Bundesagentur für Arbeit

Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II
Fachliche Weisungen

§ 56 SGB II

BA Zentrale KPI11
Stand: 01.07.2026

Bundesagentur für Arbeit

Wesentliche Änderungen

Fassung vom 01.07.2026

- Mit dem Dreizehnten Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.04.2026 (BGBl. 2026 I Nr. 107 vom 16.04.2026) wurde der § 56 SGB II mit Wirkung zum 01.07.2026 geändert und Abs. 1 Satz 7 hinzugefügt.
- Redaktionelle Änderungen:
    - Anpassung einer nicht mehr funktionierenden Verlinkung im Dokument (RZ: 56.21). Die Verlinkung wurde entfernt, dafür wurde ein Verweis in das Social Intranet der BA aufgenommen.
    - Die Verlinkungen zu den Fachlichen Weisungen im Dokument wurden aktualisiert.

Fassung vom 01.07.2023

- Mit dem Zwölften Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Einführung eines Bürgergeldes (Bürgergeld-Gesetz) vom 16.12.2022 (BGBl. 2022 Teil I, Seite 2328) wurde § 56 SGB II mit Wirkung zum 01.07.2023 geändert und Absatz 1 Satz 1 wie folgt gefasst:
  Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beantragt haben oder beziehen, sind verpflichtet,
  1. eine eingetretene Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen und
  2. spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer vorzulegen.
- Neu RZ 56.4 bis 56.6: Regelungen zu den Ausnahmetatbeständen von der Anzeige- und Vorlagepflicht bei Arbeitsunfähigkeit
- Bisherige RZ 56.12 „Anwendung auf Aufstocker“ unter 3.1 entfällt.
- Die übrige Nummerierung der RZ wurde entsprechend angepasst.
- Weitere redaktionelle Änderungen insbesondere im Hinblick auf gendergerechte Formulierungen

Bundesagentur für Arbeit

Gesetzestext

§ 56 SGB II
„Anzeige- und Bescheinigungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit“

(1) [1,2,3] 1Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beantragt haben oder beziehen, sind verpflichtet,
1. eine eingetretene Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen und
2. spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer vorzulegen.

2§ 31 Absatz 1 findet keine Anwendung. 3Die Agentur für Arbeit ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. 4Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, so ist der Agentur für Arbeit eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. 5Die Bescheinigungen müssen einen Vermerk des behandelnden Arztes darüber enthalten, dass dem Träger der Krankenversicherung unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird. 6Zweifelt die Agentur für Arbeit an der Arbeitsunfähigkeit der oder des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, so gilt § 275 Absatz 1 Nummer 3b und Absatz 1a des Fünften Buches entsprechend. 7Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit sind insbesondere anzunehmen, wenn Leistungsberechtigte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wiederholt zur Entschuldigung der Nichtwahrnehmung von Meldeterminen nach § 59 oder von Terminen bei potenziellen Arbeitgebern vorlegen.

(2) [6] 1Absatz 1 Satz 1 gilt nicht für erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die einen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Teilarbeitslosengeld haben. 2Die Agentur für Arbeit kann erwerbsfähige Leistungsberechtigte im Einzelfall von der Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 befreien. 3Sie soll erwerbsfähige Leistungsberechtigte befreien, sofern die Eingliederung in Arbeit oder Ausbildung hierdurch nicht gefährdet wird.

(3) [1,4,5] 1Die Bundesagentur erstattet den Krankenkassen die Kosten für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach Absatz 1 Satz 6. 2Die Bundesagentur und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung; der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen ist zu beteiligen. 3In der Vereinbarung kann auch eine pauschale Abgeltung der Kosten geregelt werden.

1 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 angefügt durch Gesetz vom 21.12.2008 (BGBl. I S. 2917), in Kraft ab 01.01.2009
2 Absatz 1 Satz 1 und 5 geändert durch Gesetz vom 24.03.2011, in Kraft ab 01.04.2011
3 Absatz 1 geändert durch Gesetz vom 26.07.2016, in Kraft ab 01.08.2016
4 Absatz 2 geändert durch Gesetz vom 24.07.2017, in Kraft ab 25.07.2017
5 Absatz 2 Satz 1 und 2 geändert durch Gesetz vom 14.12.2019, in Kraft ab 01.01.2020
6 Absatz 2 eingefügt durch Gesetz vom 16.12.2022, in Kraft ab 01.01.2023; ehemaliger Absatz 2 wird Absatz 3
Absatz 1 Satz 1 wird durch Gesetz vom 16.12.2022 mit Wirkung zum 01.07.2023 wie folgt gefasst:
"Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts beantragt haben oder beziehen, sind verpflichtet,
1. eine eingetretene Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen und
2. spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer vorzulegen.“

Bundesagentur für Arbeit

Gesetzestexte aus angrenzenden Gesetzen

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

- § 275 Begutachtung und Beratung

Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeines	1
2.	Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit	3
2.1	Tatsachen, die in den Lebensbereich der/des Leistungsberechtigten fallen	4
2.2	Tatsachen, die in den Arbeitsbereich des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin fallen	4
3.	Verfahren bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit	5
3.1	Anwendungsbereich	5
3.2	Adressat der Anfrage	5
3.3	Datenübermittlung	5
3.4	Verfahren bei der Krankenkasse	6
3.5	Abrechnungsverfahren	6
3.6	Erfolgsbeobachtung	7
4.	Rechtliche Konsequenzen (z. B. Leistungsminderung)	8
4.1	Bei Nichtvorliegen einer Arbeitsunfähigkeit	8
4.2	Bei Nichterscheinen zum Untersuchungstermin oder fehlender Mitwirkung während eines Untersuchungstermins	9

1. Allgemeines

Intention der Vorschrift (56.1)

(1) Die Vorschrift begründet eine besondere Mitwirkungspflicht der erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person in Gestalt einer Anzeige- und Vorlagepflichtbei Arbeitsunfähigkeit.

(2) Solange eine Arbeitsunfähigkeit nicht angezeigt ist, ist die erwerbsfähige leistungsberechtigte Person in die vermittlerischen Bemühungen nach den dazu geltenden Grundsätzen einzubeziehen.

Begriff der Arbeitsunfähigkeit (56.2)

(3) Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit ist gesetzlich nicht definiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (zusammengesetzt aus der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie beratender Beteiligung von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern) definiert den Begriff der Arbeitsunfähigkeit in seiner Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie in § 2. Bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich nach § 2 Abs. 3a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie.

Beginn und Ende der Anzeige- und Vorlagepflicht (56.3)

(4) Die Anzeige- und Vorlagepflicht beginnt mit der Antragsstellung. Die Verpflichtung erlischt, sobald der Leistungsbezug endet oder das Verwaltungsverfahren oder das Sozialrechtsverhältnis anderweitig beendet werden (z. B. durch Antragsrücknahme).

Ein Verstoß gegen die Anzeige- und Vorlagepflicht erfüllt keinen leistungsmindernden oder bußgeldbewehrten Tatbestand.

Keine Anzeige- und Vorlagepflicht für Aufstocker (56.4)

(5) Von der Anzeige- und Vorlagepflicht ausgenommen sind erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die einen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Teilarbeitslosengeld haben.

Ausnahmen von der Anzeige- und Vorlagepflicht

Einzelfallregelung (56.5)

(6) Gemäß § 56 Abs. 2 Satz 2 SGB II **können** Leistungsberechtigte im Einzelfall von der Verpflichtung zur Anzeige einer Arbeitsunfähigkeit befreit werden. Hierfür kommen insbesondere folgende Personengruppen in Betracht:

- Personen, die aufgrund der Betreuung eines oder mehrerer Kinder und unter Berücksichtigung der Gesamtsituation aktuell keine Arbeit aufnehmen können (Zumutbarkeit). Vgl. hierzu auch Fachliche Weisungen zu § 10 SGB II Nr. 2.3.
- Personen, die aufgrund der Pflege von Angehörigen und unter Berücksichtigung ihrer Gesamtsituation aktuell keine Arbeit aufnehmen können (Zumutbarkeit). Vgl. hierzu auch Fachliche Weisungen zu § 10 SGB II Nr. 2.4.

- Personen, die unter Würdigung der persönlichen Gesamtsituation (z. B. aufgrund ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsfähigkeit, einer Ausschöpfung ihrer individuellen Möglichkeiten) für eine Vermittlung in Arbeit, die über die derzeit ausgeführte Beschäftigung hinausgeht, nicht zur Verfügung stehen (vgl. hierzu Fachliche Weisungen zu § 10 SGB II Nr. 2.1)
-

(7) Folgende Personengruppen **sollen** gemäß § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB II von der Verpflichtung zur Anzeige einer Arbeitsunfähigkeit befreit werden, sofern die Eingliederung in Arbeit oder Ausbildung dadurch nicht gefährdet wird bzw. nicht in Betracht kommt:
- Jugendliche über 15 Jahren, die sich in Schulausbildung befinden und der Vollzeitschulpflicht unterliegen.
- Jugendliche über 15 Jahren, die einen Jugendfreiwilligendienst im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes oder einen Bundesfreiwilligendienst im Sinne des Bundesfreiwilligendienstgesetzes absolvieren
- Jugendliche über 15 Jahren, die eine Berufsausbildung absolvieren.
- Alleinerziehende mit einem oder mehreren Kindern unter 3 Jahren.

Feststellung / Rücknahme der Befreiung von der Anzeige- und Vorlagepflicht (56.6)

(8) Die Information über die Anzeige- und Vorlagepflicht erfolgt über das Merkblatt SGB II. Sollte die Kundin / der Kunde von einer Befreiung ausgehen, ist dies mit der Integrationsfachkraft im Beratungsgespräch zu erörtern. Die Integrationsfachkraft stellt im Gespräch eine Befreiung von der Vorlagepflicht fest. Außerdem wird die von der Anzeige- und Vorlagepflicht befreite Person dazu aufgefordert, das Jobcenter umgehend zu informieren, wenn sich die Verhältnisse geändert haben, die zu einer Befreiung geführt haben. Die Entscheidung und entsprechende Gründe für die Befreiung sowie die Rücknahme sind von der Integrationsfachkraft in einem Beratungsvermerk im IT-Fachverfahren VerBIS zu dokumentieren. Wünscht die Kundin / der Kunde eine schriftliche Bestätigung dieser Entscheidung, kann der Beratungsvermerk ausgedruckt und ausgehändigt werden.

Inhalt und Form der Arbeitsunfähigkeitsanzeige und -bescheinigung (56.7)

(9) Die/der Leistungsberechtigte hat die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer unverzüglich ohne Angabe der Krankheitsdiagnose dem zuständigen Jobcenter anzuzeigen. Unverzüglich bedeutet, dass die Anzeige ohne schuldhaftes Zögern erfolgen muss, d. h. so schnell, wie es von einem/einer sorgfältig Handelnden zu erwarten und den Verpflichteten im konkreten Einzelfall zuzumuten ist.

Eine besondere Form schreibt das Gesetz nicht vor. Sollte noch kein Arzt oder keine Ärztin die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt haben, entsteht die Anzeigepflicht dann, wenn die/der Leistungsberechtigte

überzeugt ist, arbeitsunfähig krank zu sein. Diese Selbsteinschätzung begründet dann für sie/ihn die Pflicht, diese seitens eines Arztes oder einer Ärztin spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages bescheinigen zu lassen.

(10) Die/der Leistungsberechtigte hat dem Jobcenter spätestens vor Ablauf des dritten Kalendertages nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit vorzulegen. Die Berechnung der Frist richtet sich nach § 40 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 26 SGB X. Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages. Innerhalb dieser Frist muss die Bescheinigung beim Jobcenter eingegangen sein.

Frühere Vorlage des Nachweises in begründeten Ausnahmefällen (56.8)

(11) Das zuständige Jobcenter kann im Einzelfall auch eine Vorlage der Bescheinigung verlangen, wenn die Erkrankung weniger als drei Tage angedauert hat und begründete Zweifel an der angezeigten Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Dadurch sollen Missbrauchsmöglichkeiten im Zusammenhang mit dem Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eingeschränkt werden.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Kontext der Prüfung einer Leistungsminderung (56.9)

(12) Wird die Arbeitsunfähigkeit im Kontext mit einer Einladung nach § 59 SGB II, dem Angebot oder Abbruch einer Maßnahme bzw. einem Vermittlungsvorschlag bescheinigt, ist dies bei der Prüfung einer Leistungsminderung zu berücksichtigen. Die Prüfung eines wichtigen Grundes ist entsprechend den Fachlichen Weisungen zu §§ 31, 31a, 31b SGB II, Ziffer 2.5 bzw. zu § 32 SGB II, Ziffer 3 vorzunehmen.

2. Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit

Beweiswert der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (56.10)

(1) Eine ordnungsgemäß ausgestellte ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit hat einen hohen Beweiswert. Sie ist der gesetzlich vorgesehene und gewichtigste Beweis, dass eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Trotz der vorgelegten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung können aber im Einzelfall Zweifel an der Erkrankung bestehen.

Fallgruppen (56.11)

(2) In § 275 Abs. 1a SGB V werden Regelbeispiele beschrieben, unter deren Voraussetzungen Zweifel an der attestierten Arbeitsunfähigkeit bestehen. Es kann zwischen folgenden Fallgestaltungen unterschieden werden:

- Die betroffene Person ist auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig oder
- der Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche oder
- die ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung stammt von einem Arzt oder einer Ärztin, der oder die bereits durch die gehäufte Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auffällig geworden ist.

Daneben kann auf die Rechtsprechung zum Entgeltfortzahlungsgesetz zurückgegriffen werden. Danach lassen sich zwei Fallgruppen unterscheiden:

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Tatsachen,

- die in den Lebensbereich der /des Leistungsberechtigten fallen,
- die in den Arbeitsbereich des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin fallen.

2.1 Tatsachen, die in den Lebensbereich der/des Leistungsberechtigten fallen

Zweifel aufgrund von Vorgehensweisen seitens der/des Leistungsberechtigten (56.12)

Die /der Leistungsberechtigte zeigt wiederholt Arbeitsunfähigkeit an bzw. legt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vor

- nach Einladung zu einem Meldetermin,
- nach Angebot oder Abbruch einer Maßnahme,
- nach einer Auseinandersetzung mit dem persönlichen Ansprechpartner bzw. der persönlichen Ansprechpartnerin bezüglich einer beantragten Abwesenheit,
- zum Ende einer genehmigten Abwesenheit oder im unmittelbaren Anschluss daran,
- nach Zugang eines Vermittlungsvorschlags.

Die/der Leistungsberechtigte verhält sich nicht, wie es von einem/einer Kranken erwartet wird (z. B. Tätigkeit auf einer Baustelle, unverhältnismäßiges gesundheitsschädigendes Verhalten).

Zu beachten bleibt aber, dass Krankheit und Arbeitsunfähigkeit nicht gleichbedeutend mit Bettlägerigkeit oder häuslicher Ruhe sind. Deshalb können aus Aktivitäten des täglichen Lebens wie einem Spaziergang, dem Einkaufen oder notwendigen geschäftlichen Tätigkeiten, wie Bankbesuchen, ohne Berücksichtigung weiterer Umstände keine Schlüsse auf das Nichtvorliegen einer Arbeitsunfähigkeit gezogen werden.

2.2 Tatsachen, die in den Arbeitsbereich des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin fallen

Zweifel aufgrund von Vorgehensweisen im ärztlichen Arbeitsbereich (56.13)

Rückdatierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von mehr als zwei Tagen begründet ernsthafte Zweifel.

Der Beweiswert einer ärztlichen Bescheinigung ist ebenso fraglich, wenn eine Folgebescheinigung dasselbe Ausstellungsdatum aufweist wie die Erstbescheinigung.

3. Verfahren bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

Vereinbarung mit dem GKV-SV und Absehen von der Einleitung einer Überprüfung (56.14)

(1) Für das Verfahren gilt die „Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes (unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) und der Bundesagentur für Arbeit nach § 56 Abs. 3 SGB II“.

(2) Liegen dem Jobcenter bereits ausreichend nachgewiesene Tatsachen dafür vor, dass Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegt, z. B. bei gleichzeitiger Beschäftigung, ist von dem Überprüfungsverfahren bei den Krankenkassen und einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) kein Gebrauch zu machen.

(3) Grundlage der Einleitung eines Überprüfungsverfahrens bei den Krankenkassen ist immer das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass ein Auftrag an die zuständige Krankenkasse zur Überprüfung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nur bei begründeten Zweifeln erteilt wird. Die Begründung ist zu dokumentieren. Es wird empfohlen, die Freigabe des Auftrags durch eine Führungskraft vorzusehen.

3.1 Anwendungsbereich

Keine Anwendung auf privat Krankenversicherte (56.15)

Die Anwendung des § 56 Abs. 1 Satz 6 SGB II erstreckt sich ausschließlich auf die gesetzlich versicherten Personengruppen des SGB V und somit nicht auf privat krankenversicherte Personen. Für privat Krankenversicherte fehlt es bislang an einer gesetzlichen Regelung.

3.2 Adressat der Anfrage

Zuständige Krankenkasse (56.16)

Adressat des Überprüfungsauftrages ist die jeweils zuständige Krankenkasse der/des Leistungsberechtigten. Zur Ermittlung der Adresse dieser Krankenkasse kann das Krankenkassenverzeichnis im Intranet herangezogen werden.

3.3 Datenübermittlung

Datenschutz (56.17)

Die Übermittlung eines solchen Überprüfungsauftrages mittels E-Mail oder Telefax ist datenschutzrechtlich unzulässig. Die Übermittlung des Überprüfungsauftrages erfolgt daher auf dem Postweg unter Verwendung des dafür vorgesehenen Vordrucks (BK-Vorlage 2a56-01).

Im Falle des Nichtantritts einer Eingliederungsmaßnahme ist der Überprüfungsanfrage eine Beschreibung der Eingliederungsmaßnahme (u. a. zeitlicher Umfang, Art der Tätigkeit hinsichtlich der körperlichen und geistigen Anforderungen) beizufügen. Sie ermöglicht

dem MDK die Beurteilung der individuellen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die spezielle Eingliederungsmaßnahme.

3.4 Verfahren bei der Krankenkasse

Entscheidung durch die Krankenkasse (56.18)

(1) Die Krankenkasse leitet eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit der/des betroffenen Leistungsberechtigten ein und teilt dem Jobcenter das Ergebnis der Überprüfung umgehend mit. Grundlage der Prüfung der Krankenkasse ist die vom Vertragsarzt an die Krankenkasse übersandte Ausfertigung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (inklusive Diagnose). Geht der Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Überprüfungsauftrages des Jobcenters keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom Vertragsarzt zu, informiert sie das Jobcenter. Weil es dann an einer Grundlage für die Überprüfung fehlt, ist das Verfahren in der Folge als erledigt zu betrachten.

Einladung zum MDK (56.19)

(2) Die Krankenkasse beauftragt den MDK mit einer Begutachtung. Der MDK kann je nach Begutachtungsergebnis eine Beurteilung mit einer persönlichen Befunderhebung einfordern. Dazu fordert der MDK die betroffene Leistungsberechtigte bzw. den betroffenen Leistungsberechtigten ohne Belehrung über die Rechtsfolgen auf, zu einem bestimmten Termin in einer Beratungsstelle zu erscheinen. Diese Aufforderung erhält das Jobcenter zur Kenntnis.

(3) Um einem Nichterscheinen oder Nichtmitwirken der/des Leistungsberechtigten bei der Untersuchung beim MDK ggf. rechtliche Konsequenzen folgen zu lassen, ist es erforderlich, dass das Jobcenter diese unter Belehrung über die Rechtsfolgen (Meldepflicht nach § 59 SGB II i. V. m. § 32 SGB II und Mitwirkung bei Untersuchungen nach § 62 i. V. m. § 66 SGB I) zu dem vom MDK genannten Termin förmlich einlädt. Hierzu kann die BK-Vorlage „Einladung und Untersuchung beim MDK (ID: 26182)“ verwendet werden.

(4) Eventuell im Zusammenhang mit der Begutachtung beim MDK entstehende Fahrkosten sind vom Jobcenter als veranlassendem Leistungsträger zu übernehmen (§ 59 SGB II i. V. m. § 309 SGB III).

3.5 Abrechnungsverfahren

Honorarsätze (56.20)

(1) Die zentrale Rechnungsbearbeitungsstelle der BA erstattet den Krankenkassen die durch die Tätigkeit des MDK entstehenden Kosten auf der Grundlage folgender Einzelfallpauschalen:

- Beurteilung nach Aktenlage 130 €
- Beurteilung nach persönlicher Befunderhebung
- in der MDK-Beratungsstelle 210 €
- im Hausbesuch 260 €
- Ersatz des Aufwandes für eine Vorprüfung bei Nichterscheinen 75 €

Übersendung der Rechnung in anonymisierter Form (56.21)

(2) Die Krankenkassen stellen unter Benennung der Einzelfallpauschale sowie unter Angabe einer Rechnungsnummer, der Kundennummer und der Krankenversichertennummer je Überprüfungsvorgang eine Rechnung an das beauftragende Jobcenter. Das Jobcenter prüft unverzüglich die rechnerische und sachliche Richtigkeit der Rechnung und bestätigt diese auf der Originalrechnung. Der Auszahlungsauftrag wird über die BK-Vorlage 2a56-03 ausgefüllt und mit der Originalrechnung an die (im BA Service-Haus, 90327 Nürnberg) gesendet. Die Kopie der ursprünglichen Rechnung verbleibt beim Jobcenter. Änderungen daran dürfen nicht vorgenommen werden.

Die Mitteilung von Gesundheitsdaten an die zentrale Rechnungsbearbeitungsstelle ist datenschutzrechtlich unzulässig. Daher sind vor Übersendung des Originals der Rechnung alle personenbezogenen Daten unkenntlich zu machen. Als gemeinsame Ordnungskriterien verbleiben die Rechnungsnummer der Krankenkasse sowie die Krankenversichertennummer. Die Jobcenter haben zu gewährleisten, dass die Kopie der Rechnung unverändert und im Falle von Rückfragen und zu Prüfungszwecken zuordenbar bleibt. Es empfiehlt sich daher, die Rechnungen im Jobcenter geordnet nach Rechnungs- oder Krankenversichertennummer an zentraler Stelle abzulegen.

(3) Die zentrale Rechnungsbearbeitungsstelle weist auf der Grundlage der Angaben des Jobcenters die Rechnung an. Die bezahlte Originalrechnung inklusive der Auszahlungsaufträge wird entsprechend den haushaltsrechtlichen Bestimmungen des Bundes in der Rechnungsbearbeitungsstelle und auch für Prüfzwecke abgelegt.

(4) Die zentrale Rechnungsbearbeitungsstelle nimmt eine einfache statistische Erfassung (Fallzahlen nach Jobcenter und Art der Pauschale) vor.

3.6 Erfolgsbeobachtung

(1) Das Jobcenter erfasst laufend die Anzahl der erteilten Überprüfungsaufträge und die jeweiligen Fallzahlen der verschiedenen Überprüfungsergebnisse. Für die Erfassung steht ein Erfassungs- und Berichtstool sowie eine Kurzbeschreibung zur Nutzung des Tools zur Verfügung. Sie finden beides im Social Intranet auf der Seite zu den Mitwirkungspflichten. Für die Ergebniserfassung ist folgende Untergliederung vorzusehen:

- Auftragserledigung wegen fehlender Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beim MDK
- Auftragserledigung wegen Nichterscheinen zum Untersuchungstermin
- Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit
- Keine Arbeitsunfähigkeit

(2) Das Jobcenter übermittelt jährlich zum 15. Januar eines Jahres die Daten für das Vorjahr ohne personenbezogene Zuordnung an die zentrale Rechnungsbearbeitungsstelle.

4. Rechtliche Konsequenzen (z. B. Leistungsminderung)

4.1 Bei Nichtvorliegen einer Arbeitsunfähigkeit

Rückwirkende Beurteilung durch den MDK (56.22)

(1) Stellt der MDK fest, dass die/der Leistungsberechtigte tatsächlich nicht arbeitsunfähig erkrankt war, liegt im Rahmen der Prüfung einer Pflichtverletzung oder eines Meldeversäumnisses kein wichtiger Grund im Sinne der §§ 31 bzw. 32 SGB II vor.

Anderer wichtiger Grund (56.23)

(2) Es obliegt dann der/dem Leistungsberechtigten einen anderweitigen wichtigen Grund nachzuweisen. In diesem Fall kehrt sich die Beweislast um und liegt wieder auf Seiten der/des Leistungsberechtigten.

Kein wichtiger Grund (56.24)

(3) Ein wichtiger Grund liegt nicht vor, wenn die/der Leistungsberechtigte die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (z. B. durch Angabe falscher Tatsachen) erwirkt hat.

Beurteilung durch den MDK nur für die Zukunft (56.25)

(4) In den Fällen, in denen der MDK bei einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit feststellt, dass diese ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr fortbesteht, bestehen keine Bedenken gegen eine sofortige Wiedereinbeziehung der/des Leistungsberechtigten in die Integrationsbemühungen.

Widerspruch gegen die gutachterliche Stellungnahme (56.26)

(5) Das Gutachten des MDK ist grundsätzlich verbindlich. Bestehen zwischen dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin sowie dem MDK Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder über Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, kann der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin unter Darlegung von Gründen bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Ergeben sich aus dem Zweitgutachten des MDK neue Feststellungen, sind die auf der ersten Feststellung des MDK gestützten leistungsrechtlichen Entscheidungen aufzuheben. Dies gilt – nach Abstimmung mit der /dem Leistungsberechtigten – soweit erforderlich auch für vermittlerische Entscheidungen.

Wenn die/der Leistungsberechtigte einen medizinisch begründeten Widerspruch gegen das durch die Krankenkasse übermittelte Ergebnis beim Jobcenter einlegt, muss ein erneuter Prüfauftrag gestellt werden. Der Prüfauftrag ist zusammen mit dem Widerspruch der Krankenkasse zuzuleiten.

4.2 Bei Nichterscheinen zum Untersuchungstermin oder fehlender Mitwirkung während eines Untersuchungstermins

Fehlende Mitwirkung (56.27)

(1) Ist eine förmliche Einladung des Jobcenters unter Belehrung über die Rechtsfolgen zu einer vom MDK für notwendig erachteten Begutachtung erfolgt (vgl. RZ 56.19), bestehen Mitwirkungspflichten der/des Leistungsberechtigten. Die Nichterfüllung kann Leistungsminderungen zur Folge haben.

(2) Sofern die Krankenkasse als Ergebnis der Überprüfung (vgl. RZ 56.18) mitteilt, dass die/der Leistungsberechtigte zum Begutachtungstermin nicht erschienen ist, ist eine Leistungsminderung nach § 32 SGB II zu prüfen.

Ein Versagen oder der Entzug der Leistung nach § 66 SGB I ist dagegen zu prüfen, wenn die/der Leistungsberechtigte an der Untersuchung nicht mitwirkt (§ 62 SGB I). Die Meldepflicht gemäß § 59 SGB II verpflichtet die/den Leistungsberechtigte(n), einen Untersuchungstermin wahrzunehmen, nicht jedoch, an der Untersuchung mitzuwirken. Zur Verpflichtung, sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen siehe § 62 SGB I.