

BE 18.04.2007 (Leistungsrecht)

Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht

Am 18./19. April 2007

Redaktionelle Inhaltsübersicht

- TOP 01 § 19 SGB V - Nachgehender Leistungsanspruch;
hier: Abgrenzung zu Leistungsansprüchen aus einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
- TOP 02 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG);
hier: Umsetzung des
1. § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V - Ruhen des Anspruchs bei Beitragsrückstand
2. § 52a SGB V - Leistungsausschluss
- TOP 03 § 60 SGB V - Fahrkosten;
hier: Fahrkosten für den Transport von Eigenblutspenden
- TOP 04 Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts bei der Krankengeldberechnung;
hier: Steuer- und beitragspflichtiger Arbeitgeberanteil der VBL-Umlage
- TOP 05 Berechnung des Krankengeldes bei flexiblen Arbeitszeitregelungen;
hier: Überarbeitung der gemeinsamen Verlautbarung vom 15. April 1998
- TOP 06 Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 18. Januar 2007 - C-332/05 -;
hier: Rückwirkende Änderung der Krankengeldhöhe
- TOP 07 § 49 SGB V - Ruhen des Krankengeldes;
hier: Arbeitsausfall aus Witterungsgründen und Bezug von Saison-Kurzarbeitergeld

TOP 01 § 19 SGB V - Nachgehender Leistungsanspruch; hier: Abgrenzung zu Leistungsansprüchen aus einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Sachstand:

Versicherungspflichtig sind Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in § 5 Abs. 5 SGB V oder den in § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 SGB V gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht (§ 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V).

Die Regelung des § 5 Abs. 8a SGB V wird im gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Krankenversicherung und Pflegeversicherung der bisher Nichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vom 20. März 2007 unter Abschnitt 1, Punkt 2.3.2 wie folgt konkretisiert:

Wird also der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, besteht für den gesamten Zeitraum Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Die Versicherungspflicht und damit einhergehend die Mitgliedschaft schließt sich in diesen Fällen unmittelbar an die vorangegangene Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V oder an eine Familienversicherung an; die Aussagen gelten gleichermaßen für nachgehende Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V.

Beispiel 1:

Ende der Mitgliedschaft nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V :

31. Juli 2007

Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V :

1. bis 31. August 2007

Beginn einer Mitgliedschaft nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V :

15. September 2007

Ergebnis:

Der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat wird ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt. Für die Zeit vom 1. August 2007 bis 14. September 2007 besteht daher Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, es sei denn, der Versicherte beantragt die freiwillige Krankenversicherung.

Wird hingegen im unmittelbaren Anschluss an den Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V eine Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V begründet, gilt der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine Versicherungspflicht und damit einhergehend eine Mitgliedschaft kommt in diesen Fällen nicht zustande; die Aussagen gelten gleichermaßen für nachgehende Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V.

Beispiel 2:

Ende der Mitgliedschaft nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V :

31. Juli 2007

Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V :

1. bis 24. August 2007

Beginn einer Mitgliedschaft nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V :

25. August 2007

Ergebnis:

Im unmittelbaren Anschluss an den in Anspruch genommenen Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruches wird eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall begründet; der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruches gilt somit als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Eine Versicherungspflicht und damit einhergehend eine Mitgliedschaft kommt nicht zustande.

Die endgültige Beurteilung, ob eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zustande kommt und somit ein nachgehender Leistungsanspruch verdrängt wird, ist somit erst nach Ablauf der Monatsfrist des § 19 SGB V verbindlich möglich.

Nach § 174 Abs. 5 SGB V werden abweichend von § 173 SGB V Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Mitglied der Krankenkasse oder dem Rechtsnachfolger der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert waren, andernfalls werden sie Mitglied der von ihnen nach § 173 Abs. 1 SGB V gewählten Krankenkasse; § 173 SGB V gilt (vgl. o.a. GR, Tit, II).

Aufgrund von Anfragen aus der Praxis ist über den Umfang der Leistungen und die Kassenzuständigkeit zu beraten.

Besprechungsergebnis:

Sofern die Voraussetzungen für eine Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V vorliegen, sind Leistungsansprüche nur aus dieser Vorschrift abzuleiten; der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V wird insoweit verdrängt (vgl. Beispiel 1). Kommt es nicht zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vgl. Beispiel 2), können Leistungen im Rahmen des § 19 Abs. 2 SGB V erbracht werden, sofern die übrigen Voraussetzungen dafür vorliegen.

Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen dürften die Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V regelmäßig Mitglied der Krankenkasse werden, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft bestanden hat. In diesen Fällen sind die Leistungen entweder über die Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder im Rahmen des § 19 Abs. 2 SGB V von dieser Krankenkasse zu erbringen. Insofern werden bei der Erbringung von Sachleistungen keine Probleme erwartet. Im Bereich der Krankengeldzahlung im Rahmen des § 19 Abs. 2 SGB V kann dagegen eine verbindliche Entscheidung über die Leistungsgewährung grundsätzlich erst nach Ablauf der Monatsfrist (vgl. Beispiel 1) bzw. mit Eintritt einer Versicherungspflicht innerhalb der Monatsfrist (vgl. Beispiel 2) endgültig getroffen werden.

TOP 02 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG);

hier: Umsetzung des

1. § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V - Ruhen des Anspruchs bei Beitragsrückstand

2. § 52a SGB V - Leistungsausschluss

Sachstand:

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl I Nr. 11 vom 30. März 2007) ist in wesentlichen Teilen zum 1. April 2007 in Kraft getreten und hat eine Reihe von Neuregelungen bei den leistungsrechtlichen Vorschriften bewirkt.

So ruht der Anspruch auf Leistungen für Versicherte gemäß § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V , die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Ausgenommen sind die Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Im gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG vom 9. März 2007 wird insoweit ausgeführt, dass nach der Gesetzesbegründung - in Anlehnung an Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes - die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen erforderliche ärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstige zur Genesung, Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen vom Ruhen ausgenommen sind. Dies gilt auch für die Krankenhausbehandlung. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolge aber nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Des Weiteren besteht nach § 52a SGB V kein Anspruch auf Leistungen, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 10 SGB V missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung haben die Krankenkassen in ihrer Satzung zu regeln. Nach der Gesetzesbegründung sei es in diesen Fällen nicht gerechtfertigt, dass z.B. aufwändige, hochtechnisierte Operationen wie Organtransplantationen zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu erbringen sind. Von dem Leistungsausschluss nicht betroffen sollen dagegen die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung sein (vgl. Bundestags-Drucksache 16/3100). Dazu gehören auch die in diesem Zusammenhang notwendige Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstige zur Genesung, Verbandmitteln sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen einschließlich der Krankenhausbehandlung (vgl. gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG vom 9. März 2007).

Zur Umsetzung der durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) eingeführten Neuregelungen war über die folgenden zwischenzeitlich aufgetretenen Fragen aus der Praxis zu beraten:

Krankenkassenwechsel

Bei einem bei der Krankenkasse A Versicherten ruht aufgrund der Vorschrift des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V der Leistungsanspruch. Die Mitgliedschaft wird gekündigt und bei der Krankenkasse B neu begründet. Es stellt sich die Frage, ob der Leistungsanspruch auch bei der neu zuständigen Krankenkasse B bis zur Zahlung der rückständigen Beiträge bei der Krankenkasse A ruht?

Sofern ein Ruhen des Leistungsanspruchs bei der neuen Krankenkasse zu bejahen ist: Wie erfährt die neu zuständige Krankenkasse von dem bei der alten Krankenkasse bestehenden Beitragsrückstand bzw. der (späteren) Begleichung des Beitragsrückstands?

Änderung des Versicherungsverhältnisses

Bei einem Versicherten ruht aufgrund der Vorschrift des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V der Leistungsanspruch. Es tritt Versicherungspflicht (z.B. Aufnahme einer Beschäftigung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) mit einem entsprechenden Wechsel des zur Abführung des Beitrags Verpflichteten ein. Es stellt sich die Frage, ob der Leistungsanspruch auch nach Eintritt der Versicherungspflicht bis zur Zahlung der rückständigen Beiträge ruht?

Eintritt von Versicherungspflicht § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V für in der Vergangenheit wegen - nach wie vor bestehender - Beitragsschulden aus der GKV ausgeschlossener freiwilliger Mitglieder

Greift die Ruhensvorschrift auch für den Personenkreis der in der Vergangenheit aus der freiwilligen Mitgliedschaft wegen eines Beitragsrückstands ausgeschlossenen Personen, die nunmehr über die Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wieder versicherungspflichtig werden, aber ggf. immer noch mit ihrem früheren Beitrag im Rückstand sind?

Stundung der Beiträge

Ein Versicherter ist aufgrund eines finanziellen Engpasses nicht in der Lage, die Beiträge rechtzeitig zu zahlen. Aufgrund einer zukünftig zu erwartenden Einnahme (z.B. Auszahlung einer Lebensversicherung) schlägt er der Krankenkasse vor, die Beiträge der z.B. folgenden 4 Monate in einer Summe zu zahlen. Die Krankenkasse stundet dem Versicherten die Beiträge für diesen Zeitraum unter den Voraussetzungen des § 76 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB IV . Es stellt sich die Frage, ob ein Ruhen des Leistungsanspruchs in diesem Fall eintritt?

Definition "akute Erkrankungen und Schmerzzustände"

Beratungsbedarf ergibt sich im Übrigen auch zur Leistungsmöglichkeit in Ausnahmefällen. Wie auch beim grundsätzlichen Leistungsausschluss nach § 52a SGB V wird nach dem jeweiligen Rundschreibentext ein Anspruch für Leistungen eingeräumt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen erforderlich sind. Der Wortlaut des Gesetzestextes - bzw. im Falle des § 52a SGB V der Gesetzesbegründung - stellt allerdings neben dem Tatbestand der akuten Erkrankung auf die Behandlung akuter Schmerzzustände ab, so dass eine diesbezügliche Klarstellung erforderlich wäre. Es erscheint jedoch angezeigt, vorab die möglicherweise insoweit leistungsausweitende Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit zur gleichlautenden Vorschrift des Asylbewerberleistungsgesetzes und sonstiger Materialien auszuwerten.

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Versorgung mit Zahnersatz auch in Fällen des § 52a SGB V

Im Zusammenhang mit dem Leistungsausschluss nach § 52a SGB V stellt sich im Übrigen die Frage der Einbeziehung des Zahnersatzes. Dieser wird - wie auch Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft - in der Gesetzesbegründung nicht genannt, nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und der darauf aufbauenden Kommentierung zu § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V werden hier für Ausnahmefälle entsprechende

Leistungsmöglichkeiten definiert.

Lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen bei chronischen Krankheiten

Aus dem Kreise der Leistungserbringer wurde die Frage gestellt, ob Dialysepatienten bei einem nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V verfügten Ruhen des Leistungsanspruchs weiterhin die lebenserhaltende Dialyse erhalten können, obwohl keine akute, sondern eine chronische Erkrankung vorliegt?

Teilnahme an Versorgungsprogrammen (z.B. DMP)

Kann eine Ausnahme der Ruhenswirkung bei notwendigen Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzständen bei Teilnahme an einem bestimmten Versorgungsprogramm (z.B. DMP) unterstellt werden oder ist auch hier auf die individuellen Verhältnisse abzustellen.

Einzug der Krankenversichertenkarte und Ausstellung eines gesonderten Anspruchsausweises sowie Abrechnungsmöglichkeit nicht vom Ruhen betroffener Leistungen für den (Zahn)Arzt

Wie kann im Fall des Ruhens von Leistungsansprüchen nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V sichergestellt werden, dass tatsächlich nur Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden? Diese Frage stellt sich im Übrigen gleichermaßen im Falle des Leistungsausschlusses nach § 52a SGB V. Zweckmäßig erscheint die Einziehung der Krankenversichertenkarte und die Ausstellung eines gesonderten - gegenüber dem (Zahn)Arzt vorzulegenden - Anspruchsausweises, aus dem hervorgeht, dass der jeweilige Versicherte nur Anspruch auf Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen bzw. bei Schwangerschaft und Mutterschaft hat.

Sofern die Krankenversichertenkarte eingezogen und ein gesonderter Anspruchsausweis ausgehändigt werden soll: Wie können die vom Ruhen nicht betroffenen Leistungen vom Arzt abgerechnet werden?

Zur Konkretisierung des vorzulegenden Anspruchsausweises sowie zur Klärung der Modalitäten der Abrechnung der nicht vom Ruhen betroffenen Leistungen wären mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Absprachen zu treffen.

Erstreckung der Ruhenswirkung bei einem Beitragsverzug des Mitglieds gleichzeitig auf die familienversicherten Angehörigen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG vom 9. März 2007 ausgeführt, unter Abwägung aller Gesichtspunkte zumindest vorläufig dazu zu tendieren, den Personenkreis der familienversicherten Angehörigen in die Ruhenswirkung einzubeziehen, die ausdrückliche gesetzgeberische Intention aber kurzfristig im Verhältnis zum zuständigen Fachministerium abzuklären. Zur diesbezüglichen Anfrage der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 13. März 2007 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 11. April 2007 geantwortet. Darin vertritt das BMG die Auffassung, dass sich die Ruhenswirkung bei einem Beitragsverzug des Mitglieds auch auf die familienversicherten Angehörigen erstrecke. Zur Begründung führte das BMG aus, dass zu berücksichtigen sei, dass es sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, und der damit zusammenhängenden Aufhebung der Regelung über das Ende der Mitgliedschaft freiwillig Versicherter bei Nichtzahlung von Beiträgen handele. Neben der Erhebung von Säumniszuschlägen solle die Nichtzahlung von Beiträgen weiterhin für den Versicherten im Interesse der Versichertengemeinschaft spürbare Konsequenzen haben. Im Hinblick auf die bisher geltende Rechtslage (Beendigung der Mitgliedschaft) werden die familienversicherten Angehörigen auch beim Einbezug in die Ruhenswirkung durch die geregelten Ausnahmen (Leistungen zur Behandlung akuter Krankheiten und von Schmerzzuständen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft) deutlich besser gestellt.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten zu den aufgeworfenen Fragen einvernehmlich folgende Auffassung:

1. Bei einem Wechsel der Krankenkasse besteht für den Versicherten zunächst ein voller Anspruch auf Leistungen gegenüber der aufnehmenden Krankenkasse. Sofern die abgebende Krankenkasse die aufnehmende Krankenkasse darüber informiert, dass Beitragsrückstände im Sinne des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V bestehen, hat die aufnehmende Krankenkasse das Ruhen des Anspruchs auf Leistungen nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V festzustellen und hierüber einen Verwaltungsakt zu erlassen.
2. Der Anspruch auf Leistungen nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruht bei einem Wechsel des Versicherungsverhältnisses auch weiterhin. Dies gilt ungeachtet dessen, ob für den Versicherten in dem neuen Versicherungsverhältnis ebenfalls die Verpflichtung besteht, die Beiträge selbst zu zahlen (z.B. freiwillige Mitglieder, Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, Studenten, ggf. Rentenantragsteller), oder aber ein Wechsel des zur Abführung des Beitrags Verpflichteten eintritt (z.B. der Arbeitgeber bei Aufnahme einer Beschäftigung nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) bzw. keine Verpflichtung mehr zur Beitragszahlung besteht (Familierversicherung).
3. Der Anspruch auf Leistungen ruht nicht für in der Vergangenheit aus der freiwilligen Mitgliedschaft wegen eines Beitragsrückstands ausgeschlossene Personen, die nunmehr über die Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wieder versicherungspflichtig werden, mit ihrem früheren Beitrag aber nach wie vor in Rückstand sind. Unberührt bleibt jedoch die Anwendung des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V bei Beitragsrückständen aus der neuen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.
4. Die Stundung von Beiträgen führt dazu, dass das Ruhen nicht einsetzt bzw. beendet wird.
- 5.1 Nicht nur bei akuten, sondern auch bei chronischen Erkrankungen sind die notwendigen Leistungen zu erbringen, ohne die eine Verschlimmerung des Krankheitszustandes und damit ein akuter Krankheitszustand zu erwarten wäre (z.B. Insulinbehandlung bei Diabetikern, Dialyse bei Nierenversagen). Eine andere Gesetzesinterpretation würde den verfassungsmäßigen Anforderungen schon deshalb nicht gerecht, weil eine finanzielle Bedürftigkeit ausdrücklich zur Beendigung des Ruhenstatbestands führt; diese kann aber nicht höher bewertet werden als ein medizinischer Bedarf zum Schutze von Leib und Leben.
- 5.2 Bei Schmerzzuständen ist generell eine akute Phase zu unterstellen.
- 5.3 Bei notwendigen Leistungen im Sinne der Abschnitte 5.1 bis 5.2 richten sich Art und Umfang der Leistungen nach den allgemein gültigen Kriterien (z.B. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Vom Ruhen des Anspruchs auf Leistungen erfasst sind grundsätzlich alle medizinisch aufschiebbaren Leistungen.
- 5.4 Die zu Nr. 5.1 bis 5.3 getroffenen Aussagen gelten grundsätzlich auch im Zusammenhang mit einem Leistungsausschluss nach § 52a SGB V entsprechend, es sei denn, es wird im Einzelfall gerade oder auch in diesem Zusammenhang die Absicht einer missbräuchlichen Leistungsanspruchnahme nachgewiesen. Leistungsanspruchnahme nachgewiesen. Hierbei sind - wie im gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-WSG vom 9. März 2007 bereits angeführt - die Gesamtumstände des Einzelfalls zu berücksichtigen und abzuwägen, ob und ggf. welche Leistungen entsprechend der Gesetzesbegründung auch im Falle eines nachgewiesenen Leistungsmissbrauchs vom Leistungsausschluss betroffen bzw. nicht betroffen sind. Der Leistungsausschluss bezieht sich im Übrigen nur auf das nachgewiesene zielgerichtete missbräuchliche Leistungsbegehren. Daneben bestehende Behandlungsbedarfe werden davon nicht erfasst.

Diese Grundsätze gelten z.B. auch für die Versorgung mit Zahnersatz oder für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Die o.a. Grundsätze gelten vorbehaltlich ggf. getroffener spezieller Regelungen in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse (vgl. § 52a Satz 2 SGB V)

- 5.5 Über die technische Umsetzung der Ruhens- und Ausschlussregelung (z.B. Einzug der Krankenversichertenkarte und Ausstellung eines gesonderten - gegenüber dem (Zahn-) Arzt

vorzulegenden - Anspruchsausweises sowie Klärung der entsprechenden Abrechnungsmodalitäten) werden kurzfristig Gespräche mit der Ärzteschaft aufgenommen. Dabei wird es auch um mögliche gemeinsame Empfehlungen zur Konkretisierung der vom Ruhen bzw. Leistungsausschluss betroffenen bzw. nicht betroffenen Leistungen gehen.

6. Die Teilnahme an bestimmten Versorgungsprogrammen (z.B. DMP) allein reicht nicht aus, um eine Ausnahme von der Ruhenswirkung zu unterstellen. Auch hier ist auf die individuellen Verhältnisse unter Berücksichtigung der in Ziffer 5.1 bis 5.4. enthaltenen Kriterien abzustellen.
7. Bei einem Beitragsverzug des Mitglieds sind auch die familienversicherten Angehörigen in die Ruhenswirkung einzubeziehen.

Darüber hinaus wird den Krankenkassen generell empfohlen, betroffene Versicherte - neben dem materiell-rechtlich zwingend erforderlichen Hinweis auf die Folgen bei Nichtzahlung der Beiträge - frühzeitig im Rahmen ihrer Aufklärungs- und Beratungspflichten auf sämtliche in Frage kommenden bzw. geeignet erscheinenden Möglichkeiten zur Vermeidung der Ruhenswirkung aufmerksam zu machen und ggf. eine entsprechende Unterstützung anzubieten (z.B. etwaige Übernahmemöglichkeiten der Beiträge durch den Sozialhilfeträger bzw. den Leistungsträger nach dem SGB II , evtl. Vereinbarung von Ratenzahlungen usw.). Zum einen lassen sich dadurch möglicherweise Beitragsrückstände begrenzen und zum anderen im Konfliktfall ein Aussetzen der Ruhenswirkung wegen einer mangelnden Aufklärung und Beratung der Versicherten vermeiden.

TOP 03 § 60 SGB V - Fahrkosten; hier: Fahrkosten für den Transport von Eigenblutspenden

Sachstand:

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingend medizinischen Gründen notwendig sind, zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 12 SGB V festgelegt hat (vgl. § 60 Abs. 1 SGB V),

Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten sich am 23./24. August 1989 mit der Frage befasst, ob und inwieweit bei bevorstehenden Operationen aus rein prophylaktischen Gründen die Kosten für die Entnahme und Konservierung des Eigenblutes und die im Zusammenhang mit der Eigenblutspende ggf. entstehenden Fahrkosten des Versicherten zu übernehmen sind.

Die Besprechungsteilnehmer kamen damals zu dem Ergebnis, dass die Entnahme und Konservierung von Eigenblut vor einer geplanten Operation, auch wenn diese noch nicht genau terminiert ist, zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört. Die Kosten sind daher bei den pflegesatzrelevanten Selbstkosten des bei den pflegesatzrelevanten Selbstkosten des Krankenhauses zu berücksichtigen. In derartigen Fällen sind die aus Anlass der Blutentnahme entstandenen Fahrkosten, wie z.B. auch Fahrkosten bei vorstationärer Diagnostik, als Fahrkosten zur ambulanten Behandlung anzusehen. Die vollständige oder teilweise Übernahme dieser Fahrtkosten kann daher nur bei Vorliegen eines "Härtefalles nach den §§ 61 , 62 SGB V " in Betracht kommen.

Ab dem 1. Januar 1993 wurde durch das Gesundheits-Strukturgesetz der § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V dahingehend geändert, dass eine Krankenhausbehandlung auch vor- und nachstationär (§ 115 a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht werden kann. Analog zur Änderung des § 39 SGB V wurde dem § 60 Abs. 2 SGB V eine Nr. 4 angefügt. Die Krankenkassen konnten ab dem 1. Januar 1993 Fahrkosten in Höhe von [damals] 20 DM je übersteigenden Betrages übernehmen für Versicherte, die sich zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a SGB V oder § 115b SGB V in ein Krankenhaus begaben, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) vermieden oder verkürzt wurde oder diese nicht ausführbar war wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

In der Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen am 16. Dezember 1993 haben sich die Besprechungsteilnehmer dann erneut mit der Frage befasst, ob die Eigenblutspende im Hinblick auf leistungsrechtliche Fahrkostenansprüche wie eine vorstationäre Behandlung im Sinne des § 115a SGB V zu behandeln ist. Der Zeitraum, in dem diese mehrfach erforderlichen präoperativen Eigenblutspenden durchgeführt werden, überschreitet in der Regel die in § 115a SGB V genannte Befristung der vorstationären Behandlung von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung. Bei Eigenblutspenden in "entfernten" Kliniken können somit einem Versicherten erhebliche Fahrkosten entstehen.

Die Besprechungsteilnehmer kamen am 16. Dezember 1993 zu dem Ergebnis, dass die Spende und Konservierung von Eigenblut vor geplanten Operationen nach wie vor zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört, die durch das für das beteiligte Krankenhaus vereinbarte Budget abgegolten ist. Ergänzend wurde der Hinweis gegeben, dass Fahrkosten, die in diesem Zusammenhang entstehen, im Rahmen des § 60 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zu übernehmen sind. Die in § 115 a Abs. 2 Satz 1 SGB V aus vertragsrechtlicher Zielsetzung vorgesehene Befristung der vorstationären Behandlung ist im Hinblick auf die Fahrkostenerstattung nach § 60 SGB V unerheblich. Die Eigenbeteiligung des Versicherten ist in diesen Fällen auf die jeweils erste und letzte Fahrt der gesamten vor-, voll- und nachstationären Behandlung beschränkt.

Aussagen über die Kosten eines Eigenbluttransportes enthalten die o.g. Besprechungsergebnisse nicht. Aus der Praxis wird nun die Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen herangetragen, ob es sich bei dem Transport von Eigenblutkonserven mittels eines sogenannten "Bluttaxi" um Fahrkosten im Sinne des § 60 SGB V handelt und die Zuzahlung nach § 61 SGB V in Abzug zu bringen ist oder ob die Transportkosten für die Eigenblutspende durch § 2 Abs. 2 KHEntG bzw. § 2 Abs. 2 BPfIV von den Krankenhäusern zu finanzieren sind?

Nach Auskunft des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) GmbH werden die für die patientenbezogene Aufbereitung der Blutprodukte anfallenden Personal- und Sachkosten über die Leistungserfassung des Labors als Gemeinkosten fallbezogen zugeordnet. Auch die Kosten der Gewinnung von Eigenblutspenden im Krankenhaus werden als Gemeinkosten zugerechnet. Darunter fallen auch die Transportkosten von der Blutbank zum Krankenhaus.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass sich das Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16. Dezember 1993 ausschließlich auf die Fahrten der Versicherten zur Eigenblutspende und nicht auf Transportfahrten des Blutes bezog bzw. bezieht. Eine Rechtsgrundlage zur Kostenübernahme der Transportfahrten des Blutes kann aus § 60 SGB V nicht abgeleitet werden.

TOP 04 Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts bei der Krankengeldberechnung; hier: Steuer- und beitragspflichtiger Arbeitgeberanteil der VBL-Umlage

Sachstand:

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 Prozent des bei entsprechender Anwendung des § 47 Abs. 2 SGB V berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V).

Leistungen des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung der Arbeitnehmer - z.B. Beiträge zur Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) - unterliegen unter bestimmten Voraussetzungen der Steuer- und Beitragspflicht (zur Ermittlung des in der Sozialversicherung beitragspflichtigen Anteils an der

VBL-Umlage siehe z.B. TOP 10 der Niederschrift über die Besprechung der Spitzenorganisationen der Sozialversicherungsträger über Fragen des gemeinsamen Beitragseinzugs am 10./11. April 2002).

Arbeitsentgelt sind alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch darauf besteht oder in welcher Form sie geleistet werden (vgl. § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Dem Arbeitsentgelt sind nicht zuzurechnen. Beiträge und Zuwendungen nach § 40b EStG, die zusätzlich zu Löhnen oder Gehältern gewährt werden, soweit der Arbeitgeber die Lohnsteuer mit einem Pauschsteuersatz erheben kann und er die Lohnsteuer nicht nach den Vorschriften des § 39b EStG, § 39c EStG oder § 39d EStG erhebt. Die genannten Beiträge und Zuwendungen sind bis zur Höhe von 2,5 Prozent des für ihre Bemessung maßgebenden Entgelts dem Arbeitsentgelt zuzurechnen, wenn die Versorgung mindestens bis zum 21. Dezember 2000 von der Anwendung etwaiger Nettobegrenzungsregelungen eine allgemein erreichbare Gesamtversorgung von mindestens 75 Prozent gesamtversorgungsfähigen Entgelts und nach dem Eintritt des Versorgungsfalles eine Anpassung nach Maßgabe der Entwicklung der Arbeitsentgelte im Bereich der entsprechenden Versorgungsregelung oder gesetzlicher Versorgungsbezüge vorsieht; die dem Arbeitsentgelt zuzurechnenden Beträge und Zuwendungen vermindern sich um monatlich 13,30 Euro (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Sätze 2 und 3 Sozialversicherungsentgeltverordnung - SVEV -).

Der Arbeitgeber hat die auf ihn entfallende Umlage bis zu einem Betrag von monatlich 89,48 Euro pauschal zu versteuern, solange die Pauschalbesteuerung rechtlich möglich ist und soweit sich aus § 37 ATV-K nicht etwas anderes ergibt (vgl. § 16 Abs. 2 Tarifvertrag über die zusätzliche Altersvorsorge der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes vom 1. März 2002 - ATV-K -). Für den Versichertenbereich der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) gilt ein pauschal zu versteuernder Betrag von monatlich 92,03 Euro. Den über diese Beträge hinausgehenden Betrag an Umlagen muss der Arbeitnehmer individuell versteuern.

Beispiel:

Das Monatsgehalt ist zugleich das für die Bemessung der Zukunftssicherungsleistungen maßgebende versorgungsfähige Entgelt der VBL. Es ist eine Gesamtversorgung von 75 v.H. und eine jährliche Anpassung vorgesehen. Der Umlagesatz beträgt 7,86 v.H.

Bruttoarbeitsentgelt

<i>(zusatzversorgungspflichtig)</i>	<i>3.000, 00 EUR</i>
<i>Umlage (7,86 v.H.)</i>	<i>235,80 EUR</i>
<i>- davon vom Arbeitgeber zu tragen 6,45 v.H.)</i>	<i>193,50 EUR</i>
<i>- davon Arbeitnehmerbeitrag (1,41 v.H.)</i>	<i>42,30 EUR</i>

Vom Teil der Umlage, den der Arbeitgeber zu tragen hat, werden 92,03 EUR pauschal versteuert. Der Restbetrag in Höhe von (193,50 EUR \cdot 92,03 EUR =) 101,47 EUR wird individuell versteuert: dieser Anteil gehört daher zum steuer- und beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Der nach der SVEV dem Arbeitsentgelt hinzuzurechnende Anteil (2,5 v.H.) berechnet sich aus einem zusatzversorgungspflichtigen Arbeitsentgelt von (92,03 EUR: 6,45 x 100) 1.426,82 EUR.

<i>"erzieltes" Bruttoarbeitsentgelt</i>	<i>3.000, 00 EUR</i>
<i>+ individuell zu versteuernder Teil der Umlage</i>	<i><u>101,47 EUR</u></i>
<i>= steuerpflichtiges Arbeitsentgelt</i>	<i><u>3.101,47 EUR</u></i>
<i>+ Hinzurechnungsbetrag nach § 1 SVEV (2,5 v.H. von 1.426,82 EUR)</i>	<i>35,67 EUR</i>
<i>./. Zukunftssicherungsfreibetrag 13,30 EUR</i>	<i><u>22,37 EUR</u></i>
<i>= beitragspflichtiges Arbeitsentgelt</i>	<i>3.123,84 EUR</i>
	<i>=====</i>

Die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger hatten in Abschnitt 3.2.1.3 ihres (früheren) gemeinsamen Rundschreibens vom 12. Mai 1987 zur Berechnung, Höhe und Zahlungsweise des Krankengeldes, Verletztengeldes und Übergangsgeldes ausgesagt, dass von dem sozialversicherungsrechtlichen Bruttoarbeitsentgelt (hier: 3.123,84 Euro die tatsächlichen Steuern (hier: aus 3.101,47 Euro sowie die Sozialversicherungsbeiträge abzuziehen sind, die auf der Basis des der Beitragsberechnung zugrunde gelegten Bruttoarbeitsentgelts (hier: 3.123,84 Euro) ermittelt wurden.

Aufgrund von Anfragen aus der Praxis zur Bestimmung des für die Krankengeldberechnung maßgebenden Nettoarbeitsentgelts war erneut hierüber zu beraten.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen bekräftigen die Aussagen unter Punkt 3.2.1.3 des gemeinsamen Rundschreibens vom 12. Mai 1987 zur Berechnung, Höhe und Zahlungsweise des Krankengeldes, Verletztengeldes und Übergangsgeldes.

Bei der Berechnung des Krankengeldes sind die beitragspflichtigen Anteile der Leistungen des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung des Arbeitnehmers als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen sind diese somit auch bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass von dem sozialversicherungspflichtigen Bruttoarbeitsentgelt die (vom Arbeitnehmer) zu zahlenden tatsächlichen Steuern sowie die Sozialversicherungsbeiträge abzuziehen sind, die auf Basis des der Beitragsberechnung zugrunde gelegten Bruttoarbeitsentgelts ermittelt wurden. Nach dieser Regelung ergibt sich auch das sozialversicherungsrechtliche Nettoarbeitsentgelt.

Fortsetzung des Beispiels:

hier: Steuerklasse 1, keine Kinder; Beitragssatz Krankenversicherung 13,5 vH.

Einzutragen in die Entgeltbescheinigung:

<i>Brutto-Arbeitsentgelt</i>	<i>3.000,00 EUR</i>
<i>zzgl. beitragspfl. Hinzurechnungsbetrag aus VBL-Umlage</i>	<i>22,37 EUR</i>
<i>zzgl. indiv. steuerpfl. Anteil aus VBL-Umlage</i>	<i><u>101,47 EUR</u></i>
<i>= sozialversicherungspfl. Brutto-Arbeitsentgelt</i>	<i>3.123,84 EUR</i>
	<i>=====</i>
<i>abzgl. Lohnsteuer</i> <i>(aus 3.101,47 EUR)</i>	<i>585,50 EUR</i>
<i>abzgl. Solidaritätszuschlag</i> <i>(aus 3.101,47 EUR)</i>	<i>32,20 EUR</i>
<i>abzgl. Kirchensteuer</i> <i>(aus 3.101,47 EUR)</i>	<i>0,00 EUR</i>
<i>abzgl. SV-Beiträge</i> <i>(aus 3.123,84 EUR)</i>	<i><u>649,75 EUR</u></i>
<i>= "sozialversicherungspfl." Netto-Arbeitsentgelt</i>	<i>1.656,39 EUR</i>
	<i>=====</i>

Die Beiträge des Arbeitnehmers zur zusätzlichen Alterssicherung (im Beispiel: 42,30 Euro) sind keine gesetzlichen Abzüge und deshalb bei der Feststellung des Nettoarbeitsentgelts nicht in Abzug zu bringen.

Das gemeinsame Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 29. November 2005 zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengeldes wird bei nächster Gelegenheit entsprechend erweitert.

TOP 05 Berechnung des Krankengeldes bei flexiblen Arbeitszeitregelungen; hier: Überarbeitung der gemeinsamen Verlautbarung vom 15. April 1998

Sachstand:

Mit dem Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 6. April 1998 (BGBl I S. 688) wurden Regelungen in das Sozialgesetzbuch eingefügt, die insbesondere die Nachteile beseitigen sollten, die sich im Mitgliedschafts- und Beitragsbereich dann ergeben, wenn einzelne Kalendermonate nicht mit Arbeitsentgelt belegt sind. Im Leistungsrecht gelten seither § 47 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V sowie § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

Die Arbeitszeitflexibilisierung gewinnt ständig an Bedeutung. In diesem Zusammenhang werden zunehmend Fragen zur Krankengeldberechnung bei flexiblen Arbeitszeitregelungen gestellt. Zudem ist bezüglich des Ruhens des Krankengeldanspruchs wegen arbeitgeberseitiger Leistungen auch bei flexiblen Arbeitszeitregelungen § 23c SGB IV zu beachten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind daher am Rande ihrer Besprechung zum Leistungsrecht am 17./18. Oktober 2006 übereingekommen, die gemeinsame Verlautbarung zum Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 15. April 1998 zu aktualisieren.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen beschließen die gemeinsame Verlautbarung zur Berechnung des Krankengeldes bei flexiblen Arbeitszeitregelungen. Die Verlautbarung ⁽¹⁾ ergänzt die Abschnitte 4.6, 6.12 und 6.5 des gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger vom 29. November 2005 zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengeldes.

TOP 06 Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 18. Januar 2007 - C-332/05 -; hier: Rückwirkende Änderung der Krankengeldhöhe

Sachstand:

Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung zugrunde liegt (Regelentgelt). Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 Prozent des bei entsprechender Anwendung des § 47 Abs. 2 SGB V berechneten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (vgl. § 47 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V).

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat mit Urteil vom 18. Januar 2007 - C-332/05 - entschieden, dass die Anwendung einer Krankengeldregelung, die

- einen Wanderarbeitnehmer, dessen Ehegatte in einem anderen Mitgliedstaat wohnt, von Amts wegen in eine Steuerklasse einreicht, die weniger günstig ist als die eines verheirateten inländischen Arbeitnehmers, dessen Ehegatte im betreffenden Mitgliedstaat wohnt und nicht erwerbstätig ist,
- nicht zulässt, dass für die Höhe des Krankengeldes, die vom Nettoarbeitsentgelt abhängt, das sich wiederum nach der Steuerklasse richtet, rückwirkend eine nachträgliche Berichtigung der Steuerklasse berücksichtigt wird, die auf einen ausdrücklichen Antrag des Wanderarbeitnehmers hin erfolgt, der auf seinen tatsächlichen Familienstand gestützt ist,

Artikel 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, in der durch die Verordnung (EG) Nr. 118/97 des Rates vom 2. Dezember 1996 geänderten und aktualisierten Fassung entgegensteht.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bat die Spitzenverbände der Krankenkassen mit Schreiben vom 12. Februar 2007 um Mitteilung, ob sie aufgrund der getroffenen EuGH-Entscheidung beabsichtigen, das gemeinsame Rundschreiben vom 29. November 2005 zur Berechnung, Höhe und Zahlung des

Krankengeldes und Verletztengeldes anzupassen. Der AOK-Bundesverband teilte dem BMG am 26. Februar 2007 schriftlich mit, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen hierüber bei ihrer Besprechung zum Leistungsrecht am 18./19. April 2007 beraten werden.

Zu der EuGH-Entscheidung ist Folgendes zu bemerken:

Zunächst ist festzustellen, dass die Einstufung in eine (falsche) Steuerklasse nicht Bestandteil der vom EuGH kritisierten "Krankengeldregelung" ist. Hierfür ist die Kommune bzw. das Finanzamt zuständig. Der eigentliche Ursprung der zu geringen Krankengeldzahlung ist im entschiedenen Fall also dort zu suchen. Die Steuerklasse ist im Krankengeldrecht "nur" relevant für die Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist bei der Krankengeldberechnung regelmäßig auf das erarbeitete, insgesamt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit liegende und bereits abgerechnete sowie dem Versicherten zugeflossene Regelentgelt abzustellen (vgl. u.a. BSG-Urteile vom 22. Juni 1979 - 3 RK 22/78 -; vom 16. September 1981 - 4 RJ 55/80 -; vom 25. Juni 1991 - 1/3 RK 6/90 -; vom 16. Februar 2005 - B 1 KR 19/03 R -). Änderungen des Arbeitsentgelts, die erst nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eintreten, sind grundsätzlich unerheblich, selbst wenn rückwirkende Veränderungen zu diesem Zeitpunkt bereits absehbar sind (BSG-Urteile vom 13. Juli 1977 - 3 RK 22/76 -; vom 25. Juni 1991 - 1/3 RK 6/90 -). Das Krankengeld wird daher z.B. auch dann nicht neu berechnet, wenn der Versicherte später nach einem durchgeführten Lohnsteuerjahresausgleichsverfahren von der Finanzverwaltung Steuerrückzahlungen erhält (BSG-Urteil vom 23. März 1977 - 4 RJ 177/75 -).

Für diese Auslegung des § 47 SGB V sind nach Aussage des BSG folgende Gründe entscheidend: Das Gesetz verwendet selbst die Begriffe "erzielt" und "abgerechnet". Da das Krankengeld nur den wirtschaftlichen Status des Versicherten sichern soll, der zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit tatsächlich bestand, können spätere Entgeltänderungen diesen Status nicht mehr berühren. Der Krankenkasse soll es durch klare und praktikabel handhabbare Kriterien möglich sein, das nur zeitlich begrenzt zu gewährende Krankengeld, das an die Stelle des krankheitsbedingt entfallenden Arbeitsentgelts tritt, ohne aufwändige eigene Ermittlungen und ohne eine für sie fachfremde steuerrechtliche Prüfung zeitnah und rasch festzustellen (EuGH-Vorlage des BSG vom 5. Juli 2005 - B 1 KR 7/04 R -). Damit wird aber auch (rückwirkenden) Manipulationen an der Leistungshöhe vorgebeugt.

In Fällen wie dem entschiedenen sollte der EuGH-Rechtsprechung gefolgt werden, wobei es allerdings nicht angezeigt erscheint, die Krankengeldsachbearbeitung zu verpflichten, bei den Versicherten die notwendigen Informationen einzuholen und sie auf einen ggf. möglichen Steuerklassenwechsel hinzuweisen (dieser muss zunächst rückwirkend auf einen Zeitpunkt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgen, bevor dann das Krankengeld ggf. erhöht werden kann). Hierüber war im Kreise der Spitzenverbände der Krankenkassen zu beraten.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass dem Urteil des EuGH vom 18. Januar 2007 - C-332/05 - in Fällen wie dem entschiedenen auf entsprechenden Antrag der Versicherten zu folgen ist.

Eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens der Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger vom 29. November 2005 zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengeldes wird nicht für erforderlich gehalten, da der entschiedene Fall sehr speziell ist. Es handelte sich um einen italienischen Staatsbürger,

- der in Deutschland lebte und arbeitete,
- dessen Familie in Italien blieb,
- der von Amts wegen in eine Steuerklasse eingruppiert wurde, die ungünstiger war als die bei Familien mit Wohnsitz in Deutschland, und
- dessen Steuerklasse rückwirkend geändert wurde.

Der AOK-Bundesverband wird gebeten, dem Bundesministerium für Gesundheit das Besprechungsergebnis kurzfristig schriftlich zu übermitteln. Dabei soll das BMG darum gebeten werden, weitere von dem Urteil

tangierte Bundesministerien (z.B. Bundesministerium der Finanzen) zu informieren, da evtl. eine Änderung des Steuerrechts sachgerecht sein könnte.

TOP 07 § 49 SGB V - Ruhen des Krankengeldes; hier: Arbeitsausfall aus Witterungsgründen und Bezug von Saison-Kurzarbeitergeld

Sachstand:

Wird ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, so hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von 6 Wochen (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 1 EFZG).

Der § 4 des Bundesrahmentarifvertrages für das Baugewerbe (BRTV) - Arbeitsversäumnis und Arbeitsausfall - führt aus:

1. Grundsatz

"Grundsätzlich wird in Abweichung von § 616 BGB der Lohn nur für die tatsächlich geleistete Arbeitszeit gezahlt. Hiervon gelten die folgenden abschließend aufgezählten Ausnahmen.

2. ...

...

6. Arbeitsausfall aus Witterungs- oder wirtschaftlichen Gründen

Wird die Arbeitsleistung entweder aus zwingenden Witterungsgründen oder in der gesetzlichen Schlechtwetterzeit aus wirtschaftlichen Gründen unmöglich, so entfällt der Lohnanspruch. Soweit der Lohnausfall in der gesetzlichen Schlechtwetterzeit nicht durch die Auflösung von Arbeitszeitguthaben ausgeglichen werden kann, ist der Arbeitgeber verpflichtet, mit der nächsten Lohnabrechnung das Saison-Kurzarbeitergeld in der gesetzlichen Höhe zu zahlen."

Der BRTV beinhaltet keine ausdrückliche Regelung bezüglich von Zeiten der Arbeitsunfähigkeit mit Entgeltfortzahlung nach § 3 EFZG bzw. mit Krankengeldbezug. Das Winterbau-Merkblatt 2006/2007 des Zentralverbandes des Deutschen Baugewerbes (ZDB) enthält auf der Seite 48 Aussagen zum Zusammentreffen von Entgeltfortzahlung nach § 3 EFZG und Saison-Kurzarbeitergeld. In Fällen des § 47h Abs. 3 SGB V besteht danach ein Anspruch auf Leistungsfortzahlung des Saison-Kurzarbeitergeldes nicht, wenn der Arbeitnehmer noch Guthabenstunden auf seinem Arbeitszeitkonto hat, die im Rahmen der Unvermeidbarkeit des Arbeitsausfalls vorrangig einzubringen sind. Der arbeitsunfähig erkrankte Arbeitnehmer wird insoweit nicht anders behandelt als der gesunde Arbeitnehmer, der vor Inanspruchnahme von Saison-Kurzarbeitergeld ebenfalls verpflichtet ist, bestehende Arbeitszeitguthaben einzubringen. Die Tage, für die der Arbeitnehmer Anspruch auf Leistungsfortzahlung des Saison-Kurzarbeitergeldes hat, werden auf den gesetzlichen Zeitraum der Entgeltfortzahlung von sechs Wochen angerechnet. Gleiches gilt für Tage, für die der Arbeitnehmer Krankengeld in Höhe des Saison-Kurzarbeitergeldes erhält (Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 27. August 1971 -1 AZR 69/71 -). Eine Anrechnung auf den Entgeltfortzahlungszeitraum erfolgt allerdings nicht, soweit der Arbeitnehmer Arbeitszeitguthaben einbringt.

Das Merkblatt enthält keine Aussagen zur Frage, ob auch in Fällen, in denen der Arbeitnehmer erkrankt, bevor in dem Betrieb ein witterungsbedingter Arbeitsausfall mit entsprechender Gewährung von Saison-Kurzarbeitergeld anfällt, ein evtl. vorhandenes Arbeitszeitguthaben aufgebraucht werden muss. Eine entsprechende tarifvertragliche Regelung existiert nach Auskunft des ZDB nicht.

Für Versicherte, die arbeitsunfähig erkranken, bevor in ihrem Betrieb die Voraussetzungen für den Bezug von Saison-Kurzarbeitergeld erfüllt sind, wird nach § 47 b Abs. 4 SGB V , solange Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall besteht, neben dem - reduzierten - Arbeitsentgelt als Krankengeld der Betrag

des Saison-Kurzarbeitergeldes gewährt, den der Versicherte erhielte, wenn er nicht arbeitsunfähig wäre. Es war zu beraten, ob auch in diesen Fällen vor Zahlung des Krankengeldes in Höhe des Saison-Kurzarbeitergeldes ein evtl. bestehendes Arbeitszeitguthaben aufgebraucht werden muss. Dies hätte ein Ruhen des Krankengeldanspruchs zur Folge.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer/-innen vertreten die Auffassung, dass ein Ruhen des Krankengeldanspruchs in Höhe des Saison-Kurzarbeitergeldes wegen bestehender Arbeitszeitguthaben nicht eintreten kann, wenn mangels tarifvertraglicher Regelungen keine Verpflichtung der Arbeitnehmer besteht, das Arbeitszeitguthaben vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Amtl. Anm. 1:

Hier nicht abgedruckt. [zurück]