

DGUV, Mittelstr. 51, 10117 Berlin

Rundschreiben DGUV

An die Mitglieder der Deutschen Gesetzlichen  
Unfallversicherung

## **Rundschreiben - 0088/2013 vom 01.03.2013**

Betreff:

Niederschrift über die Besprechung KV/UV am 6. November 2012

DOK:

720/057

Sachgebiet(e):

Reha

Ansprechpartner:

Otmar Lenz

030 288763865

030 288763860

otmar.lenz@dguv.de

Freigabe durch:

Joachim Breuer

**Zusammenfassung: Die Niederschrift über die Besprechung KV/UV am 6. November 2012 wird bekanntgegeben.**

720/057

Am 06. November 2012 fand eine Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger statt. Die zwischenzeitlich abgestimmte Niederschrift ist als **Anlage** beigefügt.

Auf folgende Punkte möchten wir besonders hinweisen:

**Zu TOP 1 - § 47 SGB VII – Höhe des Verletztengeldes**

Für die Berücksichtigung der lohnsteuerfreien Sonntags-, Feiertags- und Nachtzuschläge besteht nicht das Erfordernis der Regelmäßigkeit (Zahlung in den letzten drei Monaten). Sofern sich aus der Entgeltbescheinigung ein festes Monatsgehalt ergibt, berechnen die Krankenkassen das Verletztengeld nach der VV Generalauftrag Verletztengeld aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der ggf. gezahlten lohnsteuerfreien Zuschläge.

**Zu TOP 2 - § 111 SGB X - Ausschlussfrist**

Auf Wunsch der Krankenkassen wird darauf hingewiesen, dass die einem unzuständigen UV-Träger zugegangene Anmeldung eines Erstattungsanspruchs im Sinne des § 111 SGB X an den zuständigen UV-Träger weitergeleitet wird und zeitgleich die Krankenkasse über die Weiterleitung informiert wird, damit sie erneut einen Erstattungsanspruch anmelden kann.

**Zu TOP 3 - § 111 Satz 2 SGB X – Ausschlussfrist**

Aufgrund diverser Streitigkeiten zwischen UV-Trägern und Krankenkassen zur Anwendung des § 111 Satz 2 SGB X wird auf das Rundschreiben 0378/2011 vom 5.09.2011 nochmals hingewiesen.

**Zu TOP 6 – VV Generalauftrag Verletztengeld**

Einzelne Krankenkassen beanstanden, dass sie von Unfallversicherungsträgern aufgefordert werden, die Zahlung von Verletztengeld nach der VV Generalauftrag einzustellen und Krankengeld auszuführen, obwohl ein Heilverfahren zu Lasten des UV-Trägers läuft.

Es wird darauf hingewiesen, dass die VV Generalauftrag die Einstellung der Verletztengeldzahlung nur im Zusammenhang mit dem Abbruch der Heilbehandlung vorsieht (siehe hierzu VV Generalauftrag Verletztengeld, Ziffer 7). Nur so haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Zahlung von Krankengeld aufzunehmen (§ 11 Abs. 5 SGB V).

**Zu TOP 7 – Verfahrensempfehlung Transplantationsgesetz**

Das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) ist im Juli 2012 in Kraft getreten. Im SGB VII wurden in diesem Zusammenhang Neuregelungen geschaffen (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII, § 12a Abs.2 Satz 1 SGB VII und § 213 Abs. 4 SGB VII).

Bis zur Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen werden Fälle mit Abstimmungsbedarf (Zuständigkeit, Verletztengeldanspruch) zwischen den Krankenkassen und den Unfallversicherungsträgern bilateral über die DGUV beziehungsweise die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und den zuständigen Verband der Krankenkassen auf Bundesebene einer Klärung zugeführt.

**Zu TOP 10 - § 105 SGB X – Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung bei  
Beendigung der Behandlung durch den UV-Träger**

Die in der Besprechung angekündigte Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen zur Weiterbehandlung und zu evtl. Erstattungsansprüchen liegt inzwischen vor. Hierzu erfolgt in Kürze ein gesondertes Rundschreiben.

**Anlage**

DGUV - RS 0088/2013 vom 01.03.2013  
Niederschrift über die Besprechung KV/UV am 6. November 2012  
Sachgebiet(e): Reha  
Kontakt: Otmar Lenz 030 288763865, 030 288763860

# **Niederschrift**

**über die Besprechung der Verbände der  
Krankenkassen auf Bundesebene und des  
GKV-Spitzenverbandes mit den  
Spitzenverbänden der  
Unfallversicherungsträger**

**am 06. November 2012  
in Berlin**

## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger am 6. November 2012 in Berlin

### **Teilnehmer:**

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)	Herr Kukla Frau Kane
AOK-Bundesverband	Frau Prieuwisch Herr Klein
Knappschaft-Bahn-See	Frau Smolarkiewicz Frau Kösters
Verband der Ersatzkassen e. V.- (vdek)	Frau Hadank Herr Gunder
Landwirtschaftliche Sozialversicherung	Frau Büntig
BKK Bundesverband	Frau Sopp
IKK e. V.	Herr Walther
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	Herr Lenz Frau Hammer Frau Brink (Gast)

DGUV - RS 0088/2013 vom 01.03.2013  
Niederschrift über die Besprechung KV/UV am 6. November 2012  
Sachgebiet(e): Reha  
Kontakt: Otmar Lenz 030 288763865, 030 288763860

## Tagesordnung

der Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

		Vorschlag
TOP 01	§ 47 SGB VII – Höhe des Verletztengeldes; Berücksichtigung steuerfreier Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit	GKV
TOP 02	§ 111 SGB X – Ausschlussfrist; hier: Anmeldung des Erstattungsanspruchs beim unzuständigen UV-Träger aufgrund falscher Angaben auf dem D-Arzt-Bericht	GKV
TOP 03	§ 111 Satz 2 SGB X – Ausschlussfrist hier: Anwendung bei Erstattungsansprüchen zwischen Kranken- und Unfallversicherung	GKV
TOP 04	Anpassung der Vordruckmuster für die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs und Anzeige einer Berufskrankheit/Anmeldung eines Erstattungsanspruchs	GKV
TOP 05	Anforderungen an die BK-Verdachtsanzeige (Beratungsvorlagen 5a und 5b)	DGUV/ GKV
TOP 06	Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag Verletztengeld hier: Außerkraftsetzung durch Unfallversicherungsträger	GKV
TOP 07	Verfahrensempfehlung zur Umsetzung des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes	GKV
TOP 08	VV Einzelauftrag hier: Einführung eines Formulars zur Beauftragung der Krankenkassen	GKV
TOP 09	Absprache zu den rechtlichen Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung bei Kausalitätsfragen und deren Beweisregeln	DGUV
TOP 10	Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung bei Beendigung der Behandlung durch den Unfallversicherungsträger	DGUV

: 0088/2013 vom 01.03.2013  
 a Besprechung KV/UV am 6. November 2012  
 achgebiet(e): Reha  
 Lenz 030 288763865, 030 288763860

## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

### **TOP 01: § 47 SGB VII – Höhe des Verletztengeldes; Berücksichtigung steuerfreier Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit**

#### **Ausgangslage:**

Nach den näheren Maßgaben des § 47 Abs. 1 SGB VII erhalten Versicherte, die Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben, Verletztengeld entsprechend § 47 Abs. 1 und 2 SGB V. Hiernach ist das regelmäßig erzielte Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen zugrunde zu legen.

Im gemeinsamen Rundschreiben der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. sowie des Bundesverbandes der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand e.V. zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengeldes vom 29. November 2005 wird unter Ziffer 2.2.3.2.1 ausgeführt, dass neben dem festen Monatsentgelt bezogene laufende Vergütungen nur dann zu berücksichtigen sind, wenn sie regelmäßig gezahlt werden. Regelmäßigkeit sei anzunehmen, wenn die zusätzlichen Vergütungen – gleich welcher Natur sie sind - in den letzten 3 abgerechneten Monaten jeweils geleistet worden sind. Dabei komme es nicht darauf an, dass die auf die einzelnen Abrechnungszeiträume entfallenden zusätzlichen Vergütungen in gleich bleibender Höhe gezahlt worden sind.

Dementsprechend sah die bis zur Ablösung durch den elektronischen Datenaustausch nach § 23c SGB IV genutzte Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Kranken-, Versorgungskranken- und Verletztengeld (Anlage 1) unter der Ziffer 2.2 die Angabe der Höhe des Arbeitsentgelts im letzten Entgeltabrechnungszeitraum bzw. unter Ziffer 2.4 die Angabe des vereinbarten Arbeitsentgelts vor, wenn das unter Ziffer 2.2 bescheinigte Bruttoarbeitsentgelt hiervon abwich. Nur für den Fall, dass das Bruttoarbeitsentgelt in jedem der letzten abgerechneten 3 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig vom vereinbarten Bruttoarbeitsentgelt abwich, waren die Arbeitsentgelte der letzten 3 Monate unter der Ziffer 2.5 anzugeben.

In der gesetzlichen Unfallversicherung und in der Seefahrt sind anders als im Krankenversicherungsrecht auch lohnsteuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit dem Arbeitsentgelt zuzurechnen, § 1 Abs. 2 SvEV. Dementsprechend wurde in der Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach §189 SGB VII i.V.m. §§ 88ff SGB X (VV Generalauftrag Verletztengeld – GenAuftrVGvV) unter Pkt. 3.2 festgelegt, dass die Krankenkasse bei der Berechnung des Verletztengeldes auch steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit zu berücksichtigen hat. Regelmäßigkeit wird in diesem Zusammenhang nicht gefordert. Deshalb sah die Entgeltbescheinigung (Anlage 1) bei einem Arbeitsunfall unter Ziffer 6.2 die Angabe von im **letzten Entgeltabrechnungszeitraum** gezahlten

lohnsteuerfreien Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeitszuschlägen in jedem Fall vor. Die lohnsteuerfreien Zuschläge der **letzten 3 Entgeltabrechnungszeiträume** waren unter Ziffer 6.3 nur unter der Bedingung anzugeben, dass unter Ziffer 2.5 (abweichendes Bruttoarbeitsentgelt in den letzten 3 abgerechneten Monaten) Angaben gemacht wurden. Aufgrund dieser „Vorgaben/Erläuterungen“ für die Arbeitgeber dürften bei Arbeitnehmern, die einen festen Monatslohn haben (somit keine Anforderlichkeit für Angaben unter der Ziffer 2.5 bestand), bei einem Arbeitsunfall „nur“ die Ziffer 6.2 mit dem Betrag der im letzten Entgeltabrechnungszeitraum gezahlten steuerfreien Zuschläge ausgefüllt worden sein. Die Berechnung des Verletztengeldes durch die Krankenkassen dürfte somit regelmäßig – mit Blick auf o.a. Ausführungen im GenAuftrVG VV – auf Basis des Arbeitsentgelts im letzten Entgeltabrechnungszeitraum zuzüglich der hierfür gezahlten steuerfreien Zuschläge vorgenommen worden sein.

Die Datenbausteine (DBAL bzw. DBUN) bzw. die dazugehörigen Erläuterungen zum elektronischen Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 23c SGB IV wurden auf Basis der Entgeltbescheinigung aufgebaut und enthalten ebenfalls entsprechende Erläuterungen. Von daher muss angenommen werden, dass – ggf. aus jahrelanger Praxis heraus – auch im elektronischen Datenaustausch entsprechend verfahren wird.

### **Sachstand:**

Eine Krankenkasse hat Verletztengeld gemäß der VV Generalauftrag Verletztengeld berechnet und ausgezahlt. Aus der Entgeltbescheinigung ergab sich ein festes Monatsgehalt, weshalb der letzte abgerechnete Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt wurde. In diesem Entgeltabrechnungszeitraum wurden lohnsteuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit erzielt und bei der Berechnung des Verletztengeldes berücksichtigt.

Die Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution hat – aus nicht bekannten Gründen – Verdienstabrechnungen der letzten Monate bei dem Arbeitgeber angefordert und die Berechnung des Verletztengeldes überprüft. Nachdem die Prüfung ergeben hatte, dass in den letzten 3 Entgeltabrechnungszeiträumen nicht regelmäßig lohnsteuerfreie Zuschläge erzielt worden waren, wurde die Berechnung des Verletztengeldes wegen der fehlenden Regelmäßigkeit beanstandet.

Es stellt sich die Frage, ob sich für die Berücksichtigung der lohnsteuerfreien Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit bei der Berechnung des Verletztengeldes die im o.a. gemeinsamen Rundschreiben geforderte Regelmäßigkeit auch auf diese Zuschläge bezieht. Über die Berechnung des Verletztengeldes in den zuvor genannten Fallgestaltungen sowie eine ggf. erforderliche Änderung der Datenbausteine/der Erläuterungen des elektronischen Datenaustausches Entgeltersatzleistungen nach § 23c SGB IV ist zu beraten.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer stellen fest, dass für die Berücksichtigung der lohnsteuerfreien Zuschläge nicht das Erfordernis der Regelmäßigkeit (Zahlung in den letzten drei Monaten) besteht. Sofern sich aus der Entgeltbescheinigung ein festes Monatsgehalt ergibt, ist der letzte abgerechnete Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der ggf. gezahlten lohnsteuerfreien Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit zugrunde zu legen.



## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

**TOP 02: § 111 SGB X – Ausschlussfrist; hier: Anmeldung des Erstattungsanspruchs beim unzuständigen UV-Träger aufgrund falscher Angaben auf dem D-Arzt-Bericht**

### **Ausgangslage:**

Aus der Praxis wurde berichtet, dass teilweise von Durchgangärzten unzuständige Berufsgenossenschaften bzw. Bezirksverwaltungen angegeben werden. Meldet in einem solchen Fall die Krankenkasse den fristgerechten Erstattungsanspruch beim unzuständigen UV-Träger an, erfolgt teilweise keine Weiterleitung des Schreibens der Krankenkasse an den zuständigen UV-Träger. Der endgültig zuständige UV-Träger erkennt dann die (ursprüngliche) Anmeldung des Erstattungsanspruchs nicht an, wenn sie nicht innerhalb der Frist nach § 111 SGB X bei ihm eingegangen ist.

### **Sachstand:**

Die Krankenkasse muss davon ausgehen dürfen, dass die Angaben des D-Arztes korrekt sind. Zumindest darf die falsche Angabe des D-Arztes nicht zu Lasten der Krankenkasse gehen.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Verbände der Unfallversicherungsträger weisen ihre Mitglieder darauf hin, dass die einem unzuständigen UV-Träger zugegangene Anmeldung im Sinne des § 111 SGB X an den zuständigen UV-Träger weitergeleitet und zeitgleich die Krankenkasse hierüber informiert wird. Die Krankenkasse muss dann, zur Wahrung der Ausschlussfrist des § 111 SGB X, umgehend ihren Erstattungsanspruch beim dann zuständigen Unfallversicherungsträger anmelden. Ebenso weisen die Verbände der Krankenkassen ihre Mitglieder darauf hin, den Unfallversicherungsträger, der einen Erstattungsanspruch angemeldet hat, umgehend über einen Wechsel der Zuständigkeit des Krankenversicherungsträgers zu informieren, damit er dort seinen Erstattungsanspruch erneut anmelden kann.

## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

### **TOP 03: § 111 Satz 2 SGB X – Ausschlussfrist**

**hier: Anwendung bei Erstattungsansprüchen zwischen Kranken- und Unfallversicherung**

#### **Ausgangslage:**

Gemäß § 111 Satz 1 SGB X ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsrechte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. Der Lauf der Frist beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt, zu dem der erstattungsberechtigte Leistungsträger von der Entscheidung des erstattungspflichtigen Leistungsträgers über seine Leistungspflicht Kenntnis erlangt hat (§ 111 Satz 2 SGB X in der seit 01.01.2011 geltenden Fassung).

In der Vergangenheit stellte sich wiederholt die Frage der Anwendbarkeit des § 111 Satz 2 SGB X bei Erstattungsansprüchen zwischen der Kranken- und Unfallversicherung. So haben sich die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger bereits mehrfach mit der Thematik befasst, zuletzt am 20.09.2011 - TOP 4 -. Hierbei teilten die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger nicht die Auffassung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, wonach eine Anwendung des § 111 Satz 2 SGB X bei Erstattungsansprüchen des Krankenversicherungsträgers gegenüber dem Unfallversicherungsträger immer dann möglich ist, wenn der Unfallversicherungsträger gegenüber dem Versicherten aufgrund eines bestehenden höheren Leistungsanspruchs (teilweise) noch Leistungen zu gewähren hat.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 16.03.2010 – B 2 U 4/09 R – Randnummer 24 ausdrücklich klargestellt, dass § 111 Satz 2 SGB X unter anderem bei Feststellung einer Berufskrankheit mit nachträglicher Bewilligung von Verletztengeld Anwendung findet. Abschlägige Entscheidungen von Unfallversicherungsträgern über diesbezügliche Erstattungsansprüche von Krankenkassen über gezahltes Krankengeld sind hiernach rechtswidrig.

#### **Sachstand:**

Aus der Kassenpraxis wurde berichtet, dass Unfallversicherungsträger § 111 Satz 2 SGB X immer dann anwenden, wenn noch eine nachträgliche Entscheidung (Leistungsbewilligung) des Unfallversicherungsträgers gegenüber dem Versicherten über von einem anderen Leistungsträger bezogene Leistungen erforderlich ist. Dies gilt insbesondere bei Feststellung einer Berufskrankheit mit nachträglicher Bewilligung von Verletztengeld, wenn zuvor Krankengeld gezahlt wurde.

Ein Teil der Unfallversicherungsträger ist zur Anerkennung dieser Erstattungsansprüche bereit, weil nach ihrer Auffassung § 111 Satz 2 SGB X (auch) bei Erstattungsansprüchen nach § 105 SGB X gilt. Einige Unfallversicherungsträger gehen dagegen davon aus, dass § 111 Satz 2 SGB

X nur bei Erstattungsansprüchen nach den §§ 103, 104 SGB X anzuwenden ist, weshalb Erstattungsansprüche der Krankenkassen abgelehnt werden.

**Besprechungsergebnis:**

Die Vertreter der Verbände der Unfallversicherung bestätigen, dass auch nach ihrer Auffassung bei Erstattungsansprüchen von Krankenkassen für geleistetes Krankengeld die Ausschlussfrist des § 111 Satz 2 SGB X (und nicht Satz 1) zu berücksichtigen ist, wenn nach Feststellung eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit vom Unfallversicherungsträger nachträglich Verletzengeld bewilligt wird. Die DGUV hat die UV-Träger hierüber mit Rundschreiben 0378/2011 vom 05.09.2011 (**Anlage**) informiert und wird mit Bekanntgabe dieser Niederschrift nochmals darauf verweisen.

**Anlage**

DGUV - RS 0088/2013 vom 01.03.2013  
Niederschrift über die Besprechung KV/UV am 6. November 2012  
Sachgebiet(e): Reha  
Kontakt: Otmar Lenz 030 288763865, 030 288763860

## Anwendungsfälle des § 111 Satz 2 SGB X im Verhältnis zur Krankenversicherung

Dok: 163.43

Bezug: Rundschreiben 0337/2010 vom 28.06.2010 und Rundschreiben 0545/2010 vom 11.11.2010

Wie mit den Bezugsrundschreiben angekündigt wurde geprüft, ob den aus der Praxis an uns herangetragenen Wünschen nach einer verwaltungsvereinfachenden Vereinbarung Rechnung getragen werden kann.

Der Ausschuss Rechtsfragen der Geschäftsführerkonferenz der DGUV hat nach ausführlicher Diskussion festgestellt, dass auf Grund der ergangenen Rechtsprechung des BSG zu diesem Thema kein Raum für eine Vereinbarung zum § 111 SGB X mit den Trägern der Krankenversicherung im angedachten Sinne mehr bleibt.

Dabei ist insbesondere auf das schon mit den Bezugsrundschreiben mitgeteilte Urteil des BSG vom 16.03.2010 (Az.: B 2 U 04/09) zu verweisen, wonach die Entscheidung eines Unfallversicherungsträgers über den Versicherungsfall keine Entscheidung über eine einzelne Leistung im Sinne des § 111 Satz 2 SGB X darstellen kann und damit auch die dort genannte Frist nicht in Gang setzen kann. Meldet die Krankenkasse erst auf Grund der Übersendung der Durchschrift des Bescheides ihren Erstattungsanspruch an bzw. macht ihn erst dann geltend und ist die Frist des § 111 Satz 1 SGB X bereits verstrichen, kann eine Erstattung nicht mehr erfolgen. Soweit in der Vergangenheit teilweise eine andere Rechtsauffassung vertreten worden ist und daher entsprechende Erstattungsansprüche der Krankenkassen beglichen worden sind, ist die Rückerstattung nach § 112 SGB X zu prüfen.

Eine echte Entscheidung über die Leistung kann in den in Rede stehenden Fällen in aller Regel auch nicht mehr getroffen werden. Insbesondere die für die Krankenversicherung zuständigen Senate des BSG haben bereits mehrfach entschieden, dass eine Entscheidung gegenüber dem Versicherten vom letztlich zuständigen Träger dann nicht mehr getroffen werden kann, wenn diese Leistung bereits von einem andern Träger erbracht worden ist.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht aber im Verhältnis KV/UV, wenn es um die Zahlung von Verletztengeld geht. Über die Leistung Verletztengeld ist noch eine echte Entscheidung des Unfallversicherungsträgers notwendig; sie setzt daher eine neue Frist im Sinne des § 111 Satz 2 SGB X hinsichtlich des für denselben Zeitraum bereits erbrachten Krankengeldes in Lauf.

Für Sach- und Dienstleistungen sind solche Ausnahmen eher nicht denkbar. Insbesondere sind Erstattungen von Eigenanteilen und/oder Zuzahlungen an die Versicherten z.B. bei stationärer Behandlung keine Entscheidungen über die Leistung, denn die Leistung als solche ist durch den unzuständigen Leistungsträger bereits erbracht worden und es kann daher darüber nicht mehr entschieden werden.

Auch wenn auf Grund der dargestellten Rechtsauffassung für eine verwaltungsvereinfachende Vereinbarung kein Raum bleibt, besteht Einvernehmen, dass an den Festlegungen der Protokollnotiz zu den gemeinsamen Regelungen zu den Verwaltungsvereinbarungen und an den dazu bereits mitgeteilten Auslegungen (vergleiche u. a. Rundschreiben Reha 0033/2008) weiter festgehalten wird.

## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

### **TOP 04: Anpassung der Vordruckmuster für die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs und Anzeige einer Berufskrankheit/Anmeldung eines Erstattungsanspruchs**

#### **Ausgangslage:**

1. In der Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger am 24. Oktober 2007 – TOP 2 – wurde abgesprochen, dass die Vordrucke für die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs und für die Anzeige einer Berufskrankheit / Anmeldung des Erstattungsanspruchs dem Besprechungsergebnis entsprechend geändert werden. Hiernach soll die Anmeldung eines Erstattungsanspruchs alle bis zum Abschluss des Behandlungsfalles entstandenen und entstehenden Aufwendungen umfassen. Dies gilt auch für bereits erbrachte, aber noch nicht bekannt gewordene sowie bis zum Abschluss des Behandlungsfalles noch entstehende Aufwendungen.
2. In dem Vordruck für die Anzeige einer Berufskrankheit und der Anmeldung eines Erstattungsanspruchs findet sich folgende Formulierung: „Außer ambulanter ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung sowie ggf. Arznei- und Heilmittel wurden wegen der Erkrankung von uns bisher folgende, bisher bekanntgegebene Leistungen erbracht.“ Dies suggeriert, dass zum Zeitpunkt der Anzeige der Berufskrankheit weder ambulante ärztliche/zahnärztliche Behandlungen noch Arznei- und Heilmittel angegeben werden müssen, diese aber dennoch Bestandteil des endgültigen Erstattungsanspruchs sind. In der VV Erstattungsverzicht ist im Übrigen unter Ziffer 3 geregelt, dass der Erstattungsverzicht nicht für Kosten der Behandlung einer Berufskrankheit gilt.
3. Insgesamt wird eine Aktualisierung und redaktionelle Anpassung der drei Vordrucke für Kranken- und Unfallversicherung zur Geltendmachung von Erstattungsansprüchen für angezeigt gehalten:

#### **Sachstand:**

- Zu 1.: Die Anpassung der Vordrucke ist bislang unterblieben.
- Zu 2.: Eine Berufsgenossenschaft hat nun gegenüber einer Krankenkasse die Erstattung von Arzneimitteln mit der Begründung abgelehnt, dass der Anspruch nach § 111 SGB X nicht bzw. nicht formgerecht angemeldet worden sei, da im Vordruck die bisherigen Arzneimittel nicht aufgeführt waren.

Es wurde darüber diskutiert, ob an der Nichterwähnung der ambulanten ärztli-

chen/zahnärztlichen Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel in den Vordrucken festgehalten werden soll.

### **Besprechungsergebnis:**

Zu 1.: Die bisher unterbliebene Anpassung der Vordrucke wird nachgeholt, indem der Regelungsinhalt der Protokollnotiz zu den gemeinsamen Regelungen zu den Verwaltungsvereinbarungen, Ziffern 2 und 3, unter Berücksichtigung des Besprechungsergebnisses vom 24.10.2007 aufgenommen wird. Dieses bezieht jedoch die im Zeitpunkt der Anmeldung bereits erbrachten, aber noch nicht bekannt gewordene Aufwendungen nicht ein.

Zu 2.: Nach Auffassung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes dient die Nichterwähnung der ambulanten ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung sowie Arznei- und Heilmittel der Verwaltungsvereinfachung, zumal ohne eine ärztliche Behandlung und Arzneimittel kaum ein Erstattungsfall denkbar ist.

Demgegenüber sehen die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger noch die Notwendigkeit für eine interne Prüfung.

Innerhalb der Verbände muss vorab geklärt werden, welchen Zeit- und Verwaltungsaufwand es bedeuten würde, den Erstattungsanspruch konkret zu beziffern. Ziel muss sein, der BSG-Rechtsprechung weitgehend zu folgen, ohne unnötigen Verwaltungsaufwand beziehungsweise zusätzlichen Zeitaufwand zu verursachen. Das vorliegende Formular wurde damals mit diesem Hintergrund erstellt.

Zu 3.: Die Vordrucke werden insgesamt aktualisiert. Die Überarbeitung erfolgt durch eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger.

## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

**TOP 05a: § 105 SGB X – Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers; hier: Anzeige bei Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit gem. § 20 b Abs. 1 Satz 3 SGB V**

### **Ausgangslage:**

Gemäß § 20 b Abs. 1 Satz 3 SGB V hat die Krankenkasse, wenn anzunehmen ist, dass eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen. Bei Vorliegen einer Berufskrankheit, dessen Feststellung dem Unfallversicherungsträger obliegt, können gemäß § 105 SGB X Erstattungsansprüche zugunsten der Krankenkasse gegenüber dem Unfallversicherungsträger entstehen.

Aus der Praxis wurde berichtet, dass trotz Verwendung des für die Anzeige einer Berufskrankheit und gleichzeitigen Anmeldung eines Erstattungsanspruchs in der Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger am 13. November 1996 verabschiedeten – oder inhaltsgleichen –Vordrucks - zunehmend Fälle auftreten, in denen die jeweilige Berufsgenossenschaft sich weigert, ohne weitere Ermittlungen durch die Krankenkasse in das Feststellungsverfahren einzutreten.

### **Sachstand:**

Nach dem Vordruck sind von der Krankenkasse bei Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit der Arbeitgeber, das Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit, die Diagnose und der behandelnde Arzt/das Krankenhaus zu benennen. Bei Annahme einer Berufskrankheit nach Nummer 2108, 2109 bzw. 2110 (bandscheibenbedingte Erkrankung der Hals-/Lendenwirbelsäule) oder nach Nr. 5101 (Hauterkrankung) der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung sind zusätzlich Angaben zur Tätigkeit des Versicherten sowie zu früheren Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der Erkrankung zu machen. Dies lässt den Umkehrschluss zu, dass bei allen anderen Berufskrankheiten diese zusätzlichen Angaben nicht zu machen sind, sondern vielmehr die Nennung der Diagnose und des Arbeitgebers ausreichen, damit der Unfallversicherungsträger in die ihm obliegenden Ermittlungen zur Feststellung, ob eine Berufskrankheit vorliegt, eintritt. Selbiges lässt sich auch den Ausführungen des Bundessozialgerichts in dessen Urteil vom 16. März 2010 – B 2 U 4/09 R – (Rz. 26) entnehmen, wonach die Krankenkasse aufgrund des Vorliegens einer Diagnose, die typischerweise eine Berufskrankheit darstellt (sog. Listen-BK) die Pflicht hat, dies dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen, und es ihr angesichts dieser Diagnose unbenommen bleibe, - zumindest vorsorglich - einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Unfallversicherungsträger anzumelden.

**Besprechungsergebnis:**

1. Es besteht Einvernehmen, dass für die Einleitung eines Feststellungsverfahrens - neben der BK-Verdachtsanzeige der Krankenkasse - eine parallele BK-Anzeige durch einen Arzt nicht erforderlich ist.
2. Zur Konkretisierung der Anzeige einer Berufskrankheit durch die Krankenkassen werden die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger ihre Vorstellungen – im Sinne von Mindestvoraussetzungen für die Erstattung von BK-Anzeigen – formulieren und eventuelle Änderungsvorschläge bezüglich des Anmeldevordrucks zur weiteren Prüfung an den GKV-Spitzenverband übersenden.



## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

### **TOP 05b: Unzureichende BK-Verdachtsanzeigen gesetzlicher Krankenkassen wegen Fristwahrung, § 111 Satz 2 SGB X**

#### **Ausgangslage:**

Infolge der aktuellen BSG-Rechtsprechung ist eine Häufung unvollständiger bzw. nicht hinreichend substantiiertes BK-Verdachtsanzeigen einiger Krankenkassen festzustellen.

[Anschluss an die Ergebnisse der Besprechungen am 2. September 2010 und 20. September 2011 (TOP 4)]

#### **Sachstand:**

Die DGUV wurde von einem Mitglied erneut darüber informiert, dass eine gesetzliche Krankenkasse infolge der aktuellen BSG-Rechtsprechung zu § 111 SGB X (Urteil vom 16.03.2010 – B 2 U 4/09) in großem Umfang dazu übergegangen sei, „vorsorgliche“ aber unzureichende BK-Verdachtsanzeigen bei dem Mitglied einzureichen.

In der Regel würden die Anzeigen nur die Art der Erkrankung und den Arbeitgeber enthalten; die relevanten Angaben zu ausgeübten Tätigkeiten und zu der Frage, ob überhaupt eine schädigende Einwirkung in Betracht komme, fehlten regelmäßig. Dadurch steigere sich der Arbeitsaufwand der Sachbearbeitung (inklusive Besuchsverfahren bei Krebserkrankten etc.) deutlich. Um den Bearbeitungsaufwand in vertretbarem Rahmen zu halten, hatte die betroffene Bezirksverwaltung des Mitglieds die entsprechende KV um ergänzende Erhebung der erforderlichen Angaben gebeten, ehe der Verdacht auf eine berufliche Verursachung der Erkrankung angezeigt werde.

Dieser Bitte sei die KV entschieden entgegengetreten. Auch sei die Forderung gestellt worden, dass das Mitglied auf weitere Informationen, die eine Verdachtsmeldung begründeten, verzichte und die im Einzelfall erforderliche Prüfung im Hinblick auf den Amtsermittlungsgrundsatz selbst vornehme, zumal die BG wegen ihrer Kompetenz die notwendigen Vorermittlungen effizienter und zielgerichteter durchführen könne.

Der UV-Träger merkte daraufhin an, dass die Kombination von Versichertendaten, Erkrankung und Arbeitgeber und die daraus geschlussfolgerte mutmaßliche berufliche Krankheitsverursachung keine ausreichende Grundlage für eine BK-Verdachtsanzeige darstelle. Im Hinblick auf die von den Vertretern der Spitzenverbände abgeschlossene Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsverfahren (Stand: Oktober 2009) sei festzustellen, dass die partnerschaftliche Zusammenarbeit einen hohen Stellenwert genieße. Die Bitte an die KV, weitere Anhaltspunkte für die berufliche Genese einer Erkrankung mitzuteilen, sei daher keine überzogene Forderung. Die erste Einschätzung der Gefährdungslage bzw. eine erste Überprüfung anhand der BK-Liste bzw. den

Merkblättern gehöre zum Tagesgeschäft der KV und sei unerlässliche Voraussetzung für die Abgabe einer BK-Verdachtsmeldung.

Die Krankenkasse teilte dazu mit, dass sie wegen fehlender Personalreserven und der geringen Zeit, die für die fristgerechte Geltendmachung von Erstattungsansprüchen zur Verfügung stehe, ihr bisheriges Meldeverhalten beibehalten werde.

Nachdem zwischen den Beteiligten keine Einigung erzielt werden konnte und die Angelegenheit grundsätzliche Fragestellungen betrifft, wird eine Erörterung der Thematik im Spitzengespräch für erforderlich erachtet.

**Besprechungsergebnis:**

Siehe Besprechungsergebnis zu TOP 5a

DGVV - RS 0088/2013 vom 01.03.2013  
Niederschrift über die Besprechung KV/UV am 6. November 2012  
Sachgebiet(e): Reha  
Kontakt: Otmar Lenz 030 288763865, 030 288763860

## **Niederschrift**

Über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

### **TOP 06:      **Verwaltungsvereinbarung Generalauftrag Verletztengeld**               **hier:    Außerkräftsetzung durch Unfallversicherungsträger****

#### **Ausgangslage:**

Nach Abschnitt 7 der VV Generalauftrag Verletztengeld beendet die Krankenkasse eine Verletztengeldzahlung, wenn der UV-Träger z. B. das Nichtvorliegen eines Arbeitsunfalls feststellt und der Krankenkasse den Zeitpunkt des Abbruchs der allgemeinen bzw. besonderen Heilbehandlung bekanntgibt. Die diesbezüglichen gemeinsamen Erläuterungen sehen ergänzend vor, dass sich die Zahlungseinstellung auf das bei Eingang der Mitteilung des UV-Trägers noch nicht ausgezahlte Verletztengeld bezieht.

#### **Sachstand:**

In der Praxis treten vermehrt Fälle auf, in denen UV-Träger die VV Generalauftrag Verletztengeld außer Kraft setzen wollen. So wird mitgeteilt, dass

- die Ermittlungen für eine Entschädigungspflicht noch nicht abgeschlossen sind,
- vorerst keine (weiteren) Leistungen (Verletztengeld) im Auftrage des UV-Trägers ausgezahlt werden sollen,
- stattdessen Krankengeld gezahlt werden soll.

Beachtlich und für die Beurteilung bedeutsam ist der Umstand, dass in diesen Fällen kein Abbruch der allgemeinen bzw. besonderen Heilbehandlung erfolgt.

Den UV-Trägern ist zuzugestehen, die Einstellung der Verletztengeldzahlung nach der VV Generalauftrag Verletztengeld zu verlangen. Dies setzt (nach Abschnitt 7 der VV) aber grundsätzlich voraus, dass gleichzeitig der Abbruch der Heilbehandlung erklärt wird. Erfolgt dies nicht, scheidet eine Krankengeldzahlung gemäß § 11 Abs. 5 SGB V aus.

Sollte ein UV-Träger trotzdem in noch unklaren Fällen eine alleinige Einstellung der Verletztengeldzahlung in Erwägung ziehen, scheidet eine vorläufige Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse an der Zuständigkeitsregelung des § 43 SGB I, nach der wiederum der UV-Träger leistungspflichtig wäre.

#### **Besprechungsergebnis:**

Die Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger teilen die Auffassung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes, dass die Einstellung der Verletztengeldzahlung nach der VV Generalauftrag Verletztengeld nicht verlangt werden kann, wenn nicht gleichzeitig der Abbruch der Heilbehandlung erklärt wird.

(siehe hierzu VV Generalauftrag Verletztengeld, Ziffer 7).

In diesem Zusammenhang wird auf § 11 Abs.5 SGB V hingewiesen, wonach auf Leistungen kein Anspruch besteht, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

DGUV - RS 0088/2013 vom 01.03.2013  
Niederschrift über die Besprechung KV/UV am 6. November 2012  
Sachgebiet(e): Reha  
Kontakt: Otmar Lenz 030 288763865, 030 288763860

## Niederschrift

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

## TOP 07:      **Verfahrensempfehlung zur Umsetzung des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes**

### Ausgangslage:

Das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) 2012 (BGBL Teil I Nr. 35 vom 25. Juli 2012, Seite 1601) verfolgt mit den Regelungen der Artikel 1a ff. insbesondere die Zielsetzungen, den Anspruch der Lebendspender von Organen und Geweben (nachfolgend: Organspender) auf Leistungen der Krankenbehandlung gegenüber der Krankenkasse des Organempfängers gesetzlich klarzustellen, die versicherungsrechtliche Absicherung des Organspenders zu verbessern und dessen Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung zu erweitern.

Mit der Einfügung des Absatzes 1a in § 27 SGB V erhält der Organspender einen eigenen Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse des Organempfängers. Es wird klargestellt, dass die Leistungen der Krankenbehandlung die im Rahmen des TPG erfolgende Spende von Organen und Gewebe einschließlich der medizinisch erforderlichen Vor- und Nachbetreuungen beinhalten. Die Neuregelung des § 44a SGB V sieht einen modifizierten Krankengeldanspruch für Organspender vor, wenn eine im Rahmen des TPG erfolgende Spende sie arbeitsunfähig macht. Der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse des Organempfängers bezieht sich auf den **komplikationslosen** Verlauf der Spende.

Mit den Neuregelungen im SGB VII wird zum einen klargestellt, dass vom Unfallversicherungsschutz auch Personen erfasst werden, die sich anlässlich der Organspende den erforderlichen Voruntersuchungen oder Nachsorgemaßnahmen unterziehen (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII – neu, § 12a Abs. 2 Satz 1 SGB VII - neu). Zum anderen wird geregelt, dass sich der Unfallversicherungsschutz auf alle **Gesundheitsschäden erstreckt, die über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichem Zusammenhang mit der Spende steht**, unabhängig davon, ob ein Arbeitsunfall im Sinne des § 8 SGB VII vorliegt (§ 12a Abs. 1 SGB VII – neu). Werden **besondere Nachbehandlungen** im Zusammenhang mit der Spende erforderlich oder treten **Spätschäden** auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird – widerlegbar - gesetzlich vermutet, dass diese als Folge eines Gesundheitsschadens im Sinne von § 12a Abs. 1 Satz 1 SGB VII – neu - verursacht worden sind. Darüber hinaus wird durch eine Ergänzung in § 213 Abs. 4 SGB VII – neu – klargestellt, dass sich der erweiterte Unfallversicherungsschutz nach § 12a SGB VII auch auf Gesundheitsschäden erstreckt, die bei den Spendern nach der Einführung des Transplantationsgesetzes zum 1. Dezember 1997, aber bereits vor dem Inkrafttreten des § 12a SGB VII eingetreten sind. Ein entsprechender Leistungsanspruch gilt hingegen erst ab dem 1. August 2012.

**Sachstand:**

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene erarbeiten derzeit ein Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes. In diesem Zusammenhang ergeben sich vielfältige leistungsrechtliche Abgrenzungsfragen hinsichtlich der Zuständigkeit der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung.

Insbesondere stellt sich die Frage, welche beim Organspender entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch zu den regelmäßigen zählen und man somit noch von einem komplikationslosen Verlauf der Spende sprechen kann, bzw. welche Beeinträchtigungen darüber hinausgehen. Zur besseren Abgrenzung wurde beim MDS eine sozialmedizinische Stellungnahme zur durchschnittlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Spenden von Organen und Gewebe nach §§ 8, 8a TPG in Auftrag gegeben.

Nach dem Gutachten des MDS vom 12. September 2012 erstrecken sich die im deutschen Versorgungsalltag tatsächlich vorkommenden Lebendspenden auf drei Spendenarten, nämlich die Spende einer Niere, die Spende eines Leberteils und die Knochenmarkspende. Bei komplikationslosem Verlauf seien keine dauerhaften Beeinträchtigungen zu erwarten. Vielmehr sei in der Regel mit folgenden Zeiträumen für den stationären Aufenthalt und die Arbeitsunfähigkeit nach der Lebendspende zu rechnen:

	Lebendnierenspende	Lebenteilleberspende	Knochenmarkspende
Stationärer Aufenthalt	bis 10 Tage	bis 14 Tage	2 Tage
Arbeitsunfähigkeit bei leichter bis mittelschwerer Tätigkeit	bis 6 Wochen	bis 10 Wochen	3Tage
Arbeitsunfähigkeit bei schwerer Tätigkeit	bis 12 Wochen	bis 20 Wochen	5 Tage

Unter Berücksichtigung eines weiten Spektrums unterschiedlicher Komplikationsmöglichkeiten könne die Rate behandlungsbedürftiger Komplikationen ganz grob bei der Nierenspende auf ca. 10%, bei der Teil-Leberspende auf ca. 20% und bei der Knochenmarkspende auf ca. 1% geschätzt werden. Genannt werden folgende mögliche Komplikationen:

**Lebendnierenspende:**

- mittelgradig eingeschränkte Nierenfunktion, welche dem Stadium einer chronischen Nierenkrankheit entspricht
- operationsbedingte Schädigungen wie z.B. Blutungen, Harnwegsinfekte, Wundinfektionen, Narbenbrüche, Thrombosen, Lungenembolien, Pneumonien oder anästhesiebedingt.
- eingriffstypische Komplikationen, die insbesondere Organe betreffen, die anatomisch an die Niere angrenzen oder im Bereich des operativen Zugangsweges liegen und dadurch in besonderer Weise gefährdet sind ( z.B. Verletzungen des Rippenfells und der Lunge mit der Folge einer Pneumothorax, Verletzungen des Darmes oder der Leber, Verletzungen von Nervenfasern in der Bauchwand mit der Folge einer umschriebenen Bauchwandlähmung).
- Fatigue-Syndrom (5 %)

Lebendleberspende:

- operationsbedingte Schädigungen wie z.B. Gallengangskomplikation, Wundinfektion, erhöhter Bilirubinwert, Narbenbrüche, Thrombosen, Lungenembolien, Pneumonien oder anästhesiebedingt.
- Fatigue-Syndrom (10%)
- Reoperation

Knochenmarkspende:

- geringes Narkoserisiko
- Austritt von Nervenwasser (Liquorfistel) durch Verletzung der Hülle des Rückenmarksackes (Duralsack)
- Infektionen und Nachblutungen
- Verletzung von Organen im Beckeninneren.

Zur Vereinfachung für die Praxis ist zu erörtern, ob und wie anhand des vorliegenden sozialmedizinischen Gutachtens eine Übersicht erstellt werden kann, anhand derer gesundheitliche Beeinträchtigungen beim Spender, die zu den regelmäßigen zählen, von solchen abgegrenzt werden können, die über das übliche Maß hinaus gehen. Bezogen auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten könnten Zeitrahmen festgelegt werden, die bei komplikationslosem Verlauf noch als regelmäßig anzusehen sind und bei deren Überschreiten man von Beeinträchtigungen sprechen kann, die über die regelmäßigen hinausgehen.

In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, wie in der Praxis bei Folgeerkrankungen konkret zu verfahren ist. Hier dürfte es sich grundsätzlich um einen Versicherungsfall der Unfallversicherung handeln, denn nach § 12a Abs. 1 Satz 2 SGB VII wird bei erforderlich werdenden Nachbehandlungen oder auftretenden Spätschäden, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, vermutet, dass diese hierdurch verursacht worden sind.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass ein Versicherungsfall der Unfallversicherung auch bei Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit den für die Spende erforderlichen Voruntersuchungen sowie Nachsorgemaßnahmen vorliegt und zwar auch dann, wenn es nach der Voruntersuchung nicht zur Spende kommt, § 12a Abs. 2 SGB VII. Gleiches dürfte auch für Gesundheitsschäden gelten, die durch Behandlungsfehler während der Spende, der Vor- oder Nachuntersuchung verursacht werden.

Es stellt sich auch die Frage, wie bei einem festgestellten Vorliegen eines Gesundheitsschadens, der über die regelmäßigen Beeinträchtigungen hinausgeht, weiter zu verfahren ist, ob z.B. das D-Arzt-Verfahren eingesetzt wird.

Zudem ist fraglich, welcher UV-Träger im konkreten Fall zuständig ist. Gemäß dem Internetauftritt der DGUV sind Spender bei demjenigen Unfallversicherungsträger versichert, der für das Unternehmen zuständig ist, bei dem gespendet wird. Hier wäre eine Liste aller Transplantations-

zentren bzw. Krankenhäuser, bei denen gespendet werden kann, mit den zuständigen UV-Trägern hilfreich für die Praxis.

Darüber hinaus ist eine Klärung der Frage, wie mit der Ergänzung in § 213 Abs. 4 SGB VII – neu – umzugehen ist, angezeigt. Danach erstreckt sich der erweiterte Unfallversicherungsschutz nach § 12a SGB VII auch auf Gesundheitsschäden, die bei den Spendern nach der Einführung des Transplantationsgesetzes zum 1. Dezember 1997, aber bereits vor dem Inkrafttreten des § 12a SGB VII eingetreten sind. Ein entsprechender Leistungsanspruch gilt hingegen erst ab dem 1. August 2012. Soweit eine Krankenkasse hiernach in der Vergangenheit zu Unrecht (§ 11 Abs. 5 SGB V) Leistungen erbracht hat, müsste sie hier einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Unfallversicherungsträger nach § 105 SGB X haben.

Zu klären ist außerdem, wie die Zahlung von Verletztengeld zu erfolgen hat. Hier sollte eine Absprache hinsichtlich einer auftragsweisen Zahlung erfolgen. Ggf. sind die VV Generalauftrag oder Einzelauftrag anzupassen. Hierbei wird danach zu unterscheiden sein, ob es sich um einen laufenden Fall oder später eintretende Gesundheitsschäden handelt. Bei Ergänzung der VV Generalauftrag bedürfte es insbesondere einer Regelung zum Beginn der Verletztengeldzahlung.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Spitzenverbände der Unfallversicherung, der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene verständigen sich auf folgendes Vorgehen:

1. Die DGUV unterstützt den GKV-Spitzenverband bei der Erstellung eines Rundschreibens zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes hinsichtlich der Schnittstellen zwischen Krankenversicherung und Unfallversicherung. Um eine kurzfristige Verabschiedung des Rundschreibens nicht zu gefährden, sollen darin nur wenige Aussagen zur Leistungsabgrenzung zur Unfallversicherung im Falle von Komplikationen nach einer Organ-/Gewebspende enthalten sein.
2. Zur Klärung der darüber hinausgehenden Fragen wird eine umfassendere gemeinsame Verfahrensempfehlung zu den Schnittstellen bei der Umsetzung des TPG-Änderungsgesetzes erarbeitet. Hierfür wird kurzfristig eine gemeinsame Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger gebildet.

U. a. sind folgende Punkte zu klären:

- Begriffsdefinitionen
- Art des Versicherungsfalls
- Anwendung des D-Arzt-Verfahrens
- Anwendung der Verwaltungsvereinbarungen (VV Generalauftrag, VV Einzelauftrag, VV Erstattungsverzicht)
- Organspende wegen Arbeitsunfähigkeit/Berufskrankheit

Die DGUV wird hierzu das weitere Vorgehen mit dem GKV-Spitzenverband abstimmen.

3. Bis zur Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen werden Zweifelsfälle zwischen den Krankenkassen und den Unfallversicherungsträgern bilateral über den zuständigen Verband der Krankenkassen auf Bundesebene und der DGUV beziehungsweise der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung einer Klärung zugeführt.



## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

**TOP 08      VV Einzelauftrag**

**hier:    Einführung eines Formulars zur Beauftragung der Krankenkassen**

### **Ausgangslage:**

Nach Nr. 3 Abs. 1 der VV Einzelauftrag vom 21.07.2005 muss der Auftrag an die Krankenkasse die notwendigen Angaben für die ordnungsgemäße Berechnung und Abführung der Beiträge sowie die in diesem Zusammenhang erforderlichen Meldungen enthalten.

Bisher gab es für die Beauftragung der Krankenkasse nach der VV Einzelauftrag kein einheitliches Formular.

### **Sachstand:**

Aus der Praxis wird berichtet, dass die Aufträge an die Krankenkassen oftmals unvollständig sind, was wiederum zu Rückfragen bei den beauftragenden Unfallversicherungsträgern oder dem Versicherten, also einem unnötigen Verwaltungsaufwand führt.

In einem in diesem Zusammenhang zwischen dem AOK-Bundesverband und der DGUV geführten Gespräch wurde zur Verringerung des Verwaltungsaufwandes die Vereinheitlichung und Standardisierung des Auftrags nach der VV Einzelauftrag in Form eines Musterformulars angedacht. Im Kreise der GKV wurde die Erstellung eines Musters jedoch noch nicht in allen Kassensystemen beraten.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmer begrüßen ein einheitliches Formular zur Beauftragung der Krankenkassen nach der Verwaltungsvereinbarung Einzelauftrag. Eine in allen Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene intern abgestimmte Datensammlung wird an die DGUV weitergeleitet.

Die DGUV wird aus der Datensammlung über den zuständigen Arbeitskreis einen Formtext entwickeln, der von allen Unfallversicherungsträgern für die Erteilung des Einzelauftrages verwendet werden kann.

## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

### **TOP 09:      Absprache zu den rechtlichen Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung bei Kausalitätsfragen und deren Beweisregeln**

#### **Ausgangslage:**

Die Besonderheiten des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung sind bei den Mitarbeitern der Krankenkassen nicht immer bis ins Detail bekannt. Das führt häufig zu Missverständnissen und unnötigem Schriftwechsel.

#### **Sachstand:**

Zum besseren gegenseitigen Verständnis und zur Erleichterung der Zusammenarbeit zwischen den Trägern wurde zwischen der AOK Bayern und dem Landesverband Südost der DGUV eine „Absprache zu den rechtlichen Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung bei Kausalitätsfragen und deren Beweisregeln“ getroffen. Die Absprache hat sich zwischenzeitlich bewährt.

Aus Sicht der DGUV könnte die Absprache – ggf. mit Änderungen oder Ergänzungen – als bundesweites Konsenspapier zwischen den Kranken- und Unfallversicherungsträgern vereinbart werden.

#### **Besprechungsergebnis:**

Die Vereinbarung und Ausweitung der „Absprache zu den rechtlichen Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung bei Kausalitätsfragen und deren Beweisregeln“ als bundesweites Konsenspapier wird zurückgestellt.

## **Niederschrift**

über die Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes mit den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger  
am 6. November 2012 in Berlin

### **TOP 10: Psychotherapie zu Lasten der Krankenversicherung bei Beendigung der Behandlung durch den Unfallversicherungsträger**

Die DGUV berichtet, dass die im Rahmen eines Arbeitsunfalles gewährte Behandlung durch nichtärztliche Psychotherapeuten häufig von den Krankenkassen nicht fortgeführt wird, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass die Leistung entweder ganz oder ab einem bestimmten Zeitpunkt in die Leistungspflicht der Krankenkassen fällt (z.B. vorbestehende Krankheitsanlagen). Problematisch beim Wechsel der Zuständigkeit ist, dass die von den Unfallversicherungsträgern zugelassenen Therapeuten z. T. keine Krankenkassenzulassung haben, sowie der unterschiedliche Leistungsumfang der Träger (z.B. probatorischen Sitzungen in der Krisen- oder Frühintervention seitens der Unfallversicherung).

Ziel sollte sein, die laufende Therapie nicht zu unterbrechen (negative Auswirkungen sowohl für Patient als auch für die Kostenträger). Die Verbände der Krankenkassen wollen sich hierzu und zur Frage evtl. Erstattungsansprüche nach § 105 SGB X zeitnah positionieren.