

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katja Kipping, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/13296 –**

Arbeitsunfähigkeitsmeldungen bei Erwerbslosigkeit

Vorbemerkung der Fragesteller

Erwerbslose sind, sofern sie Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder nach dem SGB III beziehen, verpflichtet, eine Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit der zuständigen Stelle – Agentur für Arbeit oder Jobcenter – zu melden. Spätestens zum dritten Krankheitstag ist nach den gesetzlichen Vorschriften ein ärztliches Attest vorzulegen.

Mit dem Arbeitsmarktinstrumentenreformgesetz von 2008 ist in das SGB II (Hartz IV) ein Passus neu eingefügt worden, wonach bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit einer Begutachtung beauftragt werden kann (§ 56 Absatz 1 Satz 5 SGB II).

Im Juni 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien definiert, nach denen eine Erwerbslose/ein Erwerbsloser als arbeitsunfähig gilt. Danach gelten für Erwerbslose in der Arbeitslosenversicherung andere Kriterien als für Hartz-IV-Leistungsberechtigte.

Des Weiteren hat die Bundesagentur für Arbeit (BA) in ihren Fachlichen Hinweisen zu § 56 SGB II ohne spezielle Rechtsgrundlage eigenständig Sachverhalte festgelegt, die Zweifel an den Anzeigen von Arbeitsunfähigkeit und auch an Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Ärzten erlauben.

1. Welche Rechtsfolgen hat eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung jeweils in der Arbeitslosenversicherung (SGB III) und in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)?

Anspruch auf Arbeitslosengeld aus der Arbeitslosenversicherung hat nur, wer den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht. Dies setzt u. a. voraus, dass die/der Betreffende nach ihrem/seinem gesundheitlichen Leistungsvermögen in der Lage ist, eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufzunehmen und auszuüben. Sofern die Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Arbeitslosengeld

eintritt, besteht ein Anspruch auf Leistungsfortzahlung für eine Dauer von bis zu sechs Wochen (§ 146 SGB III).

Eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung wirkt sich in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nicht auf den Leistungsbezug aus. Aus der Dauer und der Häufigkeit von angezeigter und bescheinigter Arbeitsunfähigkeit können sich jedoch Zweifel an der Erwerbsfähigkeit ergeben. Voraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld II ist das Vorliegen von Erwerbsfähigkeit nach § 8 SGB II. Mit der Anzeige- und Bescheinigungspflicht nach § 56 SGB II wird sichergestellt, dass der zuständige Leistungsträger bei vorliegenden Anhaltspunkten eine Überprüfung der Erwerbsfähigkeit vornehmen kann und bei Wegfall der Leistungsberechtigung die Betroffene/den Betroffenen an das für ihn zuständige Leistungssystem (z. B. SGB XII) verweist.

Darüber hinaus ist die Kenntnis über die aktuelle Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit der/des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Gestaltung des Eingliederungsprozesses. Dies betrifft z. B. die Unterbreitung von Vermittlungsvorschlägen oder Angebote für Eingliederungsmaßnahmen.

2. Ist es zutreffend, dass eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung als wichtiger Grund für das Versäumen eines Melde- oder sonstigen Termins anzusehen ist, der Sanktionen nach dem SGB II ausschließt?

Die nachgewiesene Arbeitsunfähigkeit ist grundsätzlich ein wichtiger Grund. Arbeitsunfähigkeit ist jedoch nicht in jedem Einzelfall gleichbedeutend mit einer krankheitsbedingten Unfähigkeit, zu einem Meldetermin zu erscheinen. Nach vorheriger Aufforderung des Jobcenters kann vom Leistungsberechtigten auch ein ärztliches Attest für die Unmöglichkeit des Erscheinens zu einem Meldetermin verlangt werden (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 9. November 2010 – Az. B 4 AS 27/10 R – juris Rn. 32).

3. Welche sachliche Begründung gibt es für die geforderte Anzeige und den Beleg für eine Arbeitsunfähigkeit bei den Jobcentern für die Personengruppen im SGB II, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen, etwa weil sie bereits erwerbstätig sind oder Kinder unter drei Jahren oder sonstige Angehörige betreuen?

Zur sachlichen Begründung im Hinblick auf die Leistungsberechtigung zum SGB II wird auf die entsprechenden Ausführungen in der Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Die Verfügbarkeit ist keine Anspruchsvoraussetzung für Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Solange Hilfebedürftigkeit besteht, unterstützen die zuständigen Leistungsträger erwerbsfähige Leistungsberechtigte umfassend mit dem Ziel der Eingliederung in Arbeit (§ 14 SGB II).

Daraus folgt, dass Betroffene beispielsweise auch während einer Zeit der Kinderbetreuung vom Jobcenter zu betreuen sind. Dies gilt insbesondere, wenn ausdrücklich eine berufliche Eingliederung gewünscht wird oder regelmäßig kurz vor dem Ende des Zeitraums, in dem unter Berufung auf § 10 SGB II Vermittlungsvorschläge oder Eingliederungsmaßnahmen als unzumutbar abgelehnt werden können. Um diesen Prozess planvoll zu gestalten, benötigt die Vermittlungsfachkraft auch Erkenntnisse über das Vorliegen einer aktuellen Arbeitsunfähigkeit. Dies ist insbesondere für die Anberaumung von Beratungsterminen, die Unterbreitung von Vermittlungsvorschlägen und anderen Unterstützungsangeboten erforderlich.

4. Welche sachlichen Gründe und empirisch nachgewiesenen Sachverhalte lagen der Einführung eines Verfahrens bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit 2008 zugrunde?

Durch die Regelung wurden aus der Praxis bekannt gewordene Probleme beseitigt, ob der zuständige Leistungsträger bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit von der zuständigen Krankenkasse die Einschaltung des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit unabhängig davon verlangen kann, ob ein Leistungsbezieher sozialversicherungspflichtig beschäftigt ist oder nicht. Mit der Ergänzung des § 56 SGB II wurde gesetzlich klar gestellt, dass die in Absatz 1 Satz 4 der Vorschrift vorgesehene Pflicht zur Weiterleitung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse Grundlage für die Überprüfung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist.

5. In wie vielen Fällen wurden vor der Einführung 2008 von den örtlichen Trägern der Grundsicherung Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit gemeldet und wie dokumentiert?
6. Wie viele Fälle von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit wurden von den örtlichen Trägern bislang in der Arbeitslosenversicherung (SGB III) und bei Hartz IV (SGB II) dokumentiert?

Seit wann werden entsprechende Zweifel dokumentiert?

Die Fragen 5 und 6 werden wegen ihres Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

7. In wie vielen Fällen wurde jeweils der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) mit einem Gutachten beauftragt?

Zu welchen Ergebnissen und Rechtsfolgen führten die Aufträge an den MDK (bitte Angaben pro Jahr seit Beginn der Dokumentation, getrennt nach SGB II und SGB III)?

Für den Rechtskreis SGB II:

Die Vereinbarung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und der Bundesagentur für Arbeit nach § 56 Absatz 2 SGB II zum Verfahren zur Klärung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit von erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen ist am 1. April 2013 in Kraft getreten. Informationen zur Anzahl der Fälle, in denen die Jobcenter den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet haben, liegen der Bundesregierung noch nicht vor.

Für den Rechtskreis SGB III:

Eine mengenmäßige Dokumentation der Fälle, in denen die Krankenkassen bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit einem Anspruch auf Arbeitslosengeld nach dem SGB III eingeschaltet wurden, liegt nicht vor.

8. Ist es zutreffend, dass ein Vorschlag im Gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegt worden ist, der eine unbürokratische und abschließende Bestätigung einer Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt vorgeschlagen hat (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss: Zusammenfassende Dokumentation zum Beratungsverfahren gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur

Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie), und aus welchen Gründen ist dieser Vorschlag von der Bundesregierung abgelehnt worden?

Aus Sicht der Bundesregierung ist die beschlossene Richtlinie eine unbürokratische Lösung, die aufgrund ihrer einfachen, schlanken Definition der Arbeitsunfähigkeit bei Beziehern von Leistungen des SGB II für den Arzt praxisgerecht umsetzbar ist. Soweit im Gemeinsamen Bundesausschuss andere Vorschläge für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit erörtert wurden, waren diese nach Einschätzung der Bundesregierung für eine unbürokratische und praxisgerechte Umsetzung gerade nicht geeignet, da sie zusätzliche Datenübermittlungen zwischen Jobcenter und Arzt erfordert und zu zusätzlichem finanziellen Aufwand geführt hätten.

9. Ist es zutreffend, dass die Kriterien für eine Arbeitsunfähigkeit nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses unterschiedlich sind, je nachdem, ob der Patient erwerbstätig ist oder nicht und bei Erwerbslosen zudem eine Unterscheidung zwischen Leistungsbezieher/Leistungsbezieherinnen der Arbeitslosenversicherung (SGB III) oder der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) stattfindet?

Wie ist diese Unterscheidung zu rechtfertigen?

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) sehen unterschiedliche Definitionen und Bewertungsmaßstäbe der Arbeitsunfähigkeit vor. Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit für erwerbstätige Versicherte ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben (§ 2 Absatz 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien).

Im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld erweitert sich dieser Maßstab, da für einen Leistungsanspruch gefordert wird, dass die Betroffenen in der Lage sind, alle zumutbaren Beschäftigungen unter üblichen Arbeitsmarktbedingungen auszuüben. Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit für Beziehende von Arbeitslosengeld sind deshalb alle Arbeiten einzubeziehen, für die die Leistungsberechtigten sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben (§ 2 Absatz 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien).

Bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich nach § 2 Absatz 3a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien. Danach sind erwerbsfähige Leistungsberechtigte arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen. Die Regelung korrespondiert mit der in § 8 SGB II geregelten Definition der Erwerbsfähigkeit.

Ausnahmen bestehen sowohl bei Erwerbstätigen, die aufstockend Arbeitslosengeld II erhalten, als auch bei aufstockenden Arbeitslosengeld-Empfängern. Bei diesen Personengruppen gelten die Beurteilungskriterien für Beschäftigte (§ 2 Absatz 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) bzw. für Beziehende von Arbeitslosengeld nach dem SGB III (§ 2 Absatz 3 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien).

10. Wie bewertet die Bundesregierung die Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis, wenn der Arzt für eine korrekte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einen möglichen SGB-II-Leistungsbezug erfragen muss und die Bescheinigung des Arztes über Leistungsansprüche bzw. deren teilweise Versagung (Sanktionen) entscheidet?

Die Frage des Arztes zum Erwerbsstatus ist Voraussetzung für die rechtmäßige Anwendung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien. Dies gilt sowohl für die Beur-

teilung der Arbeitsunfähigkeit bei SGB II-Leistungsberechtigten als auch bei Erwerbstätigen und Beziehern von Arbeitslosengeld. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Arzt die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf der Grundlage der in der Richtlinie definierten Kriterien beurteilt. Mögliche Auswirkungen auf den SGB II-Leistungsbezug sind sachfremde Erwägungen und bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit unzulässig. Die Anzeige- und Bescheinigungspflicht nach § 56 SGB II gilt generell und nicht nur bei Meldeaufforderungen, Vermittlungsvorschlägen oder konkreten Maßnahmeangeboten.

11. Welche Gründe rechtfertigen Zweifel an der Korrektheit von Anzeigen von Arbeitsfähigkeit und insbesondere von ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen?

Nach § 56 SGB II i. V. m. § 275 Absatz 1a SGB V sind Zweifel insbesondere anzunehmen, wenn erwerbsfähige Leistungsberechtigte z. B. auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt. Dabei handelt es sich nicht um eine abschließende gesetzliche Aufzählung. In den Fachlichen Hinweisen der Bundesagentur für Arbeit werden weitere Fälle beschrieben, in denen von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden kann, wie z. B. bei wiederholter Krankschreibung, wenn Einladungen zum Jobcenter oder das Angebot einer Eingliederungsmaßnahme vorliegen.

12. Ist es zutreffend, dass Zweifel an einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei einer gesetzlich krankenversicherten Person zu der Beauftragung des MDK der Krankenkasse führen kann, nicht aber bei privat Versicherten? Wie rechtfertigt die Bundesregierung ggf. diese Ungleichbehandlung?

Die Agentur für Arbeit hat gegenüber allen Leistungsbeziehern unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung darüber zu wachen, dass Leistungen nicht unrechtmäßig bezogen werden. Bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit bei privat krankenversicherten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten kommt eine Klärung über den eigenen ärztlichen Dienst in Betracht. Für gesetzlich krankenversicherte erwerbsfähige Leistungsberechtigte wird eine Klärung gemäß § 56 Absatz 1 Satz 5 SGB II über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung herbeigeführt.

13. Wie bewertet die Bundesregierung die Einschaltung des MDK unter dem Aspekt des Datenschutzes, wonach Sozialdaten nur erhoben werden dürfen, wenn dies im konkreten Einzelfall erforderlich ist?

Die gesetzliche Befugnis zur Einschaltung der Krankenkasse zur Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus § 56 Absatz 2 Satz 5 SGB II. Die datenschutzrechtliche Befugnis zur Datenerhebung und -übermittlung zur Erfüllung der sich hieraus ergebenden gesetzlichen Aufgaben folgt aus §§ 67a Absatz 1, 69 Absatz 1 Nummer 1 SGB X. Die Datenerhebung und -speicherung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgt auf Grundlage der Vorschrift des § 276 Absatz 2 SGB V, wonach der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Sozialdaten erheben und speichern darf, soweit dies für die Prüfungen und gutachtlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 SGB V erforderlich ist. Vor diesem Hintergrund besteht für die Datenerhebung und -speicherung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Erstellung einer durch die Krankenkasse auf Verlangen der Bundesagentur für Arbeit beim ihm in Auftrag gegebenen Begutachtung eine ausreichende Rechtsgrundlage.

14. Welche Rechtsfolgen hat die Einschaltung des MDK, wenn das Gutachten die betreffende Person trotz Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als arbeitsfähig einstuft, für die jeweiligen Leistungsberechtigten und den behandelnden Arzt?

Stellt sich nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung heraus, dass die erwerbsfähige leistungsberechtigte Person tatsächlich nicht arbeitsunfähig erkrankt war, liegt ein wichtiger Grund im Sinne der §§ 31 bzw. 32 SGB II nicht vor, und der Eintritt einer Sanktion ist zu prüfen. In diesem Fall kehrt sich die Beweislast um, denn die Nichterweislichkeit einer Tatsache liegt in der Sphäre der erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person.

Für den Arzt ergeben sich keine unmittelbaren Konsequenzen.

Im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung) überprüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach § 275 Absatz 1b SGB V stichprobenartig und zeitnah Feststellungen zur Arbeitsunfähigkeit.

15. Auf welche Art und Weise kann in diesem Fall eine leistungsberechtigte Person und ein Arzt rechtlich gegen den Inhalt des Gutachtens und/oder seine rechtlichen Folgen vorgehen?

Die erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen können gemäß § 1 Absatz 3 der Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der BA nach § 56 Absatz 2 SGB II nach der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung beim Jobcenter gegen das von der Krankenkasse übermittelte Ergebnis einen medizinisch begründeten Widerspruch einlegen. Auch der behandelnde Arzt kann nach § 2 Absatz 3 der oben genannten Vereinbarung Einspruch gegen das Ergebnis bei der Krankenkasse einlegen. In der Folge wird zur Klärung des Widerspruchs ein Zweitgutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erstellt. Bei rechtlichen Einwänden in Bezug auf die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung haben die betroffenen Personen die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu wenden. Darüber hinaus kann die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Rahmen eines sozialgerichtlichen Verfahrens überprüft werden.

Das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung stellt eine sozialmedizinische Empfehlung für die Krankenkasse bzw. das Jobcenter dar; die letztendliche Entscheidung über die Notwendigkeit der Bewilligung einer Leistung treffen diese. Gegen deren Entscheidung können Betroffene Widerspruch einlegen.

16. Wie bewertet die Bundesregierung bei Kosten von bis 290 Euro für einen Hausbesuch (vgl. Fachliche Hinweise der Bundesagentur für Arbeit zu § 56 SGB II) die Verhältnismäßigkeit der Beauftragung des MDK bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit?

Die Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der BA nach § 56 Absatz 2 SGB II regelt in § 5 die Kostenerstattung, wenn ein Jobcenter die Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit veranlasst. Nach § 5 Absatz 2 dieser Vereinbarung erfolgt die Kostenerstattung auf der Grundlage der zum Begutachtungszeitpunkt für eine externe Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bundesweit geltenden Einzelfallpauschalen. Dabei wird unterschieden nach der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Aktenlage, der Beurteilung der Ar-

beitsunfähigkeit nach persönlicher Befunderhebung in der Beratungsstelle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach persönlicher Befunderhebung im Hausbesuch und der Beurteilung der Notwendigkeit einer persönlichen Befunderhebung nach Aktenlage in Fällen, in denen der Versicherte nicht zur Begutachtung erscheint. Mit diesen Pauschalen sind sämtliche für die Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Einzelfall entstandenen Aufwendungen abgegolten. Die Auswahl der Beurteilungsmethode richtet sich danach, was im jeweiligen Einzelfall notwendig ist, um eine Entscheidung über das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit treffen zu können. Die Entscheidung hierüber trifft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (§ 3 der Vereinbarung).

17. In wie vielen Fällen und in welcher Höhe (durchschnittlich und Summe) wurde bereits in den vergangenen Jahren nach § 65a SGB I Aufwendungsersatz für vom Leistungsträger veranlasste medizinische Untersuchungen gezahlt (bitte getrennt nach SGB II und SGB III antworten)?

Welche konkreten Kosten sind nach Ansicht der Bundesregierung von den Leistungsträgern zu übernehmen?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen darüber vor, wie häufig und in welchem Umfang Aufwendungsersatz nach § 65a SGB I gewährt wurde. Im Bereich der Arbeitsförderung und der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden die für einen Untersuchungstermin notwendigen Reisekosten übernommen.

18. Wie schließt die Bundesregierung aus, dass SGB-II-Leistungsberechtigte auf eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vertrauen und aus diesem Grund Termine nicht wahrnehmen, aber dann infolge von unterschiedlichen Einschätzungen von behandelnden Ärzten und MDK sanktioniert werden?

Es wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

19. Wie viele Sanktionen wurden im SGB II seit 2008 aufgrund unterschiedlicher Einschätzungen über die Arbeitsfähigkeit jährlich ausgesprochen?

Der BA liegen zu dieser Frage keine statistischen Daten vor, weil Gründe für ein Meldeversäumnis von den Jobcentern nicht erfasst werden.

20. Warum ist es für die Bundesregierung nicht ausreichend, grundsätzlich das Urteil der Ärzte über die Arbeitsunfähigkeit zu akzeptieren – zumal die behandelnden Ärzte im Gegensatz zu den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Jobcentern eine einschlägige Ausbildung genossen haben und darüber hinaus mit der Krankengeschichte der jeweiligen Person vertraut sind?

Eine ordnungsgemäß ausgestellte ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit hat einen hohen Beweiswert. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 11 verwiesen.

21. Wie bewertet die Bundesregierung die Fachlichen Hinweise der Bundesagentur für Arbeit zu § 32 SGB II, wonach Arbeitsunfähigkeit nicht in jedem Einzelfall ein Nichterscheinen zu einem Meldetermin rechtfertigt und von den Leistungsberechtigten auch „ein ärztliches Attest für die

Unmöglichkeit des Erscheinens zu einem Meldetermin verlangt werden kann“ (Fachliche Hinweise der Bundesagentur für Arbeit zu § 32, Rn. 32.9)?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

22. Wer entscheidet nach welchen Kriterien darüber, was ein solcher Einzelfall ist?

Was befähigt eine Leistungssachbearbeiterin/einen Leistungssachbearbeiter zu einer konkreten Einschätzung?

Fallgestaltungen, bei denen Zweifel an einer Arbeitsunfähigkeit vorliegen können, sind in den Fachlichen Hinweisen der Bundesagentur für Arbeit zu § 56 SGB II in Kapitel 2 unter Bezugnahme auf § 275 Absatz 1a SGB V beschrieben.

Eine Bescheinigung der Meldeunfähigkeit wird in der Regel verlangt, wenn die erwerbsfähige leistungsberechtigte Person mehrfach unter Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den Meldepflichten nicht nachgekommen ist.

23. Wie bewertet die Bundesregierung, wenn infolge dieser Vorgaben von den örtlichen Jobcentern sog. Bettlägerigkeitsbescheinigungen verlangt werden?

Aus Sicht der Bundesregierung ist es nicht zu beanstanden, wenn die Jobcenter in Zweifelsfällen die Vorlage einer besonderen Bescheinigung über die krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Wahrnehmung eines Meldetermins verlangen. Die Kosten hierfür sind vom Jobcenter zu übernehmen.

24. Inwieweit sind die Ärzte verpflichtet, ein derartiges Attest auszustellen, und wo sind entsprechende Verpflichtungen geregelt?

Maßgebend für die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II beantragt haben oder beziehen, sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossenen Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien. Hiernach sind die genannten Personen arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen (§ 2 Absatz 3a Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien).

Eine Verpflichtung des Arztes gegenüber dem Patienten zur Ausstellung von Bescheinigungen folgt aus dem Behandlungsvertrag.

25. Welche Möglichkeiten hat der Leistungsberechtigte ggf. nachträglich seine Bettlägerigkeit nachzuweisen, und welche Möglichkeiten hat er, wenn der Arzt bzw. die Ärztin sich weigert, eine solche auszustellen?

Ein nachträglicher Nachweis über die krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Wahrnehmung eines Meldetermins kommt in der Regel nicht in Betracht. Das Jobcenter hat die erwerbsfähige leistungsberechtigte Personen vorab darauf hinzuweisen, dass für den Nachweis eines wichtigen Grundes im vorliegenden Einzelfall die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht ausreichend ist, sondern die Vorlage einer besonderen Bescheinigung über die krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Wahrnehmung eines Meldetermins verlangt wird.

26. Mit welcher Größenordnung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit von SGB-II-Leistungsberechtigten und daraus folgenden Überprüfungen durch den MDK rechnet die Bundesregierung für die Zukunft?

Zur zukünftigen Größenordnung der Fälle, in denen die Jobcenter den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einschalten werden, kann die Bundesregierung keine Aussagen treffen, da hierzu keinerlei Erfahrungswerte vorliegen.

