



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 11.07.2014**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungs-
gesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes
vom 04.06.2014**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Ergänztender Änderungsbedarf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch.....	4
III. Ergänztender Änderungsbedarf im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch	9

I. Vorbemerkung

Der Gesetzesentwurf sieht Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und im Sozialgerichtsgesetz vor. Da die im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) geregelten Vorschriften für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hiervon nicht unmittelbar betroffen sind, erfolgt zu den vorgesehenen gesetzlichen Änderungen keine Stellungnahme.

Die geplanten Änderungen betreffen die GKV jedoch insoweit, als durch die Änderung des § 2 Abs. 1 AsylbLG der Personenkreis deutlich vergrößert wird, der nach § 264 Abs. 2 Satz 1 SGB V auftragsweise durch die Krankenkassen betreut wird. Der Anwendungsbereich der Leistungserbringung für nicht GKV-Versicherte nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V ist aber schon gegenwärtig in der Praxis sehr verwaltungsintensiv und zwischen den betroffenen Leistungsträgern stark streitbefangen. Bei einer quantitativen Ausweitung der betreuten Personen ist es daher umso wichtiger, die gesetzlichen Rahmenbedingungen der auftragsweisen Leistungserbringung zu konkretisieren und damit die Verwaltungsverfahren zu entlasten und Rechtsstreitigkeiten zu reduzieren.

Um das Verwaltungsverfahren zu entlasten, die Streitbefangenheit zu reduzieren und eine Quersubventionierung zu Lasten der GKV auszuschließen, sollten die Rahmenbedingungen der auftragsweisen Leistungserbringung konkreter gesetzlich festgelegt werden. Klarstellungs- und Änderungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich

- bestimmter Verfahrensfragen (z.B. Ausübung der Krankenkassenwahl, Führung von Regressverfahren, Anwendbarkeit von Verwaltungsvorschriften des SGB X, Vorschusszahlungen),
- der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und deren Erstattung,
- der Zuständigkeit unterschiedlicher Sozialhilfeträger sowie
- der Höhe des Verwaltungskostenersatzes.

Vor diesem Hintergrund wird sowohl im Interesse der Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger als auch der Krankenkassen nachfolgender ergänzender Änderungsbedarf im Fünften und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch gesehen.

II. Ergänzender Änderungsbedarf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch

1. In § 264 Absatz 2 Satz 1 wird nach den Wörtern „der Krankenkasse“ das Wort „auftragsweise“ eingefügt. Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Regelungen des Dritten Kapitels, Zweiter Abschnitt Zehntes Buch gelten nicht. Die Geltendmachung von Ansprüchen gegen Schadenersatzpflichtige (§ 116 Zehntes Buch) obliegt dem Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe.“

Der bisherige Satz 2 wird Satz 4.

Begründung:

Es wird klargestellt, dass es sich um ein gesetzliches Auftragsverhältnis handelt und beispielsweise die Ausschlussfrist des § 111 SGB X nicht gilt. Darüber hinaus zeigt § 116 SGB X ebenso wie § 81 a BVG, dass die Führung von Regressverfahren gegen Schadenersatzpflichtige grundsätzlich den auftraggebenden Leistungsträgern obliegt (vgl. BSG-Urteil vom 28. September 2010 – B 1 KR 4/10 R). Aufgrund der in der Praxis umstrittenen Zuständigkeit ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

2. In § 264 Absatz 3 wird nach dem Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber dem für die Hilfe zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erklären.“

Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4. Nach Satz 4 (neu) werden folgende Sätze angefügt:

„Der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe meldet die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger bei der gewählten Krankenkasse an; § 28 a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 sowie Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 Buchstabe a des Vierten Buches gilt entsprechend. Das Nähere vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die kommunalen Spitzenverbände.“

Begründung:

Es wird klargestellt, dass die Ausübung des Wahlrechts gegenüber dem für die Hilfe zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erklären ist und nicht gegenüber der Krankenkasse. Dies ist konsequenter Ausdruck des Rechtsgedankens, dass es zwischen dem Hilfebezieher und der Krankenkasse keine versicherungs- und mitgliedsrechtliche Beziehung gibt. Die Krankenkasse handelt lediglich im Auftrag für den Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe.

Die bisher im Rahmen von Absprachen vereinbarte Anmeldung der Betroffenen durch die Träger der Sozial- bzw. öffentlichen Jugendhilfe wird auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

3. § 264 Absatz 6 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Zur Bemessung der Vergütungen für die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger gelten die Regelungen nach § 87a; hierbei gelten die Empfänger als Versicherte. In den rechnungsbegründenden Unterlagen, die im Datenaustausch nach § 295 Absatz 2 übermittelt werden, sind die Fälle des in Absatz 2 Satz 1 genannten Personenkreises zu kennzeichnen.“

Nach § 264 Absatz 6 Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 2 und 3 gelten nur für vertragszahnärztliche Leistungen.“

Begründung:

Seit dem 1. Januar 2009 zahlen die Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V eine sog. morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung sowie weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Vergütungsregelungen nach § 87a für gesetzlich Versicherte auch für nicht versicherungspflichtige Leistungsempfänger gelten. Dadurch, dass der intrabudgetäre Leistungsbedarf unter Anwendung der aus der kassenseitigen Rechnungslegung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügbaren Abstaffelungsquote vergütet wird, finden die für die Versicherten geltenden Honorarbegrenzungsregelungen analog für die Empfänger Anwendung; extrabudgetäre Leistungen werden als Einzelleistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

Für die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen gelten weiterhin die Regelungen des § 85.

4. In § 264 Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „für die Hilfe zuständigen“ gestrichen sowie nach dem Wort „erstattet“ ein Komma und die Wörter „die die Anmeldung bei der Krankenkasse nach Absatz 3 vorgenommen haben“ eingefügt.

Begründung:

In einigen Ländern verweigern einzelne örtliche Träger der Sozialhilfe die Erstattung von Aufwendungen nach § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V mit der Begründung, dass für die Hilfe der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig ist. Die kassenseitige Abrechnung mit mehreren Trägern der Sozialhilfe würde jedoch zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand führen, zumal in der Regel nicht bekannt ist, welcher Träger der Sozialhilfe in Bezug auf welche Leistungen zuständig ist. Mit der Neuregelung wird daher erreicht, dass in jedem Fall der anmeldende Träger der Sozial- oder Jugendhilfe gegenüber der Krankenkasse zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet ist.

5. Nach § 264 Abs. 7 Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Als erstattungsfähiger Aufwand für die Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gilt der gemäß § 295 Abs. 2 SGB V an die Krankenkassen übermittelte Leistungsbedarf der Empfänger nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung. Für die zur Ausführung des Auftrags erforderlichen Aufwendungen hat der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe der Krankenkasse auf Verlangen einen angemessenen Vorschuss zu zahlen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land gemeinsam und einheitlich das Nähere zur Höhe, Berechnung und Fälligkeit der Vorschusszahlungen bis zum [6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]. Die Vereinbarungen sind für die Krankenkassen, die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe unmittelbar verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 6 nicht zu Stande, gelten für eine angemessene Vorschusszahlung und zur Fälligkeit die Sätze 9 bis 13. Der Vorschuss nach Satz 5 berechnet sich auf der Grundlage der gegenüber den Trägern der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsaufwendungen je Empfänger. Der Vorschuss beinhaltet zusätzlich einen Verwaltungskostenanteil von 6 vom Hundert des Betrages nach Satz 9. Die Beträge nach den Sätzen 9 und 10 sind für jeden Empfänger zu zahlen, der am ersten Tag des ersten Monats des Kalendervierteljahres, für das der Vorschuss zu zahlen ist, bei der Krankenkasse gemeldet ist. Abweichend von den Sätzen 9 bis 11 kann die Krankenkasse einen angemessenen Vorschuss auch nach anderen Berech-

nungsgrundsätzen bemessen. Der Vorschuss ist am 20. des ersten Monats des Kalendervierteljahres, für das der Vorschuss zu zahlen ist, fällig.“

Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Sätze 14 und 15.

Begründung:

Mit der Änderung wird klargestellt, dass bei den durch die Sozialhilfeträger zu erstattenden Aufwendungen für Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung der tatsächlich abgerechnete Leistungsbedarf der Empfänger zu berücksichtigen ist. Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe einen angemessenen Vorschuss auf Verlangen der Krankenkasse zu zahlen hat.

Zur Höhe, Berechnung und Fälligkeit der Vorschusszahlungen sind gemeinsame und einheitliche Absprachen auf Landesebene zu treffen. Für die örtlichen Träger der Sozialhilfe und die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene zum Abschluss einer Vereinbarung gesetzlich legitimiert. Hierdurch wird vermieden, dass es zu einer Vielzahl von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und örtlichen Trägern der Sozialhilfe sowie örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe kommt. Zusätzlich sind auch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe in den Abschluss von Vereinbarungen einzubeziehen, da bei entsprechender Gewährung von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII bzw. nach Landesrecht eine Anmeldung bei der Krankenkasse durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu erfolgen hat und somit die Vorschuss- und Abrechnungszahlungen durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu tätigen sind. Da für die überörtlichen Träger der Jugendhilfe keine Zuständigkeit von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII gegeben ist, besteht kein Bedarf für eine Vereinbarung mit diesen. Für den Fall, dass die Vereinbarung auf Landesebene innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der Regelung nicht zu Stande kommt, gilt das im Gesetz beschriebene Verfahren. Aus Gründen der Flexibilität können die Krankenkassen in diesen Fällen jedoch auch abweichende Berechnungen zur Ermittlung eines angemessenen Vorschusses anstellen.

6. In § 264 Absatz 7 Satz 14 (neu) werden die Wörter „bis zu 5“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

Begründung:

In Bezug auf den Verwaltungskostenersatz ist festzustellen, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen in der Regel über 5 v. H. der Leistungsausgaben liegen. Beim Personenkreis des § 264 Abs. 2 SGB V sind diese aufgrund des regelmäßig höheren Behandlungsbedarfs und des zusätzlich entstehenden Abrechnungsaufwandes noch höher anzusetzen.

7. Nach § 264 Abs. 7 Satz 15 (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Für die Aufwandserstattung und Vorschusszahlungen gilt die Regelung des § 24 Abs. 1 Satz 1 Viertes Buch entsprechend; als Fälligkeitstag für die Aufwandserstattung gilt der 14. Kalendertag nach Abrechnungseingang.“

Begründung:

Die Krankenkassen erhalten keine Beiträge für ihre Leistungen, die sie nach § 264 Absatz 2 bis 6 SGB V erbringen. Sie sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots aber gehalten, zeitnah ihre Einnahmen einzuziehen, da andernfalls die Solidargemeinschaft über Gebühr belastet würde. Durch diese Regelung entsteht für die Träger der Sozialhilfe der Anreiz, die Zahlungen an die Krankenkassen zügig vorzunehmen. Eine unangemessene Benachteiligung durch die Regelung des § 24 Abs. 1 Satz 1 SGB IV für die Träger ist auch nicht ersichtlich, da sie lediglich den Beitragszahlern gleichgestellt werden.

III. Ergänzender Änderungsbedarf im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27.12.2003, BGBl. I S. 3022), welches zuletzt durch Gesetz vom 01.10.2013 (BGBl. I S. 3733) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 109 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 109a Kostenerstattung bei Aufwendungen nach § 264 Fünftes Buch

Hat der Träger der Sozialhilfe Aufwendungen gegenüber der Krankenkasse nach § 264 Absatz 7 Satz 1 Fünftes Buch erstattet, ist der nach den Vorschriften dieses Buches oder nach Landesrecht sachlich zuständige Träger der Sozialhilfe erstattungspflichtig; Pauschalierungsabreden zwischen den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sind zulässig.“

Begründung:

In einigen Ländern wurden den örtlichen Trägern der Sozialhilfe die nach § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V übernommenen Aufwendungen nicht durch die nach den Vorschriften des SGB XII oder nach Landesrecht zuständigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe erstattet. In der Folge kam es zu Rückforderungen gegenüber den Krankenkassen, die wiederum diese Aufwendungen gegenüber den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe geltend zu machen hatten. Diese Regelung schafft eine rechtssichere Grundlage zum Ausgleich der Aufwendungen zwischen den Trägern der Sozialhilfe und korrespondiert mit der in § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V eingeführten Verpflichtung, dass der anmeldende Träger der Sozialhilfe zur Erstattung gegenüber der Krankenkasse verpflichtet ist, unabhängig von den im Sozialhilferecht bestehenden Zuständigkeiten. Den Trägern der Sozialhilfe steht es frei, die Erstattungen untereinander einzelleistungsbezogen oder pauschaliert abzuwickeln.