



Spitzenverband

**Niederschrift**  
**über die Fachkonferenz**  
**Leistungs- und Beziehungsrecht**  
**am 19./20.03.2019 in Berlin**



<b>Inhaltsübersicht:</b>	<u>Seite</u>
1. § 60 SGB V – Fahrkosten; hier: Notwendigkeit einer Verordnung von Rettungsfahrten	5
2. § 11 SGB V – Leistungsarten; hier: Verdienstaufschlag bei Mitaufnahme einer Begleitperson während einer stationären Behandlung	9
3. § 3 EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall; hier: Anrechnung von Vorerkrankungszeiten	15
4. § 275 SGB V – Begutachtung und Beratung, § 282 SGB V – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen; hier: Anpassung der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit	19



- nicht besetzt -



## **Niederschrift**

### **über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 19./20.03.2019 in Berlin**

- 1. § 60 SGB V – Fahrkosten;  
hier: Notwendigkeit einer Verordnung von Rettungsfahrten**

#### **Sachstand:**

Nach § 60 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 und 3 SGB V übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 SGB V, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V (gesetzliche Zuzahlung) ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus. Die Kosten für Rettungsfahrten zum Krankenhaus werden auch dann übernommen, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Als Fahrkosten wird bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 SGB V berechnungsfähige Betrag anerkannt (vgl. § 60 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 3 Nr. 3 SGB V).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie, KT-RL) die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Gemäß § 1 Abs. 1 KT-RL sind Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V von Vertrags(zahn)ärzten sowie von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden als Vertragspsychotherapeuten bezeichnet) zu verordnen. Die Verordnung ist auf den jeweils vereinbarten Vordruck auszustellen. Inhalte der vom Vertrags(zahn)arzt sowie vom Vertragspsychotherapeuten auszustellenden Verordnung ergeben sich aus Anlage 1 der KT-RL. Sinn und Zweck der Verordnung ist es, anhand dieser die leistungsrechtlichen Voraussetzungen (insbesondere medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Beförderung) zu prüfen. Dazu soll die Verordnung vor der Beförderung ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen,



insbesondere in Notfällen, kann die Beförderung nachträglich verordnet werden. Von einem Notfall ist dann auszugehen, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält (vgl. § 2 Abs. 2 KT-RL). In diesem Zusammenhang hat der G-BA in § 5 KT-RL Rettungsfahrten definiert und unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Vorgaben nach § 60 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 Nr. 3 SGB V festgelegt, nach welchen Voraussetzungen die aufgeführten qualifizierten Rettungsmittel zu Lasten der GKV zum Einsatz gelangen können.

Die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren in Bundesmantelverträgen Regelungen, insbesondere zu Vordrucken und Nachweisen (§ 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V). In der vertragsärztlichen Versorgung sind die als Bestandteil (Anlagen) der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Vordruckvereinbarung) beigefügten Muster zu verwenden, sofern sich aus der Vordruckvereinbarung nichts anderes ergibt (§ 1 Abs. 3 Bundesmantelvertrag – Ärzte [BMV-Ä] i. V. m. Anlage 2 – Vordruckvereinbarung, Abschnitt 1.1.1. Stand: 01.01.2019), was für das Muster 4 – soweit ersichtlich – nicht der Fall ist. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit der Blankoformularbedruckung, bei der der Vertragsarzt die Muster selbst erzeugt (Anlage 2a BMV-Ä). Beim Ausfüllen der Vordrucke sind die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband herausgegebenen Erläuterungen zu beachten (Abschnitt 1.2.1 der Vordruckvereinbarung). In den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung wird unter Ziffer 1 ausgeführt, dass der Vertragsarzt nur solche Vordrucke verwenden darf, die ihm von seiner Kassenärztlichen Vereinigung oder von sonst autorisierten Stellen zur Verfügung gestellt worden sind. Unter Ziffer 3 wird weiterhin beschrieben, dass die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte und andere Personen sowie die Verwendung in der Privatpraxis unstatthaft sind. Daneben ist im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-ZÄ) in § 20 geregelt, dass für die vertragszahnärztliche Versorgung die Vordrucke sowie die aus dem vertragsärztlichen Bereich anzuwendenden Muster gemäß Anlagen 14a und 14b BMV-ZÄ gelten. Welche Ärzte an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen, ist in den Vorschriften der §§ 95 ff. SGB V geregelt.

Gemäß § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V umfasst die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.

Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass bei der notfallärztlichen Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes bzw. bei der Erbringung notfallärztlicher Leistungen durch Nichtver-

tragsärzte das Muster 4 zur Verordnung bzw. als Nachweis für die Notwendigkeit einer Krankenförderung regelhaft zur Verfügung steht, sodass in diesen Fällen die Ausstellung des Musters 4 auch nicht zwingend von den Notfallärzten verlangt werden kann.

Anlässlich von Problemen im Zusammenhang mit der Ausstellung von Verordnungen von Rettungsfahrten haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bereits im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 20./21.12.2010 darüber beraten, wie die Krankenkassen bei Rettungsfahrten die relevanten Daten (analog zum Muster 4) zur Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen von Notärzten erhalten können. Dabei verständigten sich die Besprechungsteilnehmer/-innen (TOP 9) darauf, dass die Krankenkassen von Notärzten, die die ärztliche Notfalleistung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. als Vertragsarzt erbringen, nicht verlangen können, die Notwendigkeit einer Krankenförderung zwingend auf dem Muster 4 nachzuweisen. Insofern wurde es als ausreichend angesehen, wenn sich die Notwendigkeit der Rettungsfahrt aus anderen Nachweisen ergibt, sofern daraus die in Anlage 1 der KT-RL aufgeführten notwendigen Daten zur Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen enthalten sind.

Das Muster 4 wurde u. a. aufgrund gesetzlicher Änderungen nach umfangreichen Verhandlungen mit der KBV und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung überarbeitet und das Format von DIN A5 quer auf DIN A5 hoch umgestellt. Das neue Muster wird zum 01.04.2019 mit einer Stichtagsregelung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung eingeführt, d.h. alte Muster können nicht mehr verwendet werden. In diesem Zusammenhang erreichen den GKV-Spitzenverband sowie die KBV vielfach Nachfragen von Rettungsdiensten. Dabei geht es u.a. um die Frage, ob Krankenkassen Abrechnungen von Rettungsfahrten akzeptieren, die ab dem 01.04.2019 durchgeführt werden und bei denen nicht das dann im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich gültige Muster 4 verwendet wird, sondern andere Nachweise als Urbeleg eingereicht werden, aus denen die notwendigen Daten zur Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen hervorgehen.

Vor diesem Hintergrund war es erforderlich, im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht zu klären, ob weiterhin an dem Besprechungsergebnis zu TOP 9 vom 20/21.12.2010 festgehalten wird. Darüber hinaus war darüber zu beraten, inwiefern zukünftig ggf. eine problemlose und einheitlichere Abrechnung von Rettungsfahrten – auch vor dem Hintergrund zukünftiger Musteranpassungen – gewährleistet werden kann, um Unsicherheiten im Rahmen der Abrechnung zu vermeiden und soweit wie möglich eine einheitliche Praxis im Abrechnungsverfahren derartiger Fahrten zu ermöglichen. Eine Thematisierung im Rahmen der Fachkonferenz war insofern angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, weiterhin an dem Besprechungsergebnis zu TOP 9 vom 20./21.12.2010 festzuhalten. Auch nach Einführung des geänderten Musters 4 im vertragsärztlichen Bereich kann weiterhin bei Notärzten, die die ärztliche Notfalleistung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. als Vertragsärzte erbringen, aufgrund der Vorgaben der Erläuterungen der Vordruckvereinbarungen unter Ziffer 3, wonach die Weitergabe der Vordrucke durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder von sonst autorisierten Stellen an Nichtvertragsärzte und andere Personen sowie deren Verwendung in der Privatpraxis unstatthaft sind, nicht davon ausgegangen werden, dass das Muster 4 zur Verordnung bzw. als Nachweis für die Notwendigkeit einer Krankenbeförderung im Bereich von Rettungsfahrten regelhaft zur Verfügung steht.

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten daher weiterhin die Auffassung, dass die Krankenkassen in diesen Fällen von den Notärzten nicht verlangen können, die Notwendigkeit einer Krankenbeförderung zwingend auf dem Muster 4 nachzuweisen. Ergibt sich die Notwendigkeit der Beförderung (Rettungsfahrt) aus anderen Nachweisen, die ggf. auch erst im Rahmen der Abrechnung der entstandenen Fahrkosten vorliegen, ist dies als ausreichend anzusehen, sofern die notwendigen Daten zur Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen im Sinne der Anlage 1 der KT-RL enthalten sind. Insofern akzeptieren die Krankenkassen im Rahmen der Abrechnung von Rettungsfahrten auch andere Nachweise als Urbeleg.

Darüber hinaus sprechen sich die Besprechungsteilnehmer/-innen dafür aus, über weitergehende Fragen zur Umsetzung im Rahmen einer Arbeitsgruppe zu beraten, um zu prüfen, ob und inwiefern zukünftig ein möglichst einheitliches Verfahren bei der Abrechnung von Rettungsfahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ermöglicht werden kann.



## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 19./20.03.2019 in Berlin

#### 2. § 11 SGB V – Leistungsarten;

**hier: Verdienstaufschlag bei Mitaufnahme einer Begleitperson während einer stationären Behandlung**

#### Sachstand:

Nach § 11 Abs. 3 SGB V umfassen die Leistungen bei stationärer Behandlung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.

Die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen kamen bereits in ihrer Besprechung am 27./28.11.1990 (TOP 3) darin überein, dass bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson während einer stationären Behandlung des Versicherten der Ausgleich des Verdienstaufschlags der Begleitperson leistungsrechtlich aus § 11 Abs. 3 SGB V und nicht aus § 45 SGB V abzuleiten ist. Leistungspflichtig ist die Krankenkasse, die die Kosten der Hauptleistung „stationäre Behandlung“ trägt. Dieses Besprechungsergebnis wurde durch die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen am 11./12.11.1996 (TOP 7) bestätigt und entspricht auch der aktuellen Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene.

Vor diesem Hintergrund empfehlen der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene im Abschnitt 4.6 „Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege“ des gemeinsamen Rundschreibens vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 04./05.12.2018 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII, bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme von Versicherten als Begleitperson während einer stationären (sowohl voll- als auch teilstationären) Behandlung eines Kindes den Verdienstaufschlag nach § 11 Abs. 3 SGB V auszugleichen. Dieser ist von der Krankenkasse zu übernehmen, die die Kosten der stationären Behandlung trägt.

Im Rahmen der Prüfung des Bundesrechnungshofes (BRH) zum Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V stellte der BRH fest, dass die geprüften Krankenkassen in Fällen einer Mitaufnahme einer Begleitperson während der stationären Behandlung eines Kindes den Verdienstaufschlag nach § 11



Abs. 3 SGB V erstatteten, die Berechnung des Verdienstauffalls jedoch unterschiedlich erfolgte, was zu unterschiedlichen Erstattungshöhen führte. In diesem Zusammenhang informiert der BRH über die Feststellungen des Bundesversicherungsamtes (BVA), wonach bundesunmittelbare Krankenkassen den Verdienstauffall in derartigen Fällen sowohl nach § 11 Abs. 3 SGB V als auch nach § 45 SGB V gewährten. Laut BRH vertrete das BVA die Auffassung, dass eine Gewährung von Verdienstauffall nach § 11 Abs. 3 SGB V für den in Rede stehenden Fall nicht zulässig sei und die fehlende zeitliche Begrenzung bei der Verdienstauffallerstattung nach § 11 Abs. 3 SGB V gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoße. Das BVA soll daher beabsichtigen, die Krankenkassen aufzufordern, in solchen Fällen den Verdienstauffall nach § 45 SGB V zu gewähren. Vor diesem Hintergrund kam der BRH zu dem Ergebnis, dass die Anwendung der unterschiedlichen Normen (§ 11 Abs. 3 SGB V sowie § 45 SGB V) bei der Erstattung des Verdienstauffalls dazu führe, dass sich dieser in seiner Höhe, Bezugsdauer, Beitragspflicht und Trägerschaft unterscheide, weshalb es zu einer unzulässigen Ungleichbehandlung von Versicherten und Krankenkassen komme.

Zur Sicherstellung eines einheitlichen Gesetzesvollzugs bat der BRH daher um Prüfung der Rechtsauffassung. Sofern an der bisherigen Rechtsauffassung festgehalten wird, soll lt. BRH eine einheitliche Umsetzung und Berechnung des Verdienstauffalls sichergestellt werden.

Anlass für die Einführung des Kinderkrankengeldes in § 185c RVO (jetzt: § 45 SGB V) durch das Leistungsverbesserungsgesetz zum 01.01.1974 waren familienpolitische Erwägungen, da zuvor die Erwerbstätigkeit beider Elternteile sowie die räumliche Trennung von Familien zunahm und so die Großfamilie als sozialer Schutzverbund nicht mehr regelhaft existierte. Um die erforderliche Betreuung, Beaufsichtigung und Pflege des erkrankten Kindes sicherzustellen, wurden einerseits der Anspruch auf unbezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber sowie andererseits durch die Zahlung von Kinderkrankengeld ein Anspruch auf Lohnersatz während einer erforderlichen Freistellung von der Arbeit eingeführt, sofern keine andere im Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege sicherstellen kann.

Demgegenüber soll § 11 Abs. 3 SGB V dazu beitragen, den Behandlungserfolg einer stationären Behandlung oder die ggf. nach der Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige (Eigen-)Behandlung sicherzustellen, in dem in medizinisch begründeten Fällen die Mitaufnahme einer Begleitperson gewährt wird. Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten, die die Voraussetzungen des § 11 Abs. 3 SGB V erfüllen. Eine Altersbeschränkung gibt es nicht. Im diesem Zusammenhang wird bei einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben ein Anspruch auf Erstattung eines Verdienstauffalls für eine wegen Behinderung erforderliche Begleitperson eines Versicherten für die Zeit der Begleitung nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX gewährt. § 73 SGB IX sieht keine weitere zeitliche Begrenzung wie § 45 Abs. 2 SGB V sowie

keine Altersbeschränkung wie § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB V vor. Die Gewährung eines analogen Leistungsanspruchs scheint daher auch bei stationären Leistungen nach dem SGB V (z. B. Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V) gerechtfertigt zu sein. Da bei einer Mitaufnahme einer Begleitperson nicht die Sicherstellung der Betreuung des Versicherten während einer stationären Behandlung leistungsauslösend ist, sondern vielmehr die Sicherstellung eines Behandlungserfolgs, scheint die Erstattung eines Verdienstauffalls auf Grundlage des § 11 Abs. 3 SGB V sachgerecht.

§ 11 Abs. 3 SGB V enthält selbst keine Aussagen, in welcher Höhe ein ggf. entstehender Verdienstauffall zu erstatten ist. Dies gilt gleichermaßen für den § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX, der einen Anspruch auf Übernahme eines entstehenden Verdienstauffalls für eine erforderliche Begleitperson als Teil der Reisekosten bei Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen vorsieht.

Weitere Vorschriften, die eine Erstattung eines Verdienstauffalls beinhalten, wie die §§ 38 Abs. 4 SGB V, 43 Abs. 4 SGB VII, 55 Abs. 1 Satz 3 SGB VII und 74 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, begrenzen die Erstattung des Verdienstauffalls auf einen Betrag, der in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatz- bzw. Pflegekraft entstehenden Kosten stehen muss. Diese Begrenzung greift bei der Mitaufnahme einer Begleitperson nach § 11 Abs. 3 SGB V nicht.

Daneben regelt § 27 Abs. 1a Satz 2 SGB V, dass bei einer Spende von Organen, Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen ein Anspruch auf Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a SGB V besteht. Das Krankengeld wird grundsätzlich in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens geleistet und dabei auf die Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung begrenzt. In diesem Zusammenhang vertreten der GKV-Spitzenverband sowie die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene die Auffassung, dass nach § 27 Abs. 1a Satz 2 SGB V ein Verdienstauffall in Höhe des ausgefallenen Nettoverdienstes zu erstatten ist, wenn im Zusammenhang mit spendenbedingten Untersuchungen, ohne dass diese selbst eine Arbeitsunfähigkeit bedingen. Dieser ist ebenfalls grundsätzlich auf die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu begrenzen, außer der Versicherungsschutz des Spenders sieht einen weitergehenden Anspruch über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vor (Gemeinsames Rundschreiben vom 25.09.2015 zu den leistungsrechtlichen Ansprüchen bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, Abschnitt 8.8.2 „Erstattung des Verdienstauffalls nach § 27 Abs. 1a SGB V“).

Auch die Deutsche Rentenversicherung begrenzt die Erstattung eines Verdienstauffalls nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX auf die im jeweiligen Kalenderjahr geltende Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (Formular G0560, s. Anlage). Das Nettoarbeitsentgelt wird bis zu dieser Grenze in voller Höhe erstattet. Ein ausgefallenes Arbeitseinkommen wird in Höhe von 80 vom Hundert erstattet, begrenzt auf die geltende Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung. Diese Begrenzung gilt ebenso für Verdienstauffallerstattungen nach § 74 Abs. 1 Satz 2 SGB IX, wo die Kosten weiterhin in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten stehen müssen.

Vor diesem Hintergrund war eine Erörterung dieser Thematik im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt. In diesem Zusammenhang war zudem darüber zu beraten, nach welchen Kriterien die Erstattung eines Verdienstauffalls zeitlich zu befristen ist.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, an den Besprechungsergebnissen zu TOP 3 vom 27./28.11.1990 und zu TOP 7 vom 11./12.11.1996 der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen festzuhalten. Demzufolge ist bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme oder Anwesenheit einer Begleitperson (regelhaft ein Elternteil) während einer stationären Behandlung eines Versicherten der Ausgleich des Verdienstauffalls der Begleitperson weiterhin leistungsrechtlich aus § 11 Abs. 3 SGB V abzuleiten. Leistungspflichtig ist die Krankenkasse, die die Kosten der Hauptleistung „stationäre Behandlung“ trägt.

Die Besprechungsteilnehmer/-innen empfehlen die nachfolgenden Grundsätze zur Bestimmung der Anspruchsdauer und der Höhe von Verdienstauffallerstattungen nach § 11 Abs. 3 SGB V.

#### **1) Dauer des Anspruchs auf Erstattung des Verdienstauffalls**

Ein Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls nach § 11 Abs. 3 SGB V besteht, solange die Anwesenheit der Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist. Liegen keine medizinischen Gründe für die Mitaufnahme oder Anwesenheit der Begleitperson vor (wie z. B. persönliche oder familiäre Gründe), können die Kosten für einen ggf. entstehenden Verdienstauffall der Begleitperson nicht übernommen werden.

Medizinisch begründet ist die Mitaufnahme oder Anwesenheit einer Begleitperson regelhaft bei (Klein-)Kindern (BSG v. 26.03.1980 – 3 RK 32/79), wenn ansonsten wegen der Trennung von der Mutter/dem Vater oder wegen der unbekanntenen Umgebung beim Kind Verhaltensstörungen zu erwarten sind oder die Gefahr besteht, dass sich der Genesungsprozess erheblich verzögert bzw. dieser gefährdet ist. Darüber hinaus kann eine Mitaufnahme oder Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig sein, sofern die Begleitperson ins therapeutische Konzept eingebunden werden soll bzw. in bestimmte – nach der Krankenhausbehandlung weiterhin notwendige – Übungen einzuweisen ist, ohne die eine vom Versicherungsträger geschuldete Leistung nicht erbracht werden könnte (BSG v. 29.06.1978 – 5 RKn 35/76).

Die medizinische Notwendigkeit der Anwesenheit der Begleitperson muss im Einzelfall ärztlich bescheinigt werden und wird von den Krankenkassen einzelfallbezogen geprüft.

Eine Begrenzung der Anspruchsdauer analog der Vorgaben des § 45 Abs. 2 SGB V sieht § 11 Abs. 3 SGB V nicht vor. Daher ist die Regelung des § 45 Abs. 2 SGB V auf die hier in Rede stehenden Sachverhalte nicht anzuwenden.

## **2) Höhe von Verdienstauffallerstattungen**

Um ein einheitliches Vorgehen bei der Erstattung des Verdienstauffalls nach § 11 Abs. 3 SGB V sicherzustellen und zugleich eine finanzielle Überforderung der Krankenkasse zu vermeiden, empfehlen die Besprechungsteilnehmer/-innen, die Erstattung eines nachgewiesenen Verdienstauffalls für Arbeitnehmer/-innen in voller Höhe des Nettoarbeitsentgelts – begrenzt auf die kalendertägliche Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung nach § 223 Abs. 3 Satz 1 SGB V (2019: 151,25 EUR) – vorzunehmen. Damit erfolgt zugleich eine analoge Umsetzung zur Verdienstauffallerstattung nach § 27 Abs. 1a Satz 2 SGB V sowie nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX und weitestgehend auch nach § 74 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.

Bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen ist der nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkommen in Höhe von 80 vom Hundert bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung erstattungsfähig. Dies entspricht dem Verfahren nach § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX und weitestgehend auch nach § 74 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.

Die Regelungen des § 45 Abs. 2 SGB V oder des § 47 SGB V finden bei der Bestimmung der Höhe des Verdienstauffalls keine Anwendung.

Für Arbeitnehmerinnen ist der Nettoverdienstaufschlag vom Arbeitgeber zu bescheinigen. Es wird empfohlen, hierfür zukünftig das geplante Muster für die Bescheinigung eines Verdienstaufschlags nach § 38 Abs. 4 SGB V oder inhaltlich entsprechende Formulare zu verwenden, um damit auch in diesem Bereich ein einheitliches Verfahren einzuführen und gleichartige Angaben von den Arbeitgebern zu erhalten.

**Anlage**



# G0560

## Informationen zum Verdienstaussfall

Sehr geehrte Antragstellerin / Sehr geehrter Antragsteller,

mit den nachfolgenden Erläuterungen informieren wir Sie, was Sie im Einzelnen beachten und wohin Sie sich wenden müssen, damit Ihr Anspruch auf Erstattung von Verdienstaussfall geprüft werden kann.

Die Prüfung, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe Sie einen Anspruch auf Erstattung von Verdienstaussfall haben, ist von dem richtigen und vollständigen Ausfüllen des anliegenden Formulars abhängig.

### 1. Was ist Verdienstaussfall?

Verdienstaussfall ist eine Einbuße von Arbeitsentgelt, Bezügen oder Einkommen. Einem Verdienstaussfall gleichzusetzen sind Einbußen von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II. Die Erstattung von Verdienstaussfall stellt eine Entschädigung hierfür dar.

### 2. Wann kann Verdienstaussfall entstehen?

Verdienstaussfall kann

- bei einer notwendigen Begleitung für die Fahrt zur Rehabilitationseinrichtung und / oder zurück zum Wohnort,
- bei einer notwendigen Dauerbegleitung während der Rehabilitationsleistung,
- im Rahmen der Haushaltshilfe,
- anlässlich von Untersuchungen im Rehabilitationsverfahren oder Rentenverfahren

oder

- anlässlich von Vorladungen des Rentenversicherungsträgers

entstehen.

### 3. Für welchen Zeitraum wird Verdienstaussfall erstattet?

Der Verdienstaussfall wird für die Dauer der vorgenannten Fallgestaltungen auf Antrag erstattet, sofern er notwendigerweise entstanden ist.

Die Erstattung von Verdienstaussfall im Rahmen der Haushaltshilfe ist auf längstens 2 durchgehende Monate begrenzt. Eine zeitlich vorhergehende Erstattung von Verdienstaussfall durch einen anderen Leistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse) wird hierbei angerechnet.

Bitte reichen Sie das Formular G0561 - Antrag auf Erstattung des entstandenen Verdienstaussfalls oder Einkommensausfalls - nachträglich (in der Regel nach Abschluss der Leistung zur Teilhabe) ein.

### 4. An wen und in welcher Höhe wird der Verdienstaussfall erstattet?

Anspruchsberechtigt sind Sie beziehungsweise ein gesetzlicher Vertreter. Die Auszahlung des Verdienstaussfalls kann mit Ihrer Zustimmung direkt an die Begleitperson beziehungsweise Haushaltshilfe erfolgen. Hiervon ausgenommen sind die Begleitpersonen / Haushaltshilfen, die Arbeitslosengeld II beziehen. In diesen Fällen erfolgt die Erstattung an den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Wird für mindestens einen Kalendermonat unbezahlter Urlaub genommen, kann sich im Versicherungskonto eine Lücke aufgrund fehlender Beitragsentrichtung zur Rentenversicherung ergeben. Wir empfehlen, sich in diesem Fall beim Rentenversicherungsträger über Möglichkeiten zum Fortbestand des Versicherungsschutzes zu informieren.

Zur eventuellen Weiterversicherung in der Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Arbeitslosenversicherung informiert die gesetzliche Krankenkasse als zuständige Beitragseinzugsstelle. Zu Fragen zum Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung geben die Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen Auskunft.

Werden Leistungen anderer Sozialleistungsträger (zum Beispiel der Agentur für Arbeit) bezogen, sind die dort eventuell bestehenden Meldepflichten zu beachten.



#### **4.1 Erstattung des Verdienstauffalls bei abhängig Beschäftigten**

Erstattungsfähig ist das Nettoarbeitsentgelt. Das Nettoarbeitsentgelt ist das um die gesetzlichen Abzüge (Lohnsteuer und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag sowie Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung) verminderte Bruttoarbeitsentgelt einschließlich der Sachbezüge, jedoch ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt und ohne gegebenenfalls gezahltes und in der Lohnsteueranmeldung abgesetztes Kindergeld.

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei privat Krankenversicherten sind außerdem die Beiträge der Arbeitnehmer zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung (vermindert um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers) vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.

Zusätzlich zum Nettoarbeitsentgelt werden auch die nachgewiesenen anteiligen Sonderzahlungen erstattet. Nettoarbeitsentgelt und Sonderzahlungen werden zusammen auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze begrenzt. Erstattungsfähig sind darüber hinaus die nachgewiesenen Mehraufwendungen für Beiträge zur freiwilligen Sozialversicherung sowie für die private Krankenversicherung und Pflegeversicherung.

#### **4.2 Erstattung des Verdienstauffalls bei verbeamteten Personen und Dienstordnungsangestellten**

Erstattungsfähig sind die Nettobezüge zuzüglich nachgewiesener anteiliger Sonderzahlungen, begrenzt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze, und die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die gesetzliche oder private Krankenversicherung und Pflegeversicherung.

#### **4.3 Erstattung des Verdienstauffalls bei selbständig Tätigen**

Erstattungsfähig sind 80 Prozent des entgangenen Gewinns, begrenzt auf die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze. Dieser ist unter Nutzung der allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften nachzuweisen. Als Nachweise sind der letzte Steuerbescheid und die Gewinn-Verlust-Rechnung oder der vom Steuerberater bescheinigte entgangene Gewinn (nach Abzug der Steuern) einzureichen. Die Nachweise müssen belegen, dass durch den Arbeitsausfall eine tatsächliche Gewinneinbuße entstanden ist.

#### **4.4 Erstattung des Verdienstauffalls bei Bezug von Arbeitslosengeld**

Erstattungsfähig sind nach Ablauf der in der Erreichbarkeits-Anordnung genannten Fristen das Arbeitslosengeld, die nachgewiesenen Beiträge zur freiwilligen Sozialversicherung und die nachgewiesenen Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung und Pflegeversicherung. Der Bewilligungsbescheid und Aufhebungsbescheid der Agentur für Arbeit über den Bezug von Arbeitslosengeld sind beizufügen.

#### **4.5 Erstattung des Verdienstauffalls bei Bezug von Arbeitslosengeld II**

Sofern der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach Ablauf der in § 7 Absatz 4a Zweites Buch Sozialgesetzbuch - SGB II genannten Fristen das Arbeitslosengeld II weitergezahlt hat, erfolgt eine Erstattung der personenbezogenen Leistungen auf Antrag des Trägers der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

### **5. Hinweise bei Bezug von Krankengeld**

Es erfolgt keine Erstattung von Krankengeld, da Arbeitsunfähigkeit besteht.

Falls Sie der Ansicht sind, dass die Voraussetzungen für eine Erstattung von Verdienstauffall vorliegen, bitten wir das Formular G0561 vollständig ausgefüllt und von den Beteiligten unterschrieben an uns zu übersenden.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Deutsche Rentenversicherung



## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 19./20.03.2019 in Berlin

#### 3. § 3 EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall; hier: Anrechnung von Vorerkrankungszeiten

##### Sachstand:

Wird ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, so hat er nach § 3 EntgFG Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von 6 Wochen. Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit den Anspruch nach Satz 1 für einen weiteren Zeitraum von höchstens 6 Wochen nicht, wenn

1. er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder
2. seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von 12 Monaten abgelaufen ist.

Damit der Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitszeiten nachvollziehen kann, ist der Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 EntgFG verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen und deren Dauer dem Arbeitgeber vorzulegen. Auf Basis der vorzulegenden AU-Bescheinigungen besteht für den Arbeitgeber zwar Transparenz über die Dauer der AU-Zeiten jedoch nicht über die Art der Erkrankung, weshalb ihm eine Prüfung der anrechenbaren Vorerkrankungen selbst nicht möglich ist.

Die Krankenkassen erhalten hingegen den Abschnitt der AU-Bescheinigung, in welchem nach § 295 Abs. 1 Satz 1 SGB V die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet sind, die Diagnosen aufzutragen.

Nach § 69 Abs. 4 SGB X sind Krankenkassen befugt, einem Arbeitgeber mitzuteilen, ob die Fortdauer einer Arbeitsunfähigkeit oder eine erneute Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers auf der-



selben Krankheit beruht. Eine Übermittlung von Diagnosedaten an den Arbeitgeber ist nicht zulässig.

Um den Arbeitgebern dennoch die gesetzlich vorgesehene Anrechnung von Vorerkrankungen zu ermöglichen, können Arbeitgeber nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV einen Antrag bei der Krankenkasse stellen, dass ihnen die auf die Entgeltfortzahlung anrechenbaren Zeiten mitgeteilt werden. Auf Basis der vorliegenden AU-Nachweise prüfen daraufhin die Krankenkassen, ggf. unter Einbeziehung des MDK oder des behandelnden Arztes, für gesetzlich versicherte Mitglieder die Anrechenbarkeit der Vorerkrankungen und übermitteln das Ergebnis im Datenaustausch für Entgeltersatzleistungen an die Arbeitgeber.

Mit Schreiben vom 26.11.2018 (Anlage) trat die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) an den GKV-Spitzenverband heran, weil im Rahmen von Prüfungen durch einzelne Unternehmen festgestellt worden sei, dass Krankenkassen bei der Prüfung von Vorerkrankungszeiten in signifikant hohem Maße inhaltlich falsche Informationen übermittelt hätten. Vor diesem Hintergrund bat die BDA um einen Austausch, mit dem Ziel, weiterhin verlässliche Prüfungen der anrechenbaren Vorerkrankungen sicherzustellen.

Am 24.01.2019 fand daraufhin bei der BDA ein entsprechendes Gespräch statt. Betroffene Arbeitgeber führten aus, womit sie aktuell in der Praxis zusätzlich belastet seien. So würden Ablehnungen der Anrechenbarkeit von Vorerkrankungen durch die Krankenkassen ausgesprochen, welche auf Basis von Widersprüchen im Nachgang korrigiert werden müssten. Dies würde jedoch nur auf Nachfrage der Arbeitgeber geschehen, weshalb sich Unsicherheiten in der Praxis dahingehend ergäben, inwieweit die Prüfungen bei den Krankenkassen einheitlich und qualitativ hochwertig erfolgen.

Im Ergebnis wurde es als sinnvoll angesehen, Transparenz über die systematischen Prozesse im Zusammenhang mit der Prüfung von Vorerkrankungen herzustellen. Hierzu wurde die Möglichkeit der Erweiterung des gemeinsamen Rundschreibens zur Entgeltfortzahlung diskutiert, weil hier bereits die Vorgaben zur Anrechnung von Vorerkrankungen enthalten sind.

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



### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einheitlich die Auffassung, dass zur Vermeidung weiterer Missverständnisse Transparenz über die Verfahren zur Prüfung von Vorerkrankungen hergestellt werden soll. Hierzu soll eine Empfehlung erarbeitet werden, welche neben den allgemeinen Prüfschritten der Krankenkassen auch weitere Hinweise zum Verfahren und der Information der Arbeitgeber zu Vorerkrankungen enthält. Die Empfehlung soll ggf. perspektivisch in das gemeinsame Rundschreiben zur Entgeltfortzahlung einfließen.

Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, nach Erstellung und Abstimmung der Empfehlung das Ergebnis den Arbeitgebervertretern zur Kenntnis zu übermitteln.

### **Anlage**



- nicht besetzt -



EINGEGANGEN

03. Dez. 2018

Abt. 3100



Herrn  
Gerd Kukla  
GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin

Soziale Sicherung

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

T +49 30 2033-1600

F +49 30 2033-1605

26. November 2018

## Fehler der Krankenkassen bei Prüfung der Vorerkrankungszeiten – Einladung zu einem Krisengespräch

Sehr geehrter Herr Kukla,

im Rahmen von Überprüfungen durch einzelne Unternehmen wurde festgestellt, dass die Krankenkassen bei der Prüfung von Vorerkrankungszeiten gem. § 3 Abs. 1 EntgFG Arbeitgebern gegenüber in signifikant hohem Maße inhaltlich falsche Informationen melden.

Bei der Klärung der Frage, ob bei einer erneuten Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten Vorerkrankungszeiten vorliegen, die auf die Entgeltfortzahlungsdauer anzurechnen sind, müssen Arbeitgeber auf die Recherche der zuständigen Krankenkassen vertrauen. Gleichzeitig hat das Ergebnis der Prüfung durch die Krankenkasse unmittelbare Auswirkungen auf die Frage, ob Arbeitgeber oder Krankenkasse weitere Zahlungen im Rahmen der Erkrankung zu übernehmen haben. Wird dem Arbeitgeber dabei fehlerhafterweise von der Krankenkasse gemeldet, dass für eine Arbeitsunfähigkeit keine anrechenbaren Vorerkrankungszeiten vorliegen, müssen Arbeitgeber zu Unrecht Entgeltfortzahlung leisten und Krankenkassen sparen gleichzeitig das eigentlich fällige Krankengeld ein.

Da Arbeitgeber die Entscheidungsgrundlage der Prüfung auf anrechenbare Vorerkrankungszeiten im Regelfall nicht kennen, sind besonders hohe Anforderungen an die Glaubwürdigkeit der Entscheidungen der Krankenkassen zu stellen. Um so fataler wirkt es sich aus, dass bei der Überprüfung durch einzelne Unternehmen festgestellt wurde, dass ein erschreckend hoher Anteil dieser Entscheidungen falsch war. Auf Anforderung wurden in diesen Fällen zwar die entstandenen Kosten von den Krankenkassen an die Arbeitgeber erstattet. Allerdings ist der Umstand, dass die Prüfung erst auf Rückfrage zu einem korrekten Ergebnis geführt hat, nicht hinnehmbar.

BDA | Bundesvereinigung der  
Deutschen Arbeitgeberverbände

Mitglied von BUSINESSEUROPE

Hausadresse:  
Breite Straße 29 | 10178 Berlin

Briefadresse:  
11054 Berlin

[www.arbeitgeber.de](http://www.arbeitgeber.de)

Um Ihnen den Sachverhalt darzulegen und vor allem Wege zu finden, wie zukünftig eine verlässliche Prüfung der Vorerkrankungszeiten durchgeführt werden kann, möchten wir Sie oder einen Vertreter zu einem Krisengespräch zur BDA einladen.

Das Gespräch findet am **24. Januar 2019 um 10.00 – 13.00 Uhr** in der

**BDA  
Haus der Deutschen Wirtschaft  
Breite Str. 29, 10178 Berlin  
Raum 1.057**

statt.

Wir bitten um Rückmeldung bis **14. Dezember 2018**, ob Sie oder ein Vertreter an dem Gespräch teilnehmen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Volker Hansen



Gerald Friedrich

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 19./20.03.2019 in Berlin

4. **§ 275 SGB V – Begutachtung und Beratung,  
§ 282 SGB V – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen;  
hier: Anpassung der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit**

#### Sachstand:

Für die Einleitung wirksamer Maßnahmen zur Vermeidung von wiederkehrender Arbeitsunfähigkeit (AU) oder Langzeitarbeitsunfähigkeit benötigen die Krankenkassen (sozial-)medizinische Beratung und fallindividuelle Hinweise zu Möglichkeiten der Behandlung, der Rehabilitation bzw. der Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit. Die in diesem Zusammenhang notwendige Beratung der Krankenkassen und die Begutachtung von Versicherten erfolgt durch den MDK auf der Grundlage der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (BGA AU).

Am 09.01.2019 fand ein Gespräch zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Vertretern des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene statt.

Im Rahmen des Gespräches war das Schreiben des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) vom 17.10.2018 (Eingang am 06.12.2018) an den GKV-Spitzenverband zu datenschutzrechtlichen Problemstellungen in der BGA AU (siehe Anlage) diskutiert worden.

Im Rahmen der Sitzung thematisierte der BfDI, dass in der BGA AU Passagen enthalten seien, welche nicht den gesetzlichen Vorgaben und Anforderungen an ein datenschutzgerechtes Fallmanagement genügen würden. So könnten einige Passagen missverständlich ausgelegt werden, z.B. werde unter Punkt 3.1 von gemeinsamen sozialmedizinischen Fallberatungen gesprochen, obwohl die Begutachtung ausschließlich dem Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) obliege. Gleiches gelte für die Erhebung von Informationen über die soziale Vorgeschichte und Arbeitsplatzbeschreibungen durch die Krankenkassen, für welche keine rechtliche Grundlage gegeben sei. Zusätzlich würde auch das aktuelle Mitteilungsmanagement (MiMa) nicht



nach den gesetzlichen Vorgaben durchgeführt, weil Informationen für den MDK erhoben würden und beim MDK eingingen, bevor eine Beauftragung durch die Krankenkassen erfolge. So sei jedoch gesetzlich für die Erhebung der Daten eine vorherige Beauftragung des MDK erforderlich. In diesem Zusammenhang wurden auch die über das Muster 1 hinausgehenden Informationen auf dem Muster 52 thematisiert, für deren Erhebung durch die Krankenkasse der BfDI keine Erforderlichkeit sah. Hierdurch sei diese Informationen ausschließlich für die MDK-Begutachtung zu erheben und daher nur diesem zur Kenntnis zu geben.

Im Gespräch konnte zu den vorgenannten Themen Folgendes herausgearbeitet werden:

- 1.) Es bestehen gleichartige Verständnisse bei den Krankenkassen und dem BfDI zur Rollenverteilung in einer „gemeinsamen“ sozialmedizinischen Fallberatung (SFB). So ist das Wort „gemeinsam“ dahingehend zu verstehen, dass der Krankenkassensachbearbeiter dem MDK auf Basis der im Sinne der BGA-AU zusammengestellten Daten den Fall erläutert und daraufhin der MDK-Gutachter auf Basis der ihm ggf. noch vorliegenden weitergehenden Informationen/Befunde eine sozialmedizinische Beurteilung vornimmt. Das Gutachtenergebnis teilt der MDK-Gutachter dem Krankenkassensachbearbeiter mit, welches zusätzlich schriftlich festgehalten wird. Es erfolgt also keine „gemeinsame“ Begutachtung.
- 2.) Im Rahmen der Informationsbeschaffung durch die Krankenkassen werden auch Arbeitsplatzbeschreibungen nur im erforderlichen Umfang, demnach z.B. im Zusammenhang mit Aufgaben nach der AU-RL (Bewertungsmaßstab), erhoben. Zusätzlich ist bei der Informationsweitergabe an den MDK die soziale Vorgeschichte der Versicherten als Information zur Verfügung zu stellen, jedoch nur, sofern diese Informationen der Krankenkasse bekannt sind. Eine zusätzliche, regelmäßige Erhebung ist hingegen nicht zulässig.
- 3.) Im Zusammenhang mit dem MiMa-Verfahren konnte gegenüber dem BfDI dargestellt werden, dass der an den MDK beim Versand des Weiterleitungsbogens (Muster 86) übermittelte MiMa-Datensatz bereits eine vorläufige Beauftragung des MDK darstellt. Mit der Anforderung der Unterlagen durch die Krankenkassen und der Übersendung des MiMa-Datensatzes an den MDK wird bereits ein Verfahrenskennzeichen generiert. Gegenüber dem MDK wird die Absicht einer zeitnahen Begutachtung in diesem Fall bekanntgegeben, bei welcher lediglich der tatsächliche Begutachtungszeitpunkt noch offen ist, weil dieser vom Posteingang der Befunde abhängt. Eine Begutachtung ist regelmäßig erst sinnvoll, wenn die angeforderten Befunde dem MDK-Gutachter vorliegen und er diese zusätzlichen Informationen bei der sozialmedizinischen Beurteilung berücksichtigen kann. Sobald daher die Unterlagen beim MDK vorliegen und die Krankenkasse per MiMa-Verfahren eine Information über den Eingang der Unterlagen erhält, erfolgt regelmäßig – wie durch den

vorläufigen Auftrag in Aussicht gestellt – eine kurzfristige Vorlage beim MDK (je nach Fallgestaltung oft als zeitnahe SFB). Sollte im Einzelfall der Begutachtungsgrund zwischenzeitlich entfallen sein (z.B. Eintritt von Arbeitsfähigkeit), wird der Begutachtungsvorgang abgebrochen und die Unterlagen beim MDK werden entsprechend vernichtet. Eventuelle Fristen z. B. im Zusammenhang mit § 13 Abs. 3a SGB V beginnen erst mit Posteingang und der Vorlage beim MDK. Für die Erhebung der Daten liegt daher regelmäßig ein entsprechender Auftrag vor.

- 4.) Zum Themenkomplex Muster 52 konnte ausgeführt werden, dass auch die damit erhobenen Informationen mit dem Ziel der Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit angefordert werden. Diese werden daher auf Basis des § 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zur Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen sowie § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V zur ggf. notwendigen Beteiligung des MDK erhoben. So bildet das Muster 52 regelmäßig einen Teil der für eine aktuelle Begutachtung durch den MDK erforderlichen Unterlagen. Die Informationen sind jedoch auch für die Krankenkassen relevant, weil die Krankenkasse entsprechend § 275 Abs. 1a Satz 4 SGB V von einer Beauftragung des MDK absehen kann, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben. Auf Basis des Musters 52 beurteilen daher die Krankenkassen ebenfalls, ob die Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit weiterhin gegeben sind und daher eine Vorlage beim MDK zur sozialmedizinischen Beurteilung noch oder nicht mehr erforderlich ist. Die Erhebung der Daten des Musters 52 ist daher zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und im Zusammenhang mit der Fallauswahl durch die Krankenkassen für den MDK nach § 275 SGB V erforderlich.

Im Ergebnis können daher die Hinweise des BfDI vielfach auf Interpretationsmöglichkeiten in den Formulierungen der BGA-AU zurückgeführt werden. Um zukünftig diese Unsicherheiten und Missverständnisse in der Praxis zu vermeiden, erscheint eine Anpassung der entsprechenden Textpassagen in der BGA-AU erforderlich, die keinen derartigen Interpretationsspielraum zulässt.

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

**Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einheitlich die Auffassung, dass die bisherigen Formulierungen in der BGA-AU zur Vermeidung von Missverständnissen zeitnah aufgrund der Hinweise der BfDI angepasst werden sollten. Eine entsprechende Überarbeitung der BGA AU wird im Rahmen der nächsten fachlichen Überarbeitung der BGA AU umgesetzt werden.

Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, nach Abschluss der Überarbeitung dem BfDI die dann erfolgten Klarstellungen in der BGA AU zur Kenntnis zu geben.

**Anlage**



Die Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

**EINGEGANGEN**

06. Dez. 2018

Abt. 3100

POSTANSCHRIFT Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,  
Postfach 1468, 53004 Bonn

GKV-Spitzenverband  
Abteilungsleitung Gesundheit  
Frau Dr. Kücking o.V.  
Reinhardtstraße 28  
10117 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn  
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-1310

TELEFAX (0228) 997799-550

E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Sabine Kemper

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 17.10.2018

GESCHÄFTSZ. 13-360/053#0820



Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei  
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **§ 44 Abs. 4 SGB V  
Krankengeldfallmanagement**  
HIER **Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit und Krankengeldfallmanagement gemäß  
§ 44 Abs. 4 SGB V**  
BEZUG **Ihr Schreiben vom 14.06.2017**

Sehr geehrte Frau Dr. Kücking,

heute komme ich noch einmal zurück auf die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit, Stand 15.05.2017, die Sie mir dankenswerterweise zugesandt haben.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist die neue Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit nicht geeignet, den gesetzlichen Vorgaben und Anforderungen an ein datenschutzgerechtes Krankengeldfallmanagement zu genügen. Nach wie vor hält sie an der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) fest, bei der die Grenzen zwischen Aufgabe sowie Datenerhebung und –nutzung der Krankenkasse einerseits und des MDK andererseits fließend sind.

So ist beispielsweise unter Punkt 3.1. „Fallbearbeitung, Fallauswahl und Einleitung der sozialmedizinischen Fallberatung durch die Krankenkasse“ der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit vorgesehen, dass „Im Rahmen der Fallsteuerung die



SEITE 2 VON 3 Krankenkasse (...) die AU-Fälle zu bestimmen [hat], die in der gemeinsamen SFB [Sozialmedizinische Fallberatung] mit dem MDK beurteilt werden sollen.“

Eine von Krankenkasse und MDK gemeinsame Begutachtung in Fällen der AU ist weder im § 275 SGB V (Begutachtung und Beratung) noch im § 276 SGB V (Zusammenarbeit) normiert. Vielmehr erstreckt sich diese gemeinsame Beratung auf Leistungsanträge, ärztliche Verordnungen oder Kostenvoranschläge (so Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, Kommentar zu § 275 RN 17a).

Weiterhin verpflichtet die Begutachtungsrichtlinie unter 3.1.1 die Krankenkasse, eine Auswahl der zur Begutachtung auszuwählenden Fälle nach dem Kriterium „Auffälligkeiten in Bezug auf den AU-Beginn – nach Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber“ zu treffen. Diese Fallauswahl kann nur dann erfüllt werden, wenn die Krankenkasse Daten zum Arbeitsverhältnis des Versicherten erhebt.

Dies trifft ebenso auf die Fallauswahl nach dem Kriterium „Auffälligkeiten in Bezug auf soziale Vorgeschichte – bekannte familiäre oder berufliche Konflikte/ Belastungen“ zu.

Eine Rechtsgrundlage für die Erhebung der in 3.1.1 genannten Daten bietet das Sozialgesetzbuch nicht.

Darüber hinaus konnte ich bei meinen Kontrollen und aufgrund einer Vielzahl an mich gerichteten Anfragen feststellen, dass die Umsetzung des Mitteilungsmanagements nicht den gesetzlichen Vorgaben der §§ 275 und 276 SGB V entspricht. Die Erteilung eines Gutachtenauftrags durch die Krankenkasse an den MDK erfolgt erst dann, wenn die medizinischen Unterlagen beim MDK bereits eingetroffen sind. Somit erhebt der MDK die medizinischen Unterlagen ohne eine Rechtsgrundlage. Es gilt der Grundsatz, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten durch den Medizinischen Dienst nur zulässig ist, soweit dies zur Prüfung, Beratung und Begutachtung nach § 275 SGB V erforderlich ist. Eine Erforderlichkeit lässt sich regelmäßig aus einem Gutachtenauftrag der Krankenkasse ableiten. Wurde ein Gutachtenauftrag jedoch noch gar nicht erteilt, liegt für den MDK auch keine Ermächtigungsgrundlage vor, die medizinischen Daten zu erheben. Wird erst in der sogenannten ‚sozialmedizinischen Fallberatung (SFB)‘ entschieden, dass ein Gutachten durch den MDK erforderlich ist, sammelt der MDK in einer Art Vorratsdatenspeicherung Daten von Versicherten, von denen nicht feststeht, ob sie zur Beurteilung der AU benötigt werden.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist eine Überarbeitung der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit sowie der Umsetzung des MiMa-Verfahrens erforderlich.



Die Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

SEITE 3 VON 3

Gern berate ich Sie hierzu und erörtere in einem gemeinsamen Gespräch die datenschutzrechtlichen Aspekte, die es zu berücksichtigen gilt. Dies wird auch Gegenstand der Besprechung am 9. Januar 2019 sein. Weitere Unterlagen zur Vorbereitung der Besprechung werde ich in den nächsten Wochen übersenden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

A handwritten signature in blue ink, written in a cursive style, which appears to read 'Raum'.

Raum