

Lernbrief

Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten

4.0
Basisprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

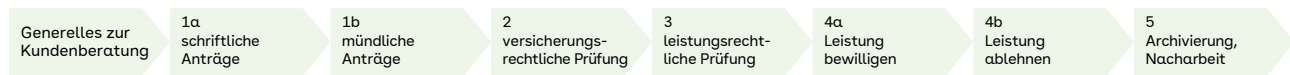
Autoren: Frank Schumacher, AOK Nordost
Bernd Fischer, AOK Bayern

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Anja Michelchen, Tel.: 030 34646-2175

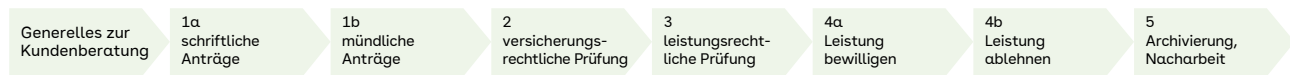
Druck und Vertrieb durch
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	6
2 Lernziele	7
3 AOK-Produkte und AOK-Servicestandards	7
4 Allgemeine Voraussetzungen und Grundsätze	8
4.1 Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation	8
4.1.1 Warum Gesundheitsförderung?	8
4.1.2 Gesundheitsförderung durch Prävention	11
4.1.3 Begriffsdefinition Krankheit und Ziele der Krankenbehandlung	14
4.1.4 Leistungen zur Rehabilitation	16
4.2 Einteilung der Leistungen	20
4.2.1 Beschaffenheit: Natural- oder Geldleistung?	20
4.2.2 Rechtsgrundlage: Gesetz oder Satzung?	21
4.2.3 Rechtsnatur: Rechtsanspruch oder Ermessen?	22
4.3 Voraussetzungen für Leistungsansprüche	24
4.3.1 Versicherungsverhältnis	24
4.3.2 Nachgehende Leistungsansprüche	25
4.3.2.1 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	25
4.3.2.2 Beendigung der Familienversicherung wegen Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger	28
4.3.2.3 Beendigung der Familienversicherung wegen Tod des Mitglieds	29
4.3.2.4 Abgrenzung nachgehender Leistungsanspruch mit Krankenversicherung der bisher Nichtversicherten	30
4.4 Versicherungsfall	30
4.5 Weitere materiell-rechtliche Leistungsvoraussetzungen	31
4.6 Leistungsantrag	31
4.7 Raum für individuelles Handeln	32
4.8 Wirtschaftlichkeitsgrundsatz	33
4.9 Kostenerstattung	35
4.10 Ruhen des Leistungsanspruchs	37
4.10.1 Ruhen des Leistungsanspruchs bei Auslandsaufenthalt	37
4.10.2 Kein Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	37



4.10.3	Ruhen des Leistungsanspruchs bei rückständigen Beiträgen	38
4.10.4	Weitere Ruhenstatbestände	38
4.11	Leistungseinschränkung bei Krankheit als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen	39
4.12	Übungen zum Lernabschnitt 4	39
5	Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten	42
5.1	AOK-Prämien-Programm	42
5.2	Wahltarife	42
5.2.1	Pflichtangebot der Krankenkassen	42
5.2.2	Freiwillige Angebote der Krankenkassen	43
5.2.3	AOK-Wahltarife	44
5.3	Vermittlung privater Zusatzversicherungen	49
5.4	Disease-Management-Programme (DMPs)	49
5.5	Übungen zum Lernabschnitt 5	51
6	Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst (MD)	52
6.1	Aufgaben	52
6.2	Zusammenarbeit	52
6.3	Auswirkungen für Kunden	53
6.4	Mitwirkungen der Kunden	54
6.5	Übungen zum Lernabschnitt 6	56
7	Vertragliche Beziehungen	58
8	Unfallversicherung – ein Überblick	59
8.1	Entstehungsgeschichte	60
8.2	Beziehungen zwischen Kranken-/Pflege- und Unfallversicherung	60
8.2.1	Gemeinsamkeiten	61
8.2.1.1	Versicherter Personenkreis	61
8.2.1.2	Leistungen	61
8.2.2	Unterschiede	61
8.2.2.1	Antragstellung	61
8.2.2.2	Wirtschaftlichkeitsgebot	61
8.2.2.3	Zuzahlungen	61
8.2.2.4	Versicherungsfall	61



8.2.3 Zusammenarbeit zwischen den Versicherungsträgern	62
8.2.3.1 Zuständigkeit der Versicherungsträger	62
8.2.3.2 Anlaufstelle für Fragen	62
8.2.3.3 Leistungsgewährung/Erkennen von Berufskrankheiten	62
9 Unfallversicherter Personenkreis	63
9.1 Pflichtversicherung kraft Gesetzes	64
9.1.1 Beschäftigte	64
9.1.2 Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung	64
9.1.3 Personen bei Untersuchungen aufgrund von Arbeitsschutz- oder Unfallverhütungsvorschriften	65
9.1.4 Kinder, Schüler, Studierende	65
9.1.4.1 Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen	65
9.1.4.2 Schüler während des Besuchs allgemein- oder berufsbildender Schulen	66
9.1.4.3 Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen	66
9.1.5 Hilfeleistende, Blut- und Organspendende, Notärzte im Rettungsdienst	66
9.1.5.1 Hilfeleistende bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not	66
9.1.5.2 Blutspendende und Spendende körpereigener Organe, Organteile oder Gewebe	67
9.1.5.3 Notärzte im Rettungsdienst	67
9.1.6 Leistungsbeziehende nach dem SGB II und SGB III	68
9.1.7 Personen, die auf Kosten der Kranken- oder Rentenversicherung Krankenhausbehandlung oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten	68
9.1.8 Personen, die bei der Wohnraumschaffung im Rahmen der Selbsthilfe tätig sind	69
9.1.9 Pflegepersonen	69
9.1.10 Geltungsbereich der Versicherungspflicht	70
9.2 Pflichtversicherung kraft Satzung	70
9.3 Freiwillige Versicherung	71
9.4 Unfallversicherungsfreiheit	71
9.5 Finanzierung der Unfallversicherung	72
9.6 Übungen zu den Lernabschnitten 8 und 9	73



10 Arbeitsunfall	74
10.1 Unfallereignis	74
10.1.1 Zeitlich begrenztes Ereignis	74
10.1.2 Von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis	75
10.2 Unfallkausalität	76
10.2.1 Innere Ursache	77
10.2.2 Eigenwirtschaftliche Tätigkeiten	78
10.2.3 Einnahme von Mahlzeiten	78
10.2.4 Dienstreisen	79
10.2.5 Betriebliche Gemeinschaftsveranstaltungen	79
10.2.6 Betriebssport	79
10.2.7 Alkohol	80
10.2.8 Spielerei	80
10.2.9 Verbotswidriges Handeln	80
10.3 Haftungsbegründende Kausalität	81
10.3.1 Grundsätzliches	81
10.3.2 Gelegenheitsursache	81
10.4 Arbeitsunfälle im weiteren Sinne	81
10.4.1 Unfälle auf Wegen	82
10.4.1.1 Beginn des Wegs	83
10.4.1.2 Ende des Wegs	83
10.4.1.3 Unterbrechung des Wegs	84
10.4.1.4 Umweg	86
10.4.1.5 Abweg	87
10.4.2 Unfälle auf versicherten Um-/Abwegen allgemein	87
10.4.3 Unfälle auf versicherten Um-/ Abwegen / besondere Dritte-Ort-Regelung für Kinder	88
10.4.4 Unfälle auf dem Weg von und zur Familienwohnung	89
10.4.5 Unfälle mit Arbeitsgerät	89
10.5 Berufskrankheit	90
10.6 Übungen zum Lernabschnitt 10	91



11 Hinweis auf Arbeitsunfälle	92
11.1 Durchgangsarztbericht	92
11.2 Ärztliche Unfallmeldung	92
11.3 Unfall-Fragebogen	96
11.4 Unfallmeldung des Unternehmens	96
12 Zuständiger Unfallversicherungsträger	100
13 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung	101
13.1 Heilbehandlung	102
13.2 Ergänzende Leistungen	104
13.2.1 Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten	104
13.2.2 Reisekosten	104
13.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	104
13.4 Erstattung von Sachschäden	105
13.5 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	105
13.6 Übungen zu den Lernabschnitten 12 und 13	105
14 Leistungsabgrenzung	107
15 Erstattung von Leistungen der Krankenkasse	108
16 Renten der gesetzlichen Unfallversicherung	109
17 Sonstige Unfälle – Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten	110
17.1 Forderungsübergang auf die AOK und Motive hierfür	110
17.2 Informationsquellen, welche auf mögliche Schadenersatzansprüche hindeuten	113
18 Zusammenfassende Selbstkontrolle	116
19 Lösungen zu den Übungen im Text	117
20 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	125



1 Einleitung

Kenntnisse über allgemeine Voraussetzungen und Grundsätze, individuelle Gestaltungsmöglichkeiten, Beziehungen zur Renten- und Unfallversicherung sowie Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten sind für Sie als AOK-Mitarbeitende wichtig, um den Privatkunden die AOK-Leistungen kundenorientiert, unbürokratisch, marktgerecht anzubieten und die Unternehmensziele der AOK zu berücksichtigen.

Die Inhalte des Basisprozesses 6.0 sind Gegenstand dieses Lernbriefs.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

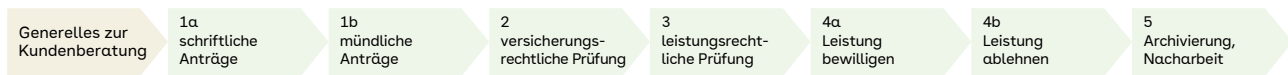
Grenzwerte und Rechengrößen in eckigen Klammern beziehen sich auf die neuen Bundesländer.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Prüfungshinweis

Das Kapitel 4 (außer Punkt 4.3.2) ist bereits für die Zwischenprüfung relevant.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- die allgemeinen Voraussetzungen und Grundsätze zu kennen
- die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten zu kennen und Kunden zu beraten
- die Aufgaben und die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst sowie die Mitwirkungspflichten der Kunden zu kennen
- Gründe für Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Unfallversicherungsträgern aufzuzeigen
- den durch die gesetzliche Unfallversicherung abgesicherten Personenkreis zu kennen
- aus Informationsquellen zu erkennen, ob ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegt
- zu erläutern, wie die Leistungspflicht zwischen Kranken-/Pflegekasse und Unfallversicherungsträger abgegrenzt ist
- bei sonstigen Unfällen Feststellungen zu treffen, die zur Prüfung der Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch erforderlich sind
- zu erläutern, welche Anzeichen auf die Möglichkeit eines Ersatzanspruchs hindeuten können
- im Falle eines möglich erscheinenden Ersatzanspruchs die näheren Umstände zu ermitteln, die zu einer Krankheit geführt haben

3 AOK-Produkte und AOK-Servicestandards

Die AOK ist mehr als eine bloße Krankenversicherung. Sie bietet den Kunden eine optimale Versorgung. Neben den „klassischen Leistungen“, wie z.B. die

- ärztliche/zahnärztliche Behandlung,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel,
- Krankenhausbehandlung und
- finanzielle Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit, Erkrankung eines Kindes oder Entbindung

können Kunden qualitativ hochwertige Gesundheitsangebote zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung in Anspruch nehmen.

Außerdem werden eine Reihe besonderer Versorgungsformen (z.B. Disease-Management-Programme (DMP), Hausarztmodelle, Integrierte Versorgung) angeboten. Sie sollen die Qualität der medizinischen Behandlung steigern und so den Patienten eine bessere Versorgung ermöglichen.

Die Produktpalette wird ergänzt mit innovativen Angeboten wie z.B. Zusatzversicherungen, Wahltarife und Prämienprogramme.

Der wachsende Gesundheitsmarkt schafft ein immer schwerer zu überschauendes Angebot medizinischer Produkte und Dienstleistungen. Die Kunden finden mit dem Gesundheitsnavigator alle wichtigen Informationen zum Thema Gesundheit – schnell, einfach, kompetent und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt. AOK-Experten helfen mit Navigatoren, Foren, Datenbanken und Entscheidungshilfen individuell bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Generelles zur Kundenberatung



4 Allgemeine Voraussetzungen und Grundsätze

Viele dieser Angebote kennen Sie aus der täglichen Arbeit. Näheres erfahren Sie auch in den einzelnen Lernbriefen zu den Leistungen.

Die AOK ist für ihre Kunden auch vor Ort erreichbar. Sie bietet eine hohe Beratungsqualität, kümmert sich um das Anliegen der Kunden, arbeitet schnell und zuverlässig. Unsere Kunden werden aktiv über den Leistungsumfang informiert. Die AOK hat intern Servicestandards vereinbart. Informieren Sie sich in Ihrer AOK über die aktuellen Servicestandards.

4.1 Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation

Die Gesundheit ihrer Kunden fördert die AOK durch verschiedene Leistungsangebote.

Generelles zur Kundenberatung

Nach dem Zeitpunkt, zu dem Leistungen erbracht werden, und nach ihrer Zielsetzung wird nach

- Prävention,
- Krankenbehandlung und
- Rehabilitation

unterschieden.

4.1.1 Warum Gesundheitsförderung?

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt seit Beginn des letzten Jahrhunderts stetig an. Im Krankheitspektrum ist parallel auch eine Veränderung zu beobachten:

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts waren noch 21 % aller Todesursachen auf Infektionskrankheiten zurückzuführen; jetzt sind es weniger als 1 %. Diese Abnahme ist bedingt durch verschiedene Faktoren, z.B.:

- verbesserte hygienische Bedingungen
- den medizinischen Fortschritt, wie die Entwicklung von Impfstoffen und die Früherkennung von Krankheiten

Im Gegensatz zu den Todesursachen durch Infektionskrankheiten sind diejenigen, welche auf sogenannte chronisch-degenerative Krankheiten (Veränderungen im Sinne eines dauerhaften Abbauprozesses), wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen



sind, auf ca. 45 % aller Todesfälle angestiegen. Vereinfacht lässt sich dieser Anstieg unter anderem durch folgende Faktoren erklären:

- falsche Ernährung
- mangelnde Bewegung
- Alkohol- und Nikotinmissbrauch

Aber auch soziale Bedingungen, z.B. Arbeits- und Umweltbedingungen, Schulabschluss, Einkommen und soziales Umfeld spielen dabei eine große Rolle.

Hinzu kommt außerdem, dass die Lebenserwartung in Europa in den vergangenen Jahrzehnten erheblich angestiegen ist. Dadurch können altersbedingte bzw. altersabhängige Krankheiten erst entstehen und die Sterblichkeit beeinflussen.

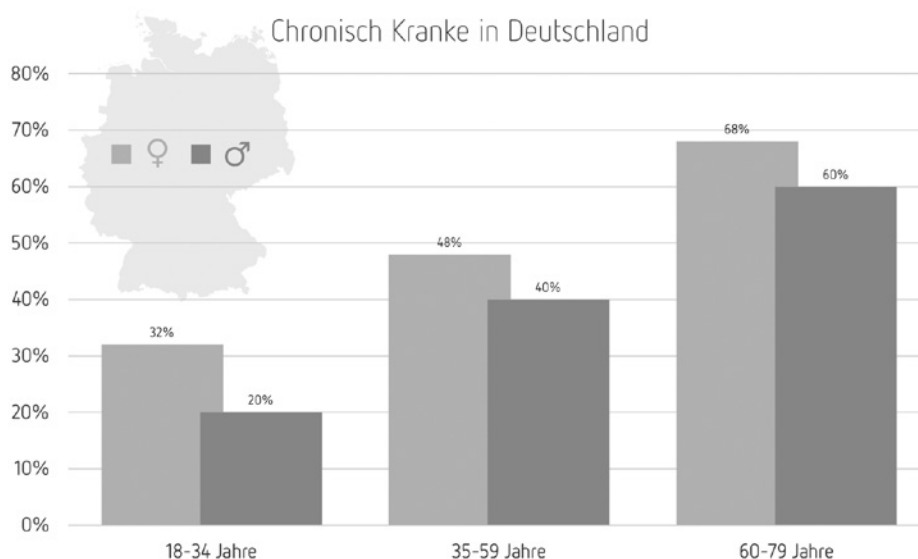
Die Sterberate in Deutschland steigt seit Jahren kontinuierlich leicht an.

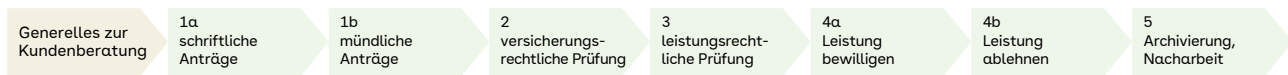
Verschiedene Faktoren beeinflussen die Sterberate. Die Qualität der medi-

zinischen Versorgung und äußere ökologische Determinanten haben großen Einfluss auf die Mortalität und bestimmen vor allem in Entwicklungsländern noch heute das durchschnittliche Lebensalter mit.

In den Industriestaaten sind es vor allem die Bekämpfung von Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems und Krebsleiden, welche die Lebenserwartung bestimmen. Erstere verursachte in den letzten Jahren stetig ca. 34 % aller Todesfälle. Vor allem ältere Menschen waren davon betroffen: über 90 % der an den Folgen von Herz-/Kreislaufkrankungen Verstorbenen, waren 65 Jahre und älter.

Zweithäufigste Todesursache waren Krebsleiden. Über 20 % aller Verstorbenen erlagen dem Krebs. In den vergangenen Jahren eine deutliche Zunahme im Vergleich zum Vorjahr ist bei psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen festzustellen. In ca. 80 % dieser Sterbefälle war eine Demenzerkrankung die Todesursache.





Wissenswertes über chronische Krankheiten

Die meisten Menschen haben schon mal eine akute Erkrankung, wie z.B. eine Erkältung mit Husten, Schnupfen oder Heiserkeit, gehabt. Diese ist in der Regel nach ein paar Tagen wieder vorbei. Doch was bedeutet es eigentlich chronisch krank zu sein? Wer chronisch krank ist, hat sein ganzes Leben lang mit einer oder manchmal sogar mehreren Krankheiten zu tun. Davon sind nicht nur – wie häufig angenommen wird – ältere Menschen betroffen, sondern auch viele Jüngere.

Chronisch Kranke in Deutschland

Wie weit verbreitet chronische Krankheiten sind, zeigt folgende Zahl: 45 % von im Jahr 2021 befragten Bundesbürgern gaben an, eine oder sogar mehrere lang andauernde Erkrankungen zu haben, die einer regelmäßigen Behandlung bedürfen. Zu diesem Ergebnis kam eine Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die Graphik zeigt, dass chronische Krankheiten schon bei jüngeren Menschen häufig auftreten. Mit steigendem Alter nehmen die Erkrankungen naturgemäß zu.

Die häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland

Die in Deutschland am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen sind seit vielen Jahren Herz-Kreislaufkrankheiten. Dazu gehören beispielsweise Bluthochdruck (Hypertonie), Gefäßverkalkung (Arteriosklerose), koronare Herzkrankheit (KHK), Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen oder ein Herzinfarkt. Weitere chronische Krankheiten, die häufig diagnostiziert werden, sind:

- Rücken-, Gelenks- und Knochen-erkrankungen (z.B. Arthrose, rheumatoide Arthritis, Bandscheibenvorfall)
- Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, COPD, Bronchitis)
- Diabetes mellitus (Typ1 und viel häufiger Typ 2)
- Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Schilddrüsenüber- oder unterfunktion)
- Neurologische Krankheiten (z.B. Schlaganfall, Demenz wie Alzheimer, Parkinson)
- Allergien (z.B. Heuschnupfen, Hausstaubmilbenallergie, Tierhaallerergie, Lebensmittelallergie)
- Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Burnout, bipolare Erkrankung, Schizophrenie)
- Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Reizdarmsyndrom, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)
- Krebserkrankungen

Derzeit sind chronische Krankheiten also das zentrale Gesundheitsproblem, und zwar sowohl unter humanitären als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten. Sie belasten sowohl Einzelne als auch die Versichertengemeinschaft. Die Menschen sterben nicht nur an diesen Krankheiten, sondern haben im Vorfeld unter Umständen jahrzehntelange Beschwerden. Das mindert nicht nur ihre Lebensqualität, sondern verursacht auch enorme Behandlungskosten. Zudem gehen der Volkswirtschaft insbesondere durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitige Einschränkung der Erwerbsfähigkeit erhebliche Leistungspotenziale verloren. Diese Entwicklung zeigt die Grenzen der kurativen (heilenden) Medizin.



Der hohe und teure technische Standard der medizinischen Versorgung chronischer Krankheiten kann oft keine Heilung, sondern nur Symptomlinderung erreichen.

Aus diesen Gründen kommt der Verhütung chronisch-degenerativer Krankheiten eine hohe Bedeutung zu. Nach dem gegenwärtigen Wissensstand werden diese chronischen Krankheiten im Wesentlichen durch verhaltensbedingte, ökologische und soziale Faktoren verursacht und sind somit grundsätzlich in ihren Entstehungsbedingungen kontrollierbar. All diese Erkrankungen können durch Präventionsmaßnahmen zwar nicht verhindert werden, aber insbesondere bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen kann ihre Zahl jedoch reduziert oder ihr Verlauf verzögert werden.

§ 1 SGB V

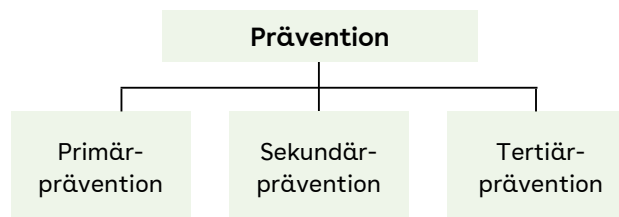
Die AOK bietet ihren Kunden Hilfe zur Selbsthilfe an. Die Kunden sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Durch gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen sollen sie dazu beitragen, den Eintritt einer Krankheit oder Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

4.1.2 Gesundheitsförderung durch Prävention

Nach dem Duden bedeutet der Begriff Prävention „Vorbeugung und Verhütung“. Krankheiten und ihren Folgen sowie ihrer Verschlimmerung soll also vorgebeugt werden.

Der Begriff Prävention ist nicht einheitlich definiert, und zur Beschreibung von Prävention werden oft unterschiedliche Sachverhalte herangezogen. Deshalb ist es ratsam, eine

Begriffserklärung voranzustellen. In der Fachliteratur sowie in der Präventionspraxis wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden.



Primärprävention

Die Primärprävention richtet sich an den gesunden Menschen mit dem Ziel, die Gesundheit zu erhalten, also die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhöhen (z.B. Anleitung zur Vollwerternährung).

Sekundärprävention

Sekundäre Prävention zielt darauf ab, in den Entstehungsprozess einer Krankheit/Behinderung einzugreifen und umfasst Interventionen bei erkannten, aber noch symptomlosen Vorstadien von Krankheiten. Ziel ist, die Entwicklung von Krankheiten günstig zu beeinflussen, insbesondere durch Früherkennung und/oder durch frühzeitige Beeinflussung von Risikofaktoren. In diesem Stadium beginnen die Leistungen der AOK, um die Früherkennung zu ermöglichen. Dazu gehören z.B.:

- Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Ernährungsberatung bei Übergewicht
- Rückenschule



Tertiärprävention

Tertiäre Prävention vermeidet Rückfälle und Chronifizierungen. Sie umfasst alle Maßnahmen, die dazu dienen, Folge- oder Begleiterkrankungen eines Krankheitsbilds zu verhüten, zu verbessern oder die Verschlechterung eines Krankheitsbilds oder einer Behinderung zu vermeiden bzw. zu verringern. Dazu gehören z.B.:

- Ernährungsberatung bei Diabetes
- Rehabilitationssport

Sowohl weit verbreitete chronische „Volkskrankheiten“ (z.B. Erkrankungen des Bewegungsapparats, Herz-Kreislauf-Leiden, Diabetes mellitus) als auch hochgradige Risiken für Herzinfarkt und Schlaganfall (z.B. Bluthochdruck und Übergewicht) können beispielsweise durch therapiebegleitende Gesundheitsförderung deutlich positiv beeinflusst werden.

Merke

Prävention (Vorbeugung) ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie umfasst alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung. Ihre Bedeutung für den Einzelnen liegt in der Vermittlung von mehr Vitalität und Lebensqualität. Ihre gesundheitspolitische Bedeutung liegt in der Verringerung chronischer Krankheiten und der Verlängerung der Lebenserwartung.

In diesen Aufgabenfeldern kann die AOK ihre Fachkompetenz in Gesundheitsfragen und den damit verbundenen Zusatznutzen für Kunden zum Ausdruck bringen.

Primärpräventionsmaßnahmen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozialbedingte sowie geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern und dabei kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen.

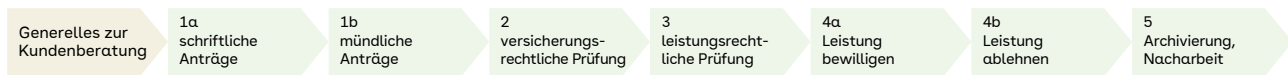
Sekundär- und Tertiärpräventionsmaßnahmen sollen sich vor allem auf Krankheitsbilder konzentrieren, zu denen abgesicherte Erkenntnisse über vorbeugende Maßnahmen vorliegen und die unter humanitären wie auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten besonders schwerwiegend sind. Vielfach sind Folge- und Spätschäden und damit teure Behandlungskosten vermeidbar, wenn die ärztliche Behandlung, die Betreuung durch nichtärztliche Therapeuten und das Verhalten des Patienten optimal aufeinander abgestimmt werden.

Die Bedeutsamkeit von Präventionsleistungen in der heutigen Zeit kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass der Gesetzgeber höhere Leistungsausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen hat. So ist das Ausgabevolumen der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben in diesem Zusammenhang für jede versicherte Person auf einen Betrag von 7,52 € angehoben worden.

Davon wurden für jede versicherte Person seit 2019 mindestens 2,15 € für die Prävention nach § 20a und 3,15 € nach § 20b SGB V aufgewendet. Wenn der Leistungsumfang im laufenden Haushaltsjahr nicht erreicht wird, stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a SGB V zur Verfügung.

§ 20 Abs. 1
Satz 1, 2
SGB V

§ 20 SGB V



Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung steigen im Folgejahr entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV.

Der Spitzenverband Bund legt einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) fest.

Außerdem bestimmt er die Anforderungen an ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die Qualität von bestimmten Leistungen sicherzustellen.

§ 20b SGB V

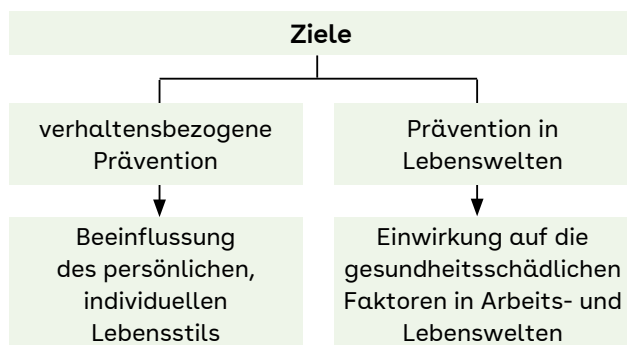
Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeitet die AOK mit den Trägern der Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Dabei kann sie den Trägern der Unfallversicherung Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Erkrankungen vermitteln. Die AOK kann außerdem Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung selbst durchführen. Sie unterstützt somit Unternehmen, die an einer Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden interessiert sind (vgl. Lernbrief zum Thema „Anträge auf Prävention/Vorsorgeuntersuchungen bearbeiten“). In der Krankenversicherung werden außerdem verhaltensbezogene Prävention und Prävention in Lebenswelten unterschieden.

- Die verhaltensbezogene Prävention (individuelle Prävention) zielt auf den Abbau gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen jeder einzelnen Person. Sie will sie über Krankheitsrisiken bestimmter Verhaltensweisen aufklären und sie zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung anregen.

Mit dieser Hilfe zur Selbsthilfe soll eine Aktivierung der eigenen Gesundheitsressourcen des Kunden erreicht werden. Dabei wird auch die Eigenverantwortung gestärkt; Kunden sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung und eine frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen aktiv dazu beitragen, den Eintritt von Krankheiten bzw. deren Verschlimmerung zu vermeiden.

- Die Prävention in Lebenswelten (strukturelle Prävention) will durch eine Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen und der Umwelt die Gesundheitschancen der Bevölkerung steigern. Die AOKs streben im Bereich der Verhältnisprävention insbesondere den Abbau gesundheitsgefährdender Faktoren in der Arbeitswelt an. In der Verhältnisprävention versteht die AOK sich deshalb sowohl als Partnerin der Privats als auch der Firmenkunden.

Wegen der Vielzahl der Faktoren, denen die AOK-Kunden täglich ausgesetzt sind, bleiben die Möglichkeiten der AOK zur Einflussnahme und Gestaltung natürlich begrenzt. Vielmehr muss die einzelne Person ermutigt werden, die Umwelt ihren eigenen Bedürfnissen anzupassen. Aus diesem Grund liegt der Schwerpunkt aller Maßnahmen im Bereich der verhaltensbezogenen Prävention.



Merke

Der Begriff Prävention lässt sich in verschiedener Hinsicht einteilen:

- Primärprävention (Krankheitsverhütung)
- Sekundärprävention (Krankheitsfrüherkennung)
- Tertiärprävention (Therapiebegleitung)
- oder
- verhaltensbezogene Prävention (Veränderung der Verhaltensweisen jedes Einzelnen)
- Prävention in Lebenswelten (Verbesserung der Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen)

§§ 20d, 20e SGB V

Außerdem ist im Präventionsgesetz festgelegt, dass die Krankenkassen im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie entwickeln.

Die Umsetzung und Fortschreibung dieser nationalen Präventionsstrategie wird durch die nationale Präventionskonferenz als Arbeitsgemeinschaft sichergestellt. Diese ist mit jeweils zwei Sitzen der einzelnen Spitzenorganisationen der Versicherungsträger besetzt. Bei der Umsetzung der Präventionsstrategie wird eng zwischen den Trägern zusammen gearbeitet.

Die Nationale Präventionsstrategie umfasst insbesondere:

- Die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention,
- die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht).

4.1.3 Begriffsdefinition Krankheit und Ziele der Krankenbehandlung

Für den Begriff der „Krankheit“ gibt es verschiedene Definitionen.

3 leistungsrechtliche Prüfung

- „Krankheit“ im **medizinischen** Sinn liegt bei einer Abweichung vom Gesamtbild des gesunden Menschen vor. Die Frage, ob ärztliche oder andere Behandlung notwendig ist, ist ohne Bedeutung.

Beispiel

Anke Maus fehlt seit einem häuslichen Unfall das Endglied des kleinen Fingers an der rechten Hand. Nachdem die Wunde behandelt und verheilt ist, sind keine weiteren Maßnahmen mehr erforderlich. Anke Maus gewöhnt sich mehr und mehr an den verkürzten Finger.



Folge

Da der verkürzte Finger eine Abweichung vom Bild des gesunden Menschen darstellt, liegt dauerhaft eine Krankheit im medizinischen Sinn vor.

BSG-Urteil v. 28. 04. 1967, AZ: 3 RK 12/65

• „Krankheit“ im **krankenversicherungsrechtlichen** Sinn ist dagegen ein regelwidriger Körper-, Geistes- oder Seelenzustand, der die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Regelwidrig ist der körperliche, geistige oder seelische Zustand, wenn er von der durch das Leitbild eines gesunden Menschen geprägten Norm abweicht.

Dies ist im Sinn des Versicherungsrechts nicht schon dann der Fall, wenn ein körperliches, geistiges, seelisches und/oder soziales „Missbefinden“ vorliegt. Es müssen vielmehr wesentliche Funktionen nicht in befriedigendem Umfang wahrgenommen werden können, und die Regelwidrigkeit muss einer Behandlung zugänglich sein.

Abwandlung des Beispiels

Die Wunde schien zwar zunächst folgenlos verheilt, aber nach einiger Zeit melden sich sogenannte „Phantomschmerzen“; Anke Maus empfindet Schmerzen im Endglied des kleinen Fingers, obwohl dieses gar nicht mehr vorhanden ist. Deshalb begibt sie sich in ärztliche Behandlung, um eine Schmerztherapie zu beginnen.

Folge

Nun ist ärztliche Behandlung weiterhin notwendig, es liegt also Behandlungsbedürftigkeit vor. Ob in der Folge auch Arbeitsunfähigkeit eintritt, ist für das Vorliegen des Versicherungsfalls unerheblich.

Die Frage, ob Behandlungsbedürftigkeit besteht, ist dabei nach objektiven Maßstäben zu bemessen, die nicht immer mit dem persönlichen Empfinden des Patienten übereinstimmen.

Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn liegt auch vor, wenn zwar keine Behandlungsbedürftigkeit besteht, aber Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Beispiel

Der Maurer Max Schubert leidet unter einer Zementstauballergie. Übt er seine Arbeit aus und kommt mit Zementstaub in Berührung, muss er sofort ärztlich behandelt werden.

Solange er der Arbeit fernbleibt, benötigt er auch keine ärztliche Behandlung. Es liegt dann zwar Arbeitsunfähigkeit, aber keine Behandlungsbedürftigkeit vor.

Folge

Dennoch leidet Max Schubert unter einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn.



Behandlungsbedürftigkeit ist gegeben bei

- begründeter Aussicht auf Heilung der Krankheit,
- Linderung der Beschwerden oder
- Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit.

Behandlungsbedürftigkeit liegt auch vor, wenn

- das ärztliche Personal Pflegemaßnahmen anordnet und überwacht, die zwar die Krankheit nicht bessern oder heilen, aber die Beschwerden lindern oder das Leben verlängern können.

Ist bereits eine Krankheit eingetreten, dient die Krankenbehandlung durch ärztliches Personal oder anderen Therapeuten im weiteren Sinn ebenfalls der Gesundheitsförderung.

§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Dabei ist die folgenfreie und vollständige Ausheilung der Idealfall der Krankenbehandlung. Ist dies nicht (mehr) zu erreichen, kann sich Krankenbehandlung auch auf folgende Zielsetzungen beziehen:

- Linderung von Krankheitsbeschwerden
- Verhütung der Verschlimmerung der Erkrankung

Merke

Die Krankenbehandlung hat das Ziel,

- die Krankheit zu heilen,
- die Krankheitsbeschwerden zu lindern oder
- die Verschlimmerung der Krankheit zu verhüten.

4.1.4 Leistungen zur Rehabilitation

Die Rehabilitationsleistungen wurden mit dem Inkrafttreten des SGB IX dem Begriff „Leistungen zur Teilhabe“ untergeordnet. Ziel des SGB IX ist u.a. das Rehabilitationsrecht zusammenzufassen und weiterzuentwickeln.

Als Rehabilitation wird im Allgemeinen die Wiedereingliederung eines kranken oder eines Menschen mit Behinderung in das berufliche oder gesellschaftliche Leben bezeichnet.

Dabei soll die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefördert werden.

§ 1 Satz 1 SGB IX

Im Rahmen der Maßnahmen zur Rehabilitation ist häufig von Menschen mit Behinderung die Rede. Hiermit sind Personen gemeint, die aufgrund einer Krankheit über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nicht oder nur mit Schwierigkeiten eine Tätigkeit oder einen Beruf ausüben oder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Die Behinderung kann körperlicher, geistiger oder seelischer Art sein, sie kann angeboren oder durch eine Krankheit oder einen Unfall hervorgerufen worden sein. In zunehmendem Maß sind Menschen durch langsam fortschreitende chronische Krankheiten in ihrer Lebensführung behindert (z.B. Übergewicht → hoher Blutzucker → Diabetes → Nierenversagen → Dialyseabhängigkeit).

§ 2 Abs. 1 SGB IX

4.0 · Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten



§ 4 Abs. 1
SGB IX

Die Leistungen zur Teilhabe haben u.a. folgende Ziele:

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern
- die Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern

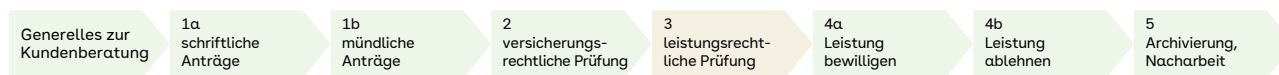
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern



§§ 5, 6
SGB IX

Im folgenden Schaubild ist dargestellt, welche Sozialleistungsträger für die einzelnen Rehabilitations- bzw. Teilhabeleistungen in Frage kommen:

Leistungsarten Leistungs-träger	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 42 ff. SGB IX)	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 SGB IX)	unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 64 ff. SGB IX)	Leistungen zur sozialen Teilhabe (§ 76 ff. SGB IX)
Krankenversicherung	X		X	
Agentur für Arbeit		X	X	
Unfallversicherung	X	X	X	X
Rentenversicherung	X	X	X	
Träger der Kriegsopfer	X	X	X	X
Träger der Jugendhilfe	X	X		X
Träger der Sozialhilfe	X	X		X



Beispiel

Ulrich Adam ist als Altersrentner bei der AOK versichert. Nach einer Apoplexie (Schlaganfall) benötigt er eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme.

Folge

Leistungsträger für die stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme ist die Krankenversicherung (AOK).

Beispiel

Carlos Bergmann (25 Jahre) arbeitet seit acht Jahren als Steinmetz und kann wegen eines schweren Bandscheibenvorfalles seinen Beruf nicht mehr ausüben. Er kann bei seinem bisherigen Arbeitgeber jedoch als Büroangestellter arbeiten und macht deshalb eine Umschulung zum Kaufmann für Bürokommunikation.

Folge

Leistungsträger für die Umschulung (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) ist die Agentur für Arbeit.

Beispiel

Christian Dittmer (35 Jahre) stürzt als Verputzer vom Gerüst (Arbeitsunfall). Die Wirbelsäule, die Hüfte sowie der Oberschenkel sind gebrochen. Er wird stationär im Krankenhaus behandelt, anschließend ist eine medizinische Rehabilitation notwendig. Evtl. kann er in seinem Beruf als Verputzer auch nicht mehr arbeiten.

Folge

Leistungsträger für die Krankenhausbehandlung, die medizinische Rehabilitation, der Entgeltersatzleistung nach dem Entgeltfortzahlungsanspruch (Verletztengeld) sowie evtl. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Unfallversicherung.

Beispiel

Emil Feder (45 Jahre) ist seit 25 Jahren als Schreiner versicherungspflichtig beschäftigt. Er benötigt wegen seiner Herzkrankung eine medizinische Rehabilitation, da die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist.

Folge

Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation ist die Rentenversicherung.

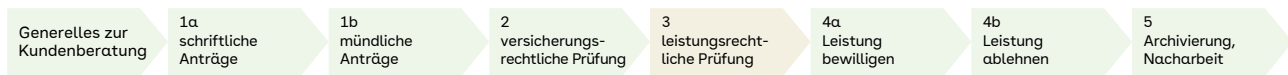
Welche Rehabilitationsträger unter welchen Voraussetzungen welche Leistungen zur Teilhabe erbringen, richtet sich nach den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

§ 7 Abs. 1
Satz 2 SGB IX

Es gelten die Prinzipien

§ 9 Abs. 2,
3 SGB IX

- Leistungen zur Teilhabe vor Pflegeleistungen und
- Leistungen zur Teilhabe vor Rentenleistungen.



Merke

Die Leistungen zur Rehabilitation werden in

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

eingeteilt.

Leistungsträger können die Krankenversicherung, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Träger der Kriegsopfer, Träger der Jugendhilfe und Träger der Sozialhilfe sein.

- im körperlichen Bereich (Schädigungen von Körperorganen),
- im seelischen Bereich (Beeinträchtigung des Erlebens, Fühlens, Wohlbefindens),
- bei alltäglichen Verrichtungen (Einschränkung der Integrität oder Aktivität) oder
- bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (z.B. Ausgrenzung oder Desintegration).

Eine Leistungsverpflichtung der Krankenkassen besteht auch dann, wenn die Behinderung noch nicht eingetreten ist, aber eine Behinderung droht.

Im Verhältnis zu den Leistungen der Krankenbehandlung (einschließlich Krankenhausbehandlung) kommen die Leistungen der Rehabilitation (§§ 40 bis 43 SGB V) erst in Betracht, wenn allein mit den Mitteln der Krankenbehandlung (ärztliche Behandlung, Heilmittel, Hilfsmittel usw., § 27 ff. SGB V) die Gesundheit der versicherten Person nicht so wiederhergestellt werden kann, dass sie problemlos ihre alltäglichen Verrichtungen zu Hause, an ihrem Arbeitsplatz und in ihrer sonstigen Lebensumwelt verrichten kann. Dabei zentrieren sich die Mittel der Krankenbehandlung (§ 27 ff. SGB V) im Wesentlichen nur auf das beschädigte Körperteil (z.B. Kniegelenk), während die Rehabilitation als solche ganzheitlich – also den ganzen Körper einbeziehend (Körper, Geist, Seele) – auf den Rehabilitanden einwirkt. Medizinische Rehabilitationsleistungen kommen deshalb in der Regel nur in Betracht, wenn die versicherte Person wegen der oben erwähnten komplexen Störungen/Beeinträchtigungen ihr Verhalten ändert (z.B. Essgewohnheiten, Bewegungsverhalten, Suchtverhalten) oder umfangreiche Hilfen für ihren täglichen Alltag erlernen soll (z.B. nach einem Schlaganfall trotz Halbseitenlähmung zu essen, zu gehen, zu kommunizieren usw.).

§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V Versicherte Personen haben gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

§ 40 SGB V Zu diesem Zweck erbringt die Krankenkasse ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen.

Sie erkennen, dass die Leistungen der Krankenversicherung nicht nur darauf ausgerichtet sind, Krankheiten zu erkennen und zu behandeln, sondern auch Behinderungen zu vermeiden. Als Behinderung gelten nicht nur vorübergehend erhebliche Störungen



Beispiel

Rolf Kleine erlitt vor kurzem einen Herzinfarkt. Nach seinem Krankenhausaufenthalt beginnt er wieder mit der Arbeit und ist im Alltag angekommen. Da Rolf Kleine Angst hat einen Rückschlag zu erleiden, unterlässt er jegliche sportliche Aktivität. Gerade dieses Verhalten ist jedoch nicht förderlich.

Folge

Das richtige Verhalten nach so einer Erkrankung kann Rolf Kleine in einer Rehabilitationseinrichtung erlernen. Dort wird ihm beigebracht, wie er mit Stresssituationen umzugehen hat bzw. wie diese vermieden werden können. Weiter erlernt Herr Kleine Fertigkeiten wie nach so einer Erkrankung sein Herz trainiert werden kann, um so Schritt für Schritt wieder seinen Körper zu belasten. Weitere nützliche Tipps wie eine gesunde Ernährungsweise werden auch vermittelt.

Die Rehabilitationsleistungen können in der Regel (ganztägig) ambulant am oder in der Nähe des Wohnorts erfolgen. Merkmal dieser (ganztägig) ambulanten Rehabilitation ist die tägliche Hinfahrt zur Rehabilitationseinrichtung und die tägliche Rückkehr nach Hause. Stationäre Rehabilitationsleistungen kommen in der Regel nur in Betracht, wenn die versicherte Person nicht ausreichend mobil ist oder wenn klimatische Verhältnisse einen weiter entfernten Rehabilitationsort notwendig machen.

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation bearbeiten“.

4.2 Einteilung der Leistungen

4.2.1 Beschaffenheit:

Natural- oder Geldleistung?

Leistungen können nach unterschiedlichen Kriterien eingeteilt werden. Dazu gehört u.a. die Unterscheidung nach der Beschaffenheit einer Leistung.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Gegenstand der sozialen Rechte sind die im SGB vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen). Die Versicherten erhalten die Leistungen grundsätzlich als Sach- oder Dienstleistungen.

§ 11 Satz 1 SGB I,
§ 2 Abs. 2 Satz 1, 3 SGB V

Das sogenannte „Naturalleistungsprinzip“ hat in der gesetzlichen Krankenversicherung also Vorrang.

Allerdings sind einige Leistungen als Geldleistung, z.B. Krankengeld oder als Kostenerstattung, z.B. selbst beschaffte Haushaltshilfe zu erbringen. Die Kostenerstattung ist ebenfalls eine Form der Geldleistung.

Merke

Medizinische Rehabilitationen werden immer dann notwendig, wenn gesundheitliche Schädigungen zu voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Störungen in den Aktivitäten bzw. in der gesellschaftlichen Integration führen und Krankenbehandlungsleistungen (§§ 27 bis 39 SGB V) nicht mehr ausreichen, um einer drohenden oder bereits eingetretenen Beeinträchtigung entgegenzuwirken.



Diese Leistungen erhalten Kunden immer als Geldbetrag ausgezahlt bzw. auf ihr Bankkonto überwiesen.



Die Vorteile des Naturalleistungsprinzips sind deutlich: Die Leistungen werden von der AOK durch Vertragspartner zur Verfügung gestellt und von ihr auch an die Vertragspartner vergütet. Kunden weisen ihren Leistungsanspruch lediglich durch Vorlegen der Krankenversichertenkarte nach und sind an der Begleichung der Kosten grundsätzlich nicht beteiligt. Die Kosten sind nicht vorzulegen und nachträglich mit der AOK abzurechnen. Näheres hierzu erfahren Sie unter Pkt. 7 dieses Lernbriefs.

§ 13 Abs. 2 SGB V

Eine entscheidende Ausnahme zum Naturalleistungsprinzip stellt die sogenannte Kostenerstattung dar. So haben alle Kunden – egal ob pflicht- oder freiwillig versichert – die Möglichkeit der Kostenerstattung im ambulanten und stationären Bereich.

Das bedeutet, dass die versicherte Person beispielsweise die Arztrechnung zunächst selbst begleicht und sich anschließend von ihrer Krankenkasse die Kosten erstatten lässt (vgl. Punkt 4.9 dieses Lernbriefs).

4.2.2 Rechtsgrundlage: Gesetz oder Satzung?

Leistungen können außerdem nach ihrer Rechtsgrundlage unterschieden werden.

Ist eine Leistung ausschließlich gesetzlich geregelt (z.B. der Anspruch auf Arzneimittel im § 31 SGB V), sprechen wir in der Krankenversicherung von einer „Regelleistung“.

Beruhet eine Leistung dagegen auf einer Satzungsregelung der AOK, handelt es sich um eine „Mehrleistung“. Sie ist über den gesetzlichen Rahmen hinaus durch die jeweilige Kassensatzung geregelt.

Die Unterscheidung von Mehr- bzw. Regelleistung ist wichtig, damit Sie beurteilen können, ob Kunden die jeweilige Leistung bei allen Krankenkassen bekommen können oder ob dafür eine Satzungsbestimmung notwendig ist.

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung Leistungen

§ 11 Abs. 6 SGB V

- der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation,
- von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- der künstlichen Befruchtung,
- der zahnärztlichen Behandlung,
- der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Medikamenten,
- mit Heilmitteln,
- mit Hilfsmitteln,
- mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
- der häuslichen Krankenpflege,
- der Haushaltshilfe und
- von nicht zugelassenen Leistungserbringern

vorsehen.

Da jede Krankenkasse eine eigene Satzung hat, in der sie Leistungsansprüche regeln kann/soll, können Sie Aussagen und Einschätzungen über Leistungen der Mitbewerber erst tref-



fen, wenn Sie deren Satzung kennen. Nur dann können Sie die Vorteile einer AOK-Mitgliedschaft gegenüber einer anderen Versicherung überzeugend darstellen bzw. auf Einwände Ihres Gesprächspartners reagieren.

Die jeweiligen Satzungen sind öffentlich zugänglich, entsprechende Informationen daher leicht zu beschaffen.

Erkundigen Sie sich doch einmal in Ihrer AOK, wie Ihre Kollegen in solchen Fällen vorgehen. Lassen Sie sich anhand der „Marktübersicht“ zeigen, wie Sie sich für Kundengespräche „schlau machen können“.

Ob die Selbstverwaltungsorgane einer AOK eine zusätzliche Leistung in ihrer Satzung vorsehen dürfen, regelt der Gesetzgeber durch eine jeweilige besondere Erlaubnis. Fehlt diese, kann die Satzungsregelung nicht von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden, da sie rechtswidrig wäre. Diese Erlaubnis wird durch bestimmte Formulierungen im Gesetzestext deutlich.

Beispiel

Nach § 38 Abs. 2 Satz 1 SGB V soll die Satzung bestimmen, „dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist“.

Folge

Die AOK-Mustersatzung sieht in der Tat weiterführende Leistungen für diesen Fall vor und hat in § 12 Näheres dazu geregelt.

Merke

Bei der Einteilung der Leistungen nach der Rechtsgrundlage werden Regel- und Mehrleistungen unterschieden. Regelleistungen sind ausschließlich im Gesetz verankert, Mehrleistungen in der Satzung.

Mehrleistungen

- bedürfen einer entsprechenden Satzungsbestimmung,
- können in der Satzung nur vorgesehen werden, wenn der Gesetzgeber eine Ausweitung der Regelleistungen zulässt,
- dürfen den gesetzlichen Rahmen nicht übersteigen,
- können Sie an der Formulierung „... die Satzung kann/soll ...“ erkennen.

4.2.3 Rechtsnatur: Rechtsanspruch oder Ermessen?

Etwas schwieriger ist die Einteilung der Leistungen nach der Rechtsnatur. Hier gibt es Rechtsanspruchsleistungen und Ermessensleistungen.

Als Grundsatz gilt: Auf Sozialleistungen besteht ein Rechtsanspruch. Als Ausnahme davon kann das Gesetz jedoch vorsehen, dass ein Leistungsträger ermächtigt wird, bei der Entscheidung über die Leistung nach seinem Ermessen zu handeln (z.B. Vorsorgekur, Versagung einer Leistung bei Verletzung der Mitwirkungspflichten). Erkennbar wird die Einräumung von Ermessen in der Regel durch Wendungen wie „soll, kann, darf“.

§§ 38, 39
SGB I



Wird dieser Ermessensspielraum eingeräumt, bedeutet dies nicht, dass die AOK willkürlich entscheiden oder unsachliche Argumente anführen darf (z.B. ob ein Kunde dem AOK-Mitarbeitenden persönlich sympathisch ist oder nicht). Vielmehr muss die AOK den Zweck der jeweiligen Ermächtigung herausfinden und ihr Ermessen an diesem Zweck ausrichten. Die gesetzlichen Grenzen des Ermessens dürfen dabei einerseits zwar nicht überschritten, sollen aber andererseits auch ausgeschöpft werden. Gleiche Sachverhalte sind gleich zu entscheiden. Dieser Vorgang ist mit der „pflichtgemäßen Ausübung des Ermessens“ beschrieben.

Hierdurch haben Kunden die Sicherheit, dass Ermessensleistungen niemals willkürlich und nach Gutdünken der AOK-Mitarbeitenden erbracht werden, sondern eine Entscheidung ausschließlich durch sachliche Kriterien getroffen wird. Die Ausübung des Ermessens wird erleichtert und gesichert, wenn die AOK Richtlinien für die Ausübung des Ermessens aufstellt, in denen verschiedene Entscheidungskriterien benannt und bewertet werden. Damit weiß die/der einzelne AOK-Mitarbeitende, wann sie/er alle bedeutsamen Gesichtspunkte berücksichtigt und bewertet hat.

Einerseits ist die Ausübung des Ermessens eine sehr individuelle, manchmal schwierige Aufgabe. Andererseits kann die AOK auf diesem Gebiet aber auch besonders beweisen, wie individuell und kreativ sie ihre Kunden betreuen kann. Insoweit ist das pflichtgemäße Ausüben des Ermessens eine anspruchsvolle, aber auch reizvolle Herausforderung.

Der Gesetzgeber hat in der Krankenversicherung nur wenige Leistungen mit gesetzlichen Ermessensspielräumen vorgesehen.

§ 40 Abs. 3
Satz 1 SGB V

Beispiel

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen: Die AOK bestimmt bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme „nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung nach pflichtgemäßem Ermessen.“

Folge

Je nach Erkrankung vereinbart die AOK einen zeitnahen Aufnahmetermin. Auf die stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu einem Wunschtermin (z.B. im Sommer) besteht also kein Rechtsanspruch; sie ist deshalb auch nicht vor dem Sozialgericht einklagbar.

Allerdings steht den Kunden auch hier der Rechtsweg offen: Sind sie mit einer Ermessensentscheidung der AOK nicht einverstanden, bezieht sich die Klage allerdings ausschließlich auf die fehlerhafte Ausübung des Ermessens.

Es besteht nämlich ein Anspruch auf pflichtgemäße Ausübung des Ermessens.

Sind Sie sich bei der Einteilung einer Leistung im Einzelfall nicht sicher, ein Tipp: Im GR v. 09. 12. 1988 ist die überwiegende Anzahl der AOK-Leistungen näher erläutert. Dort finden Sie in den jeweiligen Einleitungssätzen auch Aussagen über die verschiedenen Einteilungsarten.



Merke

Viele Leistungen sind Rechtsanspruchsleistungen, d.h. Kunden haben einen Rechtsanspruch und können diesen auch einklagen. Der Gesetzgeber hat jedoch die Gestaltung von Leistungen in das Ermessen der Krankenkasse gestellt. Die Krankenkasse hat das Ermessen pflichtgemäß auszuüben.

Aus den Gesetzestexten können Sie unterschiedliche Anforderungen an das Versicherungsverhältnis erkennen.

Während Mutterschaftsgeld den Frauen, die Mitglied der AOK sind, vorbehalten ist, können die Früherkennungsuntersuchungen von allen Versicherten (unter Beachtung der Altersgrenzen) in Anspruch genommen werden. Als Versicherte in diesem Sinn gelten sowohl Mitglieder als auch deren mitversicherte Familienangehörige.

4.3 Voraussetzungen für Leistungsansprüche

4.3.1 Versicherungsverhältnis

3
leistungsrechtliche Prüfung

Als Voraussetzung für das Entstehen von Leistungsansprüchen in der Krankenversicherung sehen alle Vorschriften des SGB V jeweils ein bestimmtes Versicherungsverhältnis vor.

In der Praxis erkennen Sie diesen sogenannten „Status“ an der Versichertenart. Beginnt der dreistellige Versichertenartenschlüssel mit einer 9, so handelt es sich um eine Familienversicherung. Versichertenartenschlüssel, die mit 1 bis 6 beginnen, sind den Mitgliedern vorbehalten.

Manchmal sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch nicht so deutlich zu erkennen.

Beispiele

- Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten nach § 24i SGB V Mutterschaftsgeld von der AOK.
- Nach § 25 Abs. 1 SGB V haben versicherte Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen.

Beispiel

- Nach § 44 Abs. 1 SGB V haben versicherte Personen unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Krankengeld.

Nach unseren bisherigen Überlegungen müssten hiermit sowohl Mitglieder als auch Familienversicherte gemeint sein.



Fortsetzung des Beispiels

Allerdings schränkt § 44 Abs. 2 SGB V den Kreis der Anspruchsberechtigten erheblich ein: Dort sind nicht nur die nach § 10 SGB V Versicherten genannt, sondern auch einige Gruppen von Mitgliedern u.a. Beziehende von Bürgergeld, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Teilnehmende an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ohne Anspruch auf Übergangsgeld, eingeschriebene Studierende und Praktikanten.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen müssen also für jede Leistung im Einzelfall geprüft werden. Als Grundsatz gilt jedoch: Familienversicherte haben grundsätzlich dieselben Leistungsansprüche wie Mitglieder. Ausnahmen gelten lediglich für das Kranken- und Mutterschaftsgeld.

Merke

Zur Verwirklichung von Ansprüchen werden bei den einzelnen Leistungen unterschiedliche Versicherungsverhältnisse gefordert. Grundsätzlich haben Familienversicherte dieselben Leistungsansprüche wie Mitglieder; Ausnahmen gibt es beim Kranken- und Mutterschaftsgeld.

4.3.2 Nachgehende Leistungsansprüche

§ 19 Abs. 1 SGB V

Grundsätzlich enden alle Leistungsansprüche mit dem Ende der Mitgliedschaft. Abweichende Regelungen müssen gesetzlich festgelegt sein.

4.3.2.1 Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

Lernbeispiel 1

Werner Ball (51 Jahre) kündigt sein Arbeitsverhältnis zum 30. 06. und ist bis zu diesem Zeitpunkt aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung Kunde der AOK. Am 07. 07. soll sein neues Arbeitsverhältnis bei der Firma Steinel beginnen, welches wider Erwarten nicht zustande kommt. Am 28. 07. tritt Werner Ball eine neue Stelle bei der Firma Berger an.

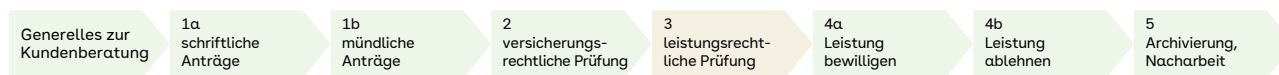
Seine Familie, Ehefrau Johanna und die beiden Kinder Andrea (22 Jahre) und Thomas (19 Jahre) sind bei ihm familienversichert.

Wegen der geplanten Arbeitsaufnahme zum 07. 07. hat sich Werner Ball zunächst wegen des Krankenversicherungsschutzes für sich und seiner Familie keine Gedanken gemacht. Nun kommen ihm aber Zweifel, und er erkundigt sich bei Ihnen am 20. 07. wie es sich damit verhält.

Wie Sie bereits aus dem Lernbrief zum Thema „Meldungen der Firmenkunden prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“ erfahren haben, beginnt ein Beschäftigungsverhältnis versicherungsrechtlich mit dem Eintritt in das entgeltliche Beschäftigungsverhältnis.

Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur dann, wenn die im Gesetz genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Während der Mitgliedschaft bestehen die Leistungsansprüche ohne zeitliche Begrenzung. Mit dem Ende der Mitgliedschaft erlischt der Leistungsanspruch jedoch grundsätzlich.

§ 40 SGB I



Solche Lücken während des Beschäftigungswechsels kommen jedoch gelegentlich vor. Der Gesetzgeber hat hier eine besondere Schutzbedürftigkeit erkannt und aus diesem Grund den „nachgehenden Leistungsanspruch“ geschaffen.

§ 19 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Wer als Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenkasse angehört hat, behält den Leistungsanspruch noch für maximal einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft. Dieser nachgehende Leistungsanspruch besteht gleichermaßen für solche Versicherungsfälle, die während der Mitgliedschaft eingetreten sind, als auch für diejenigen, die sich erst nach dem Ende der Mitgliedschaft ereignen.

Neben dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ist noch eine zweite Voraussetzung für den nachgehenden Leistungsanspruch nach dieser Vorschrift zu erfüllen:

Das ausgeschiedene Mitglied darf keine Erwerbstätigkeit ausüben.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 19
SGB V, Ziff. 2
Abs. 3

Dabei gilt jede entgeltliche Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit als Erwerbstätigkeit im Sinne dieser Vorschrift, also auch geringfügig ausgeübte Beschäftigungen oder Tätigkeiten.

Der Ausschluss des nachgehenden Leistungsanspruchs gilt aber nur so lange, wie die Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt wird.

Beispiel

Rita Flacke (27 Jahre alt und ledig) hat ihre versicherungspflichtige Beschäftigung am 04. 03. aufgegeben und ist aus der Mitgliedschaft ausgeschieden. Vom 10. bis 15. 03. übt sie eine befristete und geringfügige Beschäftigung aus. Ab 01. 04. nimmt sie wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf.

Folge

Rita Flacke hat einen nachgehenden Leistungsanspruch vom 05. bis 09. 03. sowie vom 16. bis 31. 03.

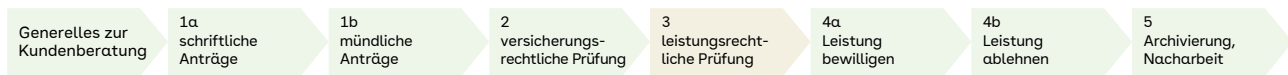
Die Monatsfrist richtet sich nach den Vorschriften des BGB. Es liegt kein Ereignistag im Sinne des § 187 Abs. 1 BGB vor. Die Monatsfrist beginnt deshalb mit Beginn des Tages nach Beendigung der Mitgliedschaft. Damit ist der Tatbestand des § 187 Abs. 2 BGB erfüllt.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 25

Die Monatsfrist verläuft vom 01. bis 31. 07. Da Werner Ball aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist und bis 27. 07. keine Erwerbstätigkeit ausübt, hat er vom 01. bis 27. 07. nachgehende Leistungsansprüche.

Eine neue Mitgliedschaft (auch, wenn sie nicht auf einer Erwerbstätigkeit beruht) beseitigt die nachgehenden Leistungsansprüche. Sie enden in solchen Fällen einen Tag vor Beginn der erneuten Mitgliedschaft.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 19
SGB V,
Ziff. 6.1



Zum Lernbeispiel 1

Angenommen, Werner Ball nähme die neue Arbeit bereits am 10. 07. auf. Die nachgehenden Leistungsansprüche würden am 09. 07. enden.

§ 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V, GR v. 26. 11. 2003 zu § 19 SGB V, Ziff. 1 Abs. 2

Treffen nachgehende Leistungsansprüche und Familienversicherung zusammen, so hat die Familienversicherung Vorrang. Leistungsansprüche können nur noch aus der Familienversicherung abgeleitet werden. In diesen Fällen kann auch kein Krankengeldanspruch mehr entstehen, wenn der Kunde innerhalb eines Monats nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht arbeitsunfähig erkrankt.

Beispiel

Sabine Brenner, 19 Jahre alt, war bis vor einigen Jahren wegen der Mitgliedschaft der Mutter bei der AOK familienversichert. Mit Beginn ihrer Ausbildung als Floristin änderte sich das: Sabine Brenner ist bis zum Ende der Ausbildung am 31. 07. Mitglied der IKK.

Nach der Ausbildung möchte sie Garten- und Landschaftsbau studieren und während dieser Zeit (bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres) wieder die Familienversicherung bei der AOK genießen. Anfang August ruft Sabine Brenner bei Ihnen an und bittet um Zusendung der Krankenversichertenkarte. Sie stellen im Gespräch fest, dass ab 01. 08. wieder alle Voraussetzungen für eine Familienversicherung bei Ihrer AOK vorliegen.

Da Frau Brenner aus der Mitgliedschaft ausgeschieden ist und keine Erwerbstätigkeit ausübt, erfüllt sie bis 31. 08. die Voraussetzungen für nachgehende Leistungsansprüche gegenüber der IKK.

Allerdings liegen ab 01. 08. ebenfalls die Voraussetzungen für eine Familienversicherung bei Ihrer AOK vor.

Folge

Ab 01. 08. ist die AOK für die Kostenübernahme evtl. notwendiger Leistungen zuständig. Die Krankenversichertenkarte der AOK ist ab diesem Zeitpunkt bereits gültig. Sie sollten Sabine Brenner entsprechend informieren und ihr die neue Krankenversichertenkarte der AOK rechtzeitig zuschicken oder im Rahmen eines Hausbesuchs bringen.

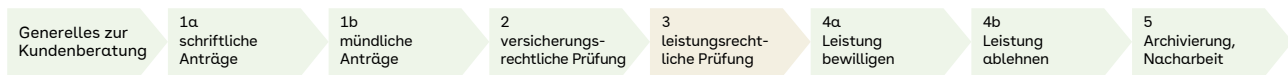
Das Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung ist im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Familienversicherung bearbeiten“ genau beschrieben.

Merke

Für den nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V sind drei Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft
2. kein Ausüben einer Erwerbstätigkeit
3. keine Familienversicherung möglich

Der Anspruch besteht längstens für einen Monat nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft. Nachgehende Leistungsansprüche werden durch eine erneute Mitgliedschaft verdrängt.



4.3.2.2 Beendigung der Familienversicherung wegen Ende der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

GR v.
09. 12. 1988
zu § 19
SGB V,
Ziff. 3.1 Abs. 1

Angehörige, die bisher nach § 10 SGB V familienversichert waren, können sich ebenfalls über nachgehende Leistungsansprüche freuen:

Die Familienversicherung wird aus einer Mitgliedschaft abgeleitet und teilt insoweit ihr rechtliches Schicksal. Aus diesem Grund besteht auch für den Familienversicherten ein nachgehender Leistungsanspruch für längstens einen Monat nach dem Ende der Familienversicherung. Voraussetzung ist allerdings, dass diese wegen Beendigung der Mitgliedschaft des Versicherungspflichtigen endet.

- Aufgabe des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts im Inland
- Eintritt von Versicherungspflicht oder freiwilliger Versicherung
- Übersteigen bestimmter Einkommensgrenzen

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Familienversicherung bearbeiten“.

Familienangehörige sollen durch § 19 SGB V nicht besser gestellt werden, als sie es bei weiter bestehendem Mitgliedsverhältnis des „Stammversicherten“ gewesen wären. Deshalb:

Fallen die für die Familienversicherung zu erfüllenden Voraussetzungen innerhalb der Monatsfrist weg, endet der nachgehende Leistungsanspruch bereits zu diesem Zeitpunkt.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 19
SGB V,
Ziff. 3.1 Abs. 2

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 27

Werner Ball scheidet aus der Mitgliedschaft aus. Er hat bis 27. 07. nachgehende Leistungsansprüche. Diese Ansprüche bestehen grundsätzlich auch für Ehefrau Johanna und die beiden Kinder Andrea und Thomas.

§ 10 SGB V

Eine Familienversicherung kann aber auch noch aus völlig anderen Gründen als durch Beendigung der Mitgliedschaft des „Stammversicherten“ enden. Dazu gehören z.B.:

- Ende der Ehegatteneigenschaft (z.B. Scheidung oder Aufhebung der Ehe)
- Bei Kindern: Erreichen einer bestimmten Altersgrenze

Merke

Familienversicherte haben ebenfalls nachgehende Leistungsansprüche, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Familienversicherung endet, weil das Mitglied aus der Versicherungspflicht und aus der Mitgliedschaft ausscheidet.
- Die Voraussetzungen für die Familienversicherung liegen dem Grunde nach weiterhin vor.



4.3.2.3 Beendigung der Familienversicherung wegen Tod des Mitglieds

Lernbeispiel 2

Dieter Felden, als Rentner Kunde der AOK, geht es seit einiger Zeit gesundheitlich nicht gut. Dennoch kommt sein Tod am 20. 09. für die Familie überraschend.

Bisher waren die Ehefrau Freya sowie die Söhne Klaus und Frank (12 und 14 Jahre alt) bei der AOK familienversichert. Nach dem Tod ihres Mannes erkundigt sich Freya Felden bei Ihnen über ihren weiteren Versicherungsschutz.

Richtig, im § 19 Abs. 3 SGB V ist auch nicht gefordert, dass „keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird“. Das liegt daran, dass geringfügige Beschäftigungen oder selbstständige Tätigkeiten die Familienversicherung nicht beseitigen, wenn ein monatliches Gesamteinkommen von nicht mehr als 535 € im Jahr 2025 bzw. 556 € bei geringfügig entlohnnten Beschäftigungen erzielt wird.

Die familienangehörige Person kann also zu Lebzeiten des Mitglieds geringfügige Erwerbstätigkeiten ausüben, ohne die Familienversicherung dadurch zu verlieren, und sie kann das auch während der Zeit des nachgehenden Leistungsanspruchs tun.

§ 19 Abs. 3 SGB V

Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen Leistungen für längstens einen Monat nach dem Tod des Mitglieds.

Voraussetzung für Ansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V ist allerdings, dass die familienangehörige Person auch hier die Voraussetzungen für die Familienversicherung dem Grunde nach weiterhin erfüllt.

GR v. 09. 12. 1988 zu § 19 SGB V, Ziff. 3.2 Abs. 1

Fällt Ihnen etwas auf? Der Gesetzgeber fordert hier nicht mehr, dass die Mitgliedschaft Ausgeschiedener auf einer Pflichtversicherung beruhte.

GR v. 09. 12. 1988 zu § 19 SGB V, Ziff. 3.2 Abs. 1

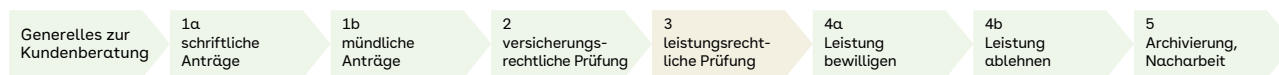
Er ging vielmehr davon aus, dass alle Familienversicherten nach dem Tod des „Stammversicherten“ schutzbedürftig sind, gleichgültig, ob die Mitgliedschaft der verstorbenen Person auf einer Pflicht- oder einer freiwilligen Versicherung beruhte.

Das ist der erste wichtige Unterschied zu den nachgehenden Leistungsansprüchen nach § 19 Abs. 2 SGB V.

Versuchen Sie, durch Vergleich der beiden Vorschriften den zweiten Unterschied herauszufinden.

Zum Lernbeispiel 2

Die bisher familienversicherten Angehörigen von Dieter Felden können grundsätzlich bis zu einem Monat lang (bis 20. 10.) im Rahmen des nachgehenden Anspruchs Leistungen von der AOK erhalten. Treten während der Monatsfrist Ausschlussstatbestände ein, die die Familienversicherung beenden, so endet der Anspruch bereits mit diesem Tag.



Merke

Endet die Familienversicherung durch Tod des Mitglieds und sind die Voraussetzungen für diese dem Grunde nach weiterhin erfüllt, haben die Angehörigen bis zu einem Monat nach dem Tod des Mitglieds nachgehende Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V. Eine geringfügige Erwerbstätigkeit des Angehörigen ist dabei ebenso unerheblich wie die Frage, ob die/der Verstorbene pflicht- oder freiwillig versichert war.

im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft vorgesehen, welches künftig das Entstehen von an sich bereits bisher unzulässigen Lücken im Verlauf der Krankenversicherung im Regelfall unterbinden soll.

Der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V schließt die Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V aus, allerdings – nach dem Vorbild des § 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V – nur, sofern im Anschluss daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen werden kann. Wird der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, findet § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V Anwendung. Das gilt gleichermaßen für nachgehende Leistungsansprüche nach § 19 Abs. 3 SGB V.

§ 19 SGB V

4.3.2.4 Abgrenzung nachgehender Leistungsanspruch mit Krankenversicherung der bisher Nicht-versicherten

§ 188 Abs. 4
§ 5 Abs. 1
Nr. 13 SGB V

Vor einigen Jahren hat der Gesetzgeber eine ergänzende Regelung vorgesehen, die einer konsequenten Umsetzung der eingeführten Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland dient.

Der Anwendungsbereich der Auffangversicherungspflicht – abgesehen vom über- und zwischenstaatlichen Recht – beschränkt sich nach der gültigen Rechtslage im Wesentlichen auf die Sachverhalte, bei denen sich der absicherungslose Zeitraum nicht unmittelbar an die letzte gesetzliche Krankenversicherung anschließt.

§ 188 Abs. 4
SGB V

Da die Begründung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. Auffangversicherungspflicht) in der Vergangenheit häufig an der fehlenden Mitwirkung der Betroffenen gescheitert ist, wurde mit der Einführung des § 188 Abs. 4 SGB V ein neues Instrument einer obligatorischen Anschlussversicherung

4.4 Versicherungsfall

Als Versicherungsfall (oder Leistungsgrund) wird ein Ereignis bezeichnet, bei dessen Eintritt die Leistungen der Sozialversicherung beansprucht werden können. Es gibt in der Krankenversicherung eine Vielzahl von Versicherungsfällen. Jedem Versicherungsfall sind bestimmte Leistungen zugeordnet. Voraussetzung für einen konkreten Leistungsanspruch ist jeweils, dass der entsprechende Versicherungsfall eingetreten ist.

3
leistungsrechtliche Prüfung

Weitere Versicherungsfälle in der Krankenversicherung sind beispielsweise:

- die Inanspruchnahme (bei Leistungen zur Krankheitsverhütung und -früherkennung)
- Entbindung (Hebammenhilfe)



4.5 Weitere materiell-rechtliche Leistungsvoraussetzungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

Neben dem Versicherungsverhältnis und dem Eintritt des Versicherungsfalles enthält das Gesetz je nach Einzelvorschrift noch weitere Voraussetzungen für den konkreten Leistungsanspruch.

Beispiel

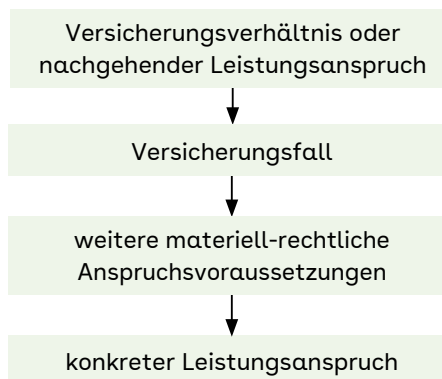
Versicherte haben nach § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 SGB V oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind.

Folge

Hier sind für den konkreten Leistungsanspruch, neben dem Versicherungsverhältnis und dem Versicherungsfall, noch zwei weitere Voraussetzungen zu erfüllen:

- Das Arzneimittel muss apothekenpflichtig sein.
- Es darf nicht nach § 34 SGB V bzw. nach entsprechenden Richtlinien ausgeschlossen sein.

Erst wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, besteht also ein konkreter Leistungsanspruch.



4.6 Leistungsantrag

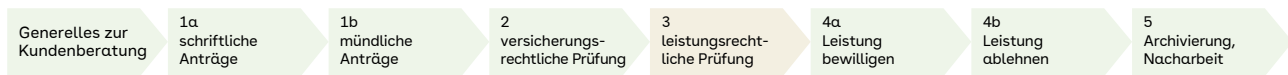
In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Leistungen auf Antrag der Kunden erbracht.

Diese Vorschrift nehmen wir als Mitarbeitende der AOK bei der täglichen Arbeit allerdings schon lange nicht mehr wortwörtlich: Unser Selbstverständnis als Dienstleistungsunternehmen garantiert unbürokratische und formlose Anträge. Deshalb ist auch die Formulierung eines Kunden mit den Worten „Ich beantrage ...“ nicht notwendig.

Kunden, die sich beraten lassen möchten oder bei denen Sie im Kontakt erkennen, dass sie eine bestimmte Leistung benötigen, sollten Sie diese anbieten, ohne einen formellen Antrag abzuwarten. Tragen Sie mit ihnen gemeinsam die notwendigen Daten und Informationen in die jeweiligen Vordrucke ein. Außerdem können Sie die Kunden unterstützen, indem Sie ihnen anbieten, notwendige Bescheinigungen (z.B. vom Arzt oder Arbeitgeber) direkt anzufordern.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 19 Satz 1 SGB IV



Das sogenannte „Antragsprinzip“ gilt generell in der Sozialversicherung. Einzige Ausnahme davon ist die Unfallversicherung, die Leistungen grundsätzlich „von Amts wegen“ zu erbringen hat. Das bedeutet, dass sie bei dem geringsten Hinweis auf eine Berufskrankheit oder einen Arbeitsunfall nachforschen muss, ob ihre Leistungen notwendig und für die versicherte Person zu erbringen sind.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt diese Verpflichtung nicht. Die AOK darf in der Regel darauf vertrauen, dass sich ihre Kunden im Bedarfsfall mit ihr in Verbindung setzen.

Denken Sie dennoch daran: Formelle Anträge und spezielle Formulierungen sind bei unserer AOK nicht notwendig, um Leistungen zu erhalten. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Verwaltungsverfahren“.

§ 36 Abs. 1 SGB I

Anträge auf Sozialleistungen kann übrigens jeder stellen, der das 15. Lebensjahr (sog. „Handlungsfähigkeit“) vollendet hat. Es ist also nicht notwendig, voll geschäftsfähig im bürgerlich-rechtlichen Sinn zu sein.

§ 13 Abs. 3a SGB V

Grundsätzlich gilt, dass die Krankenkassen über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Auftragseingang zu entscheiden haben (vgl. Punkt 6.2 dieses Lernbriefs).

Merke

Die Leistungen der AOK sind von der Kundschaft zu beantragen. Die Anträge werden unbürokratisch und formlos entgegengenommen.

4.7 Raum für individuelles Handeln

Der Gesetzgeber hat Ihnen als AOK-Mitarbeitende auch gesetzliche Räume für individuelles Handeln eingeräumt.

Persönliche Verhältnisse des Kunden, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie örtliche Verhältnisse sind zu berücksichtigen. Angemessene Wünsche sollen erfüllt werden.

§ 9 Abs. 1 SGB IX erläutert das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten für den Bereich der Rehabilitation. Die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Kunden sind zu beachten. Ebenso bedeutend sind die besonderen Bedürfnisse von Müttern und Vätern mit Behinderung bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrags sowie die besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Behinderung.

Die Vorschrift des § 2a SGB V knüpft an die übergreifenden Zielsetzungen des SGB IX an. Es gilt, die Belange chronisch Kranker und Menschen mit Behinderung im Sinne von mehr Teilhabe zu berücksichtigen, ihnen Selbstbestimmung zu ermöglichen und durch Behinderungen bzw. chronische Krankheit bedingte Nachteile auszugleichen.

Außerdem haben die Krankenkassen bei den Leistungen geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 33 SGB I

§ 2a SGB V

§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V



Beispiel

Jakob Prietz, elf Jahre alt und bei der AOK familienversichert, hat auf dem Weg zu seinem Freund einen Verkehrsunfall erlitten. Eine der Folgen ist eine Querschnittlähmung. Jakob Prietz ist nun auf den Rollstuhl angewiesen. Der Junge weiß, dass er nie wieder ein Fahrrad fahren kann. Er versucht, das Beste aus der Situation zu machen und sich mit dem Gedanken an einen Rollstuhl „anzufreunden“. Aus diesem Grund wünscht er sich sehnlichst, dass das Hilfsmittel nicht (wie üblich) verchromt geliefert, sondern stattdessen feuerrot lackiert wird. Der Aufpreis für die Lackierung beträgt ca. 100 €. Der Gesamtpreis für den spezialangefertigten Rollstuhl erhöht sich dadurch auf 1.100 €.

Wie Sie aus verschiedenen Gesprächen wissen, können die Eltern von Jakob Prietz die Kosten der Sonderlackierung nicht aufbringen, da beide arbeitslos sind und daher die nötigen finanziellen Mittel fehlen.

Folge

Es kann sich bei der Sonderlackierung um einen angemessenen Wunsch handeln, den Sie im Rahmen des § 33 SGB I bzw. § 2a SGB V berücksichtigen können.

§ 2 Abs. 3 SGB V

Auch den religiösen Bedürfnissen der Kunden ist Rechnung zu tragen. Was kann das bei Ihrer täglichen Arbeit bedeuten?

Beispiel

Jan Rosenstengel, Kunde der AOK, ist streng orthodoxer Jude. Nachdem er erfahren hat, dass er sich einer lebensbedrohlichen Operation unterziehen muss, äußert er den Wunsch, nicht in einem hiesigen Krankenhaus behandelt werden zu wollen. Stattdessen soll die Operation in einem jüdischen Krankenhaus durchgeführt werden, wo Jan Rosenstengel auch geistlichen Beistand durch den Rabbi des Krankenhauses bekommen kann.

Folge

Die AOK entschließt sich deshalb, die Kosten der Krankenhausbehandlung (einschließlich der evtl. höheren aber notwendigen Fahrkosten) zu übernehmen.

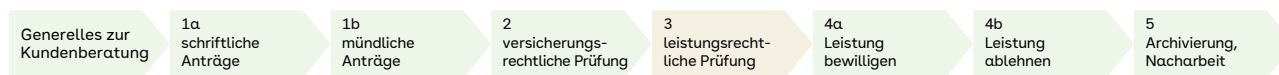
Merke

Angemessene Wünsche und die religiösen Bedürfnisse der Kunden sind bei der Leistungsbewilligung zu berücksichtigen.

4.8 Wirtschaftlichkeitsgrundsatz

In allen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt aber auch der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz. In Zeiten knapper Gelder ist es wichtig, die Mittel der Versicherungsgemeinschaft nicht zu verschwenden, sondern zielgerichtet und sparsam zu verwenden.

3 leistungsrechtliche Prüfung



Dies bedeutet jedoch nicht, dass notwendige Leistungen deshalb nur eingeschränkt oder gar nicht übernommen werden. Vielmehr sollen Sie als AOK-Mitarbeitende darauf achten, dass alle Leistungen, die Sie erbringen wollen, tatsächlich wirksam sind, um das jeweilige Behandlungsziel zu erreichen.

Wirtschaftlichkeit bedeutet auch nicht, dass jeweils nur das billigste Mittel übernommen wird. Es ist jedoch auf Kostengünstigkeit zu achten.

Beispiel

Für die Behandlung einer Krankheit stehen drei Medikamente zur Auswahl:

1. Mittel A: Es kostet 10 €, wird aber vermutlich wegen der Besonderheiten des Krankheitsbilds nicht oder nicht sofort helfen.
2. Mittel B: Es kostet 40 €, hat minimale Nebenwirkungen, hilft in kurzer Zeit und hat sich bereits bewährt.
3. Mittel C: Es hat dieselbe Wirkungsweise und Bedeutung wie das Mittel B, es kostet 27 €.

Folge

Das Mittel C ist wirtschaftlich. Unter den beiden geeigneten Mitteln ist es das kostengünstigere. Das Mittel B hilft zwar ebenso gut, ist aber erheblich teurer. Mittel A scheidet bei der Wahl aus, denn sein Erfolg ist zweifelhaft. Ein Einsatz des Mittels A wäre nicht nur gesundheitlich belastend, sondern auch medizinisch unsinnig und deshalb unwirtschaftlich.

Sie sehen also, dass der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz unsere Kunden nicht vom Zugang zu moderner, wirksamer und zuverlässiger Versorgung ausschließt, sondern lediglich die Kostenübernahme unnützer oder unwirksamer Mittel vermeiden soll.

Den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz hat der Gesetzgeber an verschiedenen Stellen ausdrücklich formuliert:

Die AOK stellt ihren Kunden Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung. Sie hat gemeinsam mit den Leistungserbringern und Versicherten darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden und nur im notwendigen Umfang übernommen werden.

§ 2 Abs. 1
Satz 1, Abs. 4
SGB V

Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird an dieser Stelle noch einmal besonders betont. Nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen dürfen Versicherte nicht beanspruchen, Vertragspartner nicht liefern und die AOK darf sie nicht bewilligen bzw. nachträglich erstatten.

§ 12 Abs. 1, 2
SGB V

Gilt für die Übernahme einer Leistung ein Höchstbetrag (Festbetrag), darf die AOK höchstens diese Kosten übernehmen.

Merke

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Alle Beteiligten – Krankenkasse, Vertragspartner und Kunde – haben das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.



4.9 Kostenerstattung

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Unsere Kunden erhalten ihre Leistungen in der Regel als Sach- und Dienstleistungen. Nach Vorlage der Krankenversichertenkarte beim Arzt oder Zahnarzt werden die Leistungen zur Verfügung gestellt und durch die Leistungserbringer direkt mit der AOK abgerechnet. Von diesem sogenannten Sachleistungsprinzip gibt es die Ausnahme Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung.

Sowohl Pflichtversicherte als auch freiwillig Versicherte und alle familienversicherten Angehörigen können Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung wählen.

§ 13 Abs. 2
SGB V,
GR v.
26. 11. 2003
zu § 13
Ziff. 2, 4 – 6
SGB V,
GR v.
09. 03. 2007
zu § 13 SGB V
GR v.
18./19. 06.
2019 zu
§ 13 SGB V

Hat ein Kunde sich für die Kosten-
erstattung entschieden, so erhält er
z.B. nach einer ärztlichen Behandlung
vom Arzt eine Rechnung, die er diesem
bezahlt. Die AOK erstattet die Auf-
wendungen des Kunden nach Vorlage
der Rechnung in Höhe des Betrags,
den sie als Sachleistung übernommen
hätte. Die gesetzlichen Kranken-
kassen können für die Behandlung im
Rahmen der Kostenerstattung somit
nicht die vollständigen Kosten über-
nehmen. Auch für Versicherte mit Kos-
tenerstattung gelten die gesetzlich
vorgeschriebenen Zuzahlungen. Die
Krankenkassen sind verpflichtet, diese
Zuzahlungen bei der Ermittlung des
Kostenerstattungsbetrags zu berück-
sichtigen und in Abzug zu bringen. Als
Zuzahlungen sind alle für den Kunden
unmittelbar wirkenden Eigenbeteili-
gungen wie Arzneimittel-Zuzahlungen
zu berücksichtigen. Aber auch die den
Krankenkassen zustehenden Rabatte,

wie der Apothekenrabatt nach § 130
SGB V und der Herstellerrabatt nach
§ 130a SGB V werden hierbei berück-
sichtigt. Da den Krankenkassen durch
die Kostenerstattung ein zusätzlicher
Verwaltungsaufwand entsteht, sind
sie außerdem verpflichtet hierfür Ab-
schläge vom Erstattungsbetrag vorzu-
sehen. Lt. AOK-Mustersatzung ist der
Erstattungsbetrag für Verwaltungs-
kosten um einen Abschlag in Höhe von
5 % zu mindern, wobei der Abschlag je
Antrag mindestens 5 € und höchstens
40 € beträgt. Die Satzung Ihrer AOK
kann auch andere Abschlagsbeträge
vorsehen. Erkundigen Sie sich in Ihrer
AOK nach der Höhe des Abschlags.

Der Erstattungsbetrag kann nach
folgendem Schema ermittelt wer-
den:

erstattungsfähiger Rechnungsbe-
trag

– Rabatte

– Zuzahlungen

Erstattungsbetrag (vor Abzug
von Abschlägen)

– Abschlag für Verwaltungskosten

Erstattungsbetrag

Der Arzt rechnet seine Leistungen als
privatärztliche Behandlung nach der
Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) ab und
kann somit höhere Sätze in Rechnung
stellen. Die AOK kann bei der Erstat-
tung allerdings nur die einfachen Sätze
nach dem einheitlichen Bewertungs-
maßstab (EBM) ersetzen. Also erhält
der Kunde seine Aufwendungen in kei-
nem Fall zu 100 % erstattet.



Wahl der Kostenerstattung

Die Wahl der Kostenerstattung ist im Bereich

- ärztliche Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung,
- Krankenhaus oder
- sämtlicher oder einzelner veranlasseter Leistungen

möglich.

Zu den veranlassenden Leistungen gehören vom behandelnden Arzt verordnete Leistungen wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Häusliche Krankenpflege, usw.

Nur in Ausnahmefällen kann die Kundin oder der Kunde für die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer eine Kostenerstattung erhalten. Hierfür muss die AOK vor der Leistungsanspruchnahme im Rahmen ihres Ermessens die Zustimmung erteilt haben. Dieses kann aus medizinischen oder sozialen Gründen erfolgen, sofern die Versorgung gleichwertig ist.

Leistungserbringer, die die Zugangsvoraussetzungen für eine Zulassung durch die gesetzliche Krankenkasse überhaupt nicht erfüllen, dürfen auch bei der Wahl der Kostenerstattung nicht zulasten der Krankenkasse beansprucht werden. Hierzu gehören z.B. Heilpraktiker. Auch Kosten für Behandlungsmaßnahmen, die nicht zum Leistungskatalog der AOK gehören sowie ausgeschlossene Mittel werden nicht erstattet.

Die Wahl der Kostenerstattung ist von jedem Angehörigen gesondert zu erklären, sofern auch die familienversicherten Angehörigen sich für die Kostenerstattung entscheiden. Also ist die Wahl jeder versicherten Person für seine eigene Person vorbehalten. Dabei sind die in § 36 SGB I definierten Vorgaben der Handlungsfähigkeit – grundsätzlich mit Vollendung des 15. Lebensjahres – zu berücksichtigen. Es kann somit auch vorkommen, dass unterschiedliche Formen der Leistungsanspruchnahme innerhalb einer Familie vorliegen.

Wählt der Kunde die Kostenerstattung, so ist er an die Wahl ein Kalendervierteljahr lang gebunden.

Näheres über das Verfahren der Kostenerstattung ist in der Satzung zu regeln. Schauen Sie sich die entsprechende Satzungsregelung Ihrer AOK an.

Informationspflichten

Die Vertragspartner haben die Kunden vor Inanspruchnahme der Leistungen darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, vom Kunden zu tragen sind. Die Kunden haben die AOK vor Inanspruchnahme über die Wahl der Kostenerstattung in Kenntnis zu setzen. Es ist jedoch wichtig, den Kunden über die finanziellen Folgen und über die zeitliche Bindung bei der Wahl der Kostenerstattung entsprechend zu beraten.



Beispiel

Susi Kurz (45 Jahre) ist seit Jahren bei der AOK versichert und hat die Kostenerstattung für alle Leistungen gewählt. Die ärztliche Behandlung im zweiten Quartal bei Dr. Sailer kostet sie 322,25 €. Die AOK hätte für diese Behandlung lediglich 189,36 € (Kassensätze) gezahlt.

Folge

Susi Kurz hat Anspruch auf die Kostenerstattung.

Berechnung der Kostenerstattung:

Erstattung der Kassensätze	189,36 €
– Verwaltungskosten 189,36 € x 5 % = 9,47 € (> 5 € / < 40 €)	9,47 €

Erstattungsbetrag	179,89 €
-------------------	----------

Susi Kurz erhält eine Kostenerstattung in Höhe von 179,89 €. Die übrigen Kosten von 142,36 € muss sie selbst zahlen.

Merke

Die Kunden können die Kostenerstattung für die ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung, Krankenhaus oder sämtlicher oder einzelner veranlasster Leistungen wählen. Es werden die Kosten in Höhe der Kassensätze abzüglich evtl. Zuzahlungen und Rabatte sowie Verwaltungskosten erstattet.

Informationen zur Kostenerstattung bei Behandlung in anderen Mitgliedstaaten der EG und des EWR erhalten Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten“.

4.10 Ruhen des Leistungsanspruchs

4.10.1 Ruhen des Leistungsanspruchs bei Auslandsaufenthalt

Der Anspruch auf Leistungen ruht, wenn und solange sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Dies gilt auch für eine während eines Auslandsaufenthalts eintretende Erkrankung. Ausnahmen sind jedoch:

- Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt, die aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts (EG-Verordnungen oder bilaterale Sozialversicherungsabkommen) verwirklicht werden können.
- geplante Behandlung in anderen Mitgliedstaaten der EG und des EWR
- Leistungsanspruch bei Beschäftigung im Ausland (Entsendung)

- Medizinische Gründe sprechen für eine Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs der EG-/EWR-Staaten.

Näheres erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten“.

4.10.2 Kein Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit

Es besteht kein Anspruch auf Leistungen, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zu

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 16 Abs. 1
Nr. 1 SGB V

§ 6 SGB IV,
GR v.
09. 03. 2007
zu § 16 SGB V,
Ziff. 2

§ 13 Abs. 4 – 6
SGB V, GR v.
09. 03. 2007
zu § 13 SGB V,
§ 17 SGB V,
GR v.
09. 12. 1988
zu § 17 SGB V
§ 18 SGB V,
GR v.
09. 12. 1988
zu § 18 SGB V

§ 11 Abs. 5
SGB V



erbringen sind. Hier besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung (vgl. Punkt 10 dieses Lernbriefs sowie Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“).

4.10.3 Ruhen des Leistungsanspruchs bei rückständigen Beiträgen

§ 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V Für freiwillig versicherte Personen, Studierende und Rentenantragstellende, die in der Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ruht der Leistungsanspruch. Ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Leistungen im Rahmen der Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

GR v. 09. 03. 2007 zu § 16 SGB V, Ziff. 2 Der Leistungsanspruch bei akuter Erkrankung und Schmerzzuständen umfasst die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmittel sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen. Dies gilt auch für die Krankenhausbehandlung.

Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Werdende Mütter und Wöchnerinnen erhalten ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die stationäre Entbindung. Der Anspruch auf Kranken- und Mutterschaftsgeld ruht.

Schreiben des BMG v. 23. 01. 2009 Der Leistungsanspruch ruht nicht für die familienversicherten Angehörigen.

Die AOK mahnt Betroffene, die mit zwei Monatsbeiträgen im Zahlungsrückstand sind. Sie weist in der Mahnung auf die Folge des Ruhens des Leistungsanspruchs bei nicht zahlen der Beiträge hin und macht den versicherten Personen auf etwaige Übernahmefähigkeiten der Beiträge durch den Sozialhilfeträger oder den Leistungsträger nach dem SGB II aufmerksam. Stellt die AOK zwei Wochen nach Zugang der Mahnung fest, dass der Beitragsrückstand noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat, teilt sie der versicherten Person das Ruhen des Leistungsanspruchs mit. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang des Bescheids bei der versicherten Person ein. Das Ruhen des Leistungsanspruchs endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind. Die AOK kann bei Ratenzahlungsvereinbarungen das Ruhen des Leistungsanspruchs vorzeitig beenden. Außerdem endet das Ruhen, wenn Versicherte Bürgergeld oder Sozialhilfe beziehen. Informieren Sie sich in Ihrer AOK über die praktische Umsetzung. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Freiwillig Versicherte beraten“.

4.10.4 Weitere Ruhenstatbestände

Die Leistungen der AOK ruhen außerdem während

- einer gesetzlichen Dienstpflicht,
- eines Wehrdienstverhältnisses besonderer Art,
- des Anspruchs auf Heilfürsorge nach dienstrechtlichen Vorschriften oder eines Entwicklungshelferdienstes und
- einer Untersuchungshaft, Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßregel zur Besserung und Sicherung.

§ 16 Abs. 1 Nr. 2 – 4 SGB V



Merke

Die Leistungen ruhen u.a. bei

- Auslandsaufenthalt,
- Arbeitsunfall / Berufskrankheit,
- rückständigen Beiträgen.

Folge

Anne Rieger hat sich an den Folgekosten des Bauchnabelpiercings angemessen zu beteiligen. Die AOK stellt fest, dass sie aufgrund ihrer finanziellen Einkünfte 1/3 der Kosten, also 400 € tragen kann.

4.11 Leistungseinschränkung bei Krankheit als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 52 Abs. 2
SGB V

Die Solidargemeinschaft soll für die Folgekosten von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen (z.B. ästhetische Operation, Tätowierung oder Piercing) nicht in vollem Umfang eintreten. Kunden, die sich eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme zugezogen haben, sind deshalb an den Behandlungskosten angemessen zu beteiligen und eventuell zu zahlendes Krankengeld ist ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

GR v.
09. 03. 2007
zu § 52
SGB V,
Ziff. 5

Bei der Frage der Angemessenheit der Kostenbeteiligung, werden insbesondere die Höhe der Leistungsaufwendungen, die finanzielle Leistungsfähigkeit des Kunden und seine Unterhaltungsverpflichtungen berücksichtigt. Dies gilt analog für die Entscheidung, ob das Krankengeld ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern ist.

Merke

Kunden haben sich an den Folgekosten von ästhetischen Operationen, Tätowierungen oder Piercing (medizinisch nicht indizierte Maßnahmen) zu beteiligen. Die Höhe richtet sich nach den Leistungskosten sowie der finanziellen Leistungsfähigkeit des Kunden.

4.12 Übungen zum Lernabschnitt 4

Übung 1

Stellen Sie anhand der gesetzlichen bzw. Satzungsvorschriften fest, wie die einzelnen Leistungen nach ihrer Rechtsgrundlage, Rechtsnatur und Beschaffenheit einzuteilen sind und ergänzen Sie die Tabelle auf der übernächsten Seite entsprechend.

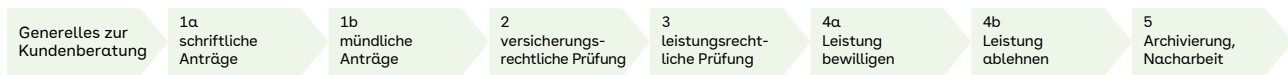
Übung 2

Hinweise zu den Aufgaben 2.1 und 2.2

Fassen Sie Lösung und Begründung mit Angabe der maßgebenden Rechtsvorschriften zusammen.

Beispiel

Anne Riegers Piercing am Bauchnabel hatte sich entzündet und musste operativ entfernt werden. Die Kosten der ambulanten Operation sowie der Nachbehandlung betragen insgesamt 1.200 €.



Aufgabe 2.1

Warum hat der Gesetzgeber einen nachgehenden Leistungsanspruch nur für Pflichtversicherte und nicht für freiwillig Versicherte vorgesehen?

Aufgabe 2.2

Welche Regelung gilt bei freiwillig Versicherten zusätzlich?

Übung 3

Sachverhalt

Manfred Neu scheidet am 13. 04. aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und deshalb auch aus der Mitgliedschaft bei der AOK aus. Am 23. 04.

- a) nimmt er eine versicherungsfreie Beschäftigung bzw. eine selbstständige Tätigkeit auf.
- b) wird er aufgrund des Bezugs von Arbeitslosengeld bei der AOK pflichtversichert.

Hinweis

Es genügt jeweils der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe 3

Welche Auswirkungen ergeben sich hinsichtlich des nachgehenden Leistungsanspruchs?

Übung 4

Sachverhalt

Frank Fiehmann ist pflichtversichertes Mitglied der AOK und Vater zweier Töchter (fünf und sieben Jahre alt).

Die Töchter und die Ehefrau Lea sind nach § 10 SGB V familienversichert. Am 18. 05. kommt Frank Fiehmann bei einem Autounfall ums Leben. Lea Fiehmann stellt am 11. 06. für sich und die Kinder Anträge auf Witwen- bzw. Halbwaisenrenten. Aufgrund dessen werden alle Hinterbliebenen ab diesem Tag als Rentenantragsteller Mitglied der AOK.

Hinweise zu den Aufgaben 4.1 und 4.2

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe von Rechtsvorschriften zusammen. Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Aufgabe 4.1

Bestehen für Lea Fiehmann und ihre Töchter nachgehende Leistungsansprüche, wenn ja, für wen und bis zu welchem Tag?

Aufgabe 4.2

Wie wäre die Rechtslage, wenn Frank Fiehmann freiwillig bei der AOK versichert gewesen wäre?

Übung 5.1

Erläutern Sie, was Sie unter dem „Wirtschaftlichkeitsgrundsatz“ bzw. „Wirtschaftlichkeitsgebot“ verstehen.

Übung 5.2

Nennen Sie drei gesetzliche Vorschriften, in denen der Gesetzgeber den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ausdrücklich formuliert hat.

4.0 · Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten



	Rechtsgrundlage		Rechtsnatur		Beschaffenheit	
	Regel- leistung	Mehr- leistung	Rechts- an- spruchs- leistung	Ermes- sens- leistung	Geld- leistung	Natural- (Dienst- bzw. Sach-) leistung
Zuschüsse zu den Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V)						
Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a, 26 SGB V)						
(zahn-)ärztliche Behandlung (§ 28 SGB V)						
kieferorthopädische Behandlung (§ 29 SGB V)						
Zahnersatz (§ 55 SGB V)						
Arzneimittel (§ 31 SGB V)						
häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V)						
häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 2 Satz 4, 5 SGB V)						
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 1 SGB V)						
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 2 SGB V)						
Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)						
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V)						
Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit (§ 44 SGB V)						
Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)						
stationäre Entbindung (§ 24f SGB V)						
Mutterschaftsgeld (§ 24i SGB V)						
Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ist nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrags zur Gründung der EG und des Abkommens über dem EWR möglich, z.B. Trennung siamesischer Zwillinge in den USA (§ 18 Abs. 1, 2 SGB V)						



5 Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten

5.1 AOK-Prämien-Programm

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 65a
Abs. 1 Satz 1,
Abs. 1a Satz 1,
Abs. 2 SGB V

Die Krankenkassen bestimmen in ihren Satzungen, wann versicherte Personen Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten haben. Dieser Bonus ist an die Inanspruchnahme von Präventions- und Früherkennungsleistungen zu knüpfen.

Ebenfalls soll in der Satzung vorgesehen werden, dass bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

§ 12a
Muster-
satzung

Bei Prämienprogrammen können die Kunden durch gesundes Verhalten (z.B. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, Teilnahme an Gesundheitskursen, Teilnahme an Disease-Management-Programmen) Punkte verdienen und diese in attraktive Prämien tauschen. Informieren Sie sich unter www.aok-praemienprogramm.de oder in Ihrer AOK über eine Ausgestaltung des AOK-Prämien-Programms.

Im AOK-Bonustarif sind Selbstbehalt und Bonus miteinander verknüpft. Neben dem einkommensabhängigen Grundbonus wird ein Gesundheitsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten gezahlt. Bei Leistungsanspruchnahme ist ein Selbstbehalt zu tragen.

5.2 Wahltarife

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden den gesetzlichen Krankenkassen vielfältige Möglichkeiten eröffnet, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten und so stärker als bisher im Wettbewerb zu agieren. Der Gesetzgeber sieht verschiedene Arten von Wahltarifen vor.

5.2.1 Pflichtangebot der Krankenkassen

· Tarife für besondere Versorgungsformen

- Tarife für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen (z.B. integrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP), Modellvorhaben oder hausarztzentrierte Versorgung).
- Die Versicherten erhalten von den Krankenkassen Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen.
- Eine gesetzliche Mindestbindungsfrist für solche Tarife ist nicht vorgesehen.
- Alle gesetzlich Versicherten können diese Tarife wählen – auch diejenigen, die ihre Beiträge nicht selbst zahlen, wie Empfänger von Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld.

§ 53 Abs. 3
SGB V

· Wahltarif mit individuellem Krankengeldanspruch

§ 53 Abs. 6
SGB V

Die Krankenkassen haben für freiwillig versicherte Selbstständige, unständig und kurzzeitig Beschäftigte sowie Freiberufler (z.B. Künstler, Journalisten, Musiker, Schriftsteller, Schauspieler) einen Wahltarif mit einem Krankengeldanspruch, z.B. vom Beginn der dritten oder vierten Woche bis zum Ende der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit oder bei Einkünften oberhalb der Beitragsbemessungsgrundlage mit einem zusätzlichen Krankengeld, anzubieten. Die Krankenkasse erhebt im Gegenzug Prämienzahlungen von versicherten Personen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Einzelnen festzulegen.



5.2.2 Freiwillige Angebote der Krankenkassen

§ 53 Abs. 1
SGB V

- **Selbstbehalttarife**
 - Das Mitglied verpflichtet sich, einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten selbst zu übernehmen.
 - Das Mitglied erhält im Gegenzug eine im Wahltarif vereinbarte Prämie von seiner Krankenkasse.

Beispiel/Folge

Die sportlich aktive Hanna Siebold wählt bei ihrer Krankenkasse einen Selbstbehalttarif, bei dem sie im Krankheitsfall die ersten 1.000 € selbst aufbringen muss. Ihre Krankenkasse zahlt jährlich eine Prämie von 400 €. Hat sie nur geringe Krankheitskosten selbst zu tragen, rentiert sich für sie der Selbstbehalttarif.

- **Variable Kostenerstattungstarife**
 - Das Mitglied und seine Familienversicherten nehmen Kosten-erstattung in variablen Formen in Anspruch.
 - Die Krankenkasse kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür von ihren Versicherten Prämienzahlungen vorsehen.

§ 53 Abs. 4
SGB V

Beispiel/Folge

Der angestellte Arzt Dr. Vogl wählt bei seiner Krankenkasse Kosten-erstattung mit der Option der Kosten-erstattung zu gegebenenfalls höheren Vergütungen, als sie von der GKV normalerweise übernommen werden. Hierfür erhebt seine Krankenkasse in dem Wahltarif eine zusätzliche Prämie.

§ 53 Abs. 2
SGB V

- **Tarife für Nichtinanspruchnahme von Leistungen**
 - Das Mitglied und seine Familienversicherten nehmen ein Jahr lang keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch.
 - In diesen Tarifen erhält das Mitglied eine Prämie, diese ist begrenzt auf ein Zwölftel seines Jahresbeitrags.

Beispiel/Folge

Hermann Hübner ist stets gesund. Kleinere Krankheiten kuriert er zu Hause aus. Er geht nur im Notfall zum Arzt und wählt daher einen Tarif, bei dem er einen Monatsbeitrag von seiner Krankenkasse als Prämie erstattet bekommt, wenn er ein Jahr lang keine Kassenleistungen beansprucht.

Für die Tarife

- für Nichtinanspruchnahme von Leistungen und
- variable Kostenerstattungstarife

beträgt die Kündigungsfrist ein Jahr. Für den Krankengeldwahltarif und den Selbstbehalttarif drei Jahre.

Die Versicherten haben seit 01. 01. 2011 auch ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag einführt bzw. diesen erhöht. Das Sonderkündigungsrecht gilt nicht beim Krankengeldwahltarif.

Die Krankenkasse kann vor Ablauf dieser Zeit auch nur in Härtefällen gewechselt werden. Die Prämienzahlungen an Versicherte sind in der Höhe begrenzt.

§ 53 Abs. 8
SGB V



§ 10 Abs. 2a
Satz 4 EStG

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden steuerlich stärker berücksichtigt. Neben den gezahlten Beiträgen sind den Finanzbehörden auch Beitragserstattungen/Prämien und Bonuszahlungen zu melden.

Merke

Die Gesetzgebung sieht folgende Wahltarife vor:

- Tarife für besondere Versorgungsformen (Pflicht)
- Krankengeldtarife freiwillig versicherter Selbstständige, unständig und kurzzeitig Beschäftigte sowie Freiberufler (Pflicht)
- Selbstbehalttarife (freiwillig)
- Tarife für Nichtinanspruchnahme von Leistungen (freiwillig)
- variable Kostenerstattungstarife (freiwillig)

Die Tarife, die die Krankenkassen freiwillig anbieten, können nur von Mitgliedern gewählt werden, die ihre Beiträge selbst tragen. Die Mitglieder sind bei Tarifwahl ein oder drei Jahre an die Krankenkasse gebunden. Die Prämienzahlung darf bestimmte Grenzen im Kalenderjahr nicht überschreiten (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V).

5.2.3 AOK-Wahltarife

Informieren Sie sich in Ihrer AOK über die genaue Ausgestaltung des AOK-Selbstbehalttarifs.

Eine AOK-Mustersatzung finden Sie auf der nächsten Seite.

Die Höhe des Grundbonus und der zu übernehmende Selbstbehalt richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen. Die Staffelung sieht sieben Einkommens- bzw. Tarifklassen vor. AOK-Kunden können auch eine niedrigere Tarifklasse wählen, wenn sie ein niedrigeres Risiko eingehen möchten. Eine höhere Tarifklasse zu wählen, ist nicht zulässig.

Beispiel

Willi Heber interessiert sich für den AOK-Selbstbehalttarif. Er hat ein Einkommen von 2.250 € monatlich.

Welche Tarifklasse kann er wählen?

Folge

Er kann die Tarifklasse vier oder eine niedrigere Tarifklasse wählen.

Der Grundbonus wird für das Kalenderjahr gezahlt. Bei einem unterjährigen Einstieg wird der Grundbonus anteilig berechnet. Werden keine Leistungen in Anspruch genommen, erhöht sich der Grundbonus um den sogenannten Staffelbonus von 10 € jährlich, bis zu maximal 30 €. Der Staffelbonus entfällt bei einer Leistungsanspruchnahme und beginnt im nächsten Jahr – falls keine Leistungen in Anspruch genommen wurden – wieder bei 10 €.



Auszug aus der Mustersatzung

§ 17

- (1) Die AOK bietet einen Wahltarif nach § 53 Abs. 1 SGB V an. Der Wahltarif sieht verschiedene Tarifklassen vor, die jeweils einen Grundbonus, einen Staffelbonus (Prämien) sowie Selbstbehalte zum Gegenstand haben.
- (2) Mitglieder erklären schriftlich die Wahl des Selbstbehalttarifs. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können diesen Tarif nicht wählen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V). Die gleichzeitige Teilnahme an diesem Selbstbehalttarif und am AOK-Bonustarif nach § 17a dieser Satzung ist nicht möglich. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft und endet nach schriftlicher Kündigung des Mitglieds mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von drei Jahren ab Teilnahmebeginn. Bei Eintritt einer schwerwiegenden chronischen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI oder bei Bezug von laufenden Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII kann der Selbstbehalttarif abweichend von Satz 4 zum Ende des auf die schriftliche Kündigung des Mitglieds folgenden Kalendermonats gekündigt werden.
- (3) Die teilnahmeberechtigten Mitglieder können in Abhängigkeit von ihrem Einkommen einen Grundbonus erhalten. Das Mitglied bestimmt die Tarifklasse entsprechend der Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen durch Selbstauskunft. Das Mitglied kann im Rahmen der Erklärung nach Abs. 2 Satz 1 eine niedrigere als die nach Satz 1 maßgebliche Tarifklasse wählen. Die Wahl einer höheren Tarifklasse ist unzulässig und führt zur Anpassung an die höchstzulässige Tarifklasse von Beginn der Tarifwahl an.

Maßgebend sind die in der folgenden Tabelle definierten Tarifklassen:

Tarif- klasse	beitragspflichtige Einnahmen pro Jahr in €	Grundbonus je Kalenderjahr in €	pauschaler Selbstbehalt je ambulante Behandlung des Mitglieds, die mit einer Arznei- mittel- oder Heilmittelver- ordnung zu Lasten der AOK einhergeht in €	pauschaler Selbst- behalt je Kranken- hausaufenthalt des Mitglieds in €	Höchstbetrag der zu tragen- den Selbstbe- halte je Kalen- derjahr in %
1	bis 12.000,00	50,00	12,50	25,00	125,00
2	12.001,00 bis 18.000,00	100,00	25,00	50,00	175,00
3	18.001,00 bis 24.000,00	150,00	37,50	75,00	225,00
4	24.001,00 bis 30.000,00	200,00	50,00	100,00	275,00
5	30.001,00 bis 36.000,00	250,00	62,50	125,00	325,00
6	36.001,00 bis 42.000,00	350,00	87,50	175,50	425,00
7	ab 42.001,00	500,00	125,00	250,00	575,00

Ein Wechsel in eine andere zulässige Tarifklasse ist auf schriftlichen Antrag des Mitglieds mit einer Frist von einem Monat zu Beginn eines Kalenderjahres möglich.

- (4) Der Grundbonus erhöht sich in den ersten drei Jahren um 10 €* pro Jahr (Staffelbonus), wenn in jedem der drei Jahre das Mitglied eine ambulante Behandlung, die mit einer Arzneimittelverordnung oder einer Heilmittelverordnung zu Lasten der AOK einhergeht oder Krankenhausbehandlung nicht in Anspruch nimmt.
- (5) Die AOK hat den Unterschiedsbetrag von Boni und Selbstbehalten für das Kalenderjahr spätestens bis zum Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres zu ermitteln. Ist die Summe der Boni höher als die der Selbstbehalte, wird der Unterschiedsbetrag mit Ablauf des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres fällig. Die AOK kann dem Mitglied auf Antrag eine Vorauszahlung auf künftige Unterschiedsbeträge von Bonus und Selbstbehalt in Höhe von bis zu 50 % des Grundbonus im Kalenderjahr zahlen. Die Vorauszahlung wird bei der Ermittlung des Unterschiedsbetrags nach diesem Absatz berücksichtigt. Ist die Summe der Selbstbehalte höher als die der Boni, ist der Unterschiedsbetrag 30 Tage nach Zugang der Zahlungsaufforderung der AOK fällig. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme vorzeitig gekündigt wurde. Beginnt oder endet die Teilnahme im Laufe des Kalenderjahres, vermindern sich der nicht erhöhte Grundbonus und der Höchstbetrag der Selbstbehalte je um ein Zwölftel für jeden vollen Monat des Kalenderjahres, an dem keine Teilnahme bestanden hat.

* Grund- plus Staffelbonus zusammen bis maximal 20 % der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge



Beispiel

Stephan Ehrlich

- hat im ersten Jahr außer dem Gesundheits-Check-up und einer Schutzimpfung keine Leistungen in Anspruch genommen,
- war im zweiten Jahr einmal beim Arzt und hat ein Medikament zu Lasten der AOK verschrieben bekommen,
- hat im dritten Jahr außer dem Gesundheits-Check-up und einer Schutzimpfung keine Leistungen in Anspruch genommen.

In welcher Höhe kann der Staffelpbonus ausgezahlt werden?

Folge

erstes Jahr:	10 €
zweites Jahr:	0 €
drittes Jahr:	10 €

Der Möglichkeit einen Bonus zu erhalten, steht die Übernahme des Selbstbehalts gegenüber. Die Höhe des Selbstbehalts richtet sich nach dem Tarif und nicht nach den tatsächlichen Kosten der in Anspruch genommenen Leistung. Folgende Leistungen lösen einen Selbstbehalt aus:

- Arztbesuch mit Folgekosten (Rezept für Arznei- oder Heilmittelverordnung)
- stationärer Krankenhausaufenthalt

Arztbesuche ohne Rezept (Konsultationen, Vorsorgeuntersuchungen) mindern den Bonus nicht. Es werden außerdem nur Leistungen des Mitglieds angerechnet und nicht von mitversicherten Ehegatten bzw. Kinder.

Das Risiko ist für die AOK-Kunden überschaubar. Je Tarifklasse besteht ein maximaler Selbstbehalt. Der Grundbonus ist nach vier Selbstbehalten d.h.,

- bei vier Arztbesuchen mit Arznei-/Heilmittelverordnungen

oder

- bei zwei Arztbesuchen mit Arznei-/Heilmittelverordnung und einem Krankenhausaufenthalt

oder

- bei zwei Krankenhausaufenthalten

aufgebraucht. Kommt es zu weiteren Leistungen, muss der AOK-Kunde Selbstbehalte nur bis zur maximalen Höhe übernehmen.

Für Leistungen während Schwangerschaft und des Krankenhausaufenthalts während Entbindung fallen keine Selbstbehalte an. Hier hat die AOK-Kundin (im Nachhinein) einen schriftlichen Antrag zu stellen.

Die Selbstbehaltstarife können Mitglieder (Pflichtmitglieder und freiwillige versicherte Mitglieder) wählen. Ausgeschlossen sind jedoch Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden (z.B. geringverdienende Auszubildende, Empfänger von Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld, Mitglieder für Zeiten des Bezugs von Übergangsgeld oder Verletztengeld).

Die AOK-Kunden erklären die Wahl eines Selbstbehaltstarifs schriftlich, dazu ist eine Teilnahmeerklärung mit den Angaben zum Beginn und zum gewählten Tarif auszufüllen.



Mit der Teilnahmeerklärung erteilt der Kunde auch eine Einzugsermächtigung, dadurch kann sichergestellt werden, dass die AOK im Falle eines Malus die entsprechenden Beträge ohne größeren Aufwand beim Kunden einziehen kann.

Die Teilnahme am Selbstbehalttarif beginnt zum Ersten des auf den Eingang der Teilnahmeerklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft. Der Selbstbehalttarif kann frühestens nach Ablauf von drei Jahren gekündigt werden.

Es gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten zum Jahresende. Es besteht jedoch ein Sonderkündigungsrecht, wenn eine schwerwiegende Erkrankung festgestellt wird oder Bürgergeld oder Sozialhilfe erhalten wird. In diesen Fällen kann der AOK-Kunde den Tarif zum Ende des auf die schriftliche Kündigung folgenden Monats kündigen.

1. Beispiel

Die Teilnahmeerklärung wird

- a) am 24. 05. unterschrieben.
- b) am 24. 05. unterschrieben. Die Mitgliedschaft beginnt jedoch erst am 01. 08.

Folge

- a) Teilnahme beginnt am 01. 06.
- b) Teilnahme beginnt am 01. 08.

2. Beispiel

Die Teilnahme am Selbstbehalttarif begann am 01. 05. 2023.

Mindestbindungsdauer: 30. 04. 2026

- a) Kündigung am 15. 08. 2025
- b) Kündigung am 04. 02. 2026
- c) Am 15. 11. 2025 wird eine schwere Nierenerkrankung diagnostiziert und ein chronischer Verlauf festgestellt. Der Selbstbehalttarif wird deshalb am 09. 12. 2025 gekündigt.

Folge

- a) Teilnahme endet am 30. 04. 2026.
- b) Teilnahme endet am 31. 12. 2026.
- c) Teilnahme endet am 31. 01. 2026.



Der Bonus (Grundbonus und evtl. Staffelbonus) wird bis spätestens Ende des zweiten Quartals des jeweiligen Folgejahres ausgezahlt. Sollte der AOK-Kunde Selbstbehalte in Anspruch genommen haben, reduziert sich der Grundbonus entsprechend. Übersteigen die Selbstbehalte den Grundbonus, wird der entstandene Malus ebenfalls bis Ende des zweiten Quartals vom Konto des AOK-Kunden abgebucht.

Die AOK-Kunden können auf Antrag eine Vorauszahlung des Grundbonus erhalten. Die Vorauszahlung ist auf maximal 50 % begrenzt. Der vorausgezahlte Betrag wird bei der Abrechnung im Folgejahr verrechnet.

Bei einem unterjährigen Einstieg in den Tarif wird der Grundbonus und der maximale Selbstbehalt anteilig berechnet. Der Staffelbonus (bei Leistungsfreiheit) wird jedoch voll ausbezahlt.

1. Beispiel

Freddy Lange wählt am 10. 07. den Selbstbehalttarif. Er hat ein Einkommen in Höhe von 2.400,00 € und hat keine Leistungen in Anspruch genommen.

Folge

Tarifbeginn: 01. 08.

Tarifklasse: 4

Berechnung:

1. Grundbonus	
anteilig	200,00 € : 12 x 5 = 83,33 €
2. Staffelbonus	10,00 €
3. Selbstbehalte	0,00 €
4. Auszahlung	
insgesamt	93,33 €

2. Beispiel

Walter Müller wählt am 15. 05. den Selbstbehalttarif. Er hat ein Einkommen in Höhe von 2.750,00 € und hat im September einen Krankenhausaufenthalt und anschließend zwei Arztbesuche mit jeweils einer Arzneimittelverordnung in Anspruch genommen.

Folge

Tarifbeginn: 01. 06.

Tarifklasse: 5

Berechnung:

1. Grundbonus	
anteilig	250,00 € : 12 x 7 = 145,83 €
2. Staffelbonus	0,00 €
3. Selbstbehalte	125,00 € + 62,50 € + 62,50 € = 250,00 €
max. Selbstbehalt	325,00 € : 12 x 7 = 189,58 €
	< 250,00 €
4. Rückforderung	189,58 € - 145,83 € = 43,75 €
insgesamt	



Bei AOK-Kunden, die während der Teilnahme am Selbstbehalttarif arbeitslos werden, ruhen für diese Zeit die Rechte (Bonuszahlung) und Pflichten (Selbst-behalte). Dies gilt auch bei Eintritt an-derer Versicherungszeiten, in den der Tarif nicht wählbar ist.

Die AOK hat weitere Wahltarife für Versicherte, die an besonderen Ver-sorgungsformen, z.B. strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) teil-nehmen sowie Tarife für Zahnersatz, Naturarzneien, Ausland- und Kranken-hauszuzahlung/Ein-, Zweibettzimmer. Informieren Sie sich in Ihrer AOK über den aktuellen Stand.

Ziel der AOK ist es, durch besonders auf die Bedürfnisse ihrer Kunden ab-gestimmte Versicherungsangebote eine stärkere Wettbewerbsdifferen-zierung sowie eine erhöhte Kunden-bindung zu erreichen. Im Rahmen der Kooperation wurden für AOK-Kunden attraktive Sonderkonditionen, wie z.B. Rabatte, vereinfachte Risikoprüfungen oder Verzicht auf allgemeine Warte-zeiten vereinbart. Auch ältere Kunden können diese Exklusivprodukte nutzen.

Erkundigen Sie sich, wer Kooperations-partner Ihrer AOK ist und wie dieses Angebot zur Kundenbindung genutzt wird.

Näheres hierzu erfahren Sie im Lern-brief zum Thema „Privatkunden akqui-rieren und halten, dabei beraten“.

5.3 Vermittlung privater Zusatzversicherungen

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 194 Abs. 1a
SGB V

Seit Einführung des GKV-Modernisie-rungsgesetzes ist es den gesetzlichen Krankenkassen erlaubt, ihren Kunden in Kooperation mit privaten Kranken-versicherungsunternehmen Zusatzver-sicherungsverträge zu vermitteln.

§ 6a AOK
Mustersat-
zung

Dazu ist eine entsprechende Satzungs-regelung erforderlich. Auch die AOK-Mustersatzung enthält eine solche Regelung.

Gegenstand der privaten Versiche-rungsverträge können sein:

- Wahlarztbehandlung im Kranken-haus
- Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag im Krankenhaus
- Auslandsreisekrankenversicherung
- Sehhilfen
- Zuschuss zu den Kosten für Zahn-ersatz
- Krankenhaustagegeld
- Krankentagegeld
- Behandlung durch Heilpraktiker

5.4 Disease-Management-Programme (DMPs)

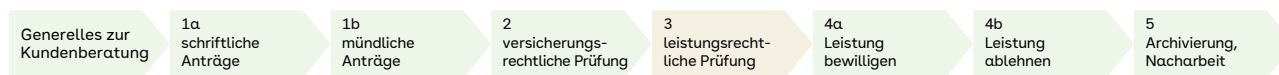
Es ist leichter, den Schaden zu ver-hüten, als wieder gut zu machen.

(Johann Peter Hebel, 1760 –1826)

Disease-Management bedeutet wört-lich übersetzt Krankheitsmanage-ment. Im Mittelpunkt stehen Patien-ten, die unter langwierigen, chroni-schen Erkrankungen leiden. Sie sollen systematisch behandelt und betreut werden, um Folgeerkrankungen zu vermeiden. Die Versorgung chronisch Kranker soll verbessert werden. Die Teilnahme an DMPs ist für AOK-Kun-den freiwillig und kostenfrei.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§§ 63, 137f
SGB V



Das Bundesgesundheitsministerium hat auf Empfehlung der Ärzte und Krankenkassen im Februar 2002 vier Krankheitsbilder benannt, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollten und die rechtlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen. Ausgewählt wurden die Krankheitsbilder:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Asthma/COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen)
- Brustkrebs
- koronare Herzkrankheit (KHK)

Weitere Krankheitsbilder können ausgewählt werden.

Die von der AOK nach den Qualitätskriterien erstellten DMPs sind dem Bundesversicherungsamt zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen.

Durch Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs soll eine noch zielgenauere Umverteilung und versorgungsorientierte Weiterentwicklung des bestehenden Risikostrukturausgleichs erreicht werden. Die Krankenkassen erhalten für jede versicherte Person eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben. Diese erhöht bzw. verringert sich durch Zu- bzw. Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs.

Neu in diesem Verfahren ist die Berücksichtigung des höheren Versorgungsbedarfs bei ausgewählten schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Krankheiten. 80 berücksichtigungsfähige Krankheiten wurden durch das Bundesversicherungsamt in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Beirat gemäß der gesetzlichen Vorgabe festgelegt. Sämtliche Indikationen der bestehenden DMPs wurden in diesen Katalog aufgenommen. Die Morbiditätszuschläge für die berücksichtigungsfähigen Krankheiten werden nunmehr unabhängig von der Teilnahme an einem DMP gewährt.

Zur Förderung der DMPs erhalten die Krankenkassen jährlich aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für jeden eingeschriebenen Versicherten zur Deckung der Programmkosten für medizinisch notwendige Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen (sog. Programmkostenpauschale).

§ 137g
SGB V

§§ 266, 267,
270 SGB V

Welche Vorteile haben DMPs für die Versicherten, den Arzt und die AOK?

Vorteile für Versicherte:

- Verbesserung der Krankheitssymptomatik, Vermeidung von Komplikationen und bessere Krankheitswahrnehmung
- Anstieg der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit
- Anspruch auf Schulungen
- Informationsmaterialien der Krankenkasse (z.B. Patientenhandbücher von AOK, „Zahlen-Daten-Fakten“ und Hausärzteverband)
- spezielle Angebote der AOK zu den Themen Ernährung und Bewegung



Vorteile für Ärzte:

- stärkere Bindung der Patienten an die Praxis, da Koordinator aller Behandlungsschritte
- Feedback-Berichte zu den Behandlungserfolgen (Vergleich mit dem Durchschnitt aller DMP-Praxen)
- extrabudgetäre Vergütung des zusätzlichen Aufwands
- strukturierte Behandlung entlang einer „Checkliste“, aber keine Einschränkung der Behandlungsfreiheit
- Hausarzt-Handbücher der AOK und des Deutschen Hausärzteverbands

Vorteile für die AOK:

- Bindung der Versicherten durch Zufriedenheit
- „gesündere“ Versicherte
- langfristige Kosteneinsparungen
- Berücksichtigung im Gesundheitsfonds
- hochwertige Gesundheitsprogramme

Informieren Sie sich unter www.aok-gesundheitspartner.de/bund/dmp/ und in Ihrer AOK über den aktuellen Stand der DMP-Verträge in Ihrem Bundesland. Denken Sie daran, betroffene Kunden zur Teilnahme zu motivieren.

Merke

Die AOK bietet für die Krankheitsbilder

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2,
 - Asthma/COPD (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen),
 - Brustkrebs,
 - koronare Herzkrankheit (KHK)
- Disease-Management-Programme zur besseren Versorgung ihrer Kunden an.

5.5 Übungen zum Lernabschnitt 5

Übung 6

Elke Wiesner hat am 11. 05. den Tarif 3 (siehe S. 45) gewählt. Im ersten Jahr der Teilnahme kommt es zu folgenden Leistungsinanspruchnahmen:

- Arztbesuch zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Arztbesuch mit Krankenhausverordnung
- achttägiger Krankenhausaufenthalt
- Arztbesuch mit Arzneimittelverordnung

Hinweise zu den Aufgaben 6.1, 6.2 und 6.3

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe von Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe 6.1

Ab welchem Zeitpunkt hat Elke Wiesner den AOK-Selbstbehalttarif gewählt?

Aufgabe 6.2

Hat sie Anspruch auf eine Bonuserstattung? Wenn ja, in welcher Höhe?

Aufgabe 6.3

Welche Konsequenzen ergeben sich, falls Elke Wiesner keinen Anspruch auf eine Bonuserstattung hat?

Übung 7

Welche Kundenkontakte eignen sich für die Versichertenakquise für Disease-Management-Programme?



6 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst (MD)

6.1 Aufgaben

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 275 Abs. 1
Nr. 1 – 3
SGB V

Der MD übernimmt für die AOK verschiedene und vielfältige Aufgaben. Er stellt das Bindeglied zwischen den behandelnden Ärzten, dem Patienten und der AOK dar, weil er sowohl über medizinischen Sachverstand verfügt als auch über Kenntnisse im Sozialversicherungsrecht.

Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere die Beratung und Begutachtung im Einzelfall

- zur Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang einer Leistung,
- zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX und
- bei Arbeitsunfähigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit.

6.2 Zusammenarbeit

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem MD ist zunächst Voraussetzung, dass er von Ihnen als AOK-Mitarbeitenden alle Informationen bekommt, die für eine Beurteilung notwendig sind. Dazu können im Einzelfall gehören:

- ärztliche Bescheinigungen
- Krankenhausentlassungsberichte
- Auszüge aus der Leistungs- und Krankendatei
- Daten von Arbeitsunfähigkeitsfällen
- Informationen über besondere Hilfsmittel
- Unterlagen über aktuelle Rechtsprechung
- Angaben des Arbeitgebers über die Arbeitsplatzsituation eines erkrankten Arbeitnehmenden
- Angaben über das Versicherungsverhältnis eines Kunden

Je nach Lage des Einzelfalls ist dabei eine Beurteilung nach Aktenlage möglich oder der Arzt des MD wird Sie auffordern, den Kunden zu einer Untersuchung in die Dienststelle des MD einzuladen.

Damit der MD nicht mit überflüssigen Routinearbeiten überlastet wird, ist es notwendig, dass Sie Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht kennen und berücksichtigen (z.B. bei Anträgen auf medizinische Rehabilitationsleistungen).

Auch sollten Sie die Beratungsunterlagen für den MD vor der Weitergabe sorgfältig sichten, um dem MD-Arzt überflüssige Arbeit abzunehmen, indem Sie notwendige Unterlagen eigenständig beschaffen (z.B. bei vorzeitiger Kurwiederholung eine spezielle Begründung vom behandelnden Arzt, bei lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit ggf. Berichte über vorherige Krankenhausbehandlungen).

Achten Sie jedoch darauf, dass diese Daten dem Sozialgeheimnis unterliegen. Damit der Sozialdatenschutz gewährleistet ist, sind Berichte vom Krankenhaus oder Arzt an den MD direkt zu schicken oder sollten von der AOK in einem verschlossenen Umschlag weitergeleitet werden.

Nach dem Patientenrechtegesetz sind hinsichtlich der Entscheidung der Krankenkasse über Anträge der Leistungsberechtigten und in Bezug auf die Wahrung von Fristen und Folgen der Fristversäumnis folgende Dinge zu beachten:

§ 13 Abs. 3a
SGB V, GR v.
26. 09. 2018
zu § 13
Abs. 3a SGB V,
Ziff. 9

Die Krankenkassen haben über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.



In Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere durch den MD eingeholt wird, ist die Entscheidung innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu treffen.

Wenn die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und den Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der MD nimmt innerhalb von drei Wochen gutachterlich Stellung.

In Fällen eines Gutachterverfahrens nach dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte, hat die Krankenkasse innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung eine Entscheidung zu treffen; der/die Gutachter/in nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung.

Sollten die Fristen seitens der Krankenkasse nicht eingehalten werden, hat die Krankenkasse dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe schriftlich mitzuteilen. Wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes erfolgt, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Leistungsberechtigte haben dann die Möglichkeit, sich eine erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst zu beschaffen. Die dadurch entstehenden Kosten sind dann von der Krankenkasse zu erstatten. Diese Regelung macht deutlich, dass die Krankenkassen unbedingt die Vorschriften des Patientenrechtegesetzes hinsichtlich der Wahrung von Fristen einhalten sollten, da ansonsten erhebliche Mehrkosten für die Versichertengemeinschaft entstehen.

Die Krankenkassen sind außerdem verpflichtet, dem GKV Spitzenverband jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden, zu berichten.

Für Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 SGB IX zur Zuständigkeitsprüfung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

6.3 Auswirkungen für Kunden

Damit Kunden eine Untersuchung, Beurteilung oder Begutachtung durch den MD akzeptieren, ist es wichtig, dass sie ihm die Notwendigkeit und den Nutzen, den sie daraus haben, erläutern. Machen Sie den Kunden deutlich, dass der MD nicht nur die Interessen der Versichertengemeinschaft vertritt, sondern auch für den einzelnen Kunden hilfreich tätig wird.

Dazu gehört beispielsweise der Schutz vor unberechtigten Zweifeln des Arbeitgebers bei Arbeitsunfähigkeit, die der MD beseitigen kann.

Die umfangreichen Kenntnisse des MD-Arzt über verschiedene Behandlungsmethoden und -einrichtungen und seine Möglichkeit, Behandlungen vorzuschlagen, können durchaus dazu führen, dass für einen Kunden eine entscheidende, positive Wende im Krankheitsverlauf eintritt.

Der MD-Arzt ist meist auch derjenige, der die Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitationsleistung als erster feststellt und die AOK veranlasst, für den Kunden in dieser Angelegen-

3
leistungsrechtliche Prüfung



heit tätig zu werden. Allein anhand dieser ausgewählten Beispiele können Sie erkennen, dass Sie im Einzelfall vielfältige Argumentationsmöglichkeiten gegenüber Kunden nutzen können. Versuchen Sie, den Kunden von seinen Vorteilen zu überzeugen, die ihm durch die Einschaltung des MD entstehen können. Einen formellen Hinweis auf seine Mitwirkungspflichten und die unangenehmen Folgen fehlender Kooperationsbereitschaft sollten Sie so lange wie möglich vermeiden.

6.4 Mitwirkungen der Kunden

3
leistungsrechtliche Prüfung

§§ 60 – 62
SGB I

Kunden, die Sozialleistungen beantragen oder erhalten, haben verschiedene Mitwirkungspflichten gegenüber der AOK.

Kommen die Kunden diesen Verpflichtungen nicht nach, können sich hierdurch Folgen für den Leistungsanspruch ergeben. Wer beispielsweise

- nicht alle Angaben macht, die für die Beurteilung eines Anspruchs, der Höhe oder der Dauer einer Leistung (z.B. Krankengeld) notwendig sind,
- Änderungen in den persönlichen oder finanziellen Verhältnissen nicht unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitteilt (z.B. im Zusammenhang mit der zumutbaren Belastung nach § 62 SGB V),
- Beweisurkunden (z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Geburts- oder Heiratsurkunde, Bewilligungsbescheid der Agentur für Arbeit, Entgeltbescheinigung) nicht vorlegt oder anderen (z.B. dem Arzt oder Arbeitgeber) die Zustimmung zur Vorlage nicht gibt,

- auf Bitte der AOK nicht zu einem persönlichen Gespräch (in seiner eigenen Wohnung, im Krankenhaus oder in der Geschäftsstelle der AOK) bereit ist,
- notwendige ärztliche Untersuchungen verweigert (z.B. zur Diagnostik einer Krankheit, zur Abklärung geeigneter Behandlungsmethoden) oder
- die Aufklärung eines Sachverhalts absichtlich erheblich erschwert (z.B. durch gegenteilige Aussagen gegenüber verschiedenen AOK-Mitarbeitenden),

muss ggf. die sich daraus ergebenden Folgen tragen.

Leistungen können bis zur Nachholung dieser Mitwirkung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Das bedeutet, dass z.B. Geldleistungen in solchen Fällen nur zum Teil oder überhaupt nicht ausbezahlt, Kostenübernahmeerklärungen zunächst nicht abgegeben, Erstattungen von ausgelegten Beträgen nicht vorgenommen werden können.

Dasselbe gilt, wenn ein arbeitsunfähiger Kunde die Teilnahme an einer medizinischen Rehabilitationsleistung verweigert, obwohl diese wahrscheinlich die Arbeitsfähigkeit günstig beeinflussen würde.

Jedoch hat die Mitwirkungspflicht des Kunden auch Grenzen:

- Steht die Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur Sozialleistung (z.B. die AOK verlangt von einem Kunden für die Berechnung des Krankengeldes eine Entgeltbescheinigung der letzten zwölf Monate),

§ 66 Abs. 1, 2
SGB I

§ 63 SGB I

§ 65 SGB I



- kann sie aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden (z.B. der Kunde soll für die Beurteilung der Familienversicherung seiner Kinder nach § 10 SGB V eine Erklärung des getrennt lebenden und unbekannt verzogenen Ehegatten beibringen),
- kann die AOK sich die notwendigen Unterlagen und Informationen durch einen geringeren Aufwand als der Kunde beschaffen (z.B. der Kunde soll sämtliche Versicherungszeiten der vergangenen zehn Jahre nachweisen, obwohl die AOK diese Zeiten auch im eigenen Versichertenverzeichnis gespeichert hat),

besteht keine Mitwirkungspflicht.

Kunden dürfen auch Behandlungen und Untersuchungen verweigern,

- bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
- die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
- die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten würden.

Er braucht auch keine Angaben zu Sachverhalten zu machen, die für ihn oder einen Angehörigen die Verfolgung wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit bedeuten würde.

§ 66 Abs. 3 SGB I

Bestehen jedoch Mitwirkungspflichten, müssen Kunden von Ihnen als AOK-Mitarbeitende

1. schriftlich darauf und auf die Folgen fehlender Mitwirkung hingewiesen werden und

2. eine angemessene Frist erhalten, um der Mitwirkungspflicht nachkommen zu können.

Versäumt die AOK dies, darf sie die Leistungen nicht versagen oder entziehen.

Beispiel

Berthold Fachl ist bei der AOK versichert und hat vor zwei Jahren einen Elektrorollstuhl für den Innen- und Außenbereich erhalten. Die letzten Monate haben Sie bereits einige Reparaturen am Elektrorollstuhl genehmigt. Heute erhalten Sie vom Sanitätshaus erneut einen Kostenvoranschlag für eine Reparatur am Elektrorollstuhl.

Sie bitten Berthold Fachl, einen Fragebogen zur Notwendigkeit der Reparatur auszufüllen. Er ist der Meinung, dass Sie das nichts angehe und lässt sich von Ihren Argumenten nicht überzeugen. Er möchte stattdessen eine schriftliche Ablehnung, gegen die er Widerspruch einlegen will. Sie gehen insoweit auf seinen Wunsch ein, als Sie ihn in einem Brief auf seine Mitwirkungspflichten hinweisen und bitten, innerhalb von drei Wochen den Fragebogen zu beantworten.

Folge

Reagiert Berthold Fachl innerhalb dieser angemessenen Frist nicht, können (und sollten) Sie die Kostenübernahme ablehnen.



§ 67 SGB I

Der Kunde kann diese Mitwirkung jedoch nachholen. Stellt sich dann heraus, dass die notwendigen Leistungsvoraussetzungen vorliegen, können Sie die beantragte Leistung ganz oder teilweise nachträglich zahlen.

Fortsetzung des Beispiels

In einem weiteren Gespräch hat sich Berthold Fachl überzeugen lassen und gibt Ihnen den Fragebogen ausgefüllt zurück. Die Reparatur am Elektrorollstuhl hat er nicht verschuldet.

Folge

Sie können die Kosten für die Reparatur am Elektrorollstuhl genehmigen.

§ 65a SGB I

Gelegentlich sind Ihre Wünsche an den Kunden für ihn mit Kosten verbunden. Haben Sie ihn beispielsweise zu einer Untersuchung beim MD gebeten, entstehen ihm unter Umständen Fahrkosten, vielleicht sogar Entgeltausfall. Diese Kosten sind dem Kunden auf Antrag in angemessenem Umfang zu erstatten. Beachten Sie: Da die Rechtsgrundlage für eine solche Fahrkostenerstattung nicht § 60 SGB V, sondern § 65a SGB I ist, fällt keine Zuzahlung für den Kunden an.

Merke

Kunden haben im Zusammenhang mit Leistungsanträgen verschiedene Mitwirkungspflichten. Kommen sie diesen nicht innerhalb einer angemessenen Frist nach, kann die AOK die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. Holt der Kunde die Mitwirkung nach, hat die AOK die Möglichkeit, die Leistung auch für die Vergangenheit noch ganz oder teilweise zu erbringen. Die AOK muss Kunden auf ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung hinweisen. Sie muss auch die Grenzen der Mitwirkung beachten. Entstehen dem Kunden durch die Mitwirkung Aufwendungen, erstattet die AOK ihm diese in angemessener Höhe.

6.5 Übungen zum Lernabschnitt 6

Übung 8

Sachverhalt

Karl Nagel ist seit Jahren aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses Mitglied der AOK. Derzeit bezieht er Krankengeld.

Der MD beauftragte die AOK im Rahmen einer Vorberatung Karl Nagel zu einer sozialmedizinischen Begutachtung am 06. 02. einzuladen. Trotz einer rechtzeitigen schriftlichen Einladung ist er zum Begutachtungstermin nicht erschienen. Auch zum zweiten Termin am 13. 02. (schriftliche Einladung mit dem Hinweis auf die Konsequenzen



– Versagen des Krankengeldes bei Nichterscheinen eine Woche nach dem letzten Termin) ist er nicht erschienen. In einem daraufhin geführten Telefongespräch gab Karl Nagel an, dass er es überhaupt nicht einsehe, seine kostbare Zeit für einen solchen Unfug zu verschwenden.

Hinweise zu den Aufgaben

8.1, 8.2 und 8.3

Die Lösung ist nicht zu begründen. Die Rechtsgrundlagen sind zu nennen.

Aufgabe 8.1

Kann die AOK Karl Nagel wegen der Nichtwahrnehmung des Untersuchungstermins das Krankengeld versagen? Wenn ja, ab welchem Zeitpunkt?

Fortsetzung des Sachverhalts

Nachdem die AOK das Krankengeld für Karl Nagel versagt hat, meldet sich Karl Nagel recht kleinlaut und bittet um eine erneute Einladung zum MD. Die sozialmedizinische Begutachtung findet am 20. 02. statt. Am 21. 02. kommt Karl Nagel in die AOK und erkundigt sich, was denn nun mit seinem Krankengeld wäre. Außerdem erkundigt er sich nach der Übernahme der Fahrkosten. Er ist mit dem öffentlichen Verkehrsmittel gefahren und legt Ihnen eine Fahrkarte mit einem Fahrpreis i.H.v. 10,20 € vor.

Aufgabe 8.2

Kann die AOK das versagte Krankengeld nachzahlen? Hat Karl Nagel

Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten?

Fortsetzung des Sachverhalts

Die sozialmedizinische Untersuchung durch den MD hat ergeben, dass für die komplette Wiederherstellung der Gesundheit eine schwierige und gefährliche Wirbelsäulenoperation notwendig ist. Karl Nagel hat vor diesem Eingriff Angst, da es im schlimmsten Fall zur Lähmung kommen kann. Alternativ muss eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden, um seine Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Aufgabe 8.3

Kann von Karl Nagel verlangt werden, dass er die Wirbelsäulenoperation bzw. eine stationäre Rehabilitationsleistung durchführt?



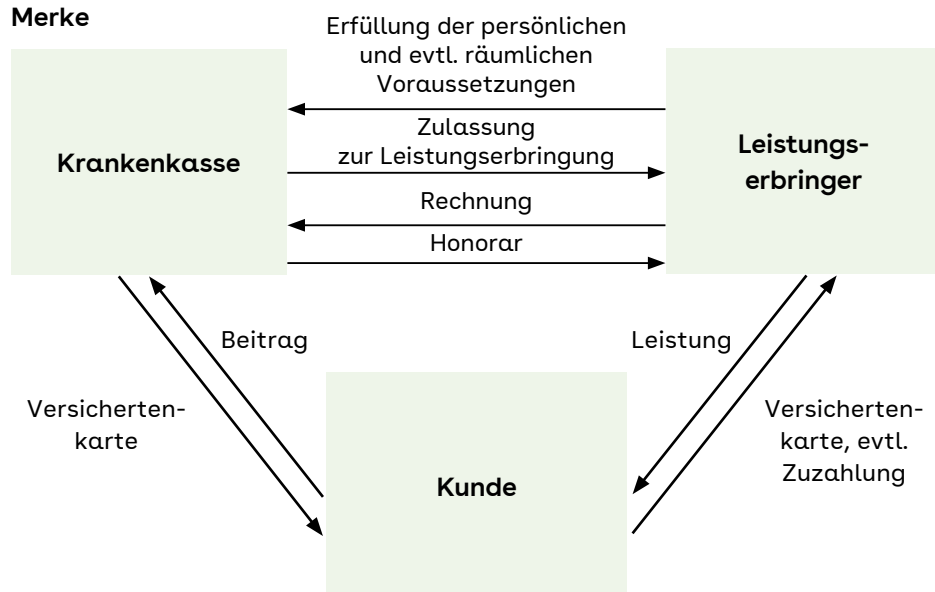
7 Vertragliche Beziehungen

Generelles zur Kundenberatung

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden überwiegend als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Die Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern Verträge, in denen sich die Leistungserbringer zur Behandlung/Versorgung der Patienten und die Krankenkasse zur Zahlung vereinbarter Vergütung verpflichten. Die Leistungserbringer haben vor Vertragsabschluss die persönlichen und evtl. räumlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung nachzuweisen.

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Ärztliche Behandlung – Ausgaben prüfen, anweisen, ablegen“ oder in den Lernbriefen zu den einzelnen Leistungen.

Merke

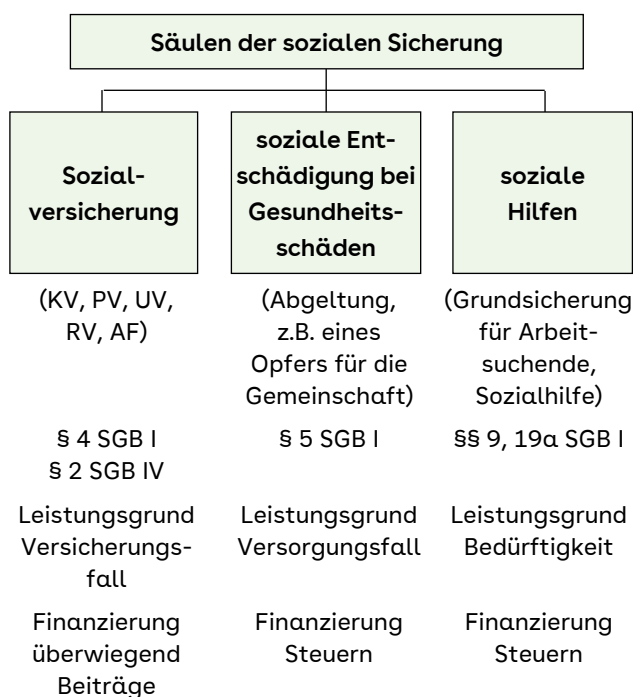




8 Unfallversicherung – ein Überblick

Generelles zur Kundenberatung

Unser Unternehmen AOK ist in ein Sozialsystem eingebunden, zu dem neben Krankenversicherung auch andere Versicherungs- und Versorgungsbereiche zählen. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um drei Bereiche, auch die drei Säulen der sozialen Sicherung genannt. Welche dies im Einzelnen sind, verdeutlicht das folgende Schaubild:



Einen Überblick über die Aufgaben und Funktionen der einzelnen Säulen erhalten Sie im Lernbrief zum Thema „Sozialversicherung im System der sozialen Sicherung“.

Welche Beziehungen sich nun aus Sicht der AOK zu den Trägern der Unfallversicherung ergeben, erfahren Sie in den folgenden Kapiteln.

Die gesetzlich vorgegebenen Aufgaben der einzelnen Träger ergänzen sich einerseits, andererseits können die Leistungen aber auch in Konkurrenz zueinander treten. Doppelleistungen sind jedoch unserem System der Sozialen Sicherung fremd. Erfüllen die Leistungen der AOK und der anderen Sozialleistungsträger denselben Zweck, ist die Leistungszuständigkeit abzugrenzen. Hat der „falsche“ (unzuständige) Leistungsträger gezahlt, ergeben sich Erstattungsansprüche zwischen den Sozialleistungsträgern, die dann schnell und ohne Belastung für unsere Kunden abgewickelt werden.

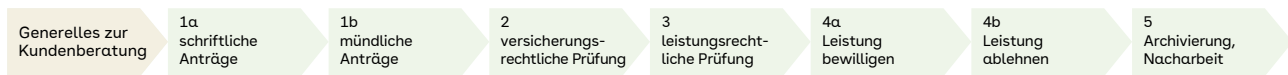
§ 102 ff.
SGB X

Über die Gesetze hinaus ist unser Leitbild für uns Auftrag und Verpflichtung. Wir verstehen uns als zukunftsorientiertes, kundennahes Dienstleistungsunternehmen. Dies bedeutet, dass wir die Erwartungen unserer Kunden nach persönlicher, vertrauensvoller, schneller und flexibler Beratung und Entscheidung erfüllen. Hierzu gehört auch eine Beratung über unser Leistungsangebot hinaus.

Zu einer umfassenden Beratung der Kunden, z.B. über die wirtschaftliche Sicherung, gehört daher, dass wir auch die Leistungen der anderen Sozialleistungsträger kennen und das Geflecht der gegenseitigen Beziehungen durchschauen. Aber nicht nur die Beratung ist gefragt, vielmehr macht die aktive Hilfe die Qualität der Dienstleistung aus. So helfen wir unseren Kunden auch, Leistungen bei anderen Sozialleistungsträgern zu beantragen.

§§ 13 – 15
SGB I

Die fachliche Kompetenz hierzu vermittelt Ihnen dieser Lernbrief.



8.1 Entstehungsgeschichte

Generelles zur Kundenberatung

In ihrer Entstehungsgeschichte geht die gesetzliche Unfallversicherung auf die Bedingungen in der Arbeitswelt im 19. Jahrhundert (Stichwort: industrielle Revolution) zurück. Die Maschinen und technischen Hilfsmittel waren wegen fehlender Schutzvorschriften unzureichend oder gar nicht gesichert. Die bei einem Betriebsunfall Verunglückten konnten ihre Ansprüche nur in Zivilprozessen und nur bei Verschulden des Unternehmens geltend machen. Die kaiserliche Botschaft vom 17. 11. 1881 (Ankündigung eines allgemeinen Versicherungszwangs zur Eindämmung sozialer Unruhen und Änderung der Missstände) ist die Geburtsstunde der gesetzlichen Unfallversicherung. Das Unfallversicherungsgesetz vom 06. 07. 1884 bedeutete die Ablösung der zivilrechtlichen Haftungsansprüche durch einen gesetzlich abgesicherten Leistungsanspruch unabhängig vom Verschulden des Arbeitgebers.

Zur Umsetzung wurden Berufsgenossenschaften gegründet, die die „Haftpflichtversicherung der Arbeitgeber“ heute noch durchführen. Auch die Unfallverhütung wurde als Aufgabe übertragen. Im Jahre 1925 wurden auch Berufskrankheiten in den Haftpflichtkatalog aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund werden die Begriffe

- Arbeitsunfall,
- Berufskrankheit,
- versichertes Unternehmen,
- versicherte Tätigkeit und
- Arbeitsgerät

erst deutlich.

Auch wenn heute nicht mehr nur Arbeitnehmende unter den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz fallen, sind diese Begriffe Allgemeingut geworden und werden deshalb heute übergreifend verwendet.

8.2 Beziehungen zwischen Kranken-/Pflege- und Unfallversicherung

Welche Aufgaben hat die Unfallversicherung?

Die Unfallversicherung zahlt alles, um eine Person, die bei einer unfallversicherten Tätigkeit verunglückt oder dadurch erkrankt, zu rehabilitieren. Da es für die Unfallversicherung günstiger ist, Versicherungsfälle zu vermeiden, arbeitet sie auch präventiv.

Falls es zu einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit (so heißen die Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung) kommt, wird die betroffene Person durch ein komplettes Betreuungssystem rundherum versorgt.

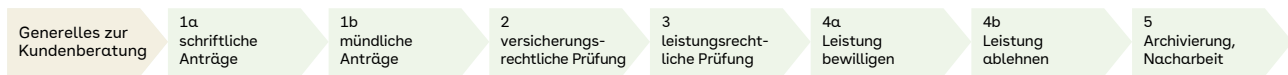
Die Leistungen der Unfallversicherung sind:

- Unfallverhütung (Prävention)
- Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit (Rehabilitation)
- finanzielle Leistungen, z.B. Verletzungsgeld, Renten (Entschädigung)

Sie liegen in einer Hand – bei den Unfallversicherungsträgern (z.B. Berufsgenossenschaften).

Generelles zur Kundenberatung

§ 1 SGB VII



8.2.1 Gemeinsamkeiten

8.2.1.1 Versicherter Personenkreis

§ 5 SGB V,
§ 20 SGB XI,
§ 2 SGB VII

Grundsätzlich ist der versicherte Personenkreis mit dem der Krankenversicherung vergleichbar. Aber auch andere Personen (z.B. Kinder während des Kindergarten- oder Schulbesuchs, Studierende während des Studiums an der Uni usw.) sind unfallversichert (vgl. Punkt 9 dieses Lernbriefs).

8.2.1.2 Leistungen

§ 27 Abs. 1
Satz 2 Nr. 1, 5
SGB V,
§ 27 Abs. 1
Nr. 2, 6
SGB VII

Die Leistungen zur Behandlung einer Krankheit sind fast identisch (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung usw.). Auch die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind weitgehend identisch mit denen der Unfallversicherung (§ 28 SGB XI, § 44 Abs. 1 SGB VII).

8.2.2 Unterschiede

8.2.2.1 Antragstellung

§ 19 SGB IV

Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung sind grds. von Amts wegen zu erbringen. Es ist also kein – wie es in der Krankenversicherung üblich ist – Antrag notwendig. Voraussetzung ist jedoch, dass der Unfallversicherungsträger auch Kenntnis vom Unfallereignis hat; hierzu aber später noch mehr.

8.2.2.2 Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 12 SGB V,
§ 1, § 26
Abs. 2
SGB VII

Das für Sie bereits aus der Krankenversicherung bekannte Wirtschaftlichkeitsgebot gibt es in der Unfallversicherung nicht. Die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit von Verletzten soll mit allen geeigneten Mitteln wieder hergestellt werden.

8.2.2.3 Zuzahlungen

Das SGB VII kennt keine gesetzlichen Zuzahlungen, wie Sie es aus dem SGB V kennengelernt haben. Unfallverletzte haben also einen 100%-igen Sachleistungsanspruch.

§ 28 ff.
SGB V,
§ 26 Abs. 4
SGB VII

8.2.2.4 Versicherungsfall

In der Krankenversicherung sei als Versicherungsfall unter anderem die behandlungsbedürftige Krankheit genannt. In der Unfallversicherung lauten die Versicherungsfälle Arbeitsunfall und Berufskrankheit, wobei diese in der Regel auch durch Krankheit – also einen regelwidrigen Körper-, Geistes- oder Seelenzustand – bedingt sind.

§ 27 Abs. 1
Satz 1 SGB V,
§ 7 Abs. 1
SGB VII

Beispiel

Gregor Braun ist als Maler bei der Schmitz GmbH versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der AOK. Als Arbeitnehmer (Beschäftigter) ist er kranken-, pflege- und unfallversichert. Im Auftrag der Schmitz GmbH streicht Gregor Braun die Wohnzimmerdecke bei Familie Heinze. Beim Streichen der Decke fällt Gregor Braun von der Leiter und bricht sich das Bein.

Folge

Der Beinbruch von Gregor Braun ist bei der Arbeit passiert. Das ist der Risikobereich, den die gesetzliche Unfallversicherung abdeckt. Wenn durch einen Arbeitsunfall Pflegebedürftigkeit eintritt, ergibt sich auch die Leistungspflicht der Unfallversicherung (§ 14 SGB XI, § 44 Abs. 1 SGB VII)



8.2.3 Zusammenarbeit zwischen den Versicherungsträgern

8.2.3.1 Zuständigkeit der Versicherungsträger

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 11 Abs. 5
SGB V,
§ 13 Abs. 1
Nr. 2 SGB XI

Die Zuständigkeit ist eindeutig geregelt. Bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit ist vorrangig die gesetzliche Unfallversicherung zuständig.

8.2.3.2 Anlaufstelle für Fragen

§ 15 SGB I verpflichtet den einzelnen AOK-Mitarbeitenden, auch über die Unfallversicherung Auskünfte zu erteilen. Warum wurde das den Krankenkassen auferlegt? Viele Krankenkassen (in jedem Fall die AOK) haben ein flächendeckendes Geschäftsstellennetz. Bei anderen Versicherungsträgern ist das nicht so. Übrigens: Wissen Sie, wo die nächste Stelle des für Sie zuständigen Unfallversicherungsträgers ist?

8.2.3.3 Leistungsgewährung/Erkennen von Berufskrankheiten

§§ 21, 22
SGB I,
§§ 20b, 20c
SGB V,
§§ 14 Abs. 2,
188, 189
SGB VII

Weil der versicherte Personenkreis und die Leistungen bei Krankheit/Pflegebedürftigkeit weitgehend identisch sind, kann der Unfallversicherungsträger die Krankenkassen mit der Ausführung der Leistungen beauftragen. Das macht es auch für die Versicherten einfacher.

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“.

Außerdem: Die Krankenkassen haben viel mehr Informationen über den Krankheitsverlauf. Sie können daher auch leichter Gesundheitsgefährdungen und Berufskrankheiten erkennen.

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Juli 2015 haben die Krankenkassen in Abstimmung mit der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifische arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu erbringen. Ferner ist der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über Erkenntnisse, die die Krankenkassen über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen hat, zu informieren.

§ 20c Abs. 1
Satz 1, 2
SGB V

Merke

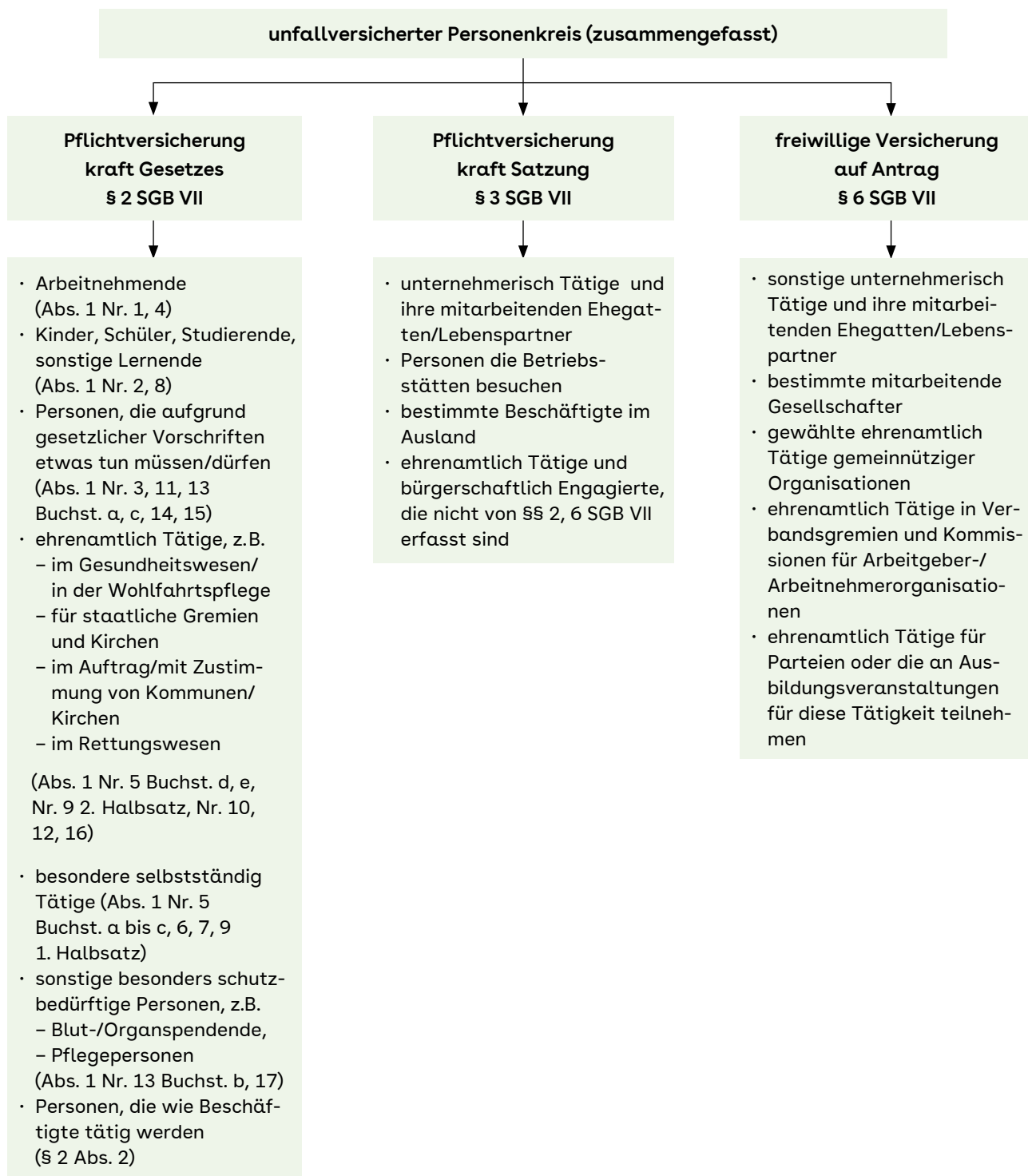
Bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit ist der jeweils zuständige Unfallversicherungsträger leistungspflichtig. In bestimmten Fällen (z.B. Zahlung von Verletztengeld) erbringen die Krankenkassen die Leistungen auftrags- bzw. vorschussweise.



9 Unfallversicherter Personenkreis

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

In der Unfallversicherung werden drei verschiedene Personengruppen unterschieden:





9.1 Pflichtversicherung kraft Gesetzes

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 2 Abs. 1
SGB VII

In § 2 Abs. 1 SGB VII heißt es: Kraft Gesetzes sind versichert

1. ...

2. ... usw.

D.h., wichtige Voraussetzung für den Unfallversicherungsschutz ist die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis und die sich daraus ergebenden Tätigkeiten. Wir wollen im Folgenden die wichtigsten Personenkreise näher betrachten:

9.1.1 Beschäftigte

§ 2 Abs. 1
Nr. 1 SGB VII

Unfallversichert sind Beschäftigte im Sinne des § 7 SGB IV und Heimarbeitende (§ 12 Abs. 2 SGB IV).

§ 7 Abs. 1, 2
SGB IV

Beschäftigung ist die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis oder der Erwerb beruflicher Kenntnisse, Fertigkeiten oder Erfahrungen im Rahmen betrieblicher Berufsbildung. Es ist der gleiche Begriff, den Sie aus dem Lernbrief zum Thema „Meldungen der Firmenkunden prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“ kennen. Die Versicherungspflicht in der Unfallversicherung entsteht allein durch das Beschäftigungsverhältnis. Alle Beschäftigten sind unfallversichert. Ausnahmen, z.B. wegen Geringfügigkeit oder als „Übergrenzer“, gibt es keine. Der Tatbestand des Bezugs von Arbeitsentgelt wird hier nicht verlangt.

Merke

Alle Beschäftigten sind unfallversichert. Ausnahmen, z.B. wegen Geringfügigkeit, gibt es nicht.

9.1.2 Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung

Das Gesetz verwendet ausdrücklich den Begriff „Lernende“. Das können also keine Beschäftigten sein, sonst wären sie nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versichert. Lernende i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII sind z.B.:

§ 2 Abs. 1
Nr. 2,
§ 135 Abs. 1
Nr. 1 SGB VII

- Im Handwerk tätige Personen, die einen Meisterkurs besuchen (ohne Veranlassung eines Unternehmens)
- Auszubildende in außerbetrieblicher Ausbildung (z.B. Ausbildung bei einer karitativen Einrichtung) – zur Erinnerung: Nur der Erwerb beruflicher Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen im Rahmen betrieblicher Ausbildung ist eine Beschäftigung
- Umschüler (z.B. bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zulasten des Rentenversicherungsträgers oder der Bundesagentur für Arbeit), ohne dass ein Beschäftigungsverhältnis vorliegt



9.1.3 Personen bei Untersuchungen aufgrund von Arbeitsschutz- oder Unfallverhütungsvorschriften

§ 2 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII

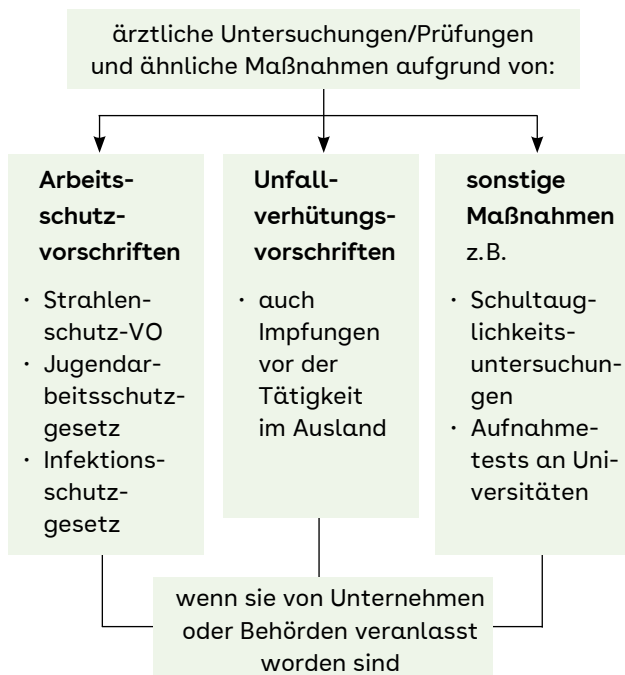
Pflichtversichert sind Personen, die sich

- Untersuchungen (auch während einer versicherten Tätigkeit),
- Prüfungen (auch während einer versicherten Tätigkeit) oder
- ähnlichen Maßnahmen (nur vor oder nach einer versicherten Tätigkeit)

unterziehen, die

- aufgrund von Rechtsvorschriften (Gesetze, Verordnungen usw.)
- vom Unternehmen oder
- einer Behörde

veranlasst worden sind.



Beispiel

Svenja Raaven muss nach ihrem ersten Ausbildungshalbjahr zu einer ärztlichen Untersuchung aufgrund des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Sie geht dort während ihrer Arbeitszeit hin.

Folge

Svenja Raaven ist während der Untersuchung nicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, sondern nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII unfallversichert, da diese Untersuchung nicht vom Arbeitgeber veranlasst wurde (vgl. § 135 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII).

9.1.4 Kinder, Schüler, Studierende

9.1.4.1 Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen

Tageseinrichtungen im Sinne der Unfallversicherung sind solche, in denen die Kinder betreut sowie gefördert, erzogen und gebildet werden. Welche Einrichtungen als Tageseinrichtungen im Sinne des SGB VII anerkannt sind, regelt § 45 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) oder die landesrechtliche Regelung des jeweiligen Bundeslandes, in dem sich diese befindet. In der Regel sind dies Krabbelstuben, Kinderkrippen, Kinderhorte, Kindergärten und kindergartenähnliche Einrichtungen.

§ 2 Abs. 1 Nr. 8 Buchst. a SGB VII

Auch Kinder bei Tagespflegepersonen sind unfallversichert. Für Kindertagespflegepersonen (§ 23 SGB VIII) genügt die Registrierung beim Jugendamt. Der Unfallversicherungsschutz besteht während des gesamten Besuchs der (Tages-)Einrichtung sowie für Kindergartenfeste und ähnliche Veranstaltungen der versicherten Einrichtungen.



9.1.4.2 Schüler während des Besuchs allgemein- oder berufsbildender Schulen

§ 2 Abs. 1 Nr. 8 Buchst. b SGB VII Zu den allgemeinbildenden Schulen gehören Grund-, Haupt- und Regional-schulen, Mittelschulen, Realschulen, Gymnasien, Sonderschulen für geistig oder körperlich behinderte Kinder, Aufbau- und Abendschulen, in denen ein allgemeiner Schulabschluss nachgeholt werden kann, sowie Internate. Nicht dazu gehören die Volkshoch-schulen sowie die Teilnahme an einem Fernunterricht. Zu den berufsbilden-den Schulen gehören Berufsaufbau-, Berufs- und Berufsfachschulen sowie Verwaltungs- und Wirtschaftsakade-mien und Fachschulen.

§ 135 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 6 SGB VII Berufsschulpflichtige Auszubildende sind nach § 2 Abs. 1 Nr. 8 Buchst. b SGB VII versichert, während Auszu-bildende, die zwar nicht mehr berufs-schulpflichtig sind, aber von ihrem Arbeitgeber zum Berufsschulunterricht verpflichtet werden, nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII versichert sind. Der Un-fallversicherungsschutz bezieht sich nicht nur auf den Schulunterricht, sondern er ist erweitert auf Betriebs-praktika und sonstige schulische Ver-anstaltungen wie Schulfeste und Ähn-liches. Außerdem besteht Unfallver-sicherungsschutz auch für die Schüler, die an Betreuungsmaßnahmen der Schule vor und nach dem Unterricht teilnehmen.

9.1.4.3 Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen

Ordentlich Studierende, d.h. Personen, die an der Universität eingeschrieben sind, und auch andere Studierende, wie z.B. Gasthörer, die sich aller-dings auch als Gasthörer einschrei-ben müssen, sind unfallversichert. Von der Unfallversicherung wird auch die Arbeit in der studentischen Selbstver-waltung (ASTA) und die Anfertigung einer Doktorarbeit (Dissertation) an der Universität erfasst. Nicht versi-chert sind allerdings Demonstrationen und Streiks, da sie nicht zur eigentli-chen Tätigkeit des Studierens gehören.

§ 2 Abs. 1 Nr. 8 Buchst. c SGB VII

9.1.5 Hilfeleistende, Blut- und Organspendende, Notärzte im Rettungsdienst

9.1.5.1 Hilfeleistende bei Unglücks-fällen, gemeiner Gefahr oder Not

Während sich § 2 Abs. 1 Nr. 12 SGB VII an organisierte Helfende wendet, rich-tet sich Nr. 13 an die nicht organisier-ten Helfenden.

§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB VII

Jeder Bundesbürger ist zur Hilfelei-stung verpflichtet (§ 323c StGB). Falls diese unterbleibt, kann er wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft werden. Wer Hilfe leistet, soll dadurch jedoch keine Nachteile erleiden. Aus diesem Grund sind Hilfeleistende un-fallversichert.

Unglücksfälle betreffen meistens nur einen ganz eingeschränkten Perso-nenkreis (z.B. bei einem Autounfall), währenddessen bei gemeiner Gefahr oder Not eine allgemeine Gefahr oder Notlage gemeint ist, d.h. dass eine Vielzahl von Personen betroffen ist (z.B. bei Seuchen). Der Hilfeleistende ist jedoch in beiden Fällen unfallver-sichert.



Bei dem Tatbestand der erheblichen gegenwärtigen Gefahr für die Gesundheit wird hinterher nicht mehr geprüft, ob tatsächlich eine Lebensgefahr oder gegenwärtige Gefahr bestand. Es kommt nur auf den subjektiven Eindruck des Hilfeleistenden an.

Beispiel

Sie springen in einen Fluss, um einen darin Treibenden herauszuholen und verletzen sich dabei.

Folge

Sie sind unfallversichert, auch wenn sich hinterher herausstellt, dass der im Fluss Treibende sich lediglich einen Scherz erlaubte und ein hervorragender Schwimmer ist. Es kommt nur auf Ihren Eindruck an.

Zu den körpereigenen Organen oder Gewebe, die gespendet werden können, gehören z.B. Haut, Niere und Knochenmark. Auch hier sind Komplikationen aufgrund der Spende unfallversichert.

9.1.5.3 Notärzte im Rettungsdienst

Mit Wirkung vom 11. 04. 2017 ist der Versicherungstatbestand der Nr. 13 Buchst. d eingefügt worden. Nach dieser Vorschrift sind auch Notärzte und -ärztinnen kraft Gesetzes unfallversichert, wenn sie eine Tätigkeit als Notarzt als Nebentätigkeit ausüben. Notärzte im Rettungsdienst sind jetzt also auch dann versichert, wenn es sich nicht um eine hauptberufliche selbstständige und nicht um eine ehrenamtliche Tätigkeit (Nr. 9) oder unentgeltliche Tätigkeit (Nr. 12) handelt. Personen, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung als Notarzt ausüben, sind nach Nr. 1 versichert.

Damit sind von dem Versicherungstatbestand, der die Versicherung von sonstigen notärztlichen Tätigkeiten unberührt lässt nur diejenigen Notärzte erfasst, die eine – in der Regel – selbstständige Nebentätigkeit neben einer Beschäftigung im Umfang des Doppelbuchst. aa ausüben. Nach Nr. 13 Buchst. d sind auch die Notärzte versichert, die die Tätigkeit neben einer vertragsärztlichen oder privatärztlichen Tätigkeit ausüben.

Aufgrund der aktuellen Gefahren für den geschützten Personenkreis, die zunehmend Angriffen von Betroffenen und Unbeteiligten ausgesetzt sind, sind auch die Notärzte im Rettungsdienst gesetzlich unfallversichert, wenn sie die Tätigkeit (nur) neben einer Beschäftigung oder hauptberuflichen vertrags- oder privatärztlichen Tätigkeit ausüben.

9.1.5.2 Blutspendende und Spendende körpereigener Organe, Organteile oder Gewebe

§ 2 Abs. 1
Nr. 13
Buchst. b
SGB VII

Es ist unbedeutend, aus welchem Grund z.B. Blut gespendet wird. Es kann z.B. eine bezahlte Blutspende, eine Spende an eine Blutbank, zu wissenschaftlichen Zwecken sowie auch direkt an die empfangende Person sein. In allen Fällen besteht Unfallversicherungsschutz. Versichert sind dabei sämtliche Komplikationen aufgrund der Blutspende, wie Entzündungen, Vergiftungen, Kreislaufbeschwerden usw.

Einzige Ausnahme ist die Eigenblutspende, da sie nur der/dem Betroffenen selbst zugute kommt. Sie ist nicht unfallversichert, es sei denn, „Übermengen“ werden der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt.



Wer eine Tätigkeit als Notarzt oder Notärztin ausübt, ergibt sich aus §§ 75, 76 SGB V. Es handelt sich um eine Tätigkeit außerhalb der Zeiten, in denen die vertragsärztliche Versorgung durch die Vertragsärzte gewährleistet ist. Wer im Rettungsdienst tätig wird, bestimmt sich nach landesrechtlichen Regelungen. Die Regelung geht der Versicherungsfreiheit nach § 4 Abs. 3 SGB VII vor.

9.1.6 Leistungsbeziehende nach dem SGB II und SGB III

§ 2 Abs. 1
Nr. 14
SGB VII

Personen, die nach den Vorschriften des SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) oder des SGB III (Arbeitsförderung) der Meldepflicht unterliegen, sind dann unfallversichert, wenn sie einer besonderen, an sie im Einzelfall, d.h. persönlich gerichteten, Aufforderung nachkommen, die Dienststelle der BA, einen zuständigen kommunalen Träger oder eine andere Stelle (z.B. einen Arbeitgeber) aufzusuchen.

§ 59 SGB II,
§ 309 Abs. 1,
§ 323 Abs. 1
Satz 2
SGB III

Der Meldepflicht nach dem SGB II bzw. SGB III unterliegen nur solche Personen, die bereits arbeitslos bzw. als hilfebedürftig gemeldet sind. Da die persönliche Arbeitslosmeldung zugleich als Antrag auf Arbeitslosengeld gilt, besteht von diesem Zeitpunkt an Unfallversicherungsschutz. Auf dem erstmaligen Weg zur Antragstellung bei der örtlichen Agentur für Arbeit oder dem kommunalen Träger besteht daher kein Unfallversicherungsschutz.

Versichert ist der Gang, z.B. zur örtlichen Agentur für Arbeit oder der Weg zu Vorstellungsgesprächen bei Arbeitgebern daher nur dann, wenn dies auf persönliche Aufforderung des zuständigen Trägers (z.B. Agentur für Arbeit) hin geschieht. Bemüht sich eine arbeitssuchende Person selbst um einen neuen Arbeitsplatz, ist er dabei nicht gesetzlich unfallversichert.

9.1.7 Personen, die auf Kosten der Kranken- oder Rentenversicherung Krankenhausbehandlung oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten

Personen, die auf Kosten der Kranken- oder Rentenversicherung

- Krankenhausbehandlung oder
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

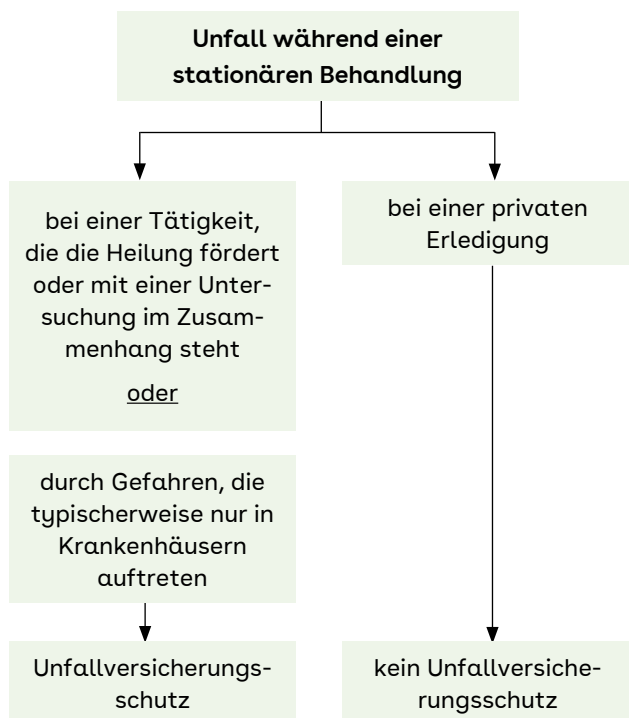
erhalten, sind unfallversichert.

Versichert sind

- stationäre oder teilstationäre Behandlungen sowie
- stationäre, teilstationäre oder ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Versichert sind dabei jedoch nur Unfälle, die mit der Leistung in Verbindung stehen. Geschieht der Unfall bei einer privaten Erledigung, besteht kein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

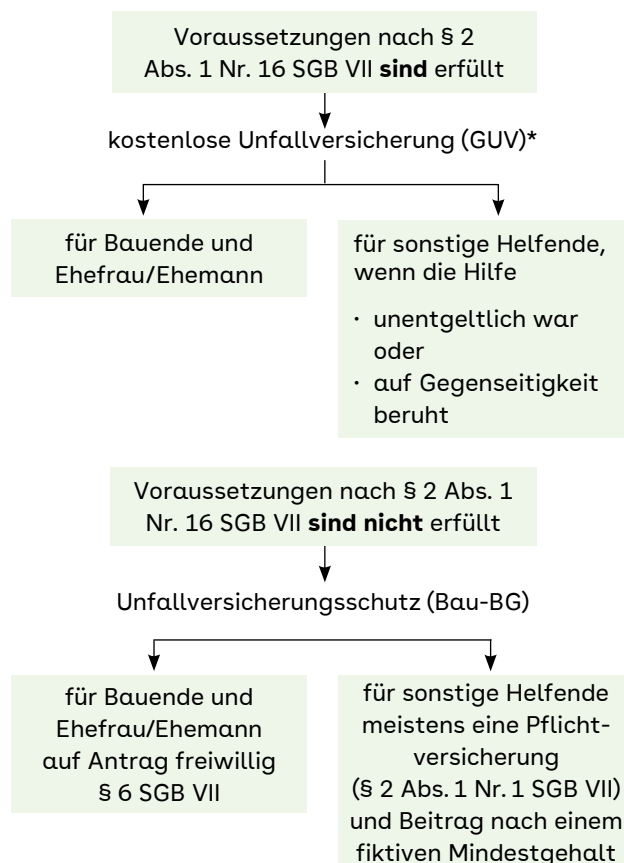
§ 2 Abs. 1
Nr. 15
Buchst. a
SGB VII,
§ 39, § 40
Abs. 1, 2,
§ 41 SGB V,
§ 15 Abs. 2
SGB VI



9.1.8 Personen, die bei der Wohnraumschaffung im Rahmen der Selbsthilfe tätig sind

§ 2 Abs. 1 Nr. 16 SGB VII

Unfallversichert sind danach Personen, die im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei der Schaffung von Wohnraum im Sinne des § 16 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 WoFG tätig werden (z.B. Selbsthilfe beim Bau eines Familienheims, einer eigengenutzten Eigentumswohnung).



* Gemeinde-Unfallversicherungsverband

9.1.9 Pflegepersonen

Diese Vorschrift bezieht die Personen in den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz ein, wenn sie

- eine pflegebedürftige Person (im Sinne des § 14 SGB XI),
- nicht erwerbsmäßig,
- in häuslicher Umgebung pflegen.

§ 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII, § 19 Satz 1, 2 SGB XI

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bearbeiten“.



Für eintretende Unfälle besteht nur dann Unfallversicherungsschutz nach dem SGB VII, wenn es sich um die Pflege einer pflegebedürftigen Person mit mindestens Pflegegrad 2 handelt. Dabei muss die Pflege wenigstens zehn Wochenstunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche umfassen.

Merke

Bei Anwendung des § 2 Abs. 1 SGB VII gilt:

1. Für die Prüfung des Anspruchs ist in der Reihenfolge der Aufzählung vorzugehen.
2. Erst dann, wenn ein Versicherungsschutz nach Nr. 1 nicht eingeräumt werden kann, ist auf Nr. 2, 3 usw. überzugehen (vgl. auch Vorrang-/Nachrangregelungen in § 135 SGB VII).

z.B.:

- Satz 1 Nr. 1 bis 3 erweitert den Geltungsbereich für bestimmte Beschäftigungen im Ausland (normalerweise geht das nur im Rahmen der Ausstrahlung).
- Satz 3: Für den Personenkreis nach § 2 Abs. 1 Nr. 13 SGB VII (Hilfeleistende, Blut- und Organspendende und Helfende bei Straftaten) findet § 3 SGB IV uneingeschränkt Anwendung.

9.2 Pflichtversicherung kraft Satzung

Die Satzung des Trägers der Unfallversicherung kann die Versicherung auf Personen ausdehnen, die nicht schon kraft Gesetzes versichert sind. Macht der Unfallversicherungsträger davon Gebrauch, sind diese Personen ebenfalls pflichtversichert (kraft Satzung).

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 3 Abs. 1
SGB VII

Die Versicherungspflicht kraft Satzung ist möglich für

- unternehmerisch Tätige und deren mitarbeitende Ehegatten/Lebenspartner (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII) und
- Besuchende von Unternehmen (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII).

Erweitert wurde § 3 Abs. 1 SGB VII zum 01. 01. 2005 durch:

- Nr. 3: Diese Vorschrift hat ihren Ursprung in der verstärkten Einbindung der Bundesrepublik Deutschland in internationale Aktivitäten. Durch den Unfallversicherungsschutz soll ein Beitrag geleistet werden, Menschen für solche Aufgaben zu gewinnen.

9.1.10 Geltungsbereich der Versicherungspflicht

§§ 3 – 6
SGB VII

Versicherungspflicht nach dem SGB VII kann grundsätzlich nur bestehen, wenn

- eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland ausgeübt wird oder
- wenn der Wohnort oder der gewöhnliche Aufenthalt (für alle anderen Versicherungspflichtigen) in der Bundesrepublik Deutschland liegt.

§ 2 Abs. 3
SGB VII

Diese Vorschrift zeigt einige Besonderheiten des Geltungsbereichs für die Unfallversicherung auf:



- Nr. 4: Hierdurch können die Unfallversicherungsträger ehrenamtlich Tätige und bürgerschaftlich Engagierte, die nicht schon nach § 2 pflichtversichert sind oder die kein Beitrittsrecht nach § 6 haben, in den Unfallversicherungsschutz einbeziehen.
- Nr. 5: Kinder und Jugendliche während der Teilnahme an Sprachförderkursen, wenn die Teilnahme aufgrund landesrechtlicher Regelungen erfolgt.

- ehrenamtlich Tätige für Arbeitgeberverbände und Arbeitnehmervereinigungen (z.B. Gewerkschaften)
- Personen, die i.S.d. Parteiengesetzes ehrenamtlich tätig sind oder für diese an entsprechenden Ausbildungsveranstaltungen teilnehmen

Über diese Vorschrift sollen Personen, die in ihrer Tätigkeit einen Arbeitsunfall haben könnten, die Möglichkeit erhalten, sich selbst auf freiwilliger Basis gegen dieses Risiko abzusichern.

Beispiel

Die Nahrungsmittel- und Gastgewerbe-Berufsgenossenschaft könnte in ihrer Satzung die Pflichtversicherung auf Metzgermeister mit nicht mehr als drei Beschäftigten (besonders schützenswert) in ihrem Betrieb ausdehnen.

Folge

Dadurch wären diese selbstständigen Metzgermeister ebenfalls als Unternehmer unfallversichert.

Die Ausnahmen von dieser freiwilligen Versicherung verdeutlichen, dass es einige Personengruppen gibt, für die ein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz nicht gewünscht wird. Diese müssen ihr Unfallrisiko privat absichern.

§ 6 Abs. 1
Nr. 1
2. Halbsatz
SGB VII

9.4 Unfallversicherungsfreiheit

Versicherungsfrei sind Personen, soweit für sie beamtenrechtliche Unfallfürsorgevorschriften oder entsprechende Grundsätze gelten. Personen, die solche Ansprüche haben, sind lediglich Beamte nach Bundes- oder Landesrecht sowie auch die Dienstordnungs-Angestellten, z.B. der AOK. Bei Dienstunfällen ist hier der Arbeitgeber zuständig. Die Unfallversicherung leistet nicht, da diese Personen versicherungsfrei sind. Ausgenommen sind Ehrenbeamte, Richter und ehrenamtliche Richter. Diese sind nach beamtenrechtlichen Unfallfürsorgevorschriften nicht abgesichert; sie sind also nicht versicherungsfrei.

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 4 Abs. 1
Nr. 1
SGB VII

Auch z.B. selbstständig tätige Ärzte, Apotheker und Heilpraktizierende sind versicherungsfrei, da sie sich selbst als Unternehmer absichern sollen (vgl. Punkt 9.3 dieses Lernbriefs).

§ 4 Abs. 3,
§ 6 SGB VII

9.3 Freiwillige Versicherung

Der Unfallversicherung können weitere Personen freiwillig beitreten, soweit sie nicht schon kraft Gesetzes oder Satzung versichert sind, z.B.:

- unternehmerisch Tätige und ihre im Unternehmen tätigen Ehegatten/Lebenspartner
- Personen, die in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig wie unternehmerisch Tätige selbstständig tätig sind
- gewählte Ehrenamtstragende in gemeinnützigen Organisationen (z.B. Vorsitzende von Sportvereinen, der Zeugwartende)

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 6 Abs. 1
SGB VII



Weitere Personenkreise können Sie in der Vorschrift nachlesen. Von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 2 SGB VII (Tätigkeit wie ein Beschäftigter) werden grundsätzlich Ehegatten, Lebenspartner sowie Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad, die im Haushalt tätig sind, ausgenommen. Sinn dieser Vorschrift ist es, Missbrauch des Unfallversicherungsschutzes vorzubeugen.

9.5 Finanzierung der Unfallversicherung

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§§ 150, 151
SGB VII

Nach der Entstehungsgeschichte ist die Unfallversicherung die Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers. Aus diesem Grund

- zahlt der Arbeitgeber (Mitglied der Berufsgenossenschaft) Beiträge an den Unfallversicherungsträger,
- die Versicherten erhalten Leistungen.

Im Gegenzug haben Versicherte nur noch in Ausnahmefällen (z.B. bei Vorsatz, vgl. § 104 SGB VII) einen direkten Haftpflichtanspruch gegenüber dem Unternehmen.

§ 152
SGB VII

Die Beiträge werden im Umlageverfahren erhoben, d.h. die Beiträge müssen die voraussichtlichen Leistungsausgaben decken.

Berechnungsgrundlagen für den Beitrag zur Unfallversicherung sind grundsätzlich

- die Arbeitsentgelte der Versicherten (bis zum Höchstjahresarbeitsverdienst),
- Gefahrenklassen (Eine auf dem Bau arbeitende Person hat ein größeres Unfallrisiko als Büroangestellte.) sowie
- Zuschläge, Nachlässe (abhängig von der Zahl und Schwere der Unfälle) und Prämien (z.B. für Unfallverhütung oder betriebliche Gesundheitsförderung).

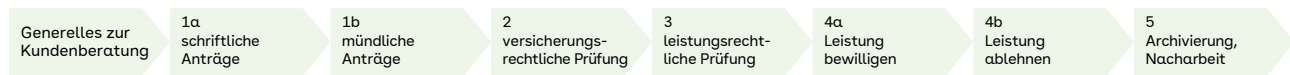
Für versicherungspflichtige Selbstständige sowie deren mitversicherte Ehegatten/Lebenspartner kann die Satzung des Unfallversicherungsträgers Sonderregelungen treffen.

Für die meisten ehrenamtlich Tätigen sowie für Kinder in Kindergärten, Schüler, Studierende, Helfende usw. werden die Umlagen aus Steuermitteln bestritten.

§ 153 ff.
SGB VII

§ 154
SGB VII

§§ 185, 186
SGB VII



9.6 Übungen zu den Lernabschnitten 8 und 9

Übung 9

Nennen Sie drei Bereiche, die in der Kranken- und Unfallversicherung fast identisch sind.

Übung 10

Nennen Sie zwei Gründe, warum Kranken- und Unfallversicherungsträger kooperieren.

Übung 11

Hinweis

Fassen Sie Ihre Lösung in vollständigen Sätzen mit Angabe der Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe

Warum leistet die AOK bei einem Arbeitsunfall nicht?

Übung 12

Sachverhalt

Inge Scholl hat einen neuen Job gefunden. Am 01. 06. verlässt sie das Haus und geht zur Arbeit. Auf dem Weg dorthin verunglückt sie. Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht erst ab 29. 06.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung unter Angabe der maßgeblichen Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe

Beurteilen Sie den Beginn der Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung.



10 Arbeitsunfall

Grundsatz

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

In der Unfallversicherung werden zwei Versicherungsfälle unterschieden:

- a) der Arbeitsunfall
- b) die Berufskrankheit

§ 7 Abs. 1
SGB VII

Sehen wir uns zunächst den Arbeitsunfall an.

§ 8 Abs. 1
Satz 1, 2
SGB VII

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

§ 8 Abs. 1
Satz 3
SGB VII

Wird die versicherte Tätigkeit im Haushalt der versicherten Person oder an einem anderen Ort ausgeübt, besteht Versicherungsschutz in gleichem Umfang wie bei Ausübung der Tätigkeit auf der Unternehmensstätte.

Im Zuge fortschreitender Möglichkeiten der Erbringung von Arbeiten außerhalb der „normalen“ vertraglich vereinbarten Arbeitsstätte, führte die Gesetzgebung im Sommer 2021 diesen neuen Satz 3 ein. Örtlich fokussiert wird nicht nur der häusliche Bereich (Homeoffice) sondern auch andere Arbeitsorte (z.B. das mobile Arbeiten in einem Hotelzimmer oder in einem öffentlichen Verkehrsmittel).

Damit Versicherungsschutz besteht, bedarf es jedoch einer Vereinbarung zwischen den Arbeitsvertragsparteien, dass z.B. das Arbeiten im häuslichen Bereich regelmäßig möglich ist.

Zum Unfallereignis und der versicherten Tätigkeit erfahren Sie im Folgenden noch Näheres.

Im Vorgriff darauf wäre z.B. ein klassischer Arbeitsunfall im Homeoffice ein Sturz in der Wohnung auf dem Weg ins häusliche Arbeitszimmer, um an einer Telefonkonferenz teilzunehmen. Private Erledigungen hingegen unterliegen nicht dem gesetzlichen Unfallversicherungsschutz (z.B. der Weg vom häuslichen Büro zur Haustüre, um ein privates Paket in Empfang zu nehmen).

10.1 Unfallereignis

Was ist unter einem Unfall zu verstehen?

Ein Unfall ist ein

- zeitlich begrenztes,
- von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 8 Abs. 1
Satz 2
SGB VII

Beispiel

Anton Mahlig ist beim „Modehaus Müller“ als Verkäufer beschäftigt. Beim Neudekorieren fällt eine Schaufensterpuppe Anton Mahlig auf den Kopf. Anton Mahlig hat sich eine Platzwunde zugezogen.

Frage

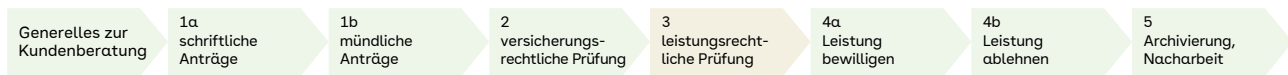
War das ein Unfall?

Lösung

Ja, denn die Schaufensterpuppe wirkte auf seinen Körper ein; dies geschah plötzlich (zeitlich begrenzt).

10.1.1 Zeitlich begrenztes Ereignis

Das Ereignis muss im Laufe einer Arbeitsschicht (bei Beschäftigten) oder in einem einer Arbeitsschicht vergleichbaren Zeitraum eingetreten sein (z.B. Erfrierungen eines Drosch-



kenkutschers an den Füßen oder Kreislaufkollaps eines Dachdeckers infolge großer Hitze bei Dacharbeiten).

Bei längerer Einwirkung handelt es sich nicht mehr um ein zeitlich begrenztes Ereignis, und somit um keinen Arbeitsunfall. Dann könnte unter Umständen eine Berufskrankheit vorliegen (vgl. Punkt 10.5 dieses Lernbriefs).

10.1.2 Von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis

Meist ist das ganz klar. Beim Sturz wirkt der Boden auf den Körper ein, bei einer Explosion der Luftdruck, bei einem Feuer die Hitze usw.

Doch können auch Einwirkungen auf die Seele berücksichtigt werden (z.B. schwere Beleidigung bedingt einen Schock)?

Grundsätzlich ja, sie spielen aber in der Praxis kaum eine Rolle. Auch lässt sich der haftungsbegründende Kausalzusammenhang (dass die äußere Einwirkung zu einem Gesundheitsschaden führt) meist schwer beweisen.

Bei Anton Mahlig ist es also nicht schwer festzustellen, dass ein Unfall vorgelegen hat. Doch das Gesetz sagt, dass ein Arbeitsunfall nur dann vorliegt, wenn

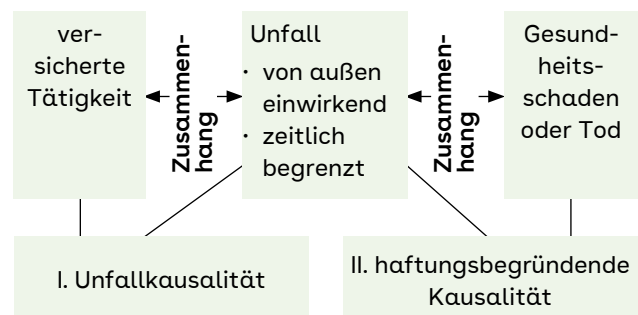
- ein Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall vorliegt (Unfallkausalität)

und

- ein Zusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschaden (haftungsbegründende Kausalität)

besteht (sog. „Doppelkausalzusammenhang“). Lesen Sie hierzu § 8 Abs. 1 SGB VII nochmals sorgfältig durch.

Die Rechtsprechung hat dies noch präzisiert, indem sie nicht irgendeinen Zusammenhang, sondern jeweils einen kausalen (also einen ursächlichen) Zusammenhang fordert. Dabei haben sich Begrifflichkeiten im Laufe der Zeit geändert.



Fortsetzung des Beispiels

Wenn Sie den Unfall von Anton Mahlig genauer unter die Lupe nehmen, kommen Sie zu folgendem Ergebnis:

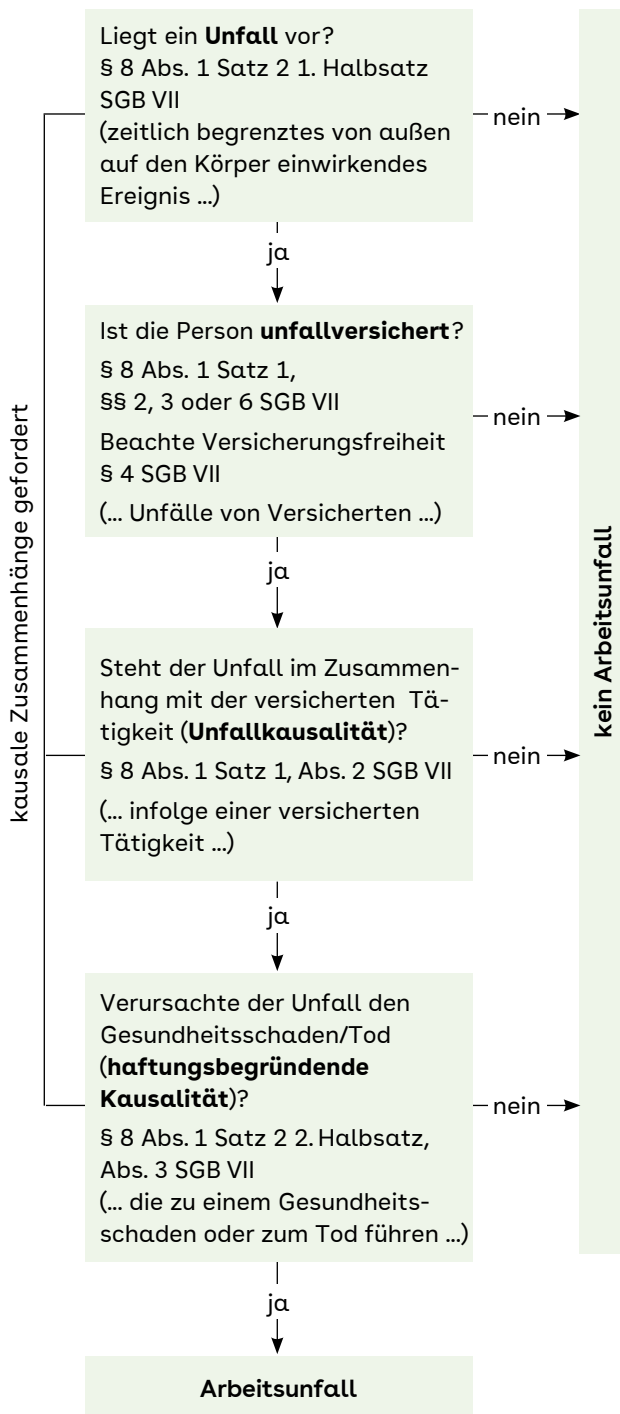
1. Der Unfall ereignete sich bei seiner versicherten Tätigkeit (Hätte er nicht umdekoriert, wäre ihm die Schaufensterpuppe nicht auf den Kopf gefallen.).
2. Genau dieser Unfall (Einwirkung der Schaufensterpuppe auf seinen Kopf) führte zum Gesundheitsschaden (der Platzwunde).

Merke

Ein Arbeitsunfall liegt nur dann vor, wenn sowohl die versicherte Tätigkeit als auch der Gesundheitsschaden in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen. Man spricht auch vom „Doppelkausalzusammenhang“.



Prüfschema Arbeitsunfall § 8 Abs.1 SGB VII

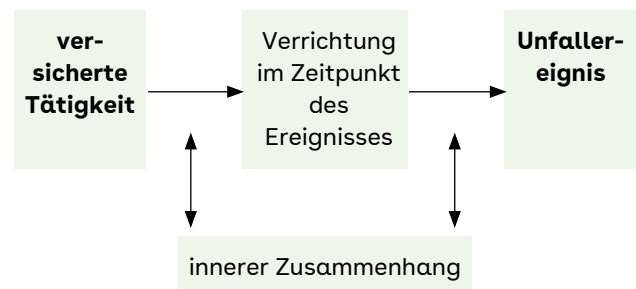


10.2 Unfallkausalität

Eine der wichtigsten Voraussetzungen bei einem Arbeitsunfall ist der Zusammenhang des Unfalls mit der versicherten Tätigkeit. In diesem Bereich gibt es die meisten Streitpunkte zwischen Kranken- und Unfallversicherung. Sie sollten deshalb wissen, dass dieser Zusammenhang in bestimmten Fällen ganz entfallen kann, nämlich dann, wenn die versicherte Tätigkeit nicht die wesentliche Ursache des Unfalls ist.

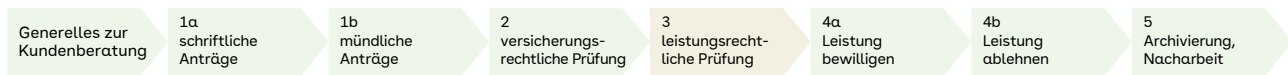
Der innere Zusammenhang bezeichnet die sachliche Verknüpfung der zum Unfall führenden Verrichtung mit der versicherten Tätigkeit und beschreibt die Zurechnung des unfallbringenden Verhaltens der versicherten Person zu dem versicherten Tätigkeitsbereich.

Die auf der vorherigen Seite skizzierte Ursachenkette ist damit um eine Position zu erweitern:



Der Versicherungsschutz erstreckt sich vor allem auf die Tätigkeiten, zu denen sich Versicherte als Arbeitnehmende verpflichtet haben, oder die auf der Grundlage dessen wesentlich dem Betrieb des Unternehmens zu dienen bestimmt sind. Davon zu unterscheiden sind Handlungen, die wesentlich dem privaten Lebensbereich zuzurechnen sind. Sie wären nicht versichert. Maßgebend ist der innere Zusammenhang zwischen der zum Unfall führenden Verrichtung und der versicherten Tätigkeit.

3 leistungsrechtliche Prüfung



Der innere Zusammenhang ist wertend zu ermitteln, indem untersucht wird, ob die Verrichtung innerhalb der Grenzen liegt, bis zu welchen der Versicherungsschutz in der Unfallversicherung reicht.

Entscheidend ist die „finale Handlungstendenz“ der versicherten Person: Seine zum Unfall führende Tätigkeit muss dem Unternehmen „zu dienen bestimmt sein“.

Die rechtliche Beurteilung einer Handlung in ihrer Ziel- und Zwecksetzung orientiert sich an der „betrieblichen Sphäre“, also aus den Rechten und Pflichten der versicherten Person im Rahmen seiner Einordnung in den Betrieb.

Es reicht, wenn

- die versicherte Person von ihrem Standpunkt aus der Auffassung sein konnte, die Tätigkeit sei geeignet, den Interessen des Unternehmens zu dienen,
- diese subjektive Meinung in den objektiv gegebenen Verhältnissen eine genügende Stütze findet.

Kein Versicherungsschutz besteht, bei

- Verrichtungen, die privaten Zwecken dienen. Dabei auftretende Gefahren sind grundsätzlich der privaten Sphäre zuzurechnen.
- Verrichtungen, die im täglichen Leben notwendig und selbstverständlich sind.

Oft lassen sich berufliche und private Verrichtungen nicht trennen. Sie nennt man „gemischte Tätigkeiten“. Versichert sind sie dann, wenn sie dem betrieblichen Zweck „wesentlich“ dienen. Die Tätigkeit braucht den betrieblichen Interessen nicht überwiegend gedient zu haben; es genügt, wenn das Handeln im Interesse der versicherten Tätigkeit nicht lediglich Nebenzweck ist.

10.2.1 Innere Ursache

§ 8 Abs. 1 SGB VII definiert den Arbeitsunfall als einen Unfall infolge der versicherten Tätigkeit. Eignet sich der Unfall aufgrund eines inneren Leidens (Krankheit), liegt kein Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit vor, denn die Ursache des Unfalls liegt im Inneren.

Innere Leiden können z.B. Schwindelanfälle, ein Kreislaufkollaps oder ein Herzinfarkt sein. Bei diesen Krankheiten vermutet man, dass kein Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit besteht. Trotzdem empfiehlt es sich in der Praxis, bei diesen Krankheiten eine genaue Prüfung vorzunehmen, wenn sie am Arbeitsplatz eingetreten sind.

Beispiel

Ein Bauarbeiter hat aufgrund einer Grippeerkrankung einen Schwindelanfall und stürzt aus fünf Meter Höhe von einem Gerüst. Er verletzt sich dadurch schwer.

Folge

Da die Betriebseinrichtung hauptsächlich Ursache für die schweren Verletzungen war, liegt trotz der inneren Ursache (Schwindelanfall) ein Arbeitsunfall vor. Hätte der Verunglückte den Schwindelanfall zu Hause bekommen, wären keine Verletzungen oder nicht so schwere eingetreten.



10.2.2 Eigenwirtschaftliche Tätigkeiten

Hiermit sind solche Arbeiten gemeint, die nur den persönlichen Interessen dienen und überhaupt nicht im betrieblichen Interesse sind. Unfallversicherungsschutz ist somit nicht gegeben.

Beispiel

Thomas Klein hat von seinem Schreinermeister die Erlaubnis bekommen, nach der Arbeitszeit seine eigenen Möbel in der Werkstatt zu schreinern. Thomas Klein ist Arbeitnehmer in diesem Betrieb. Beim Zusägen der Holzstücke für seine Möbel gerät er mit der Jacke in die Säge und hat Glück, dass sich die Säge noch rechtzeitig abschaltet. Trotzdem wird er verletzt.

Frage

Handelt es sich bei der Verletzung von Thomas Klein um einen Arbeitsunfall?

Lösung

Thomas Klein ist als Arbeiter grundsätzlich unfallversichert nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII.

Da er mit seiner Jacke beim Sägen plötzlich in die Maschine gerät und diese Säge von außen auf ihn einwirkt, liegt ein Unfall vor. Er arbeitet jedoch nur, um seine eigenen Möbel herzustellen und nicht in betrieblichem Interesse.

Demnach handelt er eigenwirtschaftlich, und es liegt keine Unfallkausalität mehr vor. Somit kann auch kein Arbeitsunfall eingetreten sein.

10.2.3 Einnahme von Mahlzeiten

Essen und Trinken sind im Allgemeinen dem persönlichen und daher dem unversicherten Lebensbereich zuzurechnen, weil die Nahrungsaufnahme für jeden Menschen Grundbedürfnis ist und somit betriebliche Belange (z.B. das betriebliche Interesse an der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmenden) regelmäßig zurücktreten.

Es gibt jedoch auch hierzu Ausnahmen, die das Vorliegen eines versicherten Arbeitsunfalls bestätigen. Muss der Arbeitnehmende, bedingt durch betriebliche Umstände (z.B. durst-erregende Einwirkungen durch starke Staubentwicklung) größere, über das normale Maß hinausgehende Flüssigkeitsmengen zu sich nehmen, wird der Kausalzusammenhang mit der versicherten Tätigkeit nicht gelöst; ein mit diesem Trinken einhergehender Unfall wäre somit als Arbeitsunfall anzuerkennen.

Wege von und zur Betriebskantine innerhalb der Betriebsstätte stehen ebenso in dem den Unfallversicherungsschutz begründenden inneren Zusammenhang mit der betrieblichen Beschäftigung wie derartige Wege, die über das Betriebsgelände hinausgehen. Unversichert ist dagegen der Bereich in der Kantine oder in der Gaststätte.



Beispiel

Sie gehen in Ihre Betriebskantine zum Essen. Beim Betreten der Kantine rutschen Sie nach ca. zwei Metern aus, stürzen und brechen sich den Arm.

Folge

Es liegt kein Arbeitsunfall vor, da Sie im Kantinenbereich nicht unfallversichert sind.

Beispiel

Sie essen an Ihrem Arbeitsplatz einen Apfel. Das Telefon klingelt plötzlich und vor Schreck beißen Sie sich auf die Zunge.

Folge

Auch dies ist kein Arbeitsunfall, denn das Essen des Apfels ist eine eigenwirtschaftliche Tätigkeit.

1. Die Betriebsleitung veranstaltet, bewilligt oder fördert sie.
2. Sie selbst ist anwesend bzw. beantragt eine Vertretung.
3. Alle Betriebsangehörigen sollen daran teilnehmen.
4. Die Veranstaltungen sollen die Betriebsgemeinschaft fördern.

Anstelle der Betriebsleitung kann auch der Betriebs- bzw. Personalrat diese Gemeinschaftsveranstaltungen planen und durchführen. Bei großen Betrieben ist es durchaus üblich, dass nur eine einzige Abteilung einen Betriebsausflug unternimmt und die Kriterien einer Gemeinschaftsveranstaltung trotzdem erfüllt sind. In solchen Fällen besteht während des Betriebsausflugs oder der Feier ein Unfallversicherungsschutz.

BSG-Urteil v. 05. 07. 2016, AZ: B2 U 19/14R

Besondere Bereiche

10.2.4 Dienstreisen

Bei Dienstreisen ist es schwierig zu unterscheiden, in welchen Fällen noch der Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit besteht und ab wann der private Bereich beginnt. D.h. eine Dienstreise steht nicht jederzeit unter Unfallversicherungsschutz.

10.2.5 Betriebliche Gemeinschaftsveranstaltungen

Betriebliche Gemeinschaftsveranstaltungen, z.B. Betriebsausflüge, Jubiläums- oder auch Weihnachtsfeiern, sind nach der Rechtsprechung des BSG versichert, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

10.2.6 Betriebssport

Betriebssport kann dann versichert sein, wenn dieser nur die betrieblichen Belastungen ausgleichen soll und nicht dem Wettkampfsport zurechnen ist. In den Firmen gibt es oft Betriebssportgruppen, die Sport entsprechend ausüben.

Die daran beteiligten Personen besitzen unter folgenden Voraussetzungen Unfallversicherungsschutz:

1. Die sportliche Betätigung muss dem Ausgleich für die körperliche, geistige oder nervliche Belastung durch die Betriebstätigkeit dienen.
2. Die Übungen müssen in einer gewissen Regelmäßigkeit stattfinden, d.h. mindestens einmal im Monat.



3. Der Teilnehmerkreis muss im Wesentlichen auf die Beschäftigten des veranstaltenden Unternehmens oder der an der gemeinsamen Durchführung des Betriebssports beteiligten Unternehmen beschränkt sein.
4. Die Übungszeiten und die jeweilige Dauer der Übungen müssen in einem dem Ausgleichszweck entsprechenden Zusammenhang mit der betrieblichen Tätigkeit stehen; auch samstags kann Betriebssport veranstaltet werden.
5. Die Übungen müssen im Rahmen einer unternehmensbezogenen Organisation stattfinden, z.B. als Betriebssportgruppe.

10.2.7 Alkohol

Sollte Alkohol die wesentliche Ursache des Unfalls sein, besteht kein Unfallversicherungsschutz. Es muss allerdings deutlich sein, dass der Alkohol die wesentliche Unfallursache war. Bei Verdacht auf Alkohol als Unfallursache können Blutproben durchgeführt werden. Bei einem Blutalkoholgehalt von 1,1 Promille wird grundsätzlich angenommen, dass der Alkoholgenuss und nicht mehr eine betriebliche Gefahr ursächlich ist (also kein Unfallversicherungsschutz).

10.2.8 Spielerei

Werden Betriebseinrichtungen zum Spielen benutzt bzw. wird auf der Betriebsstätte selbst gespielt, so besteht für diese Personen kein Unfallversicherungsschutz.

Beispiel

Ein Arbeiter stürzt in einer Lagerhalle aus einer Höhe von ca. sechs Metern auf einen Betonboden. Ursache dieses Unfalls war der Versuch, ihn an einem Haken quer durch diese Lagerhalle zu transportieren. An diesem Haken war er mit den Hosenträgern seiner Arbeitsschutzhose befestigt, die zwar besonders stark waren, aber der großen Belastung nicht standhielten.

Folge

Hier handelt es sich um eine Spielerei, die mit der versicherten Tätigkeit nicht im Zusammenhang steht. Für die Unfallfolgen besteht daher kein Unfallversicherungsschutz.

10.2.9 Verbotswidriges Handeln

Verbotswidriges Handeln schließt die Annahme eines Arbeitsunfalls nicht aus.

§ 7 Abs. 2
SGB VII

Beispiel

Ein Metallfräser arbeitet an seinem Arbeitsplatz ohne Schutzbrille. Für diesen Arbeitsplatz sehen die Unfallverhütungsvorschriften das Tragen einer Schutzbrille jedoch zwingend vor. Bei seiner Arbeit fliegt ihm ein Metallsplitter ins Auge und verletzt ihn.

Folge

Es liegt grundsätzlich ein Arbeitsunfall vor (vgl. Prüfschema Arbeitsunfall). Dieser Metallarbeiter hat bei seiner Arbeit zwar verbotswidrig gehandelt, allerdings etwas getan, das seinem Betrieb nutzt (Unfallkausalität besteht). Daher wird ein Arbeitsunfall nicht ausgeschlossen.



Seine Grenze findet verbotswidriges Handeln dort, wo eine versicherte Person sich derart sorglos und vernunftwidrig verhält, dass für den Eintritt des Unfalls nicht mehr die betriebliche Gefahr, sondern die selbst geschaffene Gefahr als rechtlich wesentliche Ursache anzusehen ist. Der Begriff der selbst geschaffenen Gefahr ist eng auszulegen.

Sollten Sie in der Praxis nach Erhalt des Unfallfragebogens Zweifel daran haben, ob im betreffenden Fall ein Arbeitsunfall vorliegt, melden Sie den Anspruch auf Ersatz der zunächst von Ihrer AOK übernommenen Kosten beim Unfallversicherungsträger an. Dieser nimmt dann von sich aus eine genaue Einzelfallprüfung vor. Bitten Sie den Kunden, einen Unfallarzt aufzusuchen.

10.3 Haftungs begründende Kausalität

10.3.1 Grundsätzliches

Die gesetzliche Unfallversicherung entschädigt nicht jeden Gesundheitsschaden, der bei einem während der beruflichen Tätigkeit geschehenden Unfall auftritt, sondern nur, wenn eine besondere Beziehung zu der betrieblichen Tätigkeit/dem Unfall gegeben ist. Eine besondere Beziehung des Gesundheitsschadens zur betrieblichen Tätigkeit wird deshalb gefordert, weil es nur dann gerechtfertigt ist, die Aufwendungen den Arbeitgebern, die die gesetzliche Unfallversicherung alleine finanzieren, aufzuerlegen. Eine besondere Beziehung zwischen einem Gesundheitsschaden und einem Unfallereignis besteht nur, wenn das Unfallereignis **rechtlich wesentliche Ursache** für den Eintritt des Gesundheitsschadens ist. Tritt ein Gesundheitsschaden nur zufällig während

der Arbeit auf oder wird er nur zufällig während der Arbeit symptomatisch oder verschlimmert sich eine Erkrankung während der Arbeit, hat dafür die gesetzliche Krankenversicherung einzutreten, die für das allgemeine Erkrankungsrisiko zuständig ist.

10.3.2 Gelegenheitsursache

Die versicherte Tätigkeit war nicht die (kausale) Ursache, sondern lediglich der Anlass für den Unfall.

Die Verletzung, die hierbei auftritt, ist nicht auf die versicherte Tätigkeit zurückzuführen, denn sie hätte sich bei jeder anderen Gelegenheit ebenfalls ereignen können.

Typische Verletzungen hierfür sind der Leistenbruch, der Schlaganfall, der Bandscheibenvorfall und der Meniskusschaden. Bei diesen Erkrankungen ist häufig schon eine Vorerkrankung vorhanden, die z.B. den Leistenbruch auslöst.

10.4 Arbeitsunfälle im weiteren Sinne

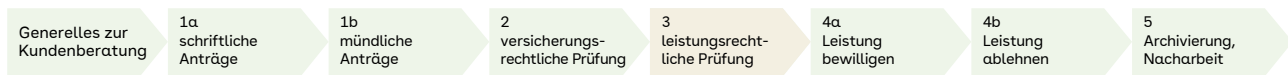
Während Arbeitsunfälle im engeren Sinne nur solche betreffen, die sich unmittelbar bei der eigentlich versicherten Tätigkeit (z.B. dem Schweißen eines Bleches) ereignen, gehen Arbeitsunfälle im weiten Sinne über diesen Rahmen hinaus.

Durch § 8 Abs. 2 SGB VII werden auch darüber hinausgehende Verrichtungen unter Versicherungsschutz gestellt. Dies gilt z.B. für den in Zusammenhang mit der Beschäftigung stehenden Weg zur Arbeit. Welche weiteren Tatbestände zu den Arbeitsunfällen im weiteren Sinne zählen, können Sie dem folgenden Schaubild entnehmen:

§ 8 Abs. 2 Nr. 1–5 SGB VII

3
leistungsrechtliche Prüfung

3
leistungsrechtliche Prüfung



10.4.1 Unfälle auf Wegen

§ 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII

Eine versicherte Tätigkeit ist auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Wegs nach und von dem Ort der Tätigkeit.

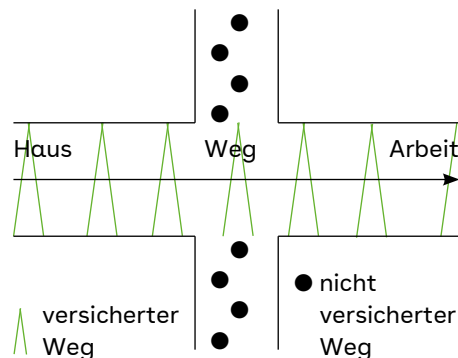
Bei allen Tätigkeiten, für die in der Unfallversicherung Versicherungsschutz besteht, ist damit auch der Weg zu und von dieser Tätigkeit versichert. Den größten Teil dieser Arbeitsunfälle machen in der Praxis diejenigen aus, die auf dem Hin- oder Rückweg zur bzw. von der Arbeit eintreten.

In der Unfallversicherung wird dabei unter Weg die Fortbewegung auf ein bestimmtes Ziel hin verstanden, d.h.

eine Betätigung, die nicht unbedingt gleichzusetzen ist mit einer bestimmten Strecke. Ziel des Wegs muss aber immer die versicherte Tätigkeit, bzw. beim Rückweg grundsätzlich die Wohnung sein.

Räumlich betrachtet umfasst dieser versicherte Weg bei Straßen grundsätzlich den gesamten Straßenraum. Es ist völlig gleichgültig, ob Sie den linken oder rechten Bürgersteig benutzen oder auf der Mitte der Fahrbahn entlanglaufen. Alle diese Wege sind versichert.

Weg (öffentlicher Verkehrsraum)



Merke

versicherter = jeder Weg von der Wohnung zur Aufnahme der versicherten Tätigkeit und zurück

Die versicherte Person kann zwischen

- dem kürzesten Weg,
- dem verkehrsgerechtesten Weg (z.B. Schnellstraße für das Auto),
- dem sichersten Weg (z.B. für ein Schulkind) und
- privaten oder öffentlichen Verkehrsmitteln wählen.



10.4.1.1 Beginn des Wegs

BSG-Urteil v. 11. 11. 1971, AZ: 2 RU 129/69

Der Hinweg zur versicherten Tätigkeit beginnt mit dem Verlassen der Außenhaustür, unabhängig davon, ob es sich um Miets- oder eigene Häuser handelt. Der Rückweg beginnt mit dem Verlassen des Betriebsgeländes.

Beispiel

Karin Beck wohnt im zehnten Stock eines Hochhauses. Sie verlässt an diesem Morgen ihre Wohnung, fährt mit dem Aufzug nach unten und rutscht beim Verlassen des Aufzugs aus. Dabei stürzt sie.

Frage

Hat sie ihren versicherten Arbeitsweg schon angetreten?

Lösung

Da Karin Beck die Außenhaustür noch nicht verlassen hat, hat sie ihren versicherten Arbeitsweg noch nicht begonnen.

Beispiel

Erik Diemer wohnt in einem Hinterhaus im zweiten Stock. Sein Arbeitsweg führt ihn die Treppen hinunter über den Innenhof zur Straße und dann weiter zu seiner Arbeit. Erik Diemer stürzt im Innenhof, da sich dort Glatteis gebildet hat.

Frage

Be fand er sich bereits auf dem versicherten Arbeitsweg?

Lösung

Es kommt nur auf das Verlassen der Außenhaustür an. Erik Diemer war also bereits auf seinem versicherten Arbeitsweg.

Der Arbeitsweg muss nicht ab der eigenen Wohnung begonnen werden. Es kann auch die Wohnung des Freundes oder der Freundin sein (dritter Ort).

BSG-Urteil v. 04. 06. 1981, AZ: 8/8a RU 64/80

10.4.1.2 Ende des Wegs

Der Arbeitsweg endet mit Erreichen des Betriebsgeländes, denn dort beginnt der Unfallversicherungsschutz, der sich unmittelbar aus der versicherten Tätigkeit ergibt (§§ 2, 3 oder 6 SGB VII)

Beispiel

Eine Krankenschwester geht zu ihrem Nachtdienst ins Stadtkrankenhaus. Um zu ihrer Station zu gelangen, muss sie den Innenhof des Krankenhauses überqueren. Dort stürzt sie.

Frage

Auf welche Vorschrift stützt sich in diesem Fall der Unfallversicherungsschutz?

Lösung

Für diese Krankenschwester besteht Unfallversicherungsschutz nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, da sie mit dem Betreten des Krankenhausesgeländes ihren Arbeitsweg beendet hat. Es liegt also ein Arbeitsunfall im „engeren Sinne“ vor (vgl. § 8 Abs. 1 SGB VII).



10.4.1.3 Unterbrechung des Wegs

Unter einer Unterbrechung des Wegs ist zu verstehen, dass jemand auf dem Weg etwas für sich selbst erledigt (eigenwirtschaftliches Handeln).

Ausnahme für Fußgänger:

Geringfügige Unterbrechungen gehören noch zu den unfallversicherten Tätigkeiten.

Eine geringfügige Unterbrechung liegt dann vor, wenn die Privathandlung nur geringe Bedeutung neben dem versicherten Weg hat. Das ist z.B. der Fall, wenn die Unterbrechung nur ca. eine bis vier Minuten dauert. Es ist allerdings immer der Einzelfall zu prüfen, sodass es auch einmal fünf oder sechs Minuten sein können.

Wichtig: Der versicherte Weg darf bei dieser Unterbrechung nicht verlassen werden.

Beispiel

Auf dem Fußweg zur Arbeit befindet sich an der Straße ein Kiosk, an dem Sie, ohne die Straße zu verlassen, eine Zeitung kaufen können.

Folge

Der Kauf dieser Zeitung ist unfallversichert.

Gleiches gilt, wenn Sie auf Ihrem Heimweg einige Minuten stehen bleiben, um mit einem guten alten Bekannten ein Treffen auszumachen. Auch hierbei sind Sie noch unfallversichert.

Beim Fußgänger, der „im Vorübergehen“ etwas erledigt, ist es nicht möglich, das Private vom Weg zu trennen. Bei anderen Verkehrsteilnehmenden ist das aber klar möglich: Mit dem Verlassen des Pkw bzw. dem Abstellen des Fahrrads, Motorrads usw. dokumentiert die Person, dass sie jetzt etwas Privates erledigt. Die Unterbrechung ist unversichert, auch wenn sie nur sehr kurze Zeit dauert und der Verkehrsraum nicht verlassen wird.

Was passiert bei längeren Unterbrechungen?

1. Unterbrechungen von bis zu zwei Stunden lösen noch nicht den Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit. Nach der nicht versicherten Unterbrechung besteht für den restlichen Heimweg von der Arbeit Unfallversicherungsschutz.

BSG-Urteil v. 09. 12. 2003, AZ: B 2 U 23/03 R

BSG-Urteil v. 28. 04. 1976, AZ: 2 RU 147/75

Beispiel

Max Ernst geht auf dem Heimweg von seiner Arbeit in die Metzgerei und kauft dort noch ein. Dieser Einkauf dauert ca. 20 Minuten. Die Metzgerei liegt an seinem gewöhnlichen Arbeitsweg.

Frage

Ist der restliche Heimweg unfallversichert?

Lösung

Der restliche Heimweg von Max Ernst ist versichert, denn die Unterbrechung war nur 20 Minuten lang und hat noch nicht den Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit gelöst.



Zu beachten ist hierbei, dass mehrere Unterbrechungen addiert werden. Insgesamt dürfen die zwei Stunden nicht überschritten werden.

Beispiel

Nena Kerbeck geht auf dem Heimweg von ihrer Arbeit zuerst in die Wäscherei und holt dort ihre Wäsche ab (30 Minuten). Anschließend geht sie einkaufen. In diesem Laden ist es sehr voll, sodass dieser Einkauf eine Stunde und 20 Minuten dauert. Sie geht auf ihrem üblichen Heimweg nach Hause.

Frage

Ist dieser restliche Heimweg unfallversichert?

Lösung

Ja, der Heimweg nach beendetem Einkauf ist unfallversichert, da die Unterbrechung insgesamt nicht mehr als zwei Stunden dauerte und damit der Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit nicht gelöst wurde.

2. Unterbrechungen über zwei Stunden lösen für den weiteren Heimweg den Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit. Es besteht kein Unfallversicherungsschutz. Im Einzelfall ist hier jedoch zu prüfen, aus welchem Grund die Unterbrechung so lange andauerte.

Beispiel

Kurt Wald ist mit seinem Mofa auf dem Heimweg, als dieses kaputt geht. Er braucht fast drei Stunden, um es zu reparieren. Danach setzt er den Heimweg fort.

Frage

Ist sein weiterer Heimweg unfallversichert?

Lösung

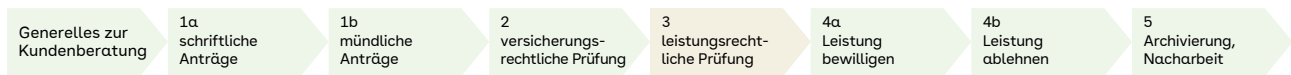
Die Unterbrechung dauerte über zwei Stunden. Trotzdem ist der Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit noch nicht gelöst, denn das einzige Ziel von Kurt Wald war es, von seiner Arbeitsstelle nach Hause zu fahren. Der fortgesetzte Heimweg ist in diesem Fall unfallversichert.

3. Wege vom und zum dritten Ort

Der Heimweg muss nicht zur eigenen Wohnung führen. Der Heimweg kann – ebenso wie der Hinweg an einem dritten Ort beginnen – an einem dritten Ort enden. Um diesen dritten Ort zu erkennen, kann man folgende Kriterien heranziehen:

- Der Aufenthalt an diesem Ort dauert länger bzw. soll länger als zwei Stunden dauern.
- Der Weg von bzw. zu diesem Ort darf grundsätzlich nicht wesentlich länger als der eigentliche Heim- bzw. Hinweg sein.

BSG-Urteil v. 05. 05. 1998, AZ: 2 RU 147/75



Beispiel

Uli Unhold arbeitet im Schichtdienst. Seine Arbeitszeit beginnt an diesem Tag um 13.00 Uhr. Da seine Waschmaschine defekt ist, beschließt er, um 10.00 Uhr zu einem Waschsalon zu fahren. Dieser Waschsalon liegt nicht an seinem üblichen Arbeitsweg. Wegen seiner mangelnden Waschsalonenerfahrung braucht Uli Unhold 2,5 Stunden zur Reinigung seiner Wäsche. Er fährt deshalb von dort direkt zu seiner Arbeitsstelle. Die Länge des Wegs entspricht seinem üblichen Arbeitsweg. Unterwegs wird er in einen Verkehrsunfall verwickelt und verletzt.

Frage

Hatte Uli Unhold einen Arbeitsunfall?

Lösung

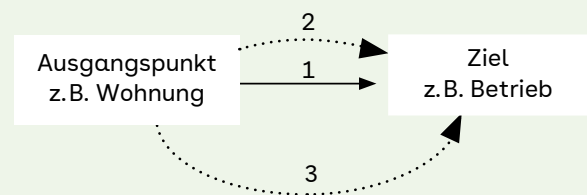
Uli Unhold hatte einen Arbeitsunfall, da er von einem dritten Ort (2,5 Std. Aufenthalt) auf dem Weg zur Arbeit war. Dieser Weg ist nach Rechtsprechung ein versicherter Weg.

Dieser gewählte Umweg ist nicht versichert, wenn zwei Kriterien erfüllt sind:

1. durch diesen Weg wird der direkte Weg erheblich verlängert und
2. dieser weitere Weg wird aus eigenwirtschaftlichen Gründen gewählt

Was unter einer erheblichen Verlängerung des Wegs zu verstehen ist, wurde von den Gerichten sehr unterschiedlich beurteilt. Es ist somit immer wieder der Einzelfall zu prüfen.

Wann liegt ein nicht versicherter Umweg vor?



versicherte Wege:

- 1 = direkter Weg
- 2 = unerhebliche Verlängerung aus eigenwirtschaftlichen Gründen (z.B. Bäckerei; Frühstückseinkauf eine Seitenstraße weiter)

nicht versicherter Umweg:

- 3 = erhebliche Verlängerung des Wegs aus eigenwirtschaftlichen Gründen (z.B. Friseurbesuch in einer 15 km entfernten Ortschaft)

10.4.1.4 Umweg

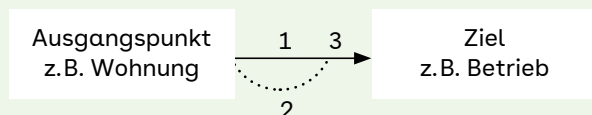
Bei einem Umweg wird zwar das Ziel, nämlich zur Arbeit zu gehen, beibehalten, aber es wird nicht der direkte Weg gewählt.

Teilumwege sind ebenfalls nicht versichert. Erst ab der Stelle, ab der der normale Arbeitsweg wieder erreicht ist, beginnt der versicherte Weg. Ab diesem Zeitpunkt wird auch erkennbar, dass die eigenwirtschaftliche Tätigkeit beendet ist und das Ziel des Wegs die versicherte Tätigkeit ist.

BSG-Urteil v. 28. 07. 1983, AZ: 2 RU 50/82



Wann liegt ein nicht versicherter Teilumweg vor?



1 = direkter Weg = versicherter Weg

2 = erhebliche Verlängerung aus eigenwirtschaftlichen Gründen (siehe Beispiel zuvor) = nicht versicherter Weg

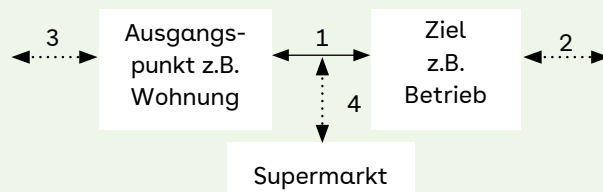
3 = Ende des Teilumwegs am üblichen (direkten) Weg = Beginn des versicherten Wegs

10.4.1.5 Abweg

Ein Abweg ist jeder Weg, der allein aus eigenwirtschaftlichen Gründen vom Ziel weg- oder über das Ziel hinausführt.

Abgrenzung zum Umweg:

- Beim Umweg wird die allgemeine Richtung zum Ziel, wenn auch mit Wegverlängerung, eingehalten.
- Beim Abweg wird die allgemeine Richtung zum Ziel verlassen, wobei eine klare örtliche Abgrenzung vom direkten Weg möglich ist. Ein Abweg ist somit gleichzeitig eine Unterbrechung.



1 = direkter Weg = Hin- und Rückweg versichert

2 = Weg über das Ziel hinaus aus eigenwirtschaftlichen Gründen (z.B. Kauf eines Getränks) = Hin- und Rückweg nicht versichert (Abweg)

3 = Weg über den Ausgangspunkt hinaus bzw. entgegengesetzt zum Ziel aus eigenwirtschaftlichen Gründen (z.B. Zeitungskauf) = Hin- und Rückweg nicht versichert (Abweg)

4 = Entfernung vom direkten Weg in eine ganz andere Richtung aus eigenwirtschaftlichen Gründen = Hin- und Rückweg nicht versichert (Abweg)

Hinweis zu 4

Der Versicherungsschutz wird sofort, d.h. ab Erkennbarkeit der eigenwirtschaftlichen Tätigkeit, unterbrochen (BSG-Urteil v. 09. 12. 2003, AZ: B 2 U 23/03 R).

10.4.2 Unfälle auf versicherten Um-/Abwegen allgemein

Wer sein eigenes, mit im Haushalt lebendes, Kind woanders unterbringt, um zur Arbeit gehen zu können, ist auf einem dafür notwendigen Um- oder Abweg versichert.

§ 8 Abs. 2
Nr. 2
Buchst. a
SGB VII

Vorausgesetzt wird allerdings, dass dieses Kind auf Pflege und Aufsicht durch andere noch angewiesen ist und dass die Eltern oder der Elternteil aufgrund der Arbeit nicht in der Lage sind/ist, sich um das Kind zu kümmern.



Versichert sind nur die Wege, die gemacht werden, um das Kind dorthin zu bringen bzw. wieder von dort zu holen.

§ 56 Abs. 2,
§ 33b SGB I,
§ 1 LPartG

Zu den Kindern gehören auch Stief- und Adoptivkinder. Den Ehegatten gleichgestellt sind Lebenspartner i. S. d. LPartG.

Beispiel

Eva Ehlers (alleinerziehende Mutter) fährt zur Arbeit. Dabei bringt sie ihr Kind zur Oma. Hierzu muss sie zunächst in die entgegengesetzte Richtung fahren.

Folge

Die hierfür notwendigen Wege sind unfallversichert.

§ 8 Abs. 2
Nr. 2
Buchst. b
SGB VII

Wer an einer Fahrgemeinschaft mit anderen Berufstätigen oder versicherten Personen teilnimmt, besitzt Unfallversicherungsschutz auch auf den Wegen, die notwendig sind, um die anderen Personen zu erreichen bzw. mitzunehmen. Es wird nicht gefordert, dass diese Fahrgemeinschaft regelmäßig besteht.

Beispiel

Ein Kollege nimmt eine Kollegin auf seinem Heimweg mit, weil diese wegen Kreislaufbeschwerden nicht mehr fahren kann. Um sie heimzubringen, muss er einen Umweg fahren.

Folge

Der Kollege ist auch auf diesem Umweg unfallversichert.

Für den Umweg aufgrund einer Fahrgemeinschaft besteht jedoch nur dann Unfallversicherungsschutz, wenn sich dieser im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit ergibt.

Beispiel

Fritz Walter hat seinen arbeitsfreien Tag. Da er jedoch in dieser Woche als Fahrer der Fahrgemeinschaft an der Reihe ist, fährt er die anderen Kollegen zur Arbeit.

Folge

Für ihn besteht kein Unfallversicherungsschutz, da er nicht zur Arbeit fährt.

10.4.3 Unfälle auf versicherten Um-/ Abwegen / besondere Dritte-Ort-Regelung für Kinder

Kinder,

- die den Weg zur/von der Tageseinrichtung (z.B. Kindergarten) oder zur/von der Schule verlassen,
- weil sie wegen der beruflichen Tätigkeit, z.B. ihrer Eltern,
- an einen anderen Ort (in fremde Obhut) gehen,

sind auf diesen Wegen versichert.

§ 8 Abs. 2
Nr. 3 SGB VII



Beispiel

Johannes Laufer geht in die dritte Klasse der Grundschule; Schulende ist um 13.00 Uhr. Da seine Eltern arbeiten, geht er nicht nach Hause, sondern zu seinem Freund Tom. Johannes wird von Toms Eltern betreut, bis ihn seine Mutter um 19.00 Uhr abholt.

Folge

Johannes Laufer ist auch auf dem Weg zu Toms Eltern versichert. Die Möglichkeit eines versicherten Umwegs oder die Dritte-Ort-Regelung braucht nicht extra geprüft zu werden. Versicherungsschutz besteht auch, wenn dieser Weg vom Ziel wegführt.

Folge

Die Wege von Stuttgart nach Hamburg und umgekehrt sind unfallversichert nach § 8 Abs. 2 Nr. 4 SGB VII.

10.4.5 Unfälle mit Arbeitsgerät

Unfallversichert ist auch das mit einer versicherten Tätigkeit zusammenhängende

§ 8 Abs. 2
Nr. 5 SGB VII

- Verwalten,
- Befördern,
- Instandhalten,
- Erneuern und
- die Erstbeschaffung

eines Arbeitsgeräts oder einer Schutzausrüstung, wenn diese auf Veranlassung des Unternehmens erfolgt.

Das Gesetz selbst bestimmt nicht, was ein Arbeitsgerät ist. Die Rechtsprechung legt diesen Begriff nach Sinn und Zweck der Vorschrift aus, d.h., ein Arbeitsgerät muss in direktem Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stehen.

Arbeitsgeräte sind beispielsweise die Kelle des Maurers, das SGB des Sozialversicherungsfachangestellten, das Schulbuch des Schülers usw.

Unfallversicherungsschutz besteht allerdings nur, wenn dieses Arbeitsgerät für die versicherte Tätigkeit gekauft, instand gehalten wird u. Ä. Sobald das Arbeitsgerät für eine private (eigenwirtschaftliche) Tätigkeit genutzt wird, besteht kein Unfallversicherungsschutz mehr.

10.4.4 Unfälle auf dem Weg von und zur Familienwohnung

§ 8 Abs. 2
Nr. 4 SGB VII

Hat sich eine versicherte Person wegen der Entfernung seiner Familienwohnung vom Arbeitsort, am Arbeitsort oder in dessen Nähe eine Wohnung genommen, ist der Weg von dieser Wohnung zu seiner Familienwohnung und zurück ebenfalls versichert.

Beispiel

Gerd Kästle ist von seiner Firma in Stuttgart eingesetzt. Er hat sich dort ein Zimmer genommen, da seine Familie in Hamburg wohnt. Jedes Wochenende fährt er von Stuttgart nach Hamburg und nach dem Wochenende wieder in die entgegengesetzte Richtung.



Unter Verwahrung des Arbeitsgeräts ist das Unterbringen dieses Geräts zu verstehen, z.B. das Verstauen der Säge in einem Schuppen. Als Beförderung eines Arbeitsgeräts gilt dessen Transport. Unter Instandhaltung fallen solche Arbeiten wie das Schärfen einer Sense, das Kettenwechseln bei einer Motorsäge, das Einfügen eines neuen Stiels in die Kelle usw.

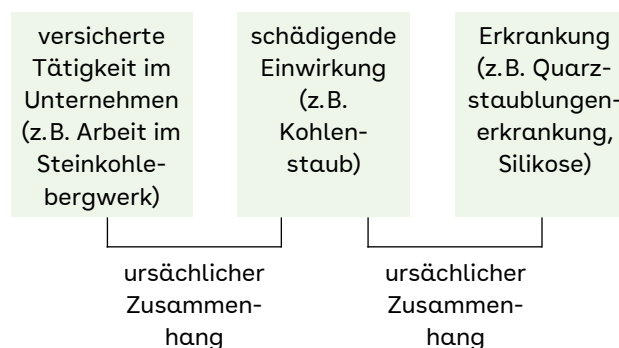
Beispiel

Klaus Schwarzkopf ist Friseur und als solcher im Friseursalon „Locke“ angestellt. Von ihm sowie von allen anderen Angestellten wird erwartet, dass sie ihre eigene Schere mitbringen. Ein erneutes Schleifen der Schere von Klaus Schwarzkopf lohnt nicht, sodass er sich eine neue kaufen will. Er sucht dafür ein Scherenfachgeschäft auf. Beim Betreten stürzt er und verletzt sich.

Folge

Klaus Schwarzkopf hatte einen Arbeitsunfall im weiteren Sinne bei der Erneuerung/Ersatzbeschaffung seines Arbeitsgeräts erlitten.

Damit eine Krankheit als Berufskrankheit bei einem Versicherten anerkannt werden kann, muss wiederum ein Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit in einem Unternehmen und der schädigenden Wirkung sowie ein Zusammenhang zur Erkrankung bestehen.



Zu den in der BKV aufgeführten Berufskrankheiten gehören z.B.:

- Erkrankungen durch Blei, Quecksilber, Arsen, Schädlingsbekämpfungsmittel
- Lärmschwerhörigkeit
- Meniskusschäden nach mehrjähriger belastender Tätigkeit
- grauer Star durch Wärmestrahlung
- Asbeststaublungenerkrankungen
- Hautkrebs, durch z.B. Ruß, Rohparaffin, Teer

Recherchieren Sie hierzu im Internet auf den Seiten der verschiedenen Berufsgenossenschaften und sehen Sie sich dabei auch die Merkblätter zu den einzelnen Berufskrankheiten an.

10.5 Berufskrankheit

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 7 Abs. 1,
§ 9 Abs. 1
SGB VII,
BKV

Eine Berufskrankheit ist ein Versicherungsfall im Sinne der Unfallversicherung. Dabei gilt jedoch: Nur anerkannte Berufskrankheiten werden von der Unfallversicherung entschädigt.

Die Bundesregierung hat eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats erlassen und darin die Krankheiten, die als Berufskrankheiten anzuerkennen sind, aufgeführt (Berufskrankheiten-Verordnung, BKV).



Krankheiten, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen während der Arbeit verursacht werden, können laufend in die BKV aufgenommen werden. Allerdings ist dieser Prozess der Anerkennung als Berufskrankheit sehr langwierig. Das zeigt z.B. die Tatsache, dass die BKV erst 1992 um Wirbelsäulenerkrankungen, besonders bei Kranken- und Altenpflegepersonal, ergänzt wurde.

§ 20c Abs. 1 Satz 3 SGB V Gerade bei schwer nachzuweisenden Zusammenhängen zwischen Arbeit und Erkrankung ist die AOK gefordert. Sie muss z.B. Berufskrankheiten bzw. erste Anzeichen dafür anhand der ihr vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen sofort dem zuständigen Unfallversicherungsträger und dem Gewerbeaufsichtsamt (die für den Arbeitsschutz zuständige Stelle) mitteilen.

Merke

Eine Berufskrankheit ist ein Versicherungsfall im Sinne der Unfallversicherung. Damit eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt wird, muss ein Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und der schädigenden Wirkung sowie zur Erkrankung bestehen.

10.6 Übungen zum Lernabschnitt 10

Übung 13

Nennen Sie drei Unfallursachen mit Beispielen, die einen Arbeitsunfall ausschließen können.

Übung 14

Hinweis

Kreuzen Sie Ihre Lösung in der Tabelle an.

Aufgabe

Liegt in folgenden Fällen ein Arbeitsunfall vor?

	ja	nein
a) Horst Mahr bereitet in der Betriebskantine ein Buffet für seinen 50. Geburtstag vor. Dabei schneidet er sich.		
b) Jens Lensen zieht sich beim Herausziehen eines Formulars aus dem Schreibtisch einen Bandscheibenvorfall zu.		
c) Sarah Quirl setzt sich mit ihrer Mittagsmahlzeit an den Tisch ihrer Kollegen in der Kantine. Dabei rutscht ihr die Suppentasse vom Tablett und Sarah Quirl verbrüht sich.		
d) Alfred Stark wird von einem Lkw, den er auf dem Firmengelände einwinklen wollte, eingequetscht, weil es ihm schwindelig wurde und er kurz stehen blieb, um sich neu zu orientieren.		



11 Hinweis auf Arbeitsunfälle

11.1 Durchgangsarztbericht

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

In der Regel sind der AOK Arbeitsunfälle durch den Bericht des Unfallarztes (Durchgangsarztes) bekannt. Der Durchgangsarzt (D-Arzt) versorgt den Verletzten bei Unfällen meist zuerst. Er hält das Ergebnis seiner Untersuchung und den vom Patienten beschriebenen Unfallhergang in einem Durchgangsarztbericht fest (vgl. Abbildungen auf den folgenden Seiten). Dieser Bericht wird an den zuständigen Unfallversicherungsträger geschickt; eine Durchschrift dieses Berichts erhält die zuständige Krankenkasse. Einige Stellen des Berichts für die Krankenkasse sind aus Datenschutzgründen geschwärzt. Nur auf Anfrage beim Unfallversicherungsträger erhält die AOK den kompletten Bericht. Neben Chirurgen, Orthopäden und den Ärzten in den Notaufnahme-Ambulanzen der Krankenhäuser, sind auch weitere bestimmte Fachärzte als D-Ärzte zugelassen, z.B. HNO-Ärzte, Haut- und Augenärzte. Diese haben spezielle D-Arzt-Berichte; der Inhalt ist jedoch größtenteils identisch.

§ 34 Abs. 1, 2
SGB VII

Die D-Ärzte sollen eine schnelle, gezielte und fachärztlich optimale Behandlung sicherstellen. Sie entscheiden aufgrund der Verletzung auch,

- ob sie einen Leichtverletzten durch den Hausarzt weiterbehandeln lassen (allgemeine Heilbehandlung) oder
- ob sie Schwerverletzte selbst weiterbehandeln (besondere Heilbehandlung).

Die Durchschriften der D-Arztberichte, H-Arztberichte und Nachschauberichte wurden früher auf dem Postweg an die zuständigen Krankenkassen versandt. Zur Reduzierung der in diesem Zusammenhang entstehenden Ver-

waltungskosten sowie zur Steigerung der Effizienz der Arbeitsabläufe auf Seiten der beteiligten Krankenkassen und Unfallversicherungsträger erfolgt die Übermittlung der genannten Berichte auf dem elektronischen Versandweg (sog. „DALE-UV-Verfahren“).

Um einen Vergleich zwischen der analogen und der digitalen Version zu haben, finden Sie auf den folgenden Seiten eine Gegenüberstellung.

11.2 Ärztliche Unfallmeldung

Es besteht jedoch nicht immer die Pflicht für einen Arbeitsunfallverletzten, zum D-Arzt zu gehen. Bei leichten Verletzungen wird in der Regel der Hausarzt aufgesucht. Deswegen wurde für diese Fälle ein vereinfachtes Verfahren eingeführt. Die ärztliche Unfallmeldung wird nur dann angewandt, wenn

- Verletzte nicht arbeitsunfähig sind,
- Verletzte voraussichtlich nicht länger als eine Woche behandelt werden und
- keine Spezialbehandlung erforderlich ist.

Der Hausarzt meldet den Arbeitsunfall auf einem speziellen Vordruck des Unfallversicherungsträgers (vgl. „Ärztliche Unfallmeldung“ auf der folgenden Seite). Die AOK erfährt in diesen Fällen grundsätzlich nicht, dass ein Unfall vorgelegen hat, da sowohl der Schriftverkehr als auch die Abrechnung einzig und direkt mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger erfolgt. Nur dann, wenn dieser den Arbeitsunfall nicht anerkennt (Ablehnungsschreiben), erfahren Sie in der Kundenberatung von dem Unfall. Die AOK erhält eine Kopie des Ablehnungsschreibens mit kurzer Begründung.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

GR v.
30. 11. 1990,
Ziff. 2.1



Ärztliche Unfallmeldung – analoge Papierversion

Durchgangsarztbericht - UV-Träger -				Lfd. Nr.	
Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am _____ Uhrzeit _____		
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum	Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)		
Beschäftigt als	Seit	Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen			
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)					
Vollständige Anschrift des Versicherten			Telefon-Nr. des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht
1 Unfalltag	Uhrzeit	Beginn der Arbeitszeit	Ende der Arbeitszeit		
		Uhr	Uhr		
2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist					
3 Verhalten des Versicherten nach dem Unfall					
4.1 Art der ersten (nicht durchgangsarztl.) Versorgung			4.2 Erstmals behandelt am _____ durch _____		
5 Befund	Verdacht auf Alkohol-, Drogen-, Medikamenteneinfluss?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche Anzeichen?	Blutentnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6 Röntgenergebnis					
7 Erstdiagnose (Änderungen/Konkretisierungen unverzüglich nachmelden)				ICD 10	
				ICPM	
				AO-Klassifikation	
8 Art der Erstversorgung (durch den D-Arzt)					
9 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die Beurteilung des Arbeitsunfalls von Bedeutung sein können					
10 Sprechen Hergang und Befund gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls? *					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____					
* Wenn ja, ist keine Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchzuführen und dem Versicherten eine Kopie des Durchgangsarztberichts auszuhändigen.					
11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____					
12 Art der Heilbehandlung					
<input type="checkbox"/> allgemeine Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> besondere Heilbehandlung		<input type="checkbox"/> es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil _____	
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt		<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär			
<input type="checkbox"/> durch mich		Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?			
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Ziffer _____			
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit			14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?		
<input type="checkbox"/> arbeitsfähig			<input type="checkbox"/> voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab: _____		
<input type="checkbox"/> arbeitsunfähig ab: _____			<input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig		
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zugezogen wird: _____		
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am _____; bei Verschlimmerung sofort.					
Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.					
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses					
Datum	Unterschrift des Durchgangsarztes		Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes		

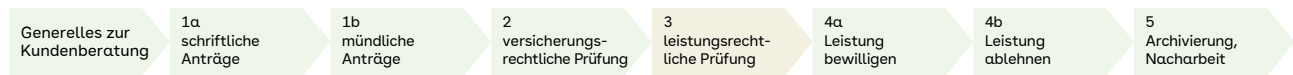
F 1000 0104 Durchgangsarztbericht

4.0 · Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten



Ärztliche Unfallmeldung				- UV-Träger -		Lfd. Nr.	
Unfallversicherungsträger				Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten			Geburtsdatum		Krankenkasse		
Beschäftigt als		Seit		Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen			
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)							
Vollständige Anschrift des Versicherten				Telefon-Nr. des Versicherten		Staatsangehörigkeit	
Unfalltag		Uhrzeit		Beginn der Arbeitszeit		Ende der Arbeitszeit	
				Uhr		Uhr	
Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt							
<input type="checkbox"/> Der Verletzte wird am _____ bei dem D-Arzt (bitte genaue Anschrift angeben) _____ vorgestellt, weil							
<input type="checkbox"/> die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt,							
<input type="checkbox"/> die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt,							
<input type="checkbox"/> die Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) erforderlich ist,							
<input type="checkbox"/> eine Wiedererkrankung an Unfallfolgen vorliegt.							
<input type="checkbox"/> Eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt besteht nicht, weil keine der oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist (nur in diesem Fall bitte weiter mit Pkt. 1).							
1. Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist							
2. Kurze Angabe des Befundes (ggf. mit Röntgenergebnis)							
3. Diagnose							
4. Ist weitere allgemeine Heilbehandlung erforderlich?							
<input type="checkbox"/> nein							
<input type="checkbox"/> ja							
<input type="checkbox"/> durch mich							
<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt (bitte genaue Anschrift angeben)							
Ort, Datum		Unterschrift		Anschrift/Stampel			
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>			
<div style="text-align: right;"> Datenschutzhinweis: Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. </div>							
F 1050 0104 Ärztliche Unfallmeldung							

4.0 · Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten



Ärztliche Unfallmeldung – digitale Form

Übersicht, Unfalldaten, Diagnosen, Angaben zur Behandlung, Notizen, Protokoll, Dokumente, Allgemeine Informationen

Übersicht Durchgangsarztberichte

DD	APG	Statusbez.	Erstelldatum	Ber.-Typ	Unfalltag	AU-Zeitraum v...	AU-Zeitraum bis	Eingangsdt.	Ausführ.-Dt.	Datenherkunft
1	abgeschl.	18.05.2020	DARE	16.04.2020	13.05.2020	22.05.2020	18.05.2020	19.05.2020	Datenträgeraus...	
2	abgeschl.	27.05.2020	VERB	16.04.2020			27.05.2020	28.05.2020	Datenträgeraus...	
3	abgeschl.	02.06.2020	VERB	16.04.2020			03.06.2020	04.06.2020	Datenträgeraus...	
4	abgeschl.	16.06.2020	VERB	16.04.2020			17.06.2020	17.06.2020	Datenträgeraus...	
5	abgeschl.	02.07.2020	VERB	16.04.2020			06.07.2020	07.07.2020	Datenträgeraus...	

Unfalldaten

Berichtstyp: DARE D-Arztbericht

Verord./BstNr.: 208902144 Chirurgische Praxisklinik / 92224 Amberg

UV-Träger: 120891053 BGHW / 68145 Mannheim

eingetroffen am: 14.05.2020 Uhrzeit: 00:00:00

Unfallbetrieb: DM

Postleitzahl: 92224 Ort: Amberg

Strasse, Nr.: [REDACTED]

Unfalltag: 16.04.2020 Uhrzeit Unfall: 09:30:00

Beginn Arb.zeit: 06:00:00 Ende Arbeitszeit: 14:00:00

Bedenken AU: 0 Kein... Ergebnis Bedenken: [REDACTED]

Begründung

arbeitsfähig: 0 Nein AU-Dauer > 3 Mon.: 0 Nein

AU-Zeitraum von: 13.05.2020 bis: 22.05.2020

Aktenzeichen IIV: [REDACTED]

Erstelldatum: 18.05.2020 Eingangsdatum: 18.05.2020

Unfallhergang

Bemerkung

Die Patientin wollte Kartons von einer Palette runter heben, dabei verdrehte sie sich den linken Ellenbogen.

Dokumente



11.3 Unfall-Fragebogen

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Bestimmte Diagnosen in Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, Krankenhaus-einweisungen usw. deuten auf einen Unfall hin (z.B. Frakturen, Rupturen). In diesen Fällen versendet die AOK grundsätzlich einen beleglesefähigen Unfallfragebogen (vgl. folgende Seiten) oder ruft beim Versicherten an, um die Ursache der Krankheit zu ermitteln.

Der vom Versicherten ausgefüllte und an die AOK zurückgegebene Unfallfragebogen wird per „Dunkelverarbeitung“ erfasst und digitalisiert. Danach wird er im Replacement entsprechend ausgewertet und ggf. weitere Schritte eingeleitet.

In Einzelfällen kann auch bei einem Vertragspartner der Sachverhalt geklärt werden. Beachten Sie in diesem Zusammenhang auch § 294a SGB V (Auskunftspflicht der Vertragsärzte, Krankenhäuser usw.).

Wissen Sie jetzt, warum dieser Lernbrief so ausführlich auf die versicherten Personen/Tätigkeiten und die Definition von Arbeitsunfällen einging? Sie sind in der Lage, Arbeitsunfälle zu erkennen, und somit einen Beitrag zum Kostenmanagement zu leisten. Sehen Sie sich den Unfallfragebogen auf den folgenden Seiten genau an. Welche Angaben „verraten“ Ihnen etwas über einen möglichen Arbeitsunfall?

Auf die sonstigen Unfälle und Ursachen gehen wir in Pkt. 17 dieses Lernbriefs noch näher ein; auch hier können Sie aktives Kostenmanagement betreiben.

11.4 Unfallmeldung des Unternehmens

Unternehmen sind verpflichtet, Arbeitsunfälle beim zuständigen Unfallversicherungsträger anzuzeigen. Hierzu gibt es einen speziellen Vor- druck (vgl. Unfallanzeige auf Seite 99). Selbstverständlich kann diese auch „online“ im Internet erfolgen. Nur so ist sichergestellt, dass die Unfallver- sicherung auch dann von Arbeitsunfäl- len erfährt, wenn Verletzte nicht zum Arzt gehen, bzw. der Arzt/die Ärztin den Arbeitsunfall nicht erkennt.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung


§§ 193, 201
SGB VII

Merke

Hinweise auf Arbeitsunfälle kön- nen sich durch folgende Quellen ergeben:

- Durchgangsarztberichte und ärztliche Unfallmeldungen
- Unfallfragebögen
- Gespräche mit Privat- und Firmenkunden





Absender

Allgemeiner Unfallfragebogen
Name: Mustermann-Mustermann, Klaus, KV-Nr.: Kxxxxxxxxx,
Hilfsmittelversorgung vom tt. mm. jj.
FB-Nr. ; 12345678901234567 11

EA-Art	/	Änd.gr.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zusatzinformationen eingeholt		
<small>Wird von Ihrer AOK ausgefüllt!</small>		

Wann hat sich der Vorfall ereignet?
 Tag: Zeit: _____ ☐ Die aktuelle Behandlung ist Folge eines früheren Unfalls

Wo genau hat sich der Vorfall ereignet? _____

Bitte beschreiben Sie mit **eigenen Worten** den Vorfall, bei dem Ihre Verletzung entstanden ist. Gehen Sie dabei bitte besonders genau auf die **Ursache** der Verletzung ein - ggf. auf einem Extrablatt.

Wer ist für die Verletzung verantwortlich (Verursacher, Tierhalter etc.)?

☐ Ich selbst (**bitte beantworten Sie trotzdem auch die restlichen Fragen**)

☐ Ein Anderer: Name, Vorname: _____
 Anschrift: _____
 Haftpflichtversicherung: _____

☐ **Der Vorfall wurde von der Polizei aufgenommen**
 Dienststelle und Aktenzeichen: _____

☐ **Es wurde ein Rechtsanwalt eingeschaltet**
 Name und Anschrift: _____

☐ **Häuslicher Unfall**, der Unfall wurde

☐ selbst verursacht ☐ durch ein defektes Haushaltsgerät verursacht

☐ **Verkehrsunfall**, beim Unfall war ich:

☐ Fußgänger ☐ Radfahrer
☐ Kraftfahrzeugführer ☐ Insasse
☐ Sonstiges _____

Kfz-Kennzeichen: _____
 Haftpflichtversicherung: _____
 Versicherungsschein-/ Schadensnummer: _____

Der Unfallgegner war:

☐ Fußgänger ☐ Radfahrer
☐ Kraftfahrzeugführer
☐ Sonstiges _____

Kfz-Kennzeichen: _____
 Haftpflichtversicherung: _____
 Versicherungsschein-/ Schadensnummer: _____



<input type="checkbox"/> Unfall als Fußgänger/Radfahrer auf Gehweg/Straße , der Gehweg/die Straße war <input type="checkbox"/> schadhaft <input type="checkbox"/> rutschig/nass/glatt <input type="checkbox"/> nicht ausreichend beleuchtet
<input type="checkbox"/> Vorfall bei der Arbeit, Kindergarten, Hort, (Hoch-) Schule, Agentur für Arbeit, in Ausübung eines Ehrenamtes, im Krankenhaus/Kurklinik o.ä. Name, Adresse des Arbeitgebers, der Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> auf dem Weg dorthin/zurück
<input type="checkbox"/> Vorfall im Senioren-/Pflegeheim
<input type="checkbox"/> Sportverletzung <input type="checkbox"/> Freizeitsport <input type="checkbox"/> Schulsport <input type="checkbox"/> Betriebssport <input type="checkbox"/> Berufssport <input type="checkbox"/> Defektes Sportgerät
<input type="checkbox"/> Unfall auf/im Grundstück/Gebäude <input type="checkbox"/> Eigene(s) Haus, Wohnung oder Grundstück <input type="checkbox"/> Haus, Wohnung oder Grundstück eines Anderen (z. B. öffentliches Gebäude) <input type="checkbox"/> Der Unfall wurde durch einen Gebäudeschaden verursacht <input type="checkbox"/> Unfall auf einer Treppe , die Treppe war: <input type="checkbox"/> Schadhafte <input type="checkbox"/> rutschig/nass/glatt <input type="checkbox"/> nicht ausreichend beleuchtet <input type="checkbox"/> ohne Geländer, aber mit fünf oder mehr Stufen
<input type="checkbox"/> Verletzung durch Tiere <input type="checkbox"/> Eigenes Tier <input type="checkbox"/> Fremdes Tier <input type="checkbox"/> Insektenstich <input type="checkbox"/> Tierhalter bekannt: _____ <small>(bitte Namen und Anschrift, ggf. Haftpflichtversicherung des Tierhalters angeben)</small> <input type="checkbox"/> Tierhalter unbekannt
<input type="checkbox"/> Verletzung durch Gewalttat oder Schlägerei, Schädiger ist <input type="checkbox"/> bekannt <small>(bitte Namen und Anschrift, ggf. Haftpflichtversicherung des Schädigers auf der Vorderseite angeben)</small> <input type="checkbox"/> unbekannt <small>[Ggf. OEG-Hinweis kassenindividuell].</small>
<p>Datenschutzhinweis (§§ 67a, b SGB X): Die Erhebung der personenbezogenen Daten ist zur Beurteilung des Leistungsanspruchs und eines evtl. Schadensersatzanspruchs notwendig (§ 284 SGB V, §§ 116 ff. SGB X). Ihre Mitwirkungspflichten ergeben sich aus §§ 60 ff. SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen (§ 66 SGB I).</p> <p>Ich versichere, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Die AOK PLUS und die behandelnden Ärzte entbinde ich von der gesetzlichen Schweigepflicht, sofern dies zur Verwirklichung von Ersatzansprüchen erforderlich ist.</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> Datum _____ </div> <div style="width: 30%;"> Unterschrift _____ <small>(ggf. des Erziehungsberechtigten)</small> </div> <div style="width: 30%;"> Tel.-Nr. und/oder E-Mail _____ <small>(freiwillige Angabe)</small> </div> </div>

4.0 · Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten



1 Name und Anschrift des Unternehmens				UNFALLANZEIGE			
3 Empfänger				2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px;"></div> </div>			
4 Name, Vorname des Versicherten				5 Geburtsdatum			
6 Straße, Hausnummer				Postleitzahl		Ort	
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeiternehmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
10 Auszubildender <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		11 Ist der Versicherte <input type="checkbox"/> Unternehmer <input type="checkbox"/> mit dem Unternehmer verwandt		<input type="checkbox"/> Ehegatte des Unternehmers <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer			
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> Wochen				13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)			
14 Tödlicher Unfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		15 Unfallzeitpunkt Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> Stunde <input type="text"/> Minute		16 Unfallort (genaue Orts- und Straßenangabe mit PLZ)			
17 Ausführliche Schilderung des Unfallherganges (Verlauf, Bezeichnung des Betriebsteils, ggf. Beteiligung von Maschinen, Anlagen, Gotahrtstollen)							
Die Angaben beruhen auf der Schilderung <input type="checkbox"/> des Versicherten <input type="checkbox"/> anderer Personen							
18 Verletzte Körperteile				19 Art der Verletzung			
20 Wer hat von dem Unfall zuerst Kenntnis genommen? (Name, Anschrift des Zeugen)						War diese Person Augenzeuge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
21 Name und Anschrift des erstbehandelnden Arztes/Krankenhauses				22 Beginn und Ende der Arbeitszeit des Versicherten <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Stunde <input type="text"/> Minute <input type="text"/></div> <div>Stunde <input type="text"/> Minute <input type="text"/></div> </div>			
23 Zum Unfallzeitpunkt beschäftigt/tätig als				24 Seit wann bei dieser Tätigkeit? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Beginn</div> <div>Ende</div> </div>			
25 In welchem Teil des Unternehmens ist der Versicherte ständig tätig?							
26 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> später, am Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Stunde <input type="text"/>							
27 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>							
28 Datum		Unternehmer/Bevollmächtigter		Betriebsrat (Personalrat)		Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)	

U 1000 0802 Unfallanzeige



12 Zuständiger Unfallversicherungsträger

Generelles zur Kundenberatung

Bislang wurde schon oft von der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG) bzw. dem zuständigen Unfallversicherungsträger gesprochen. Wer ist aber im Einzelfall zuständig?

§ 114 Abs. 1 SGB VII

Hierzu zunächst eine Übersicht. Zu den Trägern der Unfallversicherung gehören:

1. gewerblichen Berufsgenossenschaften (vgl. Anlage 1 zu § 114 SGB VII)
2. landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften
3. die Unfallversicherung Bund und Bahn
4. die Unfallkassen der Länder
5. die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden
6. die Feuerwehr-Unfallkassen
7. die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und den kommunalen Bereich

§ 121 Abs. 1 SGB VII

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind für alle Unternehmen zuständig, soweit sich nicht eine Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften oder der Unfallversicherung der öffentlichen Hand ergibt.

Die Zuständigkeit der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ergibt sich aus den §§ 123, 124 SGB VII und die Zuständigkeit der öffentlichen Hand aus § 125 SGB VII (Bund), § 128 SGB VII (Land) und § 129 SGB VII (kommunaler Bereich).

In den gewerblichen Berufsgenossenschaften sind Unternehmen von gleichartigen Gewerbezweigen zusammengeschlossen, z.B. BG Holz und Metall, BG Energie-, Textil-, Elektro-, Medienerzeugnisse. Übrigens: Für die AOK ist die Verwaltungs-BG zuständig.

Einige Berufsgenossenschaften sind wegen der großen Anzahl der Unternehmen in Bezirke gegliedert (örtliche Zuständigkeit). Das Unternehmen gehört als Mitglied dann der BG an, in deren Bereich das Unternehmen seinen Sitz hat. So gehört z.B. der Bau-Unternehmer mit Betriebssitz in Hamburg der BG BAU Bezirksverwaltung Hamburg an. Die zuständige Berufsgenossenschaft muss den Versicherten in den Unternehmen bekannt gegeben werden.

Änderungen durch das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (UVMG)“

1. Orga-Reform

In der Begründung zum o.g. Gesetzentwurf wurde einleitend festgehalten, dass die gesetzliche Unfallversicherung als ältester Zweig der Sozialversicherung der Neuausrichtung und Modernisierung bedarf. Hierbei handelt es sich vorwiegend um zentrale Änderungen im Organisationsrecht. Leistungsrechtliche Vorschriften des SGB VII waren nicht betroffen.

Bis Ende 2010 ist die Zahl von 23 gewerblichen Berufsgenossenschaften auf neun reduziert worden:

- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
- Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW)

Anlage 1 zu § 114 SGB VII

§ 130 Abs. 1 SGB VII



13 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
- Verwaltungs-Berufsgenossenschaft – Berufsgenossenschaft der Banken, Versicherungen, Verwaltungen, freien Berufe, besonderen Unternehmen, Unternehmen der keramischen und Glas-Industrie sowie Unternehmen der Straßen-, U-Bahnen und Eisenbahnen (VBG)
- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und Chemische Industrie (BG RCI)
- Berufsgenossenschaft für Verkehrswirtschaft, Post-Logistik, Telekommunikation (BG Verkehr)
- Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN)
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Im Bereich der öffentlichen Hand ist vorgesehen, möglichst eine Unfallkasse je Bundesland bzw. eine Unfallkasse auf Bundesebene zu schaffen.

2. Insolvenzgeldumlage

Seit 01. 01. 2009 wird die Insolvenzgeldumlage für die Unfallversicherungsträger von den Einzugsstellen (z.B. AOK) zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag eingezogen und arbeitstäglich an die Bundesagentur für Arbeit weitergeleitet. Die Vorschriften des SGB IV sind diesbezüglich analog anzuwenden (vgl. § 358 ff. SGB III).

Was bietet die gesetzliche Unfallversicherung? Ist der Leistungsumfang bei einem Arbeitsunfall umfassender als bei einem anderen Unfall? Schauen Sie sich § 26 SGB VII einmal genauer an und versuchen Sie, diese Vorschrift zu verstehen. Das Schaubild auf der nächsten Seite gibt Ihnen hierzu noch einmal einen Überblick.

Ferner haben Versicherte Anspruch auf Geldleistungen (z.B. Verletzengeld). Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“.

Mit den Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung sollen sowohl die Gesundheitsschäden als auch berufliche und soziale Nachteile, die sich aufgrund des Versicherungsfalls (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) ergeben, beseitigt oder gebessert, eine Verschlimmerung verhütet sowie die Folgen gemindert werden.

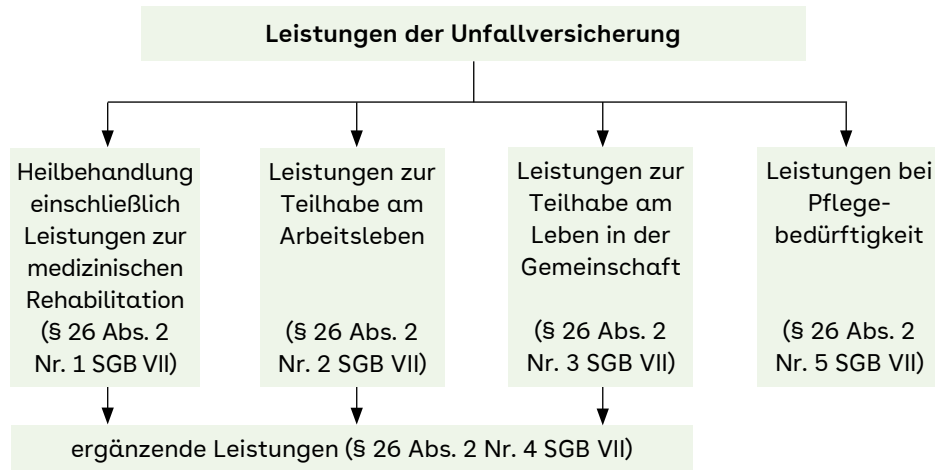
Falls trotz Heilbehandlung und Rehabilitation ein Schaden in bestimmtem Umfang zurückbleibt, der nicht mehr beseitigt werden kann, erhält der Unfallverletzte eine Rente. Der Begriff der Heilbehandlung entspricht weitgehend dem der Krankenbehandlung in der Krankenversicherung. Als AOK sind wir für die Leistungen bei Krankheit zuständig. In diesem Bereich sollten Sie daher die Leistungen der Unfallversicherung, die weitgehend mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung übereinstimmen, kennen, damit Sie unsere Kunden bei Arbeitsunfällen beraten können.

Denken Sie jedoch immer daran, dass die AOK im Falle eines vorliegenden Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit keine Sachleistungen erbringen darf!

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 26 Abs. 3,
§ 56 ff.
SGB VII

§ 11 Abs. 5
SGB V



13.1 Heilbehandlung

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Bei den Sachleistungen kennt die Unfallversicherung zwei Besonderheiten, die es bei der AOK nicht gibt:

- Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 42 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 7 und Abs. 3 SGB IX.

§ 26 Abs. 2,
§ 34 Abs. 1
SGB VII

1. Die Heilbehandlung soll mit allen geeigneten Mitteln durchgeführt werden. Hierzu sind von den Unfallversicherungsträgern ggf. Verträge mit Leistungserbringern zu schließen oder besondere Verfahren für die Heilbehandlung der Versicherten vorzusehen.

Sie haben bereits unter Pkt. 11 dieses Lernbriefs erfahren, dass es in der Unfallversicherung besondere Ärzte gibt, die geeignete Maßnahmen einleiten.

§ 28 SGB VII

§ 26 Abs. 4
Satz 2
SGB VII

2. Die Unfallversicherung kennt keine Zuzahlungen. Alle Leistungen werden grundsätzlich als Dienst- oder Sachleistungen zur Verfügung gestellt.

Diese Ärzte sollen besonders auf eine schnelle und gezielte Behandlung achten, damit Versicherte keine Schäden aufgrund von Arbeitsunfällen behalten. Auch eine zahnärztliche Behandlung kann nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten erforderlich sein.

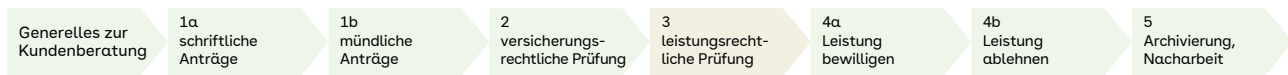
§ 27 Abs. 1
SGB VII

Die Heilbehandlung umfasst insbesondere die

- Erstversorgung,
- ärztliche Behandlung,
- zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- häusliche Krankenpflege,

Bei Arznei- und Verbandmitteln gibt es im Vergleich zur Krankenversicherung lediglich den Unterschied, dass die Unfallversicherung keine Zuzahlungen kennt. Die Regelung über die Festbeträge gilt auch in der Unfallversicherung. Wählen Unfallverletzte also z.B. ein Medikament, das teurer ist als ein vergleichbares Festbetragsarzneimittel, haben sie die Differenz zu tragen.

§ 29 SGB VII



Beispiel

Roland Mertz hatte einen Arbeitsunfall und befindet sich deshalb in ärztlicher Behandlung. Der Arzt möchte ihm ein zum Festbetrag in der Apotheke erhältliches Medikament der Marke A zum Preis in Höhe von 50 € verschreiben. Roland Mertz besteht jedoch auf das teurere Medikament der Marke B zum Preis in Höhe von 80 €.

Folge

Roland Mertz erhält das teurere Medikament zum Festbetragspreis. Zuzahlen muss er grundsätzlich nichts. Die Differenz zwischen Festbetragspreis und dem Preis des teureren Medikaments (30 €) geht jedoch zu seinen Lasten.

Zu den anderen Hilfsmitteln gehören auch die Brillen. Sollte eine verletzte Person aufgrund des Arbeitsunfalls erstmals eine Brille oder eine stärkere Brille benötigen, wird diese von der Berufsgenossenschaft bezahlt. Künftige Reparaturen, Änderungen und Erneuerungen werden ebenfalls von der Unfallversicherung übernommen.

Bei der Kostenübernahme gibt es allerdings Höchstgrenzen, die vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften festgelegt werden.

Die Berufsgenossenschaften ersetzen auch Hilfsmittel, die bei der versicherten Tätigkeit infolge eines Arbeitsunfalls beschädigt werden oder verloren gehen. Die Festbetragsregelung gilt bei diesem Ersatz des Hilfsmittels nicht – Naturalersatz!

§ 27 Abs. 2 i.V.m. § 8 Abs. 3 SGB VII, BSG-Urteil v. 20. 02. 2001, AZ: B 2 U 9/00 R

§ 30 SGB VII

Zu den Heilmitteln gehören z.B. Massagen, Fangopackungen und Sprachtherapie.

§ 31 Abs. 1 SGB VII

Aufgrund dieser Vorschrift ist es möglich, Unfallverletzte, die z.B. den Unterarm verloren haben, mit einer Unterarmprothese (Körperersatzstück) auszustatten. Zu den orthopädischen Hilfsmitteln gehört z.B. der Rollstuhl, den eine verletzte Person aufgrund einer arbeitsunfallbedingten Querschnittlähmung benötigt.

Sollten diese Körperersatzstücke oder orthopädischen Hilfsmittel bei der Benutzung abgenutzt oder beschädigt werden, sodass eine Reparatur oder ein ganz neues Körperersatzstück erforderlich ist, zahlt dies auch die Unfallversicherung. Die Kosten, die durch die Ausbildung im Umgang mit dem Körperersatzstück bzw. Hilfsmittel entstehen, übernimmt ebenfalls der Unfallversicherungsträger.

Versicherte erhalten häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn die Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann und das Ziel der Heilbehandlung nicht gefährdet wird.

Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung wird erbracht, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel anders nicht erreicht werden kann. Sie wird voll- oder teilstationär erbracht.

Gerade im Bereich der Krankenhäuser haben die Berufsgenossenschaften ein starkes Interesse an einer ganz gezielten schnellen und sachgemäßen Versorgung. Deswegen wurden berufsgenossenschaftliche Krankenhäuser, auch BG-Kliniken genannt, eingerichtet. Diese sind speziell zur Behandlung

§ 32 SGB VII

§ 33 SGB VII



von Unfallopfern gedacht und meistens Spezialkrankenhäuser mit sehr guten Ärzten.

In diese Krankenhäuser werden grundsätzlich nur Arbeitsunfallverletzte eingewiesen. Eine Ausnahme bilden lediglich die als Notfall Aufgenommenen, z.B. Sportunfallverletzte, Brandopfer.

Merke

Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechen grundsätzlich denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Unfallversicherung kennt allerdings keine Zuzahlungen.

13.2 Ergänzende Leistungen

13.2.1 Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 42 SGB VII

Ebenso wie in der Krankenversicherung gibt es auch in der Unfallversicherung die Leistung der Haushaltshilfe. Unter welchen Voraussetzungen Haushaltshilfe von der Unfallversicherung geleistet wird, können Sie im § 74 Abs. 1 bis 3 SGB IX nachlesen.

13.2.2 Reisekosten

§ 43 SGB VII
i.V.m.
§ 73 SGB IX

Reisekosten werden erbracht

- zur Ausführung der Heilbehandlung,
- im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie
- im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Reisekosten werden entweder direkt von der Unfallversicherung an den Leistungserbringer (z.B. Taxiunternehmen) gezahlt oder dem Versicherten in voller Höhe erstattet. Bei der Erstattung der Reisekosten spielt es im Gegensatz zum SGB V keine Rolle, ob es sich um Fahrten zur ambulanten oder zur stationären Behandlung handelt.

13.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Nach abgeschlossener medizinischer Rehabilitation können Versicherte häufig nicht oder nicht mehr ohne Weiteres ihre bisherige berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen. Die Unfallversicherungsträger haben deshalb mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig die Versicherten nach ihrer Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung ihrer Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Die Leistungen im Einzelnen, z.B.:

- Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes
- Berufsvorbereitung
- berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung
- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung
- Leistungen an Arbeitgeber
- Kraftfahrzeughilfe
- Wohnungshilfe

Finanziell abgesichert sind die Versicherten während der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen durch das Übergangsgeld (§ 49 SGB VII). Näheres zum Übergangsgeld erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 35 SGB VII,
§ 49 ff.
SGB IX



Der Übergangsgeldbezug führt zur Kranken- und Pflegeversicherungs-pflicht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI). Der Unfallversicherungsträger hat auch für diese Zeiten Kranken- und Pflegeversicherungsbeträge zu zahlen (§ 235 Abs. 1 SGB V, § 57 Abs. 1 SGB XI). In der Praxis wird oft von „Reha-Beträgen“ gesprochen.

13.4 Erstattung von Sachschäden

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Und noch etwas zum Thema Mehrwert-Strategie:

§ 13 SGB VII

Bestimmte Personen (z.B. Helfende, Rettende) erhalten auf Antrag Ersatz von Sachschäden. Unsere Versicherten freuen sich bestimmt über einen entsprechenden Tipp.

13.5 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 44 Abs. 1
SGB VII

Der Unfallversicherungsträger erbringt hier Leistungen zur Pflege für den Zeitraum, für den die versicherte Person wegen des Versicherungsfalls so hilflos ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (z.B. Anziehen, Waschen) in erheblichem Umfang der Hilfe bedarf.

Die Leistung des Unfallversicherungsträgers besteht für diesen Zeitraum darin, dass er entweder

- Pflegegeld zahlt,
- eine Pflegekraft stellt oder
- Heimpflege gewährt.

Da die Unfallversicherungsträger ebenso wenig wie die AOK Krankenpfleger oder -schwestern beschäfti-

gen, wird in der Praxis meist ein Pflegegeld gezahlt.

Dies wurde inzwischen auch im Gesetz verdeutlicht. Eine Pflegekraft oder Heimpflege erhält die versicherte Person nur auf Antrag.

§ 44 Abs. 5
SGB VII

Die Pflegegelder sind dynamisch; sie folgen der Entwicklung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und werden grds. zum 01. 07. eines Jahres angepasst.

§ 44 Abs. 2, 4
SGB VII

In den Fällen, in denen die Kosten für eine Pflegekraft höher sind als das Pflegegeld, kann der Unfallversicherungsträger das Pflegegeld angemessen erhöhen. Informieren Sie unsere Kunden entsprechend.

§ 44 Abs. 2
Satz 3
SGB VII

13.6 Übungen zu den Lernabschnitten 12 und 13

Übung 15

Ermitteln Sie den jeweils sachlich zuständigen Unfallversicherungsträger mit Angabe der maßgebenden Rechtsvorschriften für:

1. Beschäftigte der
 - a) AOK
 - b) Kreissparkasse
 - c) Schreinerei
 - d) Sprengmeister im Steinbruch
 - e) Metzgerei (Metzgergeselle)
2. Gymnasiasten
3. Lebensrettende
4. Reifeuntersuchungen im Zusammenhang mit Schulanfängern
5. Meldepflichtige nach dem SGB III



Übung 16

Hinweis

Formulieren Sie Ihre Lösung in vollständigen Sätzen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Welche Besonderheiten gibt es im Sachleistungsbereich der Unfallversicherung, die es in der Krankenversicherung nicht gibt und die Sie Kunden als Vorteile verkaufen können?

Übung 17

Hinweis

Formulieren Sie eine stichwortartige Lösung mit Angabe der Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Bestimmen Sie den Mindest-Leistungsumfang für die Krankenversicherung und Unfallversicherung bei folgenden Versicherungsfällen:

- a) Wegen ausgeschlagener Zähne wird erstmals Zahnersatz erforderlich.
- b) Eine Armprothese, die bei einem Unfall zerstört wurde, muss erneuert werden.

Übung 18

Sachverhalt

Jemand aus Ihrem Freundeskreis, den Sie auch als AOK-Kunden betreuen, hatte mit dem Motorrad einen schweren Arbeitsunfall (Wegeunfall). Eine Querschnittlähmung ab Hüfte abwärts ließ sich trotz optimaler Versorgung nicht verhindern. Diese Person braucht jetzt Leistungen aus der Pflegeversicherung und spricht Sie darauf an.

Hinweis

Formulieren Sie Ihre Lösung in vollständigen Sätzen mit Angabe der Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Grenzen Sie die Zuständigkeiten ab (Pflegekasse oder Unfallversicherung). Stellen Sie anschließend die grundsätzlichen Leistungen vor.



14 Leistungsabgrenzung

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 26 Abs. 1
SGB VII

Lernbeispiel 3

Ignaz Küchle ist Verwaltungsangestellter der Stadtverwaltung Nürnberg und bei der AOK versichert. Auf seinem üblichen Arbeitsweg, den er immer auf dem Fahrrad zurücklegt, wird er an diesem Morgen von einem Autofahrer angefahren. Ignaz Küchle wird dadurch verletzt. Er hat Prellungen an den Rippen und am Oberschenkel.

Es stellen sich nun folgende Fragen:

1. Hat Ignaz Küchle einen Arbeitsunfall erlitten?
2. Welche Leistungsträger könnten grundsätzlich leisten?
3. Wer ist zuständiger Leistungsträger?

Sie haben bereits in diesem Lernbrief erfahren, dass bei einem Arbeitsunfall zugleich auch immer eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung vorliegt und somit zwei Leistungsträger leisten könnten. Da bei allen Sozialleistungen der Grundsatz gilt, dass Doppelleistungen nicht bezogen werden dürfen, gibt es auch im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung klare Abgrenzungsregelungen.

§ 11 Abs. 5
SGB V

Werden Leistungen, die sowohl die Kranken- als auch die Unfallversicherung vorsieht, als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung notwendig, darf die Krankenkasse sie nicht erbringen. Hierdurch wird ganz klar die Zuständigkeit der Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen bestimmt. Selbst wenn die gesetzliche Unfallversicherung eine Leistung nicht kennt, darf die AOK nicht leisten.

Zum Lernbeispiel 3

Zu 1.

Ignaz Küchle hat einen Arbeitsunfall erlitten. Als Verwaltungsangestellter gehört er zum unfallversicherten Personenkreis nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII. Ignaz Küchle wurde angefahren und verletzt. Es lag ein Unfall im Sinne der Unfallversicherung vor, da das schädigende Ereignis von außen auf ihn einwirkte und plötzlich (zeitlich begrenzt) eintrat. Er hatte diesen Unfall nur, weil er auf dem Weg zur Arbeit und somit zu einer versicherten Tätigkeit war (Unfallkausalität ist erfüllt). Außerdem hat er durch den Unfall Prellungen an den Rippen und am Oberschenkel, sodass auch ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Verletzungen besteht (haftungsbegründende Kausalität liegt ebenfalls vor).

Zu 2.

Die Unfallversicherung kann grundsätzlich nach § 26 Abs. 1 SGB VII i.V.m. den weiteren Vorschriften leisten; die AOK kann ebenfalls grundsätzlich für ihren Kunden Ignaz Küchle leisten (§ 11 Abs. 1 SGB V).

Zu 3.

Alle Leistungen, die Ignaz Küchle aufgrund des Arbeitsunfalls in Anspruch nehmen muss, können nur vom Unfallversicherungsträger und nicht von der AOK bezahlt werden. Der Anspruch gegenüber der AOK ist aufgrund des Arbeitsunfalls ausgeschlossen (§ 11 Abs. 5 SGB V).

Da Ignaz Küchle bei der Stadtverwaltung als Angestellter beschäftigt ist, muss die Verwaltungs-BG hierfür aufkommen (§ 121 Abs. 1 i.V.m. Anlage 1 Nr. 7 zu § 114 SGB VII).

4a
Leistung
bewilligen



15 Erstattung von Leistungen der Krankenkasse

3
leistungsrechtliche Prüfung

Bis zu diesem Zeitpunkt haben wir uns immer damit beschäftigt, dass ein Arbeitsunfall vorliegt und die Unfallversicherung leistet. Es kann aber auch durchaus vorkommen, dass die AOK leistet, ohne zu wissen, dass ein Arbeitsunfall vorliegt. Sie haben anhand der Übungen zum versicherten Personenkreis und zum Arbeitsunfall selbst gesehen, wie schwierig es teilweise sein kann, Arbeitsunfälle zu erkennen. Manche Verletzte wissen gar nicht, dass sie einen Arbeitsunfall hatten. Denken Sie z.B. an einen Blutspender, der auf dem Heimweg von der Blutspende verletzt wird. Er geht mit Sicherheit zu seinem Hausarzt und lässt sich dort behandeln.

Zu beachten sind hierbei bestimmte Fristen, damit die AOK die Erstattung erhält. Außerdem gibt es Regelungen zur Verwaltungsvereinfachung. Auf diese gehen wir jedoch in diesem Lernbrief nicht näher ein.

§ 111 SGB X, ErstVfVb

Merke

Auch rückwirkend kann die Leistungsverpflichtung der AOK entfallen. Im Rahmen des Kostenmanagements müssen die irrtümlich gezahlten Beträge von der Unfallversicherung zurückerfordert werden.

Erstattungsanspruch der AOK

§ 105 Abs. 1
SGB X

Hat jedoch die AOK in der Annahme, dass sie zuständig ist, geleistet, und hat die Unfallversicherung, die von dem Arbeitsunfall noch nichts wusste, noch nicht geleistet, hat der Unfallversicherungsträger der AOK die entstandenen Leistungen zu erstatten, wenn sich herausstellt, dass ein Arbeitsunfall vorlag.

§ 105 Abs. 2
SGB X

Die Unfallversicherung erstattet der AOK höchstens Leistungen in der Höhe, die ihr auch selbst entstanden wären. Da die Leistungen der Unfallversicherung jedoch meistens umfangreicher als die der Krankenversicherung sind, erhält die AOK in der Regel in voller Höhe eine Erstattung.



16 Renten der gesetzlichen Unfallversicherung

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 56 ff.
SGB VII

Eine Verletztenrente erhält derjenige, dessen Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 % über die 26. Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) hinaus gemindert ist. Erreichen die Vorphundertsätze mehrerer Versicherungsfälle zusammen die 20 %-Marke, besteht für jeden Versicherungsfall Anspruch auf Rente. Die Höhe der Rente richtet sich nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit und dem vor dem Versicherungsfall bezogenen Verdienst. Die Renten werden in der Regel jährlich angepasst.

Sofern eine versicherte Person an den Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit verstirbt, wird an die Hinterbliebenen (Ehegatte, Kinder) eine Rente gezahlt. Daneben besteht Anspruch auf Sterbegeld und Erstattung der Überführungskosten. Die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung ruhen unter Umständen, soweit die Unfallversicherung leistet.

§ 63 ff.
SGB VII,
§ 93 SGB VI



17 Sonstige Unfälle – Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten

3
leistungsrechtliche Prüfung

Sie haben jetzt eine Menge über Arbeitsunfälle gelesen. Daneben gibt es noch eine Vielzahl anderer möglicher Unfallursachen:

z.B.

- durch Tiere verursachte Unfälle
- Schlägereien
- Verkehrsunfälle
- u. v. m.

Beispiel

Sie sind Mitarbeiterin der AOK und erfahren von folgendem Sachverhalt:

Schwerer Unfall auf der B 7

Gestern Abend kam es gegen 19.45 Uhr auf der B 7 zu einem schweren Verkehrsunfall. Der aus Erfurt kommende 23-jährige Fahrer übersah das Rotlicht einer Ampel und prallte in Höhe der Kreuzungsmitte mit dem aus Richtung Urbich kommenden Pkw zusammen. Der 35-jährige Fahrer wurde dabei schwer verletzt in das St.-Michael-Krankenhaus eingewiesen.

Stellen Sie sich vor, der 35-jährige Pkw-Fahrer wäre bei der AOK versichert. Welche Problematik wäre dann mit diesem Sachverhalt verbunden?

Zunächst einmal wird die AOK als Leistungsträger von ihrem Kunden wegen der Übernahme der Krankenhauskosten in Anspruch genommen. Unabhängig hiervon hat der haftpflichtversicherte Autofahrer dem AOK-Kunden den ihm zugefügten Schaden, also neben dem Sachschaden auch die Kosten der Krankenhausbehandlung, zu ersetzen. Es widerspräche aber dem gesunden Rechtsempfinden, wenn der

geschädigte Versicherte neben seinen Krankenkassenleistungen auch noch vollen Schadenersatz vom Schädiger erhielte und damit seine Krankenhauskosten gleich zweimal ersetzt bekäme. Ebenso wenig könnte die AOK es akzeptieren, dass der Schädiger vom Schadenersatz freigestellt sein soll, weil der Geschädigte Leistungen der AOK erhält. Deshalb ist für solche Fälle eine Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der AOK einerseits und der Schadenersatzverpflichtung des Schädigers andererseits erforderlich.

Für Sie als Mitarbeitende der „AOK – Die Gesundheitskasse.“ ist es daher wichtig zu erfahren, ob Leistungsanträge Ihrer Kunden auf einen Unfall zurückzuführen sind, der durch Dritte verursacht wurden. Um in solchen Fällen letztlich nicht die Versichertengemeinschaft mit den hieraus resultierenden Kosten zu belasten, ist eine Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der AOK und der Schadenersatzverpflichtung des Schädigers erforderlich.

Warum dies für die AOK so wichtig ist, erfahren Sie im folgenden Kapitel.

17.1 Forderungsübergang auf die AOK und Motive hierfür

Die Gesetzgebung hat die mit der Krankenversicherung zusammenhängenden Ansprüche im SGB V geregelt. Die Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der AOK und der Schadenersatzpflicht eines Dritten ist aber nicht nur für die Krankenversicherung, sondern auch für andere Träger der Sozialversicherung sowie für die Träger der Sozialhilfe und die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende von Bedeutung. Deshalb war es notwendig, hierfür eine Regelung zu

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 29 Abs. 1 SGB IV,
§ 3 SGB XII,
§ 6 SGB II,
§ 116 Abs. 10 SGB X



schaffen, die für alle Sozialleistungsträger gültig ist, und diese in einem entsprechenden Gesetz anzusiedeln.

Das Zehnte Buch des SGB bot sich dafür an, da sich dieses Sozialgesetzbuch mit Rechtsvorschriften des Sozialrechts befasst, die für alle Sozialleistungsbereiche Gültigkeit besitzen. Im SGB X wurde daher ein Kapitel geschaffen, das mit „Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten“ überschrieben ist und einen speziellen Abschnitt enthält, der die „Erstattungs- und Ersatzansprüche der Leistungsträger gegen Dritte“ regelt.

Damit ist sichergestellt worden, dass in derartigen Fällen die notwendigen Kosten von der AOK übernommen werden und dennoch die schädigende Person von seiner Schadenersatzpflicht nicht zulasten der Solidargemeinschaft der AOK-Kunden freigestellt wird. Der Grundsatz, dass derjenige, der einem anderen einen Schaden zufügt, diesen zu ersetzen hat, gilt auch dann, wenn eine Versichertengemeinschaft wie die AOK davon betroffen ist.

§ 116 Abs. 1
Satz 1
SGB X

Das Gesetz schreibt zu diesem Zweck vor, dass der privatrechtliche Schadenersatzanspruch des AOK-Kunden gegen die schädigende Person auf die AOK übergeht. Daraus folgt, dass die AOK selbst die für ihren AOK-Kunden übernommenen Krankenhauskosten von der schädigenden Person oder ihrer Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung zurückfordern wird.

Mit dieser Vorschrift soll vermieden werden, dass den geschädigten AOK-Kunden sowohl von ihrer AOK Leistungen als auch von den Schädigern Schadenersatz erhält. Sinn und Zweck dieser Regelung ist aber auch, eine

Entlastung der schädigenden Person auf Kosten der Solidargemeinschaft der AOK zu vermeiden. Im privaten Schadenersatzrecht gilt jedoch der Grundsatz, dass die ersatzpflichtige schädigende Person stets nur den eingetretenen Schaden ersetzen muss. So könnte die schädigende Person hier einwenden, dem AOK-Kunden sei ja kein Schaden entstanden; schließlich sei er krankenversichert und die AOK habe z.B. die Krankenhauskosten übernommen.

Tatsächlich sieht das private Recht vor, dass Vorteile, die ein solcher Verkehrsunfall mit sich bringt, auf den Schadenersatzanspruch angerechnet werden müssen. Dies bezeichnet man als Vorteilsausgleich: Die verletzte Person darf durch das schädigende Ereignis einerseits wirtschaftlich nicht schlechter gestellt werden als zuvor; andererseits soll sie die Schadenersatzleistung nicht bereichern. Deshalb ist bei der Ermittlung des Schadens stets zu prüfen, ob der Unfall der verletzten Person neben wirtschaftlichen Nachteilen auch wirtschaftliche Vorteile gebracht hat. So spart der AOK-Kunde während seines Krankenhausaufenthalts Ausgaben – wie Lebensmittel – ein, die er ohne das Schadenereignis von seinem Verdienst hätte kaufen müssen. In Höhe dieses Vorteils wäre die schädigende Person nicht verpflichtet, ihr die Krankenhauskosten zu ersetzen. Ein solcher Vorteil wäre auch die Versicherungsleistung der AOK, die den Schaden und damit den Schadenersatzanspruch des Geschädigten mindern würde.

Dies hätte der Gesetzgeber so belassen können. Dann aber würde sich die gesetzliche Versicherung in den Fällen, in denen die Krankheitskosten ein anderer verschuldet hat, im Ergebnis als eine Versicherung zugunsten



der schädigenden Person auswirken. Denn zunächst müsste der Versicherungsträger leisten und nur die dann bis zum vollen Schadenbetrag verbleibende Differenz ginge zulasten der schädigenden Person, weil in Höhe der erbrachten Leistungen kein Schaden mehr vorhanden wäre. Die Entlastung der schädigenden Person von seiner Schadenersatzpflicht zulasten der Solidargemeinschaft der Versicherten einer Krankenkasse wäre aber ebenso unverständlich wie eine doppelte Entschädigung der verletzten Person. Deshalb schreibt das Gesetz den Übergang der privatrechtlichen Schadenersatzansprüche auf den Sozialversicherungsträger insoweit vor, als dieser aufgrund des Schadenereignisses Sozialleistungen zu erbringen hat.

Merke

Der AOK entsteht kein eigener Schadenersatzanspruch; vielmehr gehen die privatrechtlichen Schadenersatzansprüche des geschädigten AOK-Kunden auf die Krankenkasse über.

Der Gesetzgeber hätte allerdings im Sozialgesetzbuch den Leistungsanspruch der versicherten Person für die Fälle einschränken können, in denen ein anderer den Leistungsgrund durch ein nach bürgerlichem Recht zum Schadenersatz verpflichtendes Verhalten herbeigeführt hat. Z.B. wäre dann ein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse bei einem Verkehrsunfall oder einer Schlägerei ausgeschlossen. Dies aber widerspräche sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen; so spielt es z.B. in der gesetzlichen Krankenversicherung für

die Leistungspflicht keine Rolle, auf welche Ursache eine Krankheit zurückgeht. Zudem wäre es auch nicht sinnvoll, die Versicherungsleistungen um den Schadenersatzanspruch zu mindern. Nicht selten ist die Schadenersatzpflicht dem Grunde oder der Höhe nach umstritten. Ebenso kann es vorkommen, dass die schädigende Person finanziell nicht in der Lage ist, den Schadenersatz zu leisten. In beiden Fällen bliebe die geschädigte versicherte Person zeitweise oder auf Dauer trotz seines Schadenersatzanspruchs ohne Leistungen.

Um eine gerechte Lösung zu erzielen, hat die Gesetzgebung daher folgende Regelung getroffen:

1. Die AOK stellt der versicherten Person in jedem Fall – also ohne Rücksicht auf eventuelle Schadenersatzansprüche – die entsprechenden Leistungen zur Verfügung.
2. Die schädigende Person hat – sofern und soweit sie zum Schadenersatz verpflichtet ist – der AOK die Leistungen zu ersetzen.
3. Der Schadenersatzanspruch des Geschädigten gegen den Schädiger geht in Höhe der AOK-Leistung auf diese über.

Mit dieser Regelung wird die schädigende Person weder begünstigt noch benachteiligt. Die Tatsache, dass ein Schadenersatzanspruch gegeben ist, beeinflusst den Anspruch des Versicherten aus der Sozialversicherung nicht. Umgekehrt wird die Haftungsverpflichtung des Schädigers nicht davon berührt, dass an den Verletzten Leistungen aus der Sozialversicherung zu erbringen sind. Das ist im Prinzip eine einfache und vernünftige Lösung.



17.2 Informationsquellen, welche auf mögliche Schadenersatzansprüche hindeuten

3
leistungsrechtliche Prüfung

Erbringt die AOK in den genannten Fällen Leistungen, vollzieht sich der Übergang der privatrechtlichen Schadenersatzansprüche des AOK-Kunden auf die AOK ohne den Willen der Beteiligten. Der „Forderungsübergang“ tritt also kraft Gesetzes ein, ohne dass die AOK oder der ersatzberechtigte AOK-Kunde davon Kenntnis hat. Es ist auch nicht erforderlich, dass die AOK bereits Sozialleistungen tatsächlich erbracht hat. Schließlich wird es oft vorkommen, dass die AOK Sozialleistungen erbringt, ohne von dem Forderungsübergang überhaupt etwas zu wissen.

Beispiel

Frank Meier hatte einen Verkehrsunfall. Unfallverursacher war Oskar Klein. Wegen der Unfallfolgen ist Frank Meier arbeitsunfähig. Die AOK zahlt in diesem Zusammenhang u.a. für 26 Kalendertage Krankengeld in Höhe von 1.000 € an Frank Meier.

Folge

In Höhe des Krankengeldes geht die Schadenersatzforderung des Frank Meier gegenüber Oskar Klein auf die AOK über. Hierfür ist es unerheblich, ob die AOK davon Kenntnis hat, dass Oskar Klein den Unfall verursacht hat. Ebenfalls unerheblich ist, ob Oskar Klein oder Frank Meier diesem Forderungsübergang zustimmen. Von der Schadenersatzforderung des Frank Meier gegenüber Oskar Klein gehen also 1.000 € auf die AOK über.

Wie aber kann die AOK die ihr mit dem Forderungsübergang eingeräumten Rechte wahrnehmen? Sie muss der schädigenden Person mitteilen,

- dass und
- weshalb

sie ihn wegen Leistungen, die sie für den geschädigten AOK-Kunden erbracht hat, in Anspruch nehmen will. Das kann sie aber nur, wenn sie von dem Schadensfall und der möglicherweise ersatzpflichtigen schädigenden Person **Kenntnis** erlangt hat.

Kenntnisse, dass ein Schadensfall vorliegt, hat im Allgemeinen zunächst nur die versicherte Person. Sie wird aber nicht von sich aus die AOK hierüber informieren, weil ihr nicht bekannt ist, dass auch die AOK Schadenersatzansprüche geltend machen kann.

Hier sind Sie gefordert. Sie müssen wissen, welche Angaben in welchen Leistungsunterlagen auf die Möglichkeit eines Schadenersatzanspruchs schließen lassen. Die Prüfung eines möglichen Schadenersatzanspruchs setzt im Allgemeinen zunächst die Kenntnis der Diagnose voraus. Diese erfahren Sie aus den Unterlagen, die Sie im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung erhalten, insbesondere aus den

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen,
- Krankenhauseinweisungen,
- sonstigen ärztlichen Bescheinigungen (z.B. über die Notwendigkeit eines Kranken- oder Rettungstransports) und
- Heil- und Kostenplänen.



Die genannten Vordrucke sehen Ankreuzmöglichkeiten bzw. Ankreuzverpflichtungen für den niedergelassenen Vertragsarzt/-zahnarzt vor, wenn ein Unfall Ursache für die als notwendig bescheinigte Leistung war.

Lassen Diagnose oder sonstige Hinweise in ärztlichen Bescheinigungen erkennen, dass es sich um einen Körperschaden handelt, der möglicherweise von einem anderen verursacht wurde, muss beim AOK-Kunden nachgefragt werden, wie es zu diesem Schadensfall gekommen ist. Im Allgemeinen wird dies anhand eines Unfallfragebogens oder in einem Telefongespräch mit den Kunden ermittelt.

Achten Sie unbedingt darauf, dass alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Besteht Anlass für einen Hausbesuch, kann der Unfallfragebogen in einem persönlichen Beratungsgespräch ausgefüllt werden.

In den meisten AOKs werden die ausgefüllten Unfallfragebögen zur Auswertung an die Schadenersatz-Abteilung (Replacement) weitergeleitet. Erkundigen Sie sich hierzu in Ihrer AOK in der entsprechenden Abteilung.

Beispiel

Am Samstag wurde Hans Winter bei einer Schlägerei verletzt. Der behandelnde Chirurg vermerkt auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die Diagnose „Nasenbeinbruch“.

Folge

Nach Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die AOK wird automatisch ein Unfallfragebogen ausgedruckt, der mit Hans Winter telefonisch besprochen oder ihm zugeschickt wird.

Nicht selten beruht die Schädigung auf eigenem Fehlverhalten der versicherten Person. So ist es durchaus möglich, dass im obigen Beispiel Hans Winter die Schlägerei durch sein Verhalten ausgelöst hat. Er vermutet dann möglicherweise, dass die AOK die Leistungen nicht erbringt, wenn er sein Fehlverhalten eingesteht. Damit die Beantwortung des Unfallfragebogens in solchen Fällen nicht unnötig hinausgezögert wird, sollten Kunden deshalb darauf hingewiesen werden, dass

- auch bei eigenem Verschulden die vollständigen Angaben notwendig sind und
- die Leistungspflicht der AOK dadurch grds. nicht beeinträchtigt wird.



§ 116 Abs. 9
SGB X

Die AOK benötigt die Angaben schon deshalb, weil trotz eigenen Verschuldens des Kunden noch andere (z.B. Kraftfahrende, Tierhaltende) an dem Unfall bzw. Schadensfall beteiligt gewesen sein können. In diesen Fällen ist zu prüfen, ob nicht trotz eigenen Verschuldens des AOK-Kunden eine andere am Unfall beteiligte Person zum Schadenersatz verpflichtet ist. Zu prüfen ist ferner, ob nicht bereits aufgrund von Teilungsabkommen die zuständige Haftpflichtversicherung einen Teil des Schadens ersetzen muss.

§ 60 ff. SGB I

Verweigern AOK-Kunden die erbetenen Angaben, versuchen Sie, sie durch eine gezielte Aufklärung und Beratung von der Notwendigkeit der Mitteilung zu überzeugen. Hilfreich ist der Hinweis auf die im SGB geregelten Mitwirkungspflichten des Versicherten nur dann, wenn eine Überzeugung des Versicherten auf anderem Weg nicht gelingt. Die AOK ist schließlich ein kundenorientiertes Dienstleistungsunternehmen.

Dies sollten die Kunden auch in der Korrespondenz spüren.

Versicherte, die zum Unfallhergang keine oder falsche Angaben machen, sodass die AOK ihre Leistungen von schädigenden Personen nicht zurückfordern kann, müssen der AOK die erhaltenen Leistungen erstatten. Auch hierauf sollten Sie Ihre Kunden nur dann hinweisen, wenn ihr Verhalten es erforderlich macht.

Fazit

Bei vielen Landes-AOKs werden im Rahmen der Forderungen gemäß § 116 SGB X zweistellige Millionenbeträge regressiert. Sie sehen also: Schadenersatzansprüche Ihrer Kunden zu erkennen (und weiter zu verfolgen) ist eine nicht zu verachtende „legale Einnahmequelle“. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Schadenersatz“.

BSG-Urteil v.
10. 11. 1977,
USK 77-184



18 Zusammenfassende Selbstkontrolle

1. Sachverhalt

Die Wahltarife geben der AOK die Möglichkeit, unseren Kunden ein innovatives und attraktives Produkt anzubieten und damit den Markterfolg zu erhöhen.

Aufgabe 1

Welche Ziele verfolgt die AOK mit ihren Wahltarifen?

2. Sachverhalt

Annie Flotter ist Kundin der AOK und aufgrund eines Unfalls arbeitsunfähig krank. Wegen der Unfalldiagnosen rufen Sie Annie Flotter an. In diesem Telefonat erfahren Sie, dass Annie Flotter am 07. 02. um 20.15 Uhr in einen Autounfall verwickelt war, den sie zunächst unverletzt überstand.

Sie half dann, die Verletzten aus den anderen Autos zu bergen. Dabei zeriss sie sich ihre Winterjacke, rutschte auf der glatten Fahrbahn aus, stürzte und brach sich dabei beide Handgelenke und das Nasenbein. Außerdem erlitt sie durch ihre dabei zerbrochene Brille Schnittverletzungen im Gesicht. Von Annie Flotter erfahren Sie, dass ihr behandelnder Arzt sie darauf hingewiesen hat, dass sie evtl. mit einer Versteifung des rechten Handgelenks rechnen muss. Dadurch würde es ihr unmöglich, in ihrem alten Beruf weiterzuarbeiten.

Sie bedanken sich für die Auskünfte und vereinbaren mit Annie Flotter einen Termin für ein Beratungsgespräch.

Hinweis zu Aufgabe 2.1

Es genügt der Lösungssatz mit Angabe der maßgebenden Rechtsvorschriften.

Aufgabe 2.1

Prüfen Sie, ob Annie Flotter einen Arbeitsunfall hatte.

Hinweise zu Aufgabe 2.2

Mindestinhalte des Gesprächsleitfadens sind:

- Stichworte zu jeder Gesprächsphase
- allgemeine Darstellung der Kunden-Nutzen-Argumentation und exemplarische Darstellung anhand eines Vorteils aus diesem Sachverhalt

Gehen Sie unabhängig von Ihrer Lösung zu 2.1 davon aus, dass Annie Flotter einen Arbeitsunfall hatte.

Die Angabe von Rechtsvorschriften ist nicht erforderlich.

Aufgabe 2.2

Erstellen Sie einen Gesprächsleitfaden als Hilfe für Ihr Beratungsgespräch. Zeigen Sie Annie Flotter in dem Gespräch auf, welche persönlichen Vorteile sie hat, wenn der Unfallversicherungsträger einen Arbeitsunfall anerkennt (fünf Vorteile). Schildern Sie ihr außerdem, wie sie die Anerkennung ihres Unfalls als Arbeitsunfall erreichen kann.



19 Lösungen zu den Übungen im Text

Übung 1

	Rechtsgrundlage		Rechtsnatur		Beschaffenheit	
	Regel-leistung	Mehr-leistung	Rechts-an-spruchs-leistung	Ermes-sens-leistung	Geld-leistung	Natural-(Dienst-bzw. Sach-)leistung
Zuschüsse zu den Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort (§ 23 Abs. 2 Satz 2 SGB V)		X	X ¹⁾		X	
Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25, 25a, 26 SGB V)	X		X			X
(zahn-)ärztliche Behandlung (§ 28 SGB V)	X		X			X
kieferorthopädische Behandlung (§ 29 SGB V)	X		X			X
Zahnersatz (§ 55 SGB V)	X		X			X
Arzneimittel (§ 31 SGB V)	X		X			X
häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V)	X		X		X ²⁾	X
häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 2 Satz 4, 5 SGB V)		X	X		X ²⁾	X
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 1 SGB V)	X		X		X ²⁾	X
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 2 SGB V)		X	X ¹⁾		X ²⁾	X
Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	X		X			X
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V)	X		X			X
Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit (§ 44 SGB V)	X		X		X	
Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)	X		X		X ³⁾	X
stationäre Entbindung (§ 24 f SGB V)	X		X			X
Mutterschaftsgeld (§ 24i SGB V)	X		X		X	



	Rechtsgrundlage		Rechtsnatur		Beschaffenheit	
	Regel- leistung	Mehr- leistung	Rechts- an- spruchs- leistung	Ermes- sens- leistung	Geld- leistung	Natural- (Dienst- bzw. Sach-) leistung
Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ist nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrags zur Gründung der EG und des Abkommens über dem EWR möglich, z.B. Trennung siamesischer Zwillinge in den USA (§ 18 Abs. 1, 2 SGB V)	X			X	X ³⁾	X

- 1) Wird in der jeweiligen Satzung geregelt; ist nach der AOK-Mustersatzung jedoch eine Rechtsanpruchsleistung.
- 2) Ist eine Geldleistung, wenn dem Kunden die Kosten für eine selbst beschaffte Ersatzkraft von der AOK erstattet werden.
- 3) Ist eine Geldleistung, wenn vom Kunden ausgelegte Kosten anschließend von der AOK erstattet werden.

Lösung zu 2.1

Der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V ist den Pflichtversicherten vorbehalten, weil diese Beginn und Ende der Mitgliedschaft nicht durch eigene Erklärung gegenüber der Krankenkasse beeinflussen können. Bei diesen Personen beginnt und endet die Mitgliedschaft unabhängig von ihrem eigenen Willen kraft Gesetzes. Sie sind deshalb besonders schutzbedürftig.

Bei freiwillig Versicherten bleibt die Mitgliedschaft solange bestehen, wie der Kunde es wünscht und seine Beiträge zahlt. Endet z.B. sein Beschäftigungsverhältnis, bleibt die freiwillige Mitgliedschaft davon unberührt. Sie

besteht so lange fort, bis er sie kündigt. Aus diesem Grund besteht keine Notwendigkeit, über das Ende der Mitgliedschaft hinaus einen Leistungsanspruch zu regeln. Für diese Personen gilt daher ausschließlich § 19 Abs. 1 SGB V.

Lösung zu 2.2

Nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V ruht der Leistungsanspruch für freiwillig Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Ausgenommen vom Ruhen sind Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.



Lösung zu 3

- a) Mit Beginn der versicherungsfreien Beschäftigung bzw. selbstständigen Tätigkeit wird eine Erwerbstätigkeit i.S.d. § 19 Abs. 2 SGB V ausgeübt; der nachgehende Leistungsanspruch endet am 22. 04.
- b) Am 23. 04. beginnt eine vorrangige Pflichtversicherung, aus der die Leistungen von diesem Tag an zu erbringen sind. Der nachgehende Leistungsanspruch endet am 22. 04.

Lösung zu 4.1

Alle Angehörigen haben vom 19. 05. an nachgehende Leistungsansprüche. Die Monatsfrist endet am 18. 06. Die dem Grunde nach vorliegenden Voraussetzungen für die Familienversicherung enden am 10. 06., da am 11. 06. jeweils eigene Mitgliedschaften beginnen. Die nachgehenden Leistungsansprüche enden deshalb ebenfalls am 10. 06.

Lösung zu 4.2

Wäre Frank Fiehmann freiwillig bei der AOK versichert gewesen, wäre die rechtliche Beurteilung genauso gewesen, da § 19 Abs. 3 SGB V nicht zwischen Hinterbliebenen von Pflicht- oder freiwillig Versicherten unterscheidet.

Lösung zu 5.1

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist wie das Gebot der Qualität ein wesentlicher Maßstab für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei ist der Begriff der Wirtschaftlichkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff, der vom Gesetz so beschrieben wird:

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dies bedeutet im Einzelnen:

- **Ausreichend:** Die Leistungen müssen dem Einzelfall angepasst sein, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.
- **Zweckmäßig:** Entscheidend ist, dass die Leistung für das Behandlungsziel dienlich ist.
- **Notwendig:** Die Leistung muss objektiv erforderlich sein, um im Einzelfall ausreichend und zweckmäßig zu sein. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gilt ab 01. 01. 2009 der Behandlungsbedarf der Versicherten als notwendige medizinische Versorgung. Mit der Forderung, den Behandlungserfolg durch den Einsatz geringster Mittel zu erreichen, wird eine Zweck-Mittel-Relation aufgestellt: Es sollen qualitativ minderwertige Leistungen verhindert und gleichzeitig ausufernde Kosten vermieden werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot erstreckt sich auf alle Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung, einschließlich Diagnostik und Therapie, Arzneiverordnungen, Früherkennungsmaßnahmen etc.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen den Vertragsärzten helfen, das Wirtschaftlichkeitsgebot einzuhalten. Ob Vertragsärzte sich an das Wirtschaftlichkeitsgebot halten, wird im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, einer gemeinsamen Aufgabe der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, kontrolliert. An das Wirtschaftlichkeitsgebot sind Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer gleichermaßen gebunden.



Lösung zu 5.2

1. § 2 Abs. 1, 4 SGB V
2. § 12 Abs. 1, 2 SGB V
3. § 70 Abs. 1 SGB V

Lösung zu 6.1

Der Selbstbehalttarif in der Tarifklasse 3 beginnt am 01. 06.

Lösung zu 6.2

Elke Wiesner hat keinen Anspruch auf Bonuserstattung.

Berechnung

1. Grundbonus $150 \text{ €} : 12 \times 7 = 87,50 \text{ €}$ anteilig
2. Staffelpbonus 0 €
3. Selbstbehalte
 $75 \text{ €} + 37,50 \text{ €} = 112,50 \text{ €}^*$
 max. Selbstbehalt $225 \text{ €} : 12 \times 7 = 131,25 \text{ €} > 112,50 \text{ €}$
4. Rückforderung $112,50 \text{ €} - 87,50 \text{ €} = 25 \text{ €}$ insgesamt

* Für den Arztbesuch zur Krebsfrüherkennung und Arztbesuch mit Krankenhausverordnung werden keine Selbstbehalte angerechnet.

Lösung zu 6.3

Auch wenn Elke Wiese keinen Anspruch auf Bonuserstattung hat, wird der Selbstbehalt von 25 € von ihrem Konto abgebucht.

Lösung zu 7

- Krankengeld (AU-Meldung, MD-Gutachten, etc.)
- Rehabilitation (z.B. im Reha-Antrag steht eine entsprechende Diagnose)
- Krankenhaus (wir erfahren z.B. über eine Krankenhausabrechnung von einem Herzinfarkt)
- Häusliche Krankenpflege (als Medikamentengabe wird die Insulininjektion verordnet)
- Pflegeversicherung (im Gutachten steht eine entsprechende Diagnose)
- Anträge auf Befreiung von den Zusatzleistungen (Diagnose auf der Chroniker-Bescheinigung)
- Prüfung Familienversicherung bei Behinderten (DMP-Diagnose im Gutachten)
- Hilfsmittelanträge
- Anträge auf Rehabilitations-Sport und Funktionstraining

Lösung zu 8.1

Karl Nagel ist verpflichtet, den Termin zur sozialmedizinischen Begutachtung wahrzunehmen. Die AOK kann Karl Nagel das Krankengeld ab 20. 02. versagen.

§ 62, § 66 Abs. 2 und 3 SGB I
(§ 24 SGB X)

Lösung zu 8.2

Die AOK kann das Krankengeld ab 20. 02. nachzahlen. Karl Nagel hat Anspruch auf Erstattung der Fahrkosten i.H.v. $10,20 \text{ €}$.

§ 67, § 65a SGB I



Lösung zu 8.3

Karl Nagel muss sich nicht der Wirbelsäulenoperation unterziehen. Er muss die stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchführen.

§ 63, § 65 Abs. 2 Nr. 3 SGB I

Lösung zu 9

- Die Personengruppen, die versichert sind, sind weitgehend identisch.
- Ein Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit ist meistens zugleich eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Die Leistungen stimmen fast überein.

Lösung zu 10

Die AOK ist vor Ort und kann besser den Kontakt zu Verletzten herstellen. Außerdem kann sie Berufskrankheiten wesentlich schneller erkennen.

Lösung zu 11

§ 11 Abs. 5 SGB V für die Kranken- und § 13 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI für die Pflegeversicherung schließen die AOK-Leistungen bei einem Arbeitsunfall aus. Mit diesen Kosten sollen nur die Arbeitgeber und nicht die Versichertengemeinschaft der Krankenkasse belastet werden, da es sich bei den Erkrankungen um solche handelt, die aufgrund der Arbeitsleistung in einem Unternehmen oder im Zusammenhang damit entstanden sind.

Lösung zu 12

§ 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI, § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI, § 24 Abs. 2, § 25 Abs. 1 SGB III, § 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII, §§ 7, 14 SGB IV

Nach der Rechtsprechung liegt ein Beschäftigungsverhältnis dann vor, wenn der Arbeitgeber Art, Ort, Zeit und Dauer der Beschäftigung vorgibt.

Am 01. 06. folgte Inge Scholl den Weisungen des Arbeitgebers. Sie machte sich auf den Weg zur Arbeit. Mit dem Verlassen der Haustür (eindeutiges Abgrenzungsmerkmal nach der Rechtsprechung) begann bereits die Unterwerfung unter das Weisungsrecht des Arbeitgebers und damit das Beschäftigungsverhältnis. Inge Scholl ist seit diesem Zeitpunkt unfallversichert. Die Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und die Arbeitsförderung fordern für Arbeitnehmende aber als zweite Voraussetzung das Arbeitsentgelt (zumindest den Anspruch darauf). Inge Scholl arbeitete am 01. 06. nicht. Durch eine Arbeitsleistung entstand kein Entgeltanspruch. Erst mit dem 29. 06. entsteht dieser (nach Ablauf der vierwöchigen Wartezeit zur Entgeltfortzahlung). Mit diesem Tag beginnt dann auch die Versicherungspflicht in den anderen Versicherungszweigen.

Lösung zu 13

Innere Ursache (z.B.: Kreislaufkollaps aufgrund eines niedrigen Blutdrucks), Gelegenheitsursache (z.B.: Meniskusschwäche) und eine eigenwirtschaftliche Tätigkeit (z.B. Einnahme von Mahlzeiten) schließen einen Arbeitsunfall aus.



Lösung zu 14

	ja	nein
a) Horst Mahr bereitet in der Betriebskantine ein Buffet für seinen 50. Geburtstag vor. Dabei schneidet er sich.		X ⁰
b) Jens Lensen zieht sich beim Herausziehen eines Formulars aus dem Schreibtisch einen Bandscheibenvorfall zu.		X ¹
c) Sarah Quirl setzt sich mit ihrer Mittagsmahlzeit an den Tisch ihrer Kollegen in der Kantine. Dabei rutscht ihr die Suppentasse vom Tablett und Sarah Quirl verbrüht sich.		X ⁰
d) Alfred Stark wird von einem Lkw, den er auf dem Firmengelände einwinken wollte, eingequetscht, weil es ihm schwindelig wurde und er kurz stehen blieb, um sich neu zu orientieren.	X ²	

X⁰ (eigenwirtschaftlich)

X¹ (Gelegenheitsursache)

X² (zwar innere Ursache, aber besondere betriebliche Gefahr)

Lösung zu 15

Folgender Unfallversicherungsträger ist sachlich zuständig:

1 a = Verwaltungs-BG
(§ 121 Abs. 1 SGB VII, Anlage 1 zu § 114 SGB VII)

1 b = Verwaltungs-BG
(§ 121 Abs. 1 SGB VII, Anlage 1 zu § 114 SGB VII)

1 c = BG Holz und Metall
(§ 121 Abs. 1 SGB VII, Anlage 1 zu § 114 SGB VII)

1 d = BG Rohstoffe und Chemische Industrie (§ 121 Abs. 1 SGB VII, Anlage 1 zu § 114 SGB VII)

1 e = BG Nahrungsmittel und Gastgewerbe (§ 121 Abs. 1 SGB VII, Anlage 1 zu § 114 SGB VII)

2 = Land (§ 128 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII)

3 = Land (§ 128 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII)

4 = Gemeinde, da durch diese veranlasst (§ 129 Abs. 1 Nr. 4 SGB VII)

5 = Bund (§ 125 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII)

Lösung zu 16

Vorteile für Kunden sind:

1. Die Heilbehandlung wird mit allen geeigneten Mitteln durchgeführt, d.h. z.B. auch kosmetische Operationen.

2. Die Unfallversicherung kennt keine Zuzahlungen, z.B. weder zu Arzneimitteln, noch zur Krankenhausbehandlung.

3. Die Unfallversicherung übernimmt die notwendigen Reisekosten in voller Höhe, auch zur ambulanten Behandlung.

4. Kosten für Zahnersatz werden in voller Höhe übernommen.



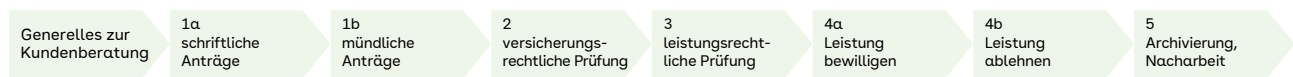
Lösung zu 17

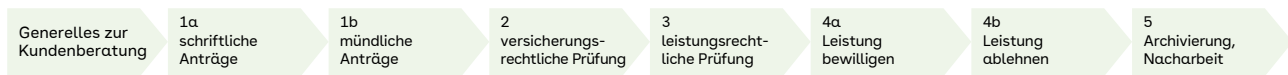
Leistung	Umfang KV	Umfang UV
a) Zahnersatz (erstmals wegen ausgeschlagener Zähne)	§§ 55, 56 SGB V Festzuschuss, mindestens 60 % der Regelversorgung	§ 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB VII Sachleistung
b) Armprothese, die bei einem Unfall zerstört wurde	§§ 33, 36, § 61 Satz 1 SGB V Sachleistung, evtl. jedoch Festbetrag und Zuzahlung von 10 % für jedes Hilfsmittel, mindestens 5 €, höchstens 10 €	§ 27 Abs. 2 i.V.m. § 8 Abs. 3, § 31 SGB VII Sachleistung, evtl. jedoch Festbetrag (§ 36 SGB V)

Lösung zu 18

Bei einem Arbeitsunfall leistet die Pflegekasse der AOK nicht (§ 13 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). Die Unfallversicherung ist vorrangig zuständiger Leistungsträger. Sie muss Pflegegeld zahlen, ggf. auch die Mehrkosten für eine Pflegekraft oder Heimpflege (§ 44 Abs. 1, 2, 5 SGB VII).

4.0 · Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten





20 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

- Mitglieder mit hohem Kündigungsrisiko und hohem Solidarbeitrag zu halten und neue Mitglieder zu gewinnen. Der Selbstbehaltsarif ist damit zugleich Kundenbindungs- und Akquiseinstrument.
- Die AOK als innovatives Unternehmen zu profilieren, das gesetzlich mögliche Gestaltungsräume unmittelbar an die Kunden weitergibt.
- Die Sicherung einer ausgewogenen Mitgliederstruktur zu erreichen und die wirtschaftliche Situation der AOK zu stabilisieren.
- Anreize für einen verantwortlichen Umgang mit Gesundheitsleistungen bei unseren Kunden zu schaffen.

Lösung zu 2.1

Annie Flotter hatte einen Arbeitsunfall (§ 8 Abs. 1, § 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchst. a SGB VII).

Lösung zu 2.2

Muster eines Gesprächsleitfadens (KIVA-Formel)

Kontaktphase:

- anknüpfen an das Telefonat, Grund des Besuchs nennen (etwas Positives für Sie tun)
- fragen nach ihrer Gesundheit
- fragen, was sie ggf. in der Zwischenzeit unternommen hat (offene Fragen)

Informationsphase:

- nochmals genau den Unfallhergang erfragen (Polizei, Zeugen usw.)
- ggf. Fragen nach der Gesundheit vertiefen (Stand der Behandlung, Besserung der Beweglichkeit des Handgelenks usw.)

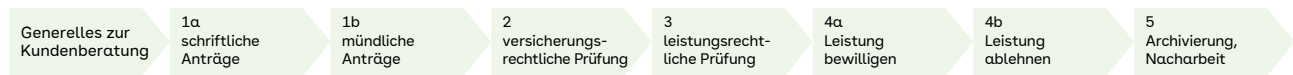
- Information einholen, ob sie ggf. schon auf die Möglichkeit eines Arbeitsunfalls hingewiesen wurde
- fragen, wie sie sich ihr weiteres Vorgehen in Bezug auf ihre Unfallfolgen vorstellt
- fragen, was die Ärzte raten (offene Fragen)

Verhandlungsphase:

- Annie Flotter davon überzeugen, dass sie ein Eigeninteresse an der Anerkennung des Arbeitsunfalls haben könnte
- Vorteile für sie mithilfe der Kunden-Nutzen-Argumentation aufzeigen:
 - höheres Verletztengeld
 - keine Zuzahlungen bei Krankengymnastik usw. wegen des Handgelenks
 - ggf. weitere Behandlung bei Spezialisten der Unfallversicherung (besondere Heilbehandlung)
 - Brille wird komplett ersetzt
 - Winterjacke wird ebenfalls im Rahmen des Schadenersatzes (Naturalersatz) bezahlt
 - ggf. Leistungen aus einer Hand, wenn es zu einer beruflichen Neuorientierung kommt
 - ggf. kosmetische Narbenbehandlung (Achtung: sehr feinfühliges Argumentation erforderlich)

Hinweis

Es waren lediglich fünf Vorteile aufzuzeigen.



Allgemeine Darstellung der Kunden-Nutzen-Argumentation:

1. allgemeinen Vorteil nennen
2. persönlichen Vorteil aufzeigen, dieser sollte motivbezogen sein
3. Kundenreaktion anregen

Beispiel für Annie Flotter:

- a) Wussten Sie, dass Sie bei einem Arbeitsunfall während der Behandlungen gar nichts zuzahlen müssen?
- b) Das bedeutet für Sie, dass Sie bei den Behandlungen, z.B. Krankengymnastik wegen Ihrer Handgelenke, keinerlei Geld zahlen. Das spart Ihnen doch einiges an Kosten (Motiv „Gewinn“ wird unterstellt).
- c) Wie finden Sie das?

Zur Anerkennung des Arbeitsunfalls ist eine nochmalige Untersuchung von einem Unfallarzt erforderlich (es lohnt sich).

Ziel: Zustimmung einholen

Abschlussphase:

- Zusammenfassen der Vorteile und der vereinbarten Vorgehensweise
- weiteren Termin vereinbaren (ggf. per Telefon), um die Ergebnisse zu erfahren
- alles Gute und vor allem gute Besserung wünschen
- Verabschieden

Hinweis

Vom Lösungsvorschlag abweichende Lösungen sind möglich.