sei denn, er hat nach § 44 Abs. 1

SeemG die Leistungen der Krankenkasse gewählt oder der Reeder hat ihn nach § 44 Abs. 2 SeemG an die Krankenkasse verwiesen.“

Die Vorschriften des Seemannsgesetzes gelten als *lex specialis* auch dann, wenn das Besatzungsmitglied sich in einem Staat der Europäischen Gemeinschaft (EG), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in einem Staat aufhält, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen auf dem Gebiet der Krankenversicherung besteht.

Ausnahme: Diese Regelung findet keine Anwendung, wenn der Versicherte seinen Wohnort in dem jeweiligen Staat hat.

Der Seemann sollte aus diesem Grunde darauf hingewiesen werden, dass er im Ausland Leistungen über die „Internationale europäische Krankenversicherungskarte – EHIC“ nicht in Anspruch nehmen darf; es sei denn, es handelt sich um eine Urlaubsreise.

Der Reeder hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Krankenbehandlung gegen die Krankenkasse. Der Erstattungsanspruch des Arbeitgebers gegen die Krankenkasse nach § 17 Abs. 2 SGB V gilt für die Krankenbehandlung auf Kosten des Reeders nicht.

2.1.1 Anspruch auf Krankenfürsorge nach dem Seemannsgesetz (§ 42 ff. (SeemG))

Das Nähere zu den Ansprüchen des Seemanns auf Krankenfürsorge zu Lasten des Reeders ist in §§ 42 ff. SeemG geregelt.

Krankenbehandlung (§ 42 Abs. 1 SeemG)

Das Besatzungsmitglied hat vom Beginn bis zum Ende des Heuerverhältnisses im Falle einer Erkrankung oder Verletzung Anspruch auf ausreichende und zweckmäßige Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders, soweit die §§ 44, 46 und 47 SeemG nichts Abweichendes bestimmen.

Die Krankenbehandlung umfasst die Heilbehandlung, die Verpflegung und Unterbringung des Kranken oder Verletzten. Zur Heilbehandlung gehört auch die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln (§ 43 SeemG).

Krankenbehandlung im Hafen in Deutschland (§ 44 SeemG)

Liegt das Schiff in einem Hafen in Deutschland, so hat das in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Besatzungsmitglied, solange es an Bord bleibt, die Wahl zwischen der Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders und der Krankenbehandlung auf Kosten der Krankenkasse. Der Reeder kann das in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Besatzungsmitglied an die Krankenkasse verweisen, wenn ein Schiffsarzt oder ein Vertragsarzt des Reeders nicht zur Verfügung steht oder wenn die Krankheit oder das Verhalten des Kranken das Verbleiben an Bord nicht gestattet oder unzumutbar macht oder wenn der Erfolg der Behandlung gefährdet ist.

Die Regelung des § 44 SeemG hat praktisch kaum Bedeutung. In aller Regel nimmt der Seemann während des Aufenthalts in Deutschland im Krankheitsfall die Leistungen über die Krankenversicherungskarte der Krankenkasse in Anspruch.

Dauer des Anspruchs auf Krankenfürsorge (§ 47 SeemG)

Die Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders endet, sobald das Besatzungsmitglied, das in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, an einem Ort in Deutschland das Schiff verlässt; sie ist jedoch, wenn mit der Unterbrechung Gefahr verbunden ist, fortzusetzen, bis die zuständige Krankenkasse oder der zuständige Träger der Unfallversicherung mit Leistungen beginnt.

Ist das Besatzungsmitglied außerhalb Deutschlands zurückgelassen worden, so endet die Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders, wenn das Besatzungsmitglied, das in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, nach Deutschland zurückbefördert oder zurückgekehrt ist. Die Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders endet für jedes Besatzungsmitglied spätestens mit Ablauf der 26. Woche, nachdem es das Schiff verlassen hat. Bei Verletzung infolge eines Arbeitsunfalls endet die Krankenfürsorge, sobald der zuständige Träger der Unfallversicherung mit seinen Leistungen beginnt.

Die Rückkehr eines Seemannes an seinen Wohnort im Ausland ist der Rückkehr nach Deutschland gleichgestellt, wenn es sich dabei um einen Staat der

EG, des EWR oder um einen Staat handelt, mit dem ein Sozialversicherungsabkommen auf dem Gebiet der Krankenversicherung besteht.

Wegfall des Anspruchs auf Reederfürsorge durch Straftat (§ 50 SeemG)

Hat sich das Besatzungsmitglied die Krankheit oder Verletzung durch eine von ihm vorsätzlich begangene Straftat zugezogen, so entfällt der Anspruch auf Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders.

Heimschaffung des im Ausland erkrankten Besatzungsmitgliedes

Die Heimschaffung (Rückbeförderung) des im Ausland erkrankten Besatzungsmitgliedes obliegt dem Reeder (§§ 49 und 72 SeemG).

2.2 Erstattung der Aufwendungen des Arbeitgebers nach § 48 Abs. 2 SeemG (Reederkrankengeld) durch die Krankenkasse nach § 17 Abs. 3 SGB V:

Die See-Krankenkasse hat dem Reeder die Aufwendungen zu erstatten, die ihm nach § 48 Abs. 2 SeemG entstanden sind.

Der Erstattungsanspruch des Reeders bezieht sich ausschließlich auf die in Höhe des Krankengeldes gezahlten Reederleistungen (Reederkrankengeld). Ein Anspruch des Reeders auf Erstattung von Sachleistung ist nicht vorgesehen (siehe unter 2.1)

§ 17 Abs. 3 SGB V wurde durch das GKV-WSG nicht angepasst. Dies dürfte auf ein redaktionelles Versehen des Gesetzgebers zurückzuführen sein. Sonst würde auch nach dem 31. Dezember 2008 ein Anspruch des Reeders auf Erstattung solcher Zahlungen nur gegen die See-Krankenkasse bestehen. Der Anspruch des Reeders dürfte ohne Einschränkung gegen die Krankenkasse bestehen, bei der der Seemann versichert ist.

Zum Rechtsanspruch des Seemanns auf das „Reederkrankengeld“ siehe unter 6.

2.3 Unterkunft und Verpflegung im Seemannsheim (§ 39 Abs. 5 SGB V):

Die See-Krankenkasse kann für kranke Seeleute, die ledig sind und keinen Haushalt haben, über den Anspruch nach § 39 Abs. 1 SGB V hinaus Unterkunft und Verpflegung in einem Seemannsheim erbringen.

Die Verpflichtung zur Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V i. V. mit § 61 SGB V gilt auch für solche Leistungsfälle.

§ 39 Abs. 5 SGB V wurde durch das GKV-WSG nicht angepasst. Hierbei dürfte es sich ebenfalls um ein redaktionelles Versehen des Gesetzgebers handeln. Sonst würden auch nach dem 31. Dezember 2008 nur die bei der See-Krankenkasse versicherten Seeleute diese Leistung erhalten können. Dieser Leistungsanspruch besteht ab 1. Januar 2009 gegen alle Krankenkassen, bei denen ein Seemann versichert ist. Bei dieser Leistung handelt es sich um eine Ermessensleistung der Krankenkasse.

2.4 Krankengeld (§ 47 Abs. 4 Satz 1 SGB V):

Für Seeleute gelten als Regelentgelt beitragspflichtige Einnahmen nach § 233 Abs. 1 SGB V.

Dieses ist bei versicherungspflichtigen Seeleuten der dreißigste Teil des nach § 92 SGB VII festgesetzten monatlichen Durchschnittsentgelts der einzelnen Klassen der Schiffsbesatzungen und Schiffsgattungen sowie der auf den Kalendarstag entfallende Teil des Vorruhestandsgeldes. Die beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen sich für Seeleute, die auf den Seeschiffen beköstigt werden, um ein Dreißigstel des nach § 92 SGB VII festgesetzten Durchschnittsatzes für Beköstigung.

Das für die Beitragsberechnung maßgebliche Durchschnittsentgelt (Durchschnittsheuer) wird von Ausschüssen der Vertreterversammlung der See-Berufsgenossenschaft festgesetzt. Bei der Festsetzung werden die zwischen den Reedern und Vereinigungen seemännischer Arbeitnehmer abgeschlossenen Tarifverträge berücksichtigt. Die festgesetzten Beträge bedürfen der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes (§ 92 Abs. 4, 5 und 6 SGB VII). Die für die Beitragserhebung und Festsetzung der Geldleistungen maßgeblichen Durchschnittsheuern werden im „Gemeinsamen Ministerialblatt“ (bisher: Bundesarbeitsblatt) veröffentlicht.

Die festgesetzte „Durchschnittsheuer“ dient vorrangig der Beitragsberechnung und ist damit aber auch Grundlage für die Festsetzung von Geldleistungen (Kranken- und Verletztengeld). Die „Durchschnittsheuer“ kann vom tatsächlich erzielten Bruttoarbeitsentgelt erheblich abweichen. In Einzelfällen kann das erzielte Nettoarbeitsentgelt den Betrag der für die Beitragsbemessung maßgeblichen „Durchschnittsheuer“ auch übersteigen.

Für Seeleute, die nach § 9 SGB V freiwillig versichert sind, berechnet sich das Regelentgelt nach § 47 Abs. 2 SGB V.

3. Arbeitsunfähigkeit

Sofern eine Arbeitsunfähigkeit an Bord eines Schiffes beginnt, kann regelmäßig die Arbeitsunfähigkeit nicht ärztlich festgestellt werden. In diesen Fällen wird die Arbeitsunfähigkeit durch die Schiffsleitung, in aller Regel durch den 1. Offizier, bei kleineren Schiffseinheiten durch den Kapitän, festgestellt. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist in diesen Fällen vom Arbeitgeber in der Entgeltbescheinigung anzugeben. Des Weiteren hat der Arbeitgeber anzugeben, wann das Besatzungsmitglied das Schiff verlassen hat und nach Deutschland zurückgekehrt ist.

Die vom Arbeitgeber hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit gemachten Angaben sind grundsätzlich zu akzeptieren.

Für die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit ist auch bei Seeleuten (Besatzungsmitgliedern auf Seeschiffen) die zuletzt ausgeübte Tätigkeit maßgeblich. Arbeitsunfähig ist ein Besatzungsmitglied, wenn es seiner zuletzt ausgeübten oder einer ähnlichen, d. h. dem bisherigen Arbeitsverhältnis gleich gearteten Tätigkeit wegen Krankheit überhaupt nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin nachgehen kann, seinen Zustand zu verschlimmern; bei der Beurteilung einer ähnlichen Tätigkeit ist darauf abzustellen, welche Bedingungen das bisherige Beschäftigungsverhältnis im Wesentlichen geprägt haben und welche ähnlichen, diesem Arbeitsverhältnis gleich gearteten Tätigkeiten in Betracht kommen.

Für Besatzungsmitglieder von Seeschiffen ist für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Weiteren grundsätzlich der Arbeitsplatz Schiff maßgeblich. Eine Verweisung auf ähnliche Tätigkeiten scheidet aus diesem Grunde in aller Regel aus. Arbeitsunfähigkeit liegt bei Besatzungsmitgliedern von Seeschiffen in aller Regel bereits dann vor, wenn eine Krankheit Leistungen der Krankenbehandlung nach §§ 27 ff. SGB V

erforderlich macht. Dies begründet sich daraus, dass medizinisch erforderliche Behandlungsmaßnahmen regelmäßig nicht an Bord eines Schiffes sichergestellt sind und der Versicherte zur Inanspruchnahme dieser Leistungen seiner beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann.

4. Verletztengeld (§ 47 Abs. 1 SGB VII)

Die Berechnung des Verletztengeldes ist unter Berücksichtigung der „Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII i. V. m. §§ 88 ff. SGB X (VV Generalauftrag Verletztengeld)“ durch die Krankenkasse vorzunehmen, bei der der Seemann versichert ist.

Zur Berechnung des Regelentgelts für pflichtversicherte Seeleute siehe 2.4.

5. Heuerfortzahlung (§ 48 Abs. 1 SeemG):

Das erkrankte oder verletzte Besatzungsmitglied hat Anspruch auf Weiterzahlung der Heuer mindestens bis zu dem Tage, an welchem es das Schiff verlässt. Im übrigen gelten die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EFZG); solange das Besatzungsmitglied sich an Bord eines Schiffes auf See oder im Ausland aufhält, ist jedoch § 5 des EFZG nur insoweit anzuwenden, als das Besatzungsmitglied zur Mitteilung seiner Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtlicher Dauer verpflichtet ist.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit an Bord ist der Anspruch auf Heuerfortzahlung nicht begrenzt. Dieser besteht solange, wie sich das Besatzungsmitglied arbeitsunfähig an Bord des Schiffes aufhält. Dieser Anspruch auf Heuerfortzahlung beruht ausschließlich auf den Vorschriften des Seemannsgesetzes und ist von einem Anspruch nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz unabhängig. Die nach dem Seemannsgesetz geleistete Heuerfortzahlung wird allerdings auf einen Anspruch nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz angerechnet.

6. Geldleistungen des Arbeitgebers (Reederkrankengeld) im Ausland nach Ablauf der Heuerfortzahlung (§ 48 Abs. 2 SeemG)

Der Reeder hat einem erkrankten oder verletzten Besatzungsmitglied, das außerhalb des Geltungsbereichs des Grundgesetzes das Schiff verlassen und keinen Anspruch auf Weiterzahlung der Heuer nach § 48 Abs. 1 SeemG mehr

hat, für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit oder des Aufenthalts in einem Krankenhaus außerhalb des Geltungsbereichs des Grundgesetzes und solange es Anspruch auf kostenfreie Krankenfürsorge hat, die Beträge zu zahlen, die dem Besatzungsmitglied nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder nach der Reichsversicherungsordnung zustehen würden, wenn es innerhalb des Geltungsbereichs des Grundgesetzes erkrankt wäre.

In diesen Fällen hat die Krankenkasse dem Reeder das bei Arbeitsunfähigkeit zu zahlende kalendertägliche Krankengeld (Nettokrankengeld) aufzugeben. Der Reeder ist auf die Zahlungsweise des Krankengeldes als „Reederkrankengeld“ nach § 47 Abs. 1 Satz 7 SGB V hinzuweisen.

Der Anspruch auf „Reederkrankengeld“ besteht längstens für 26 Wochen, bei einer Arbeitsunfähigkeit außerhalb Deutschlands gerechnet vom Tag, nachdem das Schiff verlassen wurde.

Zum Erstattungsanspruch des Reeders gegen die Krankenkasse siehe 2.3.

7. Verlängerung eines beendeten Heuerverhältnisses durch Urlaubsansprüche (§ 60 SeemG):

Eine Abgeltung des Urlaubsanspruchs ist nur zulässig, soweit der Urlaub wegen Beendigung des Heuerverhältnisses nicht mehr gewährt werden kann und eine Verlängerung des Heuerverhältnisses infolge Eingehens eines neuen Heuer- oder sonstigen Arbeitsverhältnisses nicht möglich ist.

Des Weiteren wird eine Abgeltung des Urlaubsanspruchs bei fristlosen Kündigungen als zulässig erachtet.

Wird ein Heuerverhältnis durch Fristablauf oder durch Kündigung beendet, so verlängert es sich um den Urlaubsanspruch, der bei Beendigung des Heuerverhältnisses besteht.

Kann der Urlaub ganz oder teilweise wegen der Arbeitsunfähigkeit nicht genommen werden, können diese Urlaubstage am Ende des – verlängerten – Heuerverhältnisses abgegolten werden.

Der durch Arbeitsunfähigkeit unterbrochene Urlaub verlängert das Heuerverhältnis nicht erneut.

Siehe folgende Beispiele:

Beispiel 1:

Heuverhältnis fristgerecht gekündigt zum	31. Dezember 2008
Letzter Arbeitstag am	31. Dezember 2008
Urlaubsanspruch (31 Tage) bis	31. Januar 2009
Arbeitsunfähig ab	15. Januar 2009
Heuerfortzahlung bis	31. Januar 2009
Arbeitsfähig ab	3. Februar 2009
Krankengeld vom	1. Februar 2009 bis 2. Februar 2009
Urlaubsabgeltung 17 Tage	

Beispiel 2:

Heuverhältnis fristgerecht gekündigt zum	31. Dezember 2008
Letzter Arbeitstag	15. Dezember 2008
Urlaubsanspruch (31 Tage) bis	15. Januar 2009
Arbeitsunfähig ab	20. Dezember 2008
Heuerfortzahlung bis	15. Januar 2009
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	2. Februar 2009
Krankengeld	vom 16. Januar 2009 bis 2. Februar 2009
Urlaubsabgeltung 27 Tage	

Beispiel 3:

Heuverhältnis fristgerecht gekündigt zum	31. Dezember 2008
Letzter Arbeitstag	15. Dezember 2008
Urlaubsanspruch (65 Tage) bis	18. Februar 2009
Arbeitsunfähig (Krankheit A) ab	20. Dezember 2008
Heuerfortzahlung (42 Tage) bis	30. Januar 2009
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit (Krankheit A)	2. Februar 2009
Krankengeld (Krankheit A) vom	31. Januar 2009 bis 2. Februar 2009
Arbeitsunfähigkeit (Krankheit B) ab	15. Februar 2009
Heuerfortzahlung bis	18. Februar 2009
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit (Krankheit B)	15. März 2009
Krankengeld (Krankheit B) vom	19. Februar 2009 bis 15. März 2009
Urlaubsabgeltung 49 Tage	