

(2) Falls die Erstattungspflicht nicht für das gesamte Kalenderjahr besteht, so beginnt sie zum Ersten des Kalendermonats, der auf den Kalendermonat folgt, in dem der Grund für ihr Entstehen eingetreten ist und endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Grund für ihren Fortfall eingetreten ist.

§ 3

Berechnung und Feststellung des Erstattungsbetrages (Umlage)

(1) Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen ermittelt die Höhe der durch die Prüfung entstehenden Kosten und stellt den von den landesunmittelbaren Krankenkassen zu tragenden Umlagebetrag fest. Der Umlagebetrag der landesunmittelbaren Pflegekassen ist in dem Umlagebetrag der landesunmittelbaren Krankenkassen enthalten. Die Erstattung erfolgt aufgrund interner Vereinbarungen zwischen Kranken- und Pflegekasse.

(2) Die Umlagebeträge umfassen die durch die Prüfung entstandenen tatsächlichen Sach- und Personalausgaben einschließlich der Personalnebenkosten des jeweiligen Haushaltsjahres, die Versorgungsbezüge der Versorgungsempfänger und deren Hinterbliebenen sowie anteilig die der Prüfung zurechenbaren sonstigen Sach- und Personalgemeinkosten der Verwaltung.

(3) Erstattungsbeträge nach § 6, die nicht eingegangen sind, nachträglich festgestellte Änderungen in den Berechnungsgrundlagen der Umlage, nachträglich entrichtete Erstattungsbeträge und Überschüsse aus früheren Umlagen sind bei der Ermittlung der Umlagebeträge des jeweils Erstattungspflichtigen zu berücksichtigen.

(4) Die Anzahl der Mitglieder (§ 1) wird ermittelt, indem die landesunmittelbaren Krankenkassen – beginnend ab dem Jahr 2009 – die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder nach § 1 Abs. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung melden.

§ 4

Abrechnung und Bekanntgabe der Erstattungsbeträge

(1) Die landesunmittelbaren Krankenkassen melden die für die Ermittlung der Erstattungsbeträge erforderlichen Angaben (§ 3 Abs. 4) der für die Abrechnung bestimmten Stelle bis zum 15. März eines jeden Jahres.

(2) Die für die Abrechnung zuständige Stelle ist das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen.

(3) Dieses stellt nach Rechnungsabschluss die Erstattungsbeträge fest. Darauf ist eine Vorschusszahlung (§ 5) zu entrichten.

§ 5

Vorschüsse

(1) Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen erhebt von den landesunmittelbaren Krankenkassen vierteljährlich Vorschüsse auf die Erstattungsbeträge.

(2) Die Höhe der Vorschüsse bemisst sich nach den im Landeshaushalt veranschlagten Einnahmen des laufenden Kalenderjahres, hinsichtlich der auf die einzelnen Erstattungspflichtigen entfallenden Anteile nach den für die Bemessung der Erstattungsbeträge zuletzt zugrunde gelegten Anteilen nach Mitgliederzahlen. Soweit die Vorschüsse zu hoch oder zu niedrig bemessen waren, erfolgt ein Ausgleich bei der zum 1. Mai fälligen Vorschusszahlung des nächsten Jahres.

(3) Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen gibt den Erstattungspflichtigen die Höhe der zu zahlenden Vorschüsse bis zum 1. Dezember des Vorjahres bekannt. Die Vorschüsse sind für jedes Kalendervierteljahr zu zahlen und zum 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November fällig.

§ 6

Kostentragung nach § 274 Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Prüfungen auf Antrag

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, die der Aufsicht des Landes Hessen unterliegen, tragen die Kosten der bei ihnen durchgeführten Prüfungen entsprechend § 274 Abs. 2 Satz 3 bis 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Kosten der Prüfungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen nach § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tragen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Bei den Berechnungen ist § 274 Abs. 2 Satz 4 bis 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzuwenden. Die Rechnung über die Prüfungskosten ist an die Prüfungsstelle bzw. an den Beschwerdeausschuss zu richten.

(3) Die Kosten der Prüfungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Hessen nach § 106 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tragen die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte. Bei der Berechnung ist § 274 Abs. 2 Satz 4 bis 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzuwenden. Die Rechnung über die Prüfungskosten ist an die Prüfungsstelle bzw. an den Beschwerdeausschuss zu richten.

(4) Für Prüfungen, die auf Antrag einer Krankenkasse, einer Pflegekasse oder einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen durchgeführt wurden, sind die Kosten entsprechend § 274 Abs. 2 Satz 4 bis 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom jeweiligen Antragsteller zu tragen.

§ 7

Aufhebung der bisherigen Regelung

Die Regelung über die Erstattung der Kosten für die Prüfung von Versicherungsträgern und sonstigen Organisationen der Sozialversicherung vom 23. September 2013 (StAnz. S. 1363) wird aufgehoben.

§ 8

Inkrafttreten

Diese Regelung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

Wiesbaden, den 29. Mai 2018

Hessisches Ministerium für Soziales
und Integration
18u8000-0001/2007/108
– Gült-Verz. 933 –

StAnz. 28/2018 S. 856

521

Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion im Land Hessen

Inhalt

1. Ziel und Gegenstand der Förderung
2. Rechtsgrundlage
3. Gegenstand der Förderung
4. Zuwendungsempfänger
5. Zuwendungsvoraussetzungen
6. Art, Umfang und Höhe der Förderung
7. Verfahren
8. Inkrafttreten

1. Ziel und Gegenstand der Förderung

(1) Zweck der Förderung ist es, Paare mit einem unerfüllten Kinderwunsch finanziell bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen der assistierten Reproduktion zu unterstützen, damit der Wunsch nach einem Kind für möglichst viele hessische Paare in Erfüllung gehen kann. Das Land Hessen fördert gemeinsam mit dem Bund anteilig den vierten Behandlungszyklus.

(2) Als assistierte Reproduktion wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares bezeichnet, wenn nicht zu erwarten ist, dass dieser Kinderwunsch auf natürlichem Weg erfüllt werden kann.

2. Rechtsgrundlage

- (1) Das Land Hessen gewährt gemeinsam mit dem Bund nach
- a) dieser Richtlinie, den §§ 23 und 44 der Hessischen Landeshaushaltsordnung (LHO) und den dazu erlassenen Verwaltungsvorschriften (VV) sowie den §§ 48 bis 49a des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes (HVwVFG), sowie
 - b) der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012, zuletzt geändert am 23. Dezember 2015,

Zuwendungen für Maßnahmen der assistierten Reproduktion.

(2) Die Richtlinie orientiert sich dabei an den Voraussetzungen nach § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

(3) Ein Rechtsanspruch des Antragstellers auf Gewährung von Zuwendungen besteht nicht. Vielmehr entscheidet die Bewilli-

gungsbehörde nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

3. Gegenstand der Förderung

Gefördert werden durchgeführte Behandlungen im vierten Behandlungszyklus nach Art der

- In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder
- Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI).

4. Zuwendungsempfänger

(1) Antragsberechtigt sind:

- a) Ehepaare und
- b) Paare, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, die sich einer unter Nr. 3 genannten Behandlung unterziehen und bei denen die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft ist eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet. Sie ist dann anzunehmen, wenn nach Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so erzeugten Kind anerkennt.

5. Zuwendungsvoraussetzungen

(1) Zuwendungen werden ungeachtet des Krankenversicherungsstatus gewährt, sofern das unter Nr. 4 genannte Paar im Zeitpunkt des Antrags

- a) seinen Hauptwohnsitz in Hessen hat, und
- b) im Übrigen die Voraussetzungen des § 27a SGB V, mit Ausnahme des Abs. 1 Nr. 2 letzter Halbsatz und Nr. 3, erfüllt sind sowie
- c) die Behandlung in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum in Hessen erfolgt.

(2) Zuwendungsfähig sind ausschließlich die entstandenen Behandlungskosten. Verwaltungskosten sind nicht förderfähig.

(3) Die Maßnahme ist zuwendungsfähig, wenn mit dem vierten Behandlungszyklus noch nicht begonnen wurde.

6. Art, Umfang und Höhe der Zuwendung

(1) Die Zuwendung wird in Form einer Projektförderung als nicht rückzahlbarer Zuschuss in Form einer Anteilsfinanzierung mit bis zu 75 vom Hundert der zuwendungsfähigen Kosten gewährt.

(2) Zuwendungen erfolgen ausschließlich für den vierten Behandlungszyklus nach drei bereits erfolglos durchgeführten Behandlungszyklen. Die Zuwendung wird auf den nach Abrechnung mit der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sowie ggf. der Beihilfestelle verbleibenden Selbstkostenanteils gewährt. Dieser setzt sich zusammen aus einem Anteil des Landes Hessen bis zu 50 vom Hundert und des Bundes bis zu 25 vom Hundert.

Die Zuwendung beträgt jedoch nicht mehr als:

- bei einer IVF-Behandlung 3.000 Euro
- bei einer ICSI-Behandlung 3.300 Euro.

7. Verfahren

(1) Bewilligungsbehörde ist das Regierungspräsidium Gießen.

(2) Der Antrag ist schriftlich oder in elektronischer Form bei der *Bewilligungsbehörde* einzureichen.

(3) Die Maßnahme ist zuwendungsfähig, wenn mit dem vierten Behandlungszyklus noch nicht begonnen wurde. Als Beginn zählt das Einlösen des ersten Rezeptes. Wenn den Antragstellern der Bewilligungsbescheid über die Gewährung der Zuwendung bekannt gegeben wurde, kann mit der Behandlung angefangen werden. Diese muss aber bis spätestens zwölf Monate nach Bekanntgabe des Bescheides begonnen werden, spätestens aber, bevor die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr vollendet haben.

(4) Die Auszahlung erfolgt nach Vorlage aller unter Abs. 7 geforderten Nachweise. Der von den Ehepaaren gestellte Auszahlungsantrag gilt als Verwendungsnachweis und wird als Sachbericht verstanden. Die Belege sind fünf Jahre nach Vorlage des Auszahlungsantrags aufzubewahren, sofern nicht steuerrechtliche oder andere Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist bestimmen.

(5) Ehepaare fügen ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

- die ärztliche Bestätigung des reproduktionsmedizinischen Zentrums für den vierten Behandlungszyklus,
- den voraussichtlichen Kostenplan, der sich an der Gebührenordnung für Ärzte orientiert,
- Kopien ihrer Personalausweise sowie
- eine Kopie ihrer Eheurkunde.

Vorab ist zu klären, ob die gesetzliche oder private Krankenversicherung bzw. die Beihilfestelle Kosten übernimmt. Die Entscheidung des Kostenträgers ist beizulegen.

(6) Nichteheliche Lebensgemeinschaften nach Nr. 4 Abs. 2 fügen ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

- die ärztliche Bestätigung des reproduktionsmedizinischen Zentrums für den vierten Behandlungszyklus,
- den voraussichtlichen Kostenplan für den vierten Behandlungszyklus, der sich an der Gebührenordnung für Ärzte orientiert,
- die Erklärung der Ärztin bzw. des Arztes zur Anerkennung als nichteheliche Lebensgemeinschaft nach Nr. 4 Abs. 2 sowie
- Kopien ihrer Personalausweise.

Vorab ist zu klären, ob die gesetzliche oder private Krankenversicherung bzw. die Beihilfestelle Kosten übernimmt. Die Entscheidung des Kostenträgers ist beizulegen.

(7) Nach Beendigung des vierten Behandlungszyklus sind die von der medizinischen Reproduktionseinrichtung ausgestellte Rechnungen im Original für die Behandlungskosten (einschließlich der Rechnungen für Anästhesie und Laborleistungen) sowie die Rechnungen für Medikamente bei der Bewilligungsbehörde einzureichen. Der Auszahlungsantrag ist spätestens 24 Monate nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheids bei der Antragsbehörde einzureichen. Privat Krankenversicherte legen den Nachweis über die von der privaten Krankenversicherung gewährte Erstattung in Kopie vor. Beihilfeberechtigte legen darüber hinaus den Nachweis über die gewährte Erstattung in Kopie vor. Sollte eine Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung auch für den vierten Behandlungszyklus erfolgt sein, ist auch hierüber ein Nachweis vorzulegen. Wurde ein Negativbescheid bereits bei Antragstellung vorgelegt, so entfällt die Pflicht eines weiteren Nachweises.

(8) Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die VV zu § 44 LHO und die §§ 48 bis 49a des HVwVfG, soweit nicht in dieser Richtlinie Abweichungen zugelassen worden sind. Die Regelungen der LHO, insbesondere zu § 44 mit den entsprechenden Verwaltungsvorschriften sind zu beachten. Die Prüfungsrechte des Bundesrechnungshofes und des Hessischen Rechnungshofes bleiben unberührt.

8. Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am Tage nach ihrer Veröffentlichung in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2022 außer Kraft.

Wiesbaden, den 15. Juni 2018

**Hessisches Ministerium für Soziales
und Integration**
V1B 18g8510-0001/2017/001
– Gült.-Verz. 340 –

StAnz. 28/2018 S. 857