

Vereinbarung

des GKV-Spitzenverbandes

· und

der Deutschen Rentenversicherung Bund

nach § 20 Abs. 4 SGB VI

vom 07.05.2018

Präambel

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG), das zum 30.12.2016 in Kraft getreten ist, verpflichtet den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Rentenversicherung Bund, nach § 20 Absatz 4 SGB VI eine Vereinbarung zu schließen.

Ziel der Vereinbarung ist es festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte einen Anspruch auf Übergangsgeld nach dieser Vereinbarung haben, wenn sie neben einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V auch ambulante Leistungen zur Prävention nach § 14 SGB VI und Leistungen zur Nachsorge nach § 17 SGB VI der Rentenversicherung in einem zeitlich geringen Umfang erhalten.

Die Vereinbarung regelt in diesem Zusammenhang die entsprechenden Verwaltungsverfahren

- zur Leistungsgewährung an die Versicherten sowie
- zur Erstattung zwischen den Trägern der Deutschen Rentenversicherung und den Krankenkassen.

Durch die Vereinbarung werden die Träger der Renten- und Krankenversicherung unmittelbar gebunden.

Von dieser Vereinbarung werden ganztägig ambulante und stationäre Leistungen nicht erfasst, da Versicherte in diesem Zusammenhang bei Erfüllung aller Voraussetzungen ohnehin einen Anspruch auf Übergangsgeld besitzen.

§ 1 Allgemeiner Grundsatz

Die leistungsrechtliche Entscheidung, ob und in welchem Umfang ambulante Leistungen zur Nachsorge bzw. zur Prävention zu gewähren sind, obliegt hierbei ausschließlich der gesetzlichen Rentenversicherung.

§ 2 Grundsätze bei ambulanten Leistungen zur Nachsorge

- (1) Grundsätzlich müssen folgende Voraussetzungen für einen Übergangsgeldanspruch gegenüber der Rentenversicherung im Zusammenhang mit ambulanten Leistungen zur Nachsorge in einem zeitlich geringen Umfang vorliegen:
 - Nach der Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (ambulant oder stationär) besteht Arbeitsunfähigkeit.
 - Die ambulante Nachsorge wird nach dem Ende der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen. Dabei muss der Versicherte innerhalb von

drei Monaten an mindestens einer Behandlungseinheit teilgenommen haben.

- Vom Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bis zum Zeitpunkt der ersten Teilnahme an der Nachsorgeleistung besteht durchgehend Arbeitsunfähigkeit.
- (2) Die Empfehlung von Leistungen zur Nachsorge zu Lasten der Rentenversicherung erfolgt regelmäßig durch die Rehabilitationseinrichtung in dem Entlassungsbericht.¹

§ 3 Grundsätze bei ambulanten Leistungen zur Prävention

- (1) Auch für Versicherte, die Leistungen zur Prävention durch die Rentenversicherung erhalten, besteht ein grundsätzlicher Anspruch auf Übergangsgeld. Aufgrund der aktuellen Ausrichtung der ambulanten Phasen der Leistungen zur Prävention ist regelmäßig nicht von einem Zusammentreffen von Übergangsgeld mit Krankengeld nach § 44 SGB V auszugehen.
- (2) Sofern sich die Ausrichtung der ambulanten Phasen der Leistungen zur Prävention ändert und ein Zusammentreffen von Übergangsgeld der Rentenversicherung mit Krankengeld nach § 44 SGB V nicht mehr ausgeschlossen werden kann, ist die Vereinbarung entsprechend anzupassen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund informiert den GKV-Spitzenverband über insoweit relevante Weiterentwicklungen der Leistungen zur Prävention auf Seiten der Rentenversicherung.

§ 4 Einvernehmen der Vereinbarungspartner

Zwischen den Beteiligten besteht Einvernehmen, dass durch die Vereinbarung keine individuellen Ansprüche einzelner Versicherter auf Zahlung von Übergangsgeld bei Teilnahme an Leistungen nach § 2 begründet werden sollen. Durch die Vereinbarung soll ein finanzieller Ausgleich dafür geschaffen werden, dass für Versicherte während einer Teilnahme an einer der in § 2 genannten Leistungen weiter Krankengeld gezahlt wird. Dieser finanzielle Ausgleich erfolgt im Einvernehmen der Vereinbarungspartner in Form einer Pauschale pro Fall (vgl. § 6), um für die Versicherten einen Leistungsträgerwechsel zu vermeiden und um zusätzliche Bürokratieaufwände zu verhindern.

¹ Auf Aussagen zu möglichen Inhalten der Entlassmitteilung wird im Rahmen dieser Vereinbarung verzichtet, da dies aktuell Gegenstand von gesonderten datenschutzrechtlichen Beratungen ist.

§ 5 Zahlung von Krankengeld und Erstattung durch die Rentenversicherungsträger

- (1) Die Krankenkassen gewähren für die Dauer der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation auch bei Durchführung einer ambulanten Leistung zur Nachsorge in zeitlich geringem Umfang fortlaufend Krankengeld nach § 44 SGB V. Dies gilt nicht, sofern eine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers aufgrund anderer Leistungen zur Zahlung von Übergangsgeld gegeben ist (z.B. stufenweise Wiedereingliederung) oder nicht alle weiteren Anspruchsvoraussetzungen für den Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V erfüllt sind.
- (2) Die Rentenversicherungsträger erstatten den Krankenkassen für jeden von § 2 betroffenen Fall Übergangsgeld in Höhe einer Pauschale.

§ 6 Erstattungsverfahren zwischen den Trägern der gesetzlichen Renten- und der gesetzlichen Krankenversicherung

- (1) Die Höhe der in § 5 Abs. 2 erwähnten Pauschale je Fall beträgt das 5-fache des durchschnittlichen täglichen Brutto-Krankengeldes eines Versicherten. Diese Pauschale orientiert sich an dem Umstand, dass entsprechende Nachsorgeleistungen in einem geringen zeitlichen Umfang stattfinden, d. h. Versicherte während der Teilnahme nicht ganztägig im Sinne eines regulären Arbeitstages zeitlich eingebunden werden, sowie daran, dass nicht alle Betroffenen nach einer Leistung durchgehend arbeitsunfähig bleiben bzw. diese grundsätzlich auch nicht alle ihnen zustehenden Nachsorgeleistungen in Anspruch nehmen.
- (2) Für die Erstattung ist die Pauschale kassenartenbezogen zu ermitteln, wobei das durchschnittliche Brutto-Krankengeld der jeweiligen Kassenart zu berücksichtigen ist. In der Pauschale sind zudem die auf das Krankengeld entfallenden Trägeranteile an den Sozialversicherungsbeiträgen abzubilden.
- (3) Die Berechnung der pauschalen Erstattungssätze für ein Kalenderjahr erfolgt auf der Grundlage der im Folgejahr vorliegenden statistischen Werte. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Rentenversicherung Bund prüfen jeweils bis zum Ende des 3. Quartals eines Kalenderjahres in beiderseitigem Einvernehmen die ermittelten Werte auf Plausibilität (Jahresgespräch).
- (4) Die Deutsche Rentenversicherung Bund erhebt über die Rentenversicherungsträger jeweils zum Jahresgespräch die fallbezogene² Anzahl der Versicherten, die im vorhergehenden Kalenderjahr eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation arbeitsunfähig beendet und mindestens innerhalb von drei Monaten eine Behandlungseinheit von

² Die Anzahl richtet sich nach den durchgeführten Leistungen im jeweiligen Kalenderjahr im Sinne des § 2.

Leistungen zur ambulanten Nachsorge mit zeitlich geringem Umfang während des Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen haben. Die Gesamtanzahl ist auf Basis der vorliegenden DEÜV-Meldungen nach der Zugehörigkeit zur Kassenart zu unterteilen.

- (5) Der GKV-Spitzenverband ermittelt zum Jahresgespräch auf Basis der vorliegenden amtlichen Statistiken die Höhe der für jede Kassenart durchschnittlichen Krankengeldkosten je Kalendertag. Die Durchschnittswerte werden hierbei wie folgt ermittelt:
 - Höhe der Gesamtausgaben für Krankengeld im zu beurteilenden Kalenderjahr je Kassenart (Schlüssel 04700 der amtlichen Statistik (KJ 1)) dividiert durch
 - die Krankengeldtage je Kassenart (Schlüssel 02999 der amtlichen Statistik zu den Leistungsfällen und -tagen (KG 2)).
- (6) Die Höhe der Beitragsanteile wird pauschal auf Basis der Gesamtpauschalen je Kassenart ermittelt. Hierzu wird die Gesamtpauschale zunächst auf ein fiktives Gesamtbrutto hochgerechnet, indem die Pauschale mit dem Faktor 1,7 multipliziert wird. 80 % des so ermittelten Wertes ergeben die fiktive Beitragsbemessungsgrundlage, welche mit 65 % des im zu beurteilenden Kalenderjahr geltenden Gesamtsozialversicherungsbeitragsatzes³ abzüglich des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung zu multiplizieren ist. Hieraus ergibt sich der Hinzurechnungsbetrag (auf das Krankengeld entfallende Trägeranteile an den Sozialversicherungsbeiträgen) zur Erstattungspauschale.
- (7) Die für jede Kassenart ermittelten Gesamtpauschalen sind zu einer Gesamtpauschale kumuliert von den Trägern der Rentenversicherung an den GKV-Spitzenverband, unter Beifügung einer Aufstellung über die fallbezogene⁴ Anzahl der Versicherten je Krankenkasse, zu überweisen, welcher die Verteilung an die Krankenkassen innerhalb der Kassenart sicherstellt. Die Erstattung der Pauschalen erfolgt unverzüglich nach Abschluss des Abstimmungsverfahrens (Absatz 4). Mit diesen Pauschalen sind sämtliche im Einzelfall entstandenen Aufwendungen abgegolten. Aufgrund von notwendigen Korrekturen veränderte Gesamtpauschalen sind mit den Gesamtpauschalen im Folgejahr zu verrechnen.

§ 7 Datenschutz

Die geltenden Datenschutzbestimmungen sind zu beachten.

³ Jährliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales über den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz

⁴ Siehe Fußnote 2.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Partner der Vereinbarung unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 9 Inkrafttreten

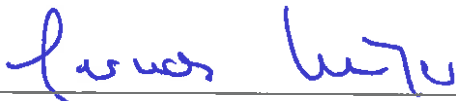
Diese Vereinbarung tritt rückwirkend zum 01.01.2017 in Kraft.

§ 10 Kündigungsrecht

Die Vereinbarung kann zum Jahresende mit einer Frist von sechs Monaten in Schriftform gekündigt werden. Für die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung kann dies jeweils nur einheitlich erfolgen.

Berlin, den 22.05.2018

Berlin, den



GKV-Spitzenverband



Deutsche Rentenversicherung Bund

Protokollnotiz:

Die Vereinbarungspartner stimmen darin überein, dass die Vereinbarung aufgrund gewonnener Erfahrungen und vorliegender neuer Erkenntnisse auch ohne Kündigung im Einvernehmen angepasst werden kann.