

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

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e. V., Berlin

IKK e. V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

Knappschaft, Bochum

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

---

Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 13./14.06.2016

– Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V –

---

---

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

## **Präambel**

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

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

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

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

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Anwendungsbereich .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Zuständigkeit und zu beachtende Grundsätze .....</b>	<b>4</b>
2.1 Zuständigkeit.....	4
2.2 Allgemeine Grundsätze.....	4
<b>3. Verfahren je nach Zeitpunkt der Antragstellung .....</b>	<b>5</b>
3.1 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres .....	5
3.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr .....	5
3.3 Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung .....	6
<b>4. Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V.....</b>	<b>8</b>
4.1 Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige .....	9
4.2 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt .....	16
4.3 Zuzahlungen.....	17
<b>5. Belastungsgrenze der Versicherten .....</b>	<b>19</b>
5.1 Höhe der Belastungsgrenze .....	19
5.2 Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen .....	20
5.3 Voraussetzungen für die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. ....	22
5.3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft.....	22
5.3.2 Nachweis der Fortdauer der Behandlung in den Folgejahren .....	22
<b>6. Inkrafttreten .....</b>	<b>23</b>
<b>7. Erklärung zur zukünftigen Nichtanwendung .....</b>	<b>23</b>
<b>8. Anlagen.....</b>	<b>23</b>

## 1. Anwendungsbereich

Sind im Laufe eines Kalenderjahres

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

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

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

## 2. Zuständigkeit und zu beachtende Grundsätze

### 2.1 Zuständigkeit

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

### 2.2 Allgemeine Grundsätze

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

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

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

### **3. Verfahren je nach Zeitpunkt der Antragstellung**

#### **3.1 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach Ablauf des Kalenderjahres**

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

#### **3.2 Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr**

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

sichtigungsfähigen Angehörigen ebenfalls für den Rest des Kalenderjahres befreit werden können.

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

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

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

### 3.3 Erreichen der Belastungsgrenze aufgrund einer Vorauszahlung

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

Beispiel 1: Ehemann Krankenkasse A, Zuzahlung 10 Euro, Ehefrau Krankenkasse B, Kind geboren am 1.1.1997, Krankenkasse B, nachgewiesene Zuzahlung 90 Euro. Antrag auf Vorauszahlung der Belastungsgrenze für das laufende Kalenderjahr 2015, die ermittelte Belastungsgrenze beträgt 244 Euro.

Lösung: Die Vorauszahlung beträgt 144 Euro (244 Euro Belastungsgrenze - 100 Euro Zuzahlung). Da das Kind im Jahr 2015 das 19. Lebensjahr beginnt, ist die Vorauszahlung durch 3 Versicherte zu teilen (48 Euro). Der Krankenkasse A stehen somit 48 Euro der Vorauszahlung zu, der Krankenkasse B 96 Euro.

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

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

- (5) Die Krankenkassen, die die Anwendung dieser Verfahrensgrundsätze erklärt haben, können - ggf. über ihren Verband auf Bundesebene - einen gegenseitigen Verzicht auf eine Aufteilung der Vorauszahlung nach Absatz (3) erklären oder eine höhere als die in Absatz (4) genannte Bagatellgrenze vereinbaren.
- (6) Die den übrigen Krankenkassen zustehenden Teilbeträge werden dem Versicherten mit dem als Anlage 2a beigefügten Mustervordruck oder einem inhaltlich entsprechenden Formular in entsprechender Anzahl mitgeteilt. Zur Begründung siehe Abschnitt 3.1 Absatz (2). Eine weitere Aufteilung der Teilbeträge in Leistungsbereiche ist nicht erforderlich. Die von der berechnenden Krankenkasse ermittelten jeweiligen Beträge werden dabei von den anderen Krankenkassen akzeptiert.
- (7) Die übrigen Krankenkassen können auf der Grundlage der Mitteilung nach Absatz (6) den ihnen zustehenden Vorauszahlungsanteil unter Angabe des im Muster nach Anlage 2a oder einem inhaltlich entsprechenden Formular vergebenden Aktenzeichens anfordern. Der Vorauszahlungsanteil ist nach Anforderung von der berechnenden Krankenkasse umgehend nach Erhalt der Vorauszahlung an die übrigen Krankenkassen zu überweisen.
- (8) Die unter Abschnitt 3.2 Absätze (2) bis (5) enthaltenen Regelungen gelten bei einer Befreiung nach Abschnitt 3.3 gleichermaßen.
- (9) Ändert sich aufgrund einer Neuberechnung der Belastungsgrenze der Vorauszahlungsbetrag, erfolgt ebenfalls eine Aufteilung der Differenz zur zunächst festgestellten Vorauszahlung entsprechend den Absätzen (3) bis (5). Für die Bemessung der Bagatellgrenze sind jedoch abweichend von Absatz (3) nur die aus der jetzt ermittelten Differenz berechneten Teilbeträge anzusetzen. Im Falle einer Teilerstattung der Vorauszahlung kann die berechnende Krankenkasse den Differenzbetrag bei den anderen Krankenkassen anfordern.

Beispiel 2: Ehemann Krankenkasse A, Ehefrau Krankenkasse B. Antrag auf Vorauszahlung für das Kalenderjahr 2015, die ermittelte Belastungsgrenze beträgt 250 Euro. Es erfolgt eine Befreiung aufgrund einer Vorauszahlung. Die Krankenkasse A überweist der Krankenkasse B nach Anforderung 125 Euro der Vorauszahlung.

Der Versicherte verstirbt am 30.6. des Jahres, für das die Befreiung ausgesprochen wurde. Die hinterbliebene Ehefrau beantragt eine Neuberechnung des ursprünglich ermittelten Vorauszahlungsbetrages. Die daraufhin neu festgestellte Belastungsgrenze beträgt 100 Euro.

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

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

Beispiel 3: Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 Euro am 1.12. für das darauffolgende Kalenderjahr. Der Versicherte beantragt am Ende des Folgejahres eine Teilerstattung, da der Wert der auf Grund der Befreiung nicht entrichteten Zuzahlungen in diesem Kalenderjahr nicht den Betrag von 200 Euro erreicht habe.

Lösung: Eine Rückzahlung kann nicht erfolgen.

Beispiel 4: Vorauszahlung der Belastungsgrenze in Höhe von 200 Euro am 20.12. für das darauffolgende Kalenderjahr, der Befreiungsausweis wird am 27.12. des Jahres versandt. Am 18.1. des Folgejahres stirbt der Versicherte.

Lösung: Eine Rückzahlung der Vorauszahlung unter dem Aspekt, dass keine mit Zuzahlungen verbundenen Leistungen in Anspruch genommen wurden, ist nicht möglich. Allerdings kann auf Antrag eine Neuberechnung der Belastungsgrenze aufgrund der geänderten Einkommensverhältnisse und ggf. eine entsprechende Erstattung erfolgen (vgl. Abschnitt 4.1 Absatz (13)).

Beispiel 5: wie Beispiel 4, der Befreiungsausweis wurde jedoch noch nicht versandt.

Lösung: Eine Rückzahlung der Vorauszahlung kann erfolgen.

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

- (1) Grundlagen für die Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V und die Beurteilung, ob Versicherte höhere als nach § 62 SGB V vorgesehene Zuzahlungen im Laufe eines Kalenderjahres getragen haben, sind
- die zu berücksichtigenden Angehörigen (Abschnitt 4.1),
  - die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Abschnitt 4.2) sowie
  - die im Kalenderjahr entstandenen Zuzahlungen (Abschnitt 4.3).

- (2) Für die Prüfung der zu berücksichtigenden Angehörigen sind die zum Zeitpunkt der Beurteilung des Antrages bzw. bei nachträglicher Antragstellung die am Ende des jeweiligen Kalenderjahres vorliegenden Verhältnisse maßgebend (vgl. auch Beispiel 16). Die Bruttoeinnahmen sind aus dem Jahr heranzuziehen, für das die Befreiung beantragt wird.

#### **4.1 Zu berücksichtigende im gemeinsamen Haushalt lebende Angehörige**

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

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

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

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

- (2) Ein gemeinsamer Haushalt setzt voraus, dass mehrere Familienangehörige im Sinne des § 62 SGB V ihren Wohnsitz zusammen an der gleichen Stelle (Haus, Wohnung) begründet haben und in Wirtschaftsgemeinschaft leben. Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird (§ 30 Abs. 3 Satz 1 SGB I). Dies bedeutet, dass ein vorübergehendes Wohnen außerhalb des gemeinsamen Haushalts nicht zu dessen endgültiger Auflösung führt. Ein gemeinsamer Haushalt kann grundsätzlich immer dann unterstellt werden, wenn sich Ehegatten/Lebenspartner, sonstige Angehörige oder Kinder zwar vorübergehend nicht in dem gemeinsamen Haushalt aufhalten, dort jedoch noch einen Erst- oder Zweitwohnsitz haben.
- (3) Ein gemeinsamer Haushalt liegt nicht vor, wenn sich für den Ehegatten/Lebenspartner, sonstige Angehörige oder die Kinder – für einen nicht absehbaren Zeitraum – ein anderer Lebensmittelpunkt als der des Haushalts des Versicherten ergibt. Das gilt insbesondere bei Personen, deren dauernder und eigenständiger Wohnsitz im In- oder Ausland liegt.
- (4) Bei Ehegatten und Lebenspartnern besteht die Besonderheit, dass ein gemeinsamer Haushalt auch dann anzunehmen ist, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine

vollstationäre Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden, oder in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der Leistungen nach dem § 43a SGB XI erbracht werden, aufgenommen wird (§ 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der vorgenannten Einrichtungen aufgenommen werden.

- (5) Ehegatten/Lebenspartner des Versicherten sind immer zu berücksichtigen, wenn sie im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten leben, unabhängig davon, ob sie selbst versichert, familienversichert oder nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen, die außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung anfallen, bleiben jedoch bei der Höhe der insgesamt geleisteten Zuzahlungen unberücksichtigt (vgl. Abschnitt 4.3).

Beispiel 6: Ehemann bis 30.6. Krankenkasse A (monatlich 1.500 Euro, Zuzahlungen 100 Euro), ab 1.7. privat versichert (monatlich 1.800 Euro, Selbstbehalt 120 Euro), Ehefrau Krankenkasse A (monatlich 2.200 Euro, Zuzahlungen 150 Euro), am 1.5. geborenes Kind Krankenkasse A (Zuzahlungen 30 Euro).

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

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

Krankenkasse versichert oder nicht gesetzlich versichert ist, erfolgt die Zuordnung der Kinder zur gemeinsamen Beurteilung mit einem Elternteil nach dem Willen der Beteiligten (Ausübung des Wahlrechts). Hierzu hat die Krankenkasse die beteiligten Personen über die entsprechenden Möglichkeiten aufzuklären, zu beraten bzw. ihnen Auskunft zu erteilen (§§ 13, 14 und 15 SGB I).

Beispiel 7: In einem gemeinsamen Haushalt leben:

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

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

Beispiel 8: In einem gemeinsamen Haushalt leben:

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

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

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

Beispiel 9: In einem gemeinsamen Haushalt leben:

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

Lösung: Die Familie ist gemeinsam zu beurteilen.

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

Beispiel 10: Die Versicherten heiraten am 7.3. des Jahres (monatliche Einnahmen des Mannes 1500 Euro, Zuzahlungen im gesamten Jahr 150 Euro, monatliche Einnahmen

der Ehefrau 1500 Euro, Zuzahlungen im gesamten Jahr 100 Euro). Am 10.12. des Jahres wird das gemeinsame Kind geboren. Antragstellung am 2.1. des Folgejahres.

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

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

Beispiel 11: In einem gemeinsamen Haushalt lebt ein Ehepaar mit 2 familienversicherten Kindern (19 und 21 Jahre alt). Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung eines Kindes am 1.7., Krankenkasse B (monatliche Einnahmen 1.000 Euro, Zuzahlungen im gesamten Jahr 150 Euro). Antragstellung am 2.1. des Folgejahres.

Lösung: Das Ehepaar und das am Jahresende familienversicherte Kind sind gemeinsam zu beurteilen (Freibetrag für 1. Angehörigen [15 v. H.] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG). Das ab 1.7. selbst krankenversicherte Kind hat ggf. am Jahresende Anspruch auf Erstattung nach § 62 SGB V. Grundlagen sind seine Zuzahlungen sowie Bruttoeinnahmen des ganzen Kalenderjahres (Bruttoeinnahmen 6.000 Euro; Zuzahlungen 150 Euro, keine Minderung der Bruttoeinnahmen).

Beispiel 12: wie Beispiel 11, die Kinder sind jedoch 15 und 17 Jahre alt.

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

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

Beispiel 13: In einem gemeinsamen Haushalt lebt ein Ehepaar mit 2 familienversicherten Kindern (19 und 21 Jahre alt). Antragstellung am 15.3. des laufenden Jahres mit nachfolgender Befreiung des Familienverbundes von gesetzlichen Zuzahlungen.

Erstmalige Aufnahme einer Beschäftigung eines Kindes am 1.7. (monatliche Einnahmen 1.000 Euro, Zuzahlungen im ersten Halbjahr 50 Euro, im zweiten Halbjahr 100 Euro), erneute Antragstellung zu Beginn des Folgejahres.

Lösung: Das Ehepaar und die beiden zum Zeitpunkt der Antragstellung am 15.3. familienversicherten Kinder sind zunächst gemeinsam zu beurteilen (Freibetrag für 1. An-

gehörigen [15 v. H.] und Kinderfreibetrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG für zwei Kinder).

Das ab 1.7. selbst krankenversicherte Kind hat ggf. am Jahresende Anspruch auf Erstattung nach § 62 SGB V. Grundlagen sind seine Zuzahlungen sowie Bruttoeinnahmen ab 1.7. (Bruttoeinnahmen 6.000 Euro; Zuzahlungen 100 Euro, keine Minderung der Bruttoeinnahmen). Für den verbleibenden Familienverbund verbleibt es auch für die Zeit ab 1.7. bei den bisherigen Feststellungen.

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

Beispiel 14: Zuzug des Familienverbundes (Ehepaar und 1 Kind, 6 Jahre alt) aus dem Ausland am 1.7. (monatlich 500 Euro Einnahmen bis 30.6., ab 1.7. 1.500 Euro monatlich, Zuzahlungen ab 1.7. 100 Euro), Antrag am 2.1. des Folgejahres.

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

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

Beispiel 15: Versicherter verstirbt am 1.2. des Jahres. Der hinterbliebene Ehegatte und 1 Kind (Vollendung des 18. Lebensjahres im zu beurteilenden Kalenderjahr) beziehen Witwen- bzw. Waisenrente. Antragstellung am 15.1. des Folgejahres.

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

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

Beispiel 16: In einem gemeinsamen Haushalt lebt ein Ehepaar mit einem familienversicherten Kind (20 Jahre alt). Aufgrund einer Vorauszahlung zu Jahresbeginn ist der Familienverbund von Zuzahlungen befreit. Ehemann 2.000 Euro Rente, Ehefrau und Kind ohne Einnahmen.

Versicherter verstirbt am 1.2. des Jahres. Der hinterbliebene Ehegatte und das Kind (bis 1.2. familienversichert) beziehen Witwenrente (1.200 Euro) bzw. Waisenrente (300 Euro).

ro). Die Witwe beantragt am 15.4. eine Korrektur des ermittelten Vorauszahlungsbetrages.

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

Das ab 2.2. selbst krankenversicherte Kind hat ggf. Anspruch auf Erstattung nach § 62 SGB V. Grundlagen sind seine Zuzahlungen sowie seine Bruttoeinnahmen ab 2.2. (keine Minderung der Bruttoeinnahmen).

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

Beispiel 17: Aufgrund einer Vorauszahlung zu Jahresbeginn ist ein allein lebender Versicherter von Zuzahlungen befreit. Versicherter verstirbt am 1.2. des Jahres. Ein Erbe beantragt am 15.4. eine Korrektur des ermittelten Vorauszahlungsbetrages.

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

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

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

Sofern durch eine andere Behörde bereits eine „Bedarfsgemeinschaft“ festgestellt wurde (insbesondere bei Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII), ist diese als Familienverbund im Sinne der weiteren Erläuterungen zu übernehmen, soweit sie nicht mehr Personen umfasst, als nach Absatz (1) Berücksichtigung finden (s. hierzu Beispiel 18). Letzteres gilt nicht, sofern die „Bedarfsgemeinschaft“ nur deswegen mehr Personen als nach Absatz (1) umfasst, weil im gemeinsamen Haushalt ein Kind lebt, welches

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

Kinder, die die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, sind daher weiterhin ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, als Angehörige im Sinne dieser Vor-

---

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

schrift anzurechnen. Der Familienverbund ist jedoch längstens bis zu dem Kalenderjahr anzusetzen, solange das Kind mit seinen im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern eine Bedarfsgemeinschaft nach § 7 Abs. 3 SGB II bildet. Eine Bedarfsgemeinschaft in diesem Sinne besteht, solange das Kind das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Dies entspricht der Altersgrenze nach § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V (s. hierzu Beispiel 19). Die Ausführungen des Absatzes (10) bzw. (11) sind zu berücksichtigen.

Beispiel 18: Versicherter lebt in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit seiner Freundin und ihren Kindern (5 und 7 Jahre alt) aus erster Ehe zusammen. Sie beziehen als „Bedarfsgemeinschaft“ (Bescheid des Sozialamtes) Hilfe zum Lebensunterhalt.

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

Beispiel 19: Ein Ehepaar lebt gemeinsam mit seinem nicht familienversicherten Kind (20 Jahre alt) in einem Haushalt. Die Eltern und das Kind beziehen als „Bedarfsgemeinschaft“ (Bescheid der Agentur für Arbeit) Arbeitslosengeld II.

Lösung: Für die Eltern ist gemeinsam mit ihrem Kind als Belastungsgrenze der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme festzusetzen, da das Kind das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und daher mit den Eltern eine „Bedarfsgemeinschaft“ im Sinne des SGB II bildet.

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

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

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

Lösung: Das Kind einerseits und die Eltern andererseits werden unabhängig voneinander mit den jeweiligen Einnahmen und Zuzahlungen des gesamten Kalenderjahres betrachtet, da zwar die Eltern und das Kind einen Familienverbund im Sinne des SGB V bzw. dieser Verfahrensgrundsätze darstellen, jedoch die Eltern nicht von der vom Sozialamt festgestellten Bedarfsgemeinschaft erfasst werden. Zudem könnte eine gemein-

same Betrachtung der Eltern und des Kindes ggf. dazu führen, dass der Anspruch des Kindes auf Grundsicherung infolge einer i.d.R. höheren Belastungsgrenze als nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V, geschmälert würde. Dies ist erkennbar nicht Zielsetzung des Gesetzgebers. Für das Kind ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Einnahme anzusetzen.

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

Beispiel 21: Eine Ehefrau lebt in einer vollstationären Einrichtung der Pflege, in der Leistungen nach § 43 SGB XI erbracht werden. Der Ehemann bezieht Rente und lebt weiterhin zu Hause. Das Ehepaar wird laut Bescheid des Sozialamtes nicht in einer „Bedarfsgemeinschaft“ im Sinne des SGB XII erfasst.

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

#### 4.2 Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

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

Bei Versicherten,

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

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

Bei Versicherten, die laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II erhalten, ist stets der Regelbedarf nach § 20 Abs. 2 Satz 1 SGB II als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt für die gesamte „Bedarfsgemeinschaft“ maßgebend. Damit führt

auch der alleinige Bezug von Leistungen für Unterkunft und Heizung nach § 22 SGB II zur Anwendung des Regelbedarfs.

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

Beispiel 22: Die Ehefrau lebt in einem Altenheim, in dem keine Leistungen nach § 43 bzw. § 43a SGB XI erbracht werden und erhält 1.500 Euro Unterhalt von ihrem Ehemann als Zuschuss zu den Heimkosten und 150 Euro eigene Rente. Der Ehemann bezieht eine Bruttorente von 2.400 Euro.

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

Lösung zu a): Das Ehepaar ist getrennt zu beurteilen, für die Ehefrau ist der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als monatliche Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt anzusetzen. Beim Ehemann sind 1.500 Euro Unterhalt von den zu berücksichtigenden Einnahmen abzusetzen. Seine jährliche Belastungsgrenze errechnet sich daher aus monatlich 900 Euro (2.400 Euro - 1.500 Euro).

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

Beispiel 23: Ein in einem gemeinsamen Haushalt lebendes Ehepaar bezieht Hilfe zum Lebensunterhalt (Ehemann) und zusätzlich Leistungen der Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Ehefrau).

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

### 4.3 Zuzahlungen

- (1) Im Rahmen der Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V werden alle im System der gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten gesetzlichen Zuzahlungen wie z. B. zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln oder Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung etc.<sup>3</sup> berücksichtigt. Dies gilt auch für Zuzahlungen,

---

<sup>3</sup> Z. B. bis 31.12.2012 die Praxisgebühr

- die bei Inanspruchnahme von Sachleistungen im Ausland auf Grundlage der Verordnung (EG) 883/04<sup>4</sup> entrichtet wurden,
  - die im Rahmen der Kostenerstattung bei selbst beschafften Sachleistungen nach der Verordnung (EG) 987/09 vom Träger des Aufenthaltsortes bzw. von der deutschen Krankenkasse angerechnet wurden und dem Versicherten somit verblieben sind, sofern und soweit diese auch bei Inanspruchnahme der Leistung in Deutschland auf die Belastungsgrenze angerechnet würden. Darüber hinaus sind auch im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V bzw. im Rahmen der Kostenübernahme nach § 18 SGB V angerechnete Zuzahlungen berücksichtigungsfähig.
- (2) Soweit Leistungserbringer dem Versicherten Rabatte oder Boni auf Leistungen gewähren und lediglich mit der Zuzahlung verrechnen, ist dennoch der volle Zuzahlungsbetrag anzuerkennen.
- (3) Die sich aus Satzungsregelungen nach § 53 Abs. 3 SGB V oder § 65a Abs. 1 SGB V ergebenden Auswirkungen sind – ggf. im Anschluss an die Durchführung der Erstattung nach diesen Verfahrensgrundsätzen – allein von der Krankenkasse zu berücksichtigen, bei der der Versicherte, für den derartige Zuzahlungsermäßigungen in Betracht kommen, versichert ist.
- (4) Zuzahlungen sind jeweils dem Jahr zuzuordnen, in dem die Leistung in Anspruch genommen wurde (Abgabedatum). Der Zeitpunkt der Aufforderung zur Entrichtung der Zuzahlung oder der Zeitpunkt der Entrichtung der Zuzahlung spielen hingegen keine Rolle.
- (5) Nicht berücksichtigt werden insbesondere Kosten, die dadurch entstehen, dass
- Arznei-/Hilfsmittel abgegeben werden, die höhere als die vom Festbetrag abgedeckten Kosten verursachen,
  - aufwändigere Leistungen als eigentlich notwendig in Anspruch genommen werden,
  - Aufwendungen für Mittel entstehen, deren Verordnung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen ist (z. B. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung ohne Genehmigung i. S. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V),
  - Eigenanteile für Hilfsmittel, die auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens beinhalten (z. B. orthopädische Schuhe), erhoben werden,
  - Leistungen ohne ärztliche Verordnung bezogen wurden,
  - Abschläge im Rahmen der Kostenerstattung etwa für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen werden,
  - Versicherte Zahlungen für im Ausland in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben, die nach den ausländischen Rechtsvorschriften keine Zuzahlungen sind, z. B. Zahlungen oberhalb von Festbeträgen oder für Wahlleistungen,

---

<sup>4</sup> Seit dem 01.04.2012 gilt die Verordnung (EG) 883/04 auch in Bezug auf die Schweiz und seit dem 01.06.2012 auch in Bezug auf Norwegen, Island und Liechtenstein (EWR-Staaten).

Hinweis:

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

- Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen – also außerhalb der Verordnung (EG) 883/04 – in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben; dies gilt auch bei Kostenerstattungen aufgrund in diesen Staaten selbst beschaffter Sachleistungen, die aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nach deutschen Sätzen unter Abzug von Zuzahlungen erfolgen,
- Versicherte Zuzahlungen für im Ausland im Rahmen der Verordnung (EWG) 1408/71 in Anspruch genommene Sachleistungen geleistet haben<sup>5</sup>;
- Zuzahlungen/Eigenanteile zu Leistungen außerhalb des SGB V zu leisten sind (z. B. bei stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, bei Hilfsmitteln aus der Pflegeversicherung, im Rahmen beihilferechtlicher Regelungen).

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

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

## 5. Belastungsgrenze der Versicherten

### 5.1 Höhe der Belastungsgrenze

- (1) Die Belastungsgrenze beträgt 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Vor der Ermittlung der Belastungsgrenze werden von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen Freibeträge abgezogen (vgl. Abschnitt 5.2). Sind berücksichtigungsfähige Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt – ggf. nach Abzug der Familienabschläge nach § 62 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V – nicht vorhanden, beträgt die Belastungsgrenze 0 Euro.
- (2) Bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen nach Maßgabe des Abschnittes 5.3 beträgt die Belastungsgrenze 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

---

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

Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. gilt für den gesamten Familienverbund, wenn mindestens eine Person des Verbundes die Voraussetzungen nach Abschnitt 5.3 erfüllt.

- (3) Die Absenkung der Belastungsgrenze auf 1 v. H. ist ab dem 1.1. des Kalenderjahres, in dem die Behandlung der chronischen Erkrankung ein Jahr andauert, vorzunehmen.
- (4) Verstirbt der "chronisch Kranke", gilt für die übrigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen in diesem Kalenderjahr unabhängig von der Erfüllung der Voraussetzungen nach Abschnitt 5.3 im Todesjahr noch die Belastungsgrenze von 1 v. H..

Beispiel 24: Versicherter Krankenkasse A verstirbt am 1.2. des Jahres, für das laufende Kalenderjahr galt eine Belastungsgrenze von 1 v. H.. Der hinterbliebene Ehegatte und 1 Kind (16 Jahre alt) beziehen Witwen- bzw. Waisenrente. Antragsstellung am 15.1. des Folgejahres.

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

## 5.2 Freibeträge für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen

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

Beispiel 25: Ein familienversichertes Kind lebt mit seinen leiblichen Eltern im gemeinsamen Haushalt. Die versicherten Eltern des Kindes sind miteinander verheiratet und werden nach den §§ 26, 26b EStG zusammen zur Einkommensteuer veranlagt.

Lösung: Das Ehepaar und das Kind werden im Rahmen der Prüfung nach § 62 SGB V gemeinsam mit ihren Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen des Kalenderjahres beurteilt. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist für den Ehegatten als erster Angehöriger ein Freibetrag in Höhe von 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV und für das Kind der Betrag sowohl für das sächliche Existenzmini-

mum als auch für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes (Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG; Kinderfreibetrag) in Abzug zu bringen.

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

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

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

Beispiel 27: Eine verwitwete Versicherte lebt mit ihrem leiblichen, minderjährigen Kind im gemeinsamen Haushalt. Der verstorbene Ehemann ist der leibliche Vater des Kindes. Der hinterbliebene Ehegatte und das Kind beziehen Witwen- bzw. Waisenrente.

Lösung: Die verwitwete Versicherte und das Kind werden im Rahmen der Prüfung nach § 62 SGB V gemeinsam mit ihren Bruttoeinnahmen und Zuzahlungen des Kalenderjahres beurteilt. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt ist für das Kind der Betrag sowohl für das sächliche Existenzminimum als auch für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf des Kindes in Abzug zu bringen (Betrag nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 3 EStG).

- (2) Freibeträge sind auch dann für das gesamte Kalenderjahr zu berücksichtigen, wenn ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger die Voraussetzungen für deren Anrechnung nach § 62 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V nur für einen Teil des Kalenderjahres erfüllt, z. B. bei Heirat oder Tod (Beispiele 14 bis 16). In Fällen, in denen für einen Teil des Kalenderjahres die in § 62 Abs. 2 Satz 5 oder 6 SGB V genannten Einnahmen und für den anderen Teil sonstige in tatsächlicher Höhe zu berücksichtigende Einnahmen erzielt werden, sind die

Freibeträge für die Angehörigen jedoch nur von den in tatsächlicher Höhe erzielten Einnahmen in Abzug zu bringen.

Beispiel 28: Versicherter vom 1.1. bis 31.3.2014 beschäftigt (monatlich 1.400 Euro), ab 1.4.2014 Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt. Ehefrau, keine Kinder. Antrag am 2.1. des Folgejahres.

Lösung: Als Einnahme zum Lebensunterhalt sind der Lohn für 3 Monate und der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (2014: 391 Euro monatlich) für 9 Monate anzusetzen.

Von dem Lohn in Höhe von 4.200 Euro (1.400 Euro x 3) ist zunächst der Freibetrag für den 1. Angehörigen in Höhe von 15 v. H. abzusetzen (2014: 4.977 Euro). Zum verbleibenden Betrag in Höhe von 0 Euro (4.200 Euro - 4.977 Euro) ist der Regelsatz in Höhe von 3.519 Euro (391 Euro x 9) hinzuzurechnen. Für die Berechnung der Belastungsgrenze ist ein Betrag in Höhe von 3.519 Euro (0 Euro + 3.519 Euro) anzusetzen.

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

#### **5.3.1 Erstmalige Feststellung der Chroniker-Eigenschaft**

- (1) Für Versicherte, die gemäß der Richtlinie nach § 92 SGB V wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind (chronisch Kranke), gilt eine Belastungsgrenze von 1 v. H.. Die Entscheidung zum Vorliegen einer chronischen Erkrankung wird auf Basis der ärztlichen Bescheinigung (Muster 55) getroffen. Als chronisch krank gelten laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 über eine Änderung der Chroniker-Richtlinie auch Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 oder 3 nach Ablauf eines Jahres seit dem Beginn der Pflegebedürftigkeit nach einer dieser Pflegestufen.
- (2) Chronisch kranke Versicherte haben darüber hinaus grundsätzlich die regelmäßige Inanspruchnahme der in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen vor ihrer Erkrankung nachzuweisen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.07.2007 zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) in der Fassung vom 20.08.2008 sieht zu den in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchungen derzeit keine zwingende Inanspruchnahme vor. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Basis der Neuregelung des § 62 Abs. 1 Satz 5 SGB V noch keine Kriterien festgelegt. Aus diesen Gründen entfaltet diese Regelung in der Praxis keine Relevanz.

#### **5.3.2 Nachweis der Fortdauer der Behandlung in den Folgejahren**

- (1) Ein erneuter Nachweis über die weitere Dauer dieser Behandlung ist spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres, somit alle 2 Jahre zu erbringen. Die Krankenkasse kann auf den Nachweis zur Fortdauer der Behandlung verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen.

- (2) Sofern ein geforderter Nachweis des Fortbestehens der Chronikereigenschaft nicht erbracht wird, gilt eine Belastungsgrenze von 2 v. H. bis der Nachweis nachgeholt wird.

Beispiel 29: Anerkennung der abgesenkten Belastungsgrenze ab dem Jahr 2013. Bei Antragsstellung für das Jahr 2015 wird der geforderte erneute Nachweis nach Muster 55 nicht erbracht. Der Nachweis wird im Jahr 2016 rückwirkend für das Jahr 2015 ausgestellt und eingereicht.

Lösung: Bei Bearbeitung des Antrages für das Jahr 2015 gilt zunächst eine Belastungsgrenze von 2 v. H.. Mit dem Nachreichen des Nachweises im Jahr 2016 kann rückwirkend eine Belastungsgrenze von 1 v. H. für das Jahr 2015 anerkannt werden.

## 6. Inkrafttreten

Diese Verfahrensgrundsätze treten am 01.01.2016 in Kraft und ersetzen die Verfahrensgrundsätze zu § 62 SGB V vom 17./18.09.2014. Sie gelten für alle Anträge auf Erstattung, Befreiung oder Vorauszahlung nach § 62 SGB V, soweit sie Zeiträume nach dem 31.12.2015 betreffen.

## 7. Erklärung zur zukünftigen Nichtanwendung

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

## 8. Anlagen

Anlage 1: Mustervordruck zur Ermittlung der Grundlagen für eine Befreiung

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

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