

 **Bundesministerium**
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

sozialministerium.at

BMSGPK - II/A/9 (Legistische Angelegenheiten in
der Kranken- und Unfallversicherung)

Dachverband der Sozialversicherungsträger
Kundmannagasse 21
1030 Wien

Vera Pribitzer
Sachbearbeiterin

Vera.Pribitzer@sozialministerium.at
+43 1 711 00-864141
Stubenring 1, 1010 Wien

E-Mail-Antworten sind bitte unter Anführung der
Geschäftszahl an post@sozialministerium.at
zu richten.

Geschäftszahl: 2020-0.347.845

Weisungen betreffend § 735 ASVG und § 258 B-KUVG über COVID-19- Risiko-Atteste

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit dem 9. COVID-19-Gesetz, BGBl. I Nr. 31/2020, und der diesbezüglichen Risikogruppen-Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, BGBl. II Nr. 203/2020, wurde die Freistellung von Personen auf Grund der Zugehörigkeit zur COVID-19-Risikogruppe von der Arbeitsleistung bei Vorlage eines COVID-19-Risiko-Attests gesetzlich festgelegt. Weiters wurde bei Freistellung ein Erstattungsanspruch der Dienstgeberinnen und Dienstgeber gegenüber dem jeweiligen Krankenversicherungsträger bzw. in weiterer Folge ein dem Krankenversicherungsträger gegenüber dem Bund zustehender Aufwandersatz vorgesehen. Mit zwei Novellen durch die Bundesgesetze BGBl. I Nr. 52/2020 und BGBl. I Nr. 54/2020 wurden die Rechtsgrundlagen für die Honorierung der Beurteilung einer individuellen Risikosituation bzw. der Ausstellung eines COVID-19-Risiko-Attests geschaffen.

Zur Abrechnung dieser Ansprüche wird Nachstehendes verfügt:

I. Darstellung der Rechtsgrundlagen

Der vom Gesetz für eine Dienstfreistellung und den damit verbundenen Kostenersatz in Betracht kommende Personenkreis umfasst gemäß § 735 Abs. 1 ASVG bzw. § 258 Abs. 1

B-KUVG Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer, unabhängig davon, ob diese lediglich geringfügig beschäftigt werden oder nicht, sowie Lehrlinge.

Die Honorierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist im § 735 Abs. 2a ASVG bzw. § 258 Abs. 2a B-KUVG festgelegt:

Dem behandelnden Arzt/Der behandelnden Ärztin ist für die Beurteilung der individuellen Risikosituation ein pauschales Honorar in Höhe von 50,00 € durch den Krankenversicherungsträger zu bezahlen. Das Honorar steht bis 31. Mai 2020 unabhängig davon zu, ob im konkreten Fall nach der Beurteilung tatsächlich ein COVID-19-Risiko-Attest auszustellen ist oder nicht. Des Weiteren ist die Honorargewährung unabhängig davon, ob es sich um einen Vertragspartner/eine Vertragspartnerin des Krankenversicherungsträgers handelt oder nicht.

Zusätzliche Honorarforderungen gegenüber den Patient/inn/en werden gesetzlich verboten und sind daher nicht zulässig.

Der Krankenversicherungsträger bezahlt das pauschale Honorar von 50 € an jede/n behandelnde/n Ärztin/Arzt, somit unabhängig davon, ob die betroffene Person einen oder mehrere Ärztinnen/Ärzte aufgesucht hat. Hat die betroffene Person allerdings mehr als eine/n Ärztin/Arzt aufgesucht, so ist der Krankenversicherungsträger berechtigt, den 50 € übersteigenden Betrag des ausbezahlten Honorars von der betroffenen Person zurückzufordern.

Ab 1. Juni 2020 wird ein (negatives) COVID-19-Risiko-Attest auch dann ausgestellt, wenn die Risikoanalyse ergeben hat, dass die untersuchte Person nicht zur COVID-19-Risikogruppe gehört. Ab diesem Zeitpunkt gebührt das Honorar von 50 € folglich nicht für die Durchführung der Risikoanalyse, sondern für die Ausstellung des positiven oder negativen COVID-19-Risiko-Attests.

Voraussetzung für die Direktverrechnung zwischen dem Krankenversicherungsträger und dem Arzt/der Ärztin ist, dass die Durchführung der Beurteilung der individuellen Risikosituation mit dem entsprechenden Dokumentationsbogen dokumentiert wird.

Die dem Krankenversicherungsträger daraus entstehenden tatsächlichen Honorarkosten sind durch den Bund aus dem COVID-19 Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen. Eine Kostentragung des Bundes über den 31. Dezember 2020 hinaus ist ausgeschlossen.

Die Regelungen in Bezug auf eine mögliche Dienstfreistellung sind bis 31. Mai 2020 gesetzlich befristet, eine Verlängerung durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Familie und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist jedoch bis 30. Juni 2020 erfolgt (BGBl. II Nr. 230/2020). Weitere Verlängerungen wären abhängig von der Fortdauer der COVID-19-Krisensituation bis längstens 31. Dezember 2020 zulässig.

Voraussetzung für eine Dienstfreistellung gemäß § 735 Abs. 3 ASVG bzw. § 258 Abs. 3 B-KUVG ist im Falle der Vorlage eines COVID-19-Risiko-Attests, dass die Erbringung der Arbeitsleistung im Homeoffice nicht möglich ist bzw. die Bedingungen für die Erbringung der Arbeitsleistung in der Arbeitsstätte nicht so gestaltet werden können, dass eine Ansteckung mit COVID-19 mit größtmöglicher Sicherheit ausgeschlossen ist.

Die §§ 735 Abs. 4 ASVG bzw. 258 Abs. 4 B-KUVG regeln, dass der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber neben dem Entgelt inklusive der Zulagen und anteiligen Sonderzahlungen sämtliche Lohnnebenkosten (Steuern, Abgaben sowie Sozialversicherungs- und sonstige Beiträge) zu ersetzen sind, unabhängig davon, von welcher Stelle diese eingehoben bzw. an welche Stelle diese abgeführt werden. Der Anspruch besteht auch unabhängig davon, ob diese Steuern, Abgaben oder Beiträge im konkreten Zeitraum tatsächlich entrichtet wurden oder aufgrund von Stundungen erst später zu entrichten sind.

Für den Ersatz bedarf es als Nachweis einer Darstellung des Bruttoentgelts (ohne Limitierung mit der Höchstbeitragsgrundlage nach dem ASVG bzw. B-KUVG) sowie einer Darstellung der damit in Zusammenhang stehenden sämtlichen Lohnnebenkosten.

Von der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber sind dabei dem Krankenversicherungsträger jene (Lohn-)Unterlagen vorzulegen, aus denen der zu erstattende Betrag ersichtlich ist; diesbezüglich sind auch die entsprechenden Nachweise aus der Lohnverrechnung über die tatsächlich erfolgte Leistung des konkreten Entgelts an die betroffene Person vorzulegen.

Dem jeweiligen Antrag sind ebenso das COVID-19-Risiko-Attest sowie eine Erklärung der Dienstgeberin bzw. des Dienstgebers beizulegen, dass nach § 735 Abs. 3 ASVG bzw. § 258 Abs. 3 B-KUVG weder Homeoffice noch eine Adaptierung des Arbeitsplatzes in der Arbeitsstätte möglich sind. Der Dienstgeber muss des Weiteren die Dauer und das konkrete Ausmaß (geleistete Arbeitszeit in Prozent) der Freistellung angeben.

Der Antrag auf Ersatz ist spätestens sechs Wochen nach dem Ende der Freistellung unter Vorlage der entsprechenden Nachweise beim Krankenversicherungsträger einzubringen.

II. Abrechnung zwischen Trägern und Bund

Als Grundlage für die gemäß § 735 Abs. 2a und Abs. 4 ASVG sowie § 258 Abs. 2a und Abs. 4 B-KUVG vom Bund an die Österreichische Gesundheitskasse und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zu leistenden Zahlungen ist eine Abrechnung vorzulegen. Derzeit ist vorgesehen, die Zahlung einmalig, nach Ende der Maßnahme, zu leisten.

Da für die Freigabe von Mitteln aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds Unterlagen, welche die Höhe der Zahlungen untermauern bzw. eine Plausibilitätsüberprüfung ermöglichen, vom Bundesministerium für Finanzen gefordert werden, muss die Abrechnung mehr Daten als nur den zu ersetzenen Geldbetrag enthalten und einen gewissen Detaillierungsgrad aufweisen. Diese zusätzlichen Angaben orientieren sich weitgehend an den im Zusammenhang mit der Maßnahme vorzulegenden statistischen Nachweisungen.

Die Träger werden ersucht, das Abrechnungsformular zu einem angemessenen Zeitpunkt nach Ende der Freistellungsmöglichkeit gemäß § 735 ASVG und § 258 B-KUVG vorzulegen. Da Dienstgeberinnen und Dienstgeber bis zu sechs Wochen nach Ende der Freistellungsmöglichkeit Anträge auf Erstattung stellen können und den Trägern eine ausreichende Bearbeitungszeit eingeräumt werden soll, scheint ein Vorlagetermin dieser Abrechnung zwölf Wochen nach Ende der Freistellungsmöglichkeit sinnvoll.

Zusätzlich weist das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz darauf hin, dass sich zwischen den im Abrechnungsformular enthaltenen Daten und den Daten im Statistikformular keine Differenzen ergeben dürfen. Das bedeutet beispielsweise, dass die Summe der in den einzelnen Statistik-Formularen enthaltenen Fallzahlen, Freistellungstagen und Erstattungsbeträgen den entsprechenden Einträgen in der Abrechnung entsprechen muss. Entsprechendes gilt auch für die Beträge in der vorgesehenen Nachweisung, die dem Rechnungsabschluss beizulegen ist.

III. Erfassung und Nachweisung der Aufwendungen gemäß § 735 ASVG bzw. § 258 B-KUVG (Rechnungslegung)

- 1) Die betroffenen Träger der Krankenversicherung haben für die Erfassung der Erstattungsbeträge gemäß § 735 Abs. 4 ASVG bzw. § 258 Abs. 4 B-KUVG und deren Ersätze ein eigenes Verrechnungskonto einzurichten, das jedenfalls getrennt von der Geburung der

Krankenversicherung unter entsprechender Anwendung der Rechnungsvorschriften zu führen ist. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die Erfassung der an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gemäß § 735 Abs. 2a ASVG bzw. § 258 Abs. 2a B-KUVG zu leistenden Honorare nicht dem laufenden Leistungsaufwand für Ärztliche Hilfe zugerechnet wird. Die von der Dienstgeberin bzw. vom Dienstgeber und von den Ärztinnen bzw. Ärzten vorzulegenden Unterlagen gelten als zu den Büchern und Aufzeichnungen gehörige Belege und sind im Sinne § 58 Abs. 1 lit. I der Rechnungsvorschriften jedenfalls durch sieben Jahre aufzubewahren.

2) Die Erfassung der im Rahmen der Erstattung an die Dienstgeberinnen und Dienstgeber anfallenden Verwaltungsaufwendungen hat im Wege eines eigenen Rechenkreises (Subkostenstelle) samt entsprechender Aufzeichnung gegliedert nach den Kostenarten der Kostenrechnung zu erfolgen.

3) Die Krankenversicherungsträger haben eine Nachweisung zu erstellen, aus der die an die Dienstgeberinnen und Dienstgeber gemäß § 735 Abs. 4 ASVG bzw. § 258 Abs. 4 B-KUVG erstatteten Beträge, die an die Ärztinnen und Ärzte gemäß § 735 Abs. 2a ASVG bzw. § 258 Abs. 2a B-KUVG geleisteten Honorare, die jeweils vom Bund geelisteten Ersätze, die gemäß § 735 Abs. 2a dritter Satz ASVG bzw. § 258 Abs. 2a dritter Satz B-KUVG rückgeforderten Beträge sowie die angefallenen Verwaltungsaufwendungen gem. o.a. Punkt 2 ersichtlich sind.

Die Nachweisung ist dem Rechnungsabschluss für das Jahr 2020 beizulegen.

IV. Statistische Nachweisungen der Freistellungen und Erstattungen gemäß § 735 ASVG bzw. § 258 B-KUVG

Die betroffenen Träger der Krankenversicherung haben getrennt nach Versichertenkategorie(-gruppe) und Geschlecht monatliche statistische Nachweisungen zur Erfassung der Freistellungen gemäß § 735 Abs. 3 ASVG bzw. § 258 Abs. 3 B-KUVG und der Erstattungen gemäß § 735 Abs. 4 ASVG bzw. § 258 Abs. 4 B-KUVG vorzulegen.

1. Erstattungsstatistik:

In der Erstattungsstatistik (siehe beiliegendes Formular Erstattungen) sind alle im Berichtsmonat abgerechneten Erstattungsfälle gemäß § 735 Abs. 4 ASVG bzw. § 258 Abs. 4 B-KUVG zu erfassen. Erstattungsfälle sind pro freigestellter Person zu zählen, wobei mehrere Freistellungen einer Person in einem Berichtsmonat zusammenzufassen sind. Als

Erstattungsbetrag ist der für eine freigestellte Person im Berichtsmonat an die Dienstgeberin/den Dienstgeber geleistete Erstattungsbetrag zu zählen. Als Freistellungstage sind im Falle einer vollständigen Freistellung Kalendertage von Beginn bis Ende eines Falls zu zählen (z.B. durchgehende vollständige Freistellung vom 6. Mai 2020 bis zum 31. Mai 2020 = 26 Tage). Im Falle einer stundenweisen Freistellung sind diese Kalendertage anteilmäßig zu zählen (z.B. durchgehende Freistellung vom 6. Mai 2020 bis zum 31. Mai 2020 im Ausmaß von 50 % der Arbeitszeit = $26 * 50\% = 13$ Tage). Der Erstattungsbetrag ist jener Betrag, den der zuständige Krankenversicherungsträger der Dienstgeberin/dem Dienstgeber erstattet.

Die Erstattungsstatistik ist dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger bis zum 15. des dem Berichtsmonat folgenden Monats vorzulegen. Erstmals ist die Erstattungsstatistik für den Berichtsmonat Juni 2020 am 15. Juli 2020 vorzulegen.

Die Erstattungsstatistik für einen Berichtsmonat kann – im Fall einer Verlängerung des Zeitraums, in dem eine Freistellung möglich ist – unterschiedliche Monate der Freistellung umfassen. Erstattungen für Freistellungen eines bestimmten Kalendermonats können in mehreren Berichtsmonaten anfallen.

2. Freistellungsstatistik:

In der Freistellungsstatistik (siehe beiliegendes Formular Freistellungen) sind alle im Berichtsmonat abgerechneten Erstattungsfälle nach dem Kalendermonat der Freistellung zu erfassen. Die Summe der Freistellungen der einzelnen Kalendermonate eines Berichtsmonates hat mit den Erstattungsfällen der Erstattungsstatistik des betreffenden Berichtsmonats übereinzustimmen.

Die Freistellungsstatistik ist dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger bis zum 15. des dem Berichtsmonat folgenden Monats vorzulegen. Erstmals ist die Freistellungsstatistik für den Berichtsmonat Juni 2020 am 15. Juli 2020 vorzulegen.

Beilage: Formular Freistellungen

Formular Erstattungen

Abrechnungsformular

22. Juni 2020

Für den Bundesminister:

Mag. Ines STILLING

Elektronisch gefertigt

