



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 08.01.2019**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts
des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
vom 30. November 2018**

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. Stellungnahme zum Referentenentwurf	6
Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))	6
§ 11 Antragserfordernis	6
§ 26 Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe	8
§ 30 Verhältnis zu Leistungen anderer Träger	9
§ 43 Krankenbehandlung	10
§ 44 Ergänzende Leistungen der Krankenbehandlung.....	12
§ 45 Sachleistungsprinzip, Kostenbeteiligung.....	13
§ 46 Nachweispflicht	15
§ 47 Versorgung mit Hilfsmitteln.....	17
§ 48 Krankengeld der Sozialen Entschädigung.....	18
§ 51 Erstattung von Kosten bei selbst beschaffter Krankenbehandlung.....	20
§ 52 Erstattung von Kosten für Krankenbehandlung bei Auslandsaufenthalt.....	23
§ 54 Reisekosten.....	24
§ 58 Zuständigkeit	26
§ 60 Datenübermittlung	28
§ 61 Erstattung an Krankenkassen.....	30
§ 63 Leistungsumfang	32
§ 68 Zusammentreffen von Teilhabeleistungen mit Pflegeleistungen	33
§ 72 Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	35
§ 73 Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad.....	36
§ 76 Ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.....	37
§ 78 Zuständigkeit	39
§ 80 Datenübermittlung	40
§ 81 Erstattung an Pflegekassen	42
§ 138 Heil- und Krankenbehandlung.....	45
§ 144 Absicherung gegen Krankheit.....	46
Artikel 32 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	47
§ 4 Absatz 3 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.....	47
Artikel 38 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	48
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen.....	48
§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche	49
Artikel 46 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)	50
§ 22 Impfausweis	50

I. Vorbemerkung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat den Verbänden am 30.11.2018 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts übersandt und ihnen die Möglichkeit eröffnet, zu diesem Entwurf bis zum 07.01.2019 Stellung zu nehmen.

Mit dem Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts soll das Entschädigungsrecht mit Wirkung zum 01.01.2022 in einem eigenen, dem Vierzehnten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XIV) geregelt werden. Es wird insbesondere das im Jahr 1950 für die Versorgung der Kriegsoffer und ihrer Hinterbliebenen geschaffene Bundesversorgungsgesetz (BVG) und das für Opfer ziviler Gewalt bestehende Opferentschädigungsgesetz (OEG) ablösen. Neben den Opfern der beiden Weltkriege sowie den Opfern ziviler Gewalt (Gewaltverbrechen, Terroranschläge etc.), die künftig auch Formen psychischer Gewalt umfassen soll (etwa bei Fällen von Stalking oder Menschenhandel), werden auch Personen anspruchsberechtigt nach dem SGB XIV, die durch die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen eine gesundheitliche Schädigung erleiden. Zudem sieht das Gesetz einen Leistungsanspruch für Ausländerinnen und Ausländer vor, die sich zum Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses in Deutschland aufhalten. Mit der Neuordnung des Entschädigungsrechts sollen – bei einem erweiterten zeitgemäßen Gewaltbegriff – zugleich Leistungsverbesserungen einhergehen. So werden Leistungen in Traumaambulanzen und Leistungen des Fallmanagements als sogenannte „Schnelle Hilfen“ eingeführt; die Zahlbeträge der Entschädigungsleistungen werden erhöht.

Für die Krankenbehandlung gilt, dass die Krankenkassen ihren Versicherten für die schädigungsbedingten Erkrankungen auftragsweise alle Leistungen der Krankenbehandlung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), inklusive ihrer Satzungsleistungen, erbringen; darüber hinaus werden den Berechtigten seitens der Träger der Sozialen Entschädigung („Verwaltungsbehörden“) weitergehende Leistungen zur Verfügung gestellt. Einen Schwerpunkt bilden dabei Mehrleistungen im Bereich psychotherapeutischer Maßnahmen, die die seelische Verfassung der Betroffenen mit diversen Behandlungsmethoden verbessern helfen sollen. Ausgenommen von der auftragsweisen Erbringung der Leistungen durch die Krankenkassen sind die schädigungsbedingt erforderlichen Hilfsmittel, die von der jeweils zuständigen Unfallkasse des Landes nach dem Recht der Unfallversicherung (SGB VII) erbracht werden sollen.

Schädigungsbedingte Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen auf der Grundlage des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht und sind den Pflegekassen von den Verwaltungsbehörden zu erstatten. Das Leistungsniveau für pflegebedürftige Anspruchsberechtigte soll mit ergänzenden Leistungen der Sozialen Entschädigung aufgestockt werden. Kran-

ken- und Pflegekassen erhalten für die auftragsweise erbrachten Leistungen zusätzlich eine Verwaltungskostenerstattung in Höhe von 5 Prozent der zu erstattenden Leistungsbeträge.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Zielsetzung, das Soziale Entschädigungsrecht zu reformieren und damit der Verantwortung des Staates gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern, die einen schädigungsbedingten Gesundheitsschaden erlitten haben, weiterhin in angemessener Weise Rechnung zu tragen. Insoweit kann auch die grundlegende Zielsetzung, das Soziale Entschädigungsrecht in das Sozialgesetzbuch zu überführen, nachvollzogen werden.

Die vorgesehene Erweiterung des berechtigten Personenkreises im Vergleich zum BVG und OEG ist aus Sicht der GKV nachvollziehbar und im Interesse der betroffenen Personen zu begrüßen. Gleiches gilt für die Erweiterung der Leistungsansprüche um Schnelle Hilfen und ergänzende Leistungen zur Krankenbehandlung.

Der Ansatz, dass neben den bestehenden sozialen Sicherungssystemen kein weiteres umfassendes System bereitgestellt werden soll, welches unmittelbar Leistungen zur Verfügung stellt, auf die Betroffene ggf. auch in bestehenden Versicherungsverhältnissen Anspruch haben, kann nachvollzogen werden. Dem entspricht in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung auch die heutige Systematik, in der die GKV seit Jahrzehnten als verlässlicher Partner der Träger des Sozialen Entschädigungsrechts für ihre Versicherten und die Betreuten die Leistungen der Krankenbehandlung dienstleistungsorientiert und verwaltungsarm gegen Erstattung der Aufwendungen erbringt. Der GKV-Spitzenverband unterstützt daher die vorgesehenen Regelungen, dass die Krankenkassen für ihre Mitglieder oder für die nach § 10 SGB V Familienversicherten und für die Geschädigten, die eine Krankenkasse zu wählen haben, die Leistungen der Krankenbehandlung nach dem SGB V weiterhin auftragsweise für die zuständige Verwaltungsbehörde erbringen. Damit kann auf ein bewährtes und etabliertes System zur Versorgung der Geschädigten zurückgegriffen werden. Gleiches gilt für die auftragsweise Erbringung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aufgrund anerkannter Schädigungsfolgen.

Die Absicht, die im SGB XIV vorgesehene Erstattung der Leistungsaufwendungen in tatsächlicher Höhe perspektivisch durch Pauschalerstattungssysteme abzulösen, kann, insbesondere mit Blick auf das gegenwärtig praktizierte Verfahren nach dem Bundesversorgungsgesetz für den Bereich der Krankenversicherung, nachvollzogen werden. Die gesetzlich verpflichtende Vorgabe zur Umstellung auf Pauschalerstattungssysteme sowohl für die Kranken- als auch die Pflegekassen, zudem zu einem frühen und vorab bestimmten Zeitpunkt (01.01.2025 bei Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.01.2022), wird hingegen kritisch bewertet. Angesichts der reformbedingten Veränderungen des Leistungsgeschehens im Recht der Sozialen Entschädigung sollten die Beteiligten er-

gebnisoffen auf der Grundlage einer ausreichenden Erfahrungs- und Datenbasis prüfen, ob, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt ein grundsätzlich anzustrebendes Pauschalerstattungsverfahren das mit Inkrafttreten des SGB XIV eingeführte einzelfallbezogene Erstattungsverfahren ablösen sollte. Dies muss für die Krankenkassen und die Pflegekassen getrennt bewertet werden. Die zu vereinbarenden Abgeltungsverfahren sollten geeignet sein, sowohl die Verwaltungsaufwände der Kranken- und Pflegekassen sowie der Verwaltungsbehörden zu reduzieren, als auch weiterhin die Übernahme aller schädigungsbedingten Aufwände der Kranken- und Pflegekassen durch die Träger der Sozialen Entschädigung hinreichend sicherzustellen.

Mit der Vorlage seines Referentenentwurfs weist das BMAS darauf hin, dass parallel zur Verbändeanhörung auch die Ressortabstimmung durchgeführt werde und das BMG insbesondere mit Blick auf die Fragen der Abgrenzung von Sozialem Entschädigungsrecht und Sozialer Pflegeversicherung sowie der Erstattung der Leistungen der Pflegeversicherung durch die Träger der Sozialen Entschädigung noch erheblichen Klärungs- und Klarstellungsbedarf angemeldet habe. Der Referentenentwurf enthält daher an verschiedenen Stellen, u. a. für den Bereich des SGB V (Artikel 31) und SGB XI (Artikel 38), noch diverse Platzhalter. Diese Platzhalter sollen nach Auskunft des BMAS durch die jeweils zuständigen Ressorts im Rahmen der parallel laufenden Ressortabstimmung mit den notwendigen (Folge-)Vorschriften befüllt werden. Der GKV-Spitzenverband bittet darum, soweit es sich bei den noch fehlenden Änderungsvorschriften nicht ausschließlich um redaktionelle Anpassungen handelt, die noch ausstehenden Vorschriften in einem nächsten Schritt ergänzend zur Anhörung zu stellen.

Der GKV-Spitzenverband beschränkt sich bei der nachfolgenden Bewertung auf die wesentlichen Regelungen, die für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung relevant sind.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 11 Antragserfordernis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird der Grundsatz aufgestellt, dass Leistungen der Sozialen Entschädigung auf Antrag erbracht werden. Besondere Leistungen nach Kapitel 11 werden im Einzelfall von Amts wegen geleistet. Darüber hinaus können auch andere Leistungen von Amts wegen erbracht werden, wie z. B. Leistungen der Krankenbehandlung nach Kapitel 5. Besteht für die Geschädigten ein Versicherungsschutz bei einer Krankenkasse, so gilt ein Antrag auf Leistungen nach Kapitel 5 im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts zugleich auch als Antrag auf die entsprechende Leistung der Krankenkasse, wobei dies ebenso für den umgekehrten Fall gilt. Hierbei muss es sich nicht um eine gleichartige Leistung handeln.

B) Stellungnahme

Die Regelungen, wonach Anträge auf Leistungen nach dem 5 Kapitel zugleich auch als Anträge auf Leistungen der Krankenkasse und umgekehrt gelten, sollen ausweislich der Begründung insbesondere in Fällen, in denen die Abgrenzung von Schädigungsfolgen und Nichtschädigungsfolgen in Frage steht, der Verfahrensvereinfachung dienen. Ferner stellen sie im Hinblick auf den Beginn der Leistungserbringung nach § 12 SGB XIV (grds. frühestens ab Antragsmonat bzw. bei Leistung von Amts wegen ab dem Monat des Bekanntwerdens) klar, dass z. B. in Fällen der rückwirkenden Feststellung eines Leistungsanspruchs als Schädigungsfolge Erstattungsansprüche nach §§ 103 ff. SGB X nicht an der fehlenden Antragstellung nach dem SGB XIV scheitern. Von daher werden die Regelungen begrüßt. Sie entsprechen der aktuellen Regelung des § 18a Abs. 1 Satz 3 BVG.

Mit Blick auf eine verwaltungspraktikable Umsetzung sollte gesetzlich geregelt werden, dass die zuständige Verwaltungsbehörde bei ihr eingehende Anträge auf Leistungen der Krankenbehandlung nach Kapitel 5, die nach § 58 Abs. 2 und 3 SGB XIV von der Krankenkasse zu erbringen sind, unverzüglich an die Krankenkasse weiterleitet. In der Begründung zu dieser Regelung sollte klargestellt werden, dass die nach § 11 Abs. 4 SGB XIV fingierte Antragstellung auch auf entsprechende Leistungen der Krankenkasse keine Antragstellung im Sinne des § 13 Abs. 3a SGB V darstellt. Andernfalls hätte dies bei späterer Feststellung, dass die beantragte Leistung nicht Folge einer anerkannten Schädigung ist, ggf. eine gesetzliche Genehmigungs-

fiktion für die Leistung der Krankenkasse zur Folge.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 § 11 wird Absatz 4 um folgenden Satz ergänzt:

„Geht ein Antrag auf Leistungen der Krankenbehandlung nach Kapitel 5 bei der zuständigen Verwaltungsbehörde ein, leitet diese den Antrag unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiter, sofern sich der Antrag auf Leistungen richtet, die nach § 58 Absatz 2 oder 3 von der Krankenkasse zu erbringen sind.“

Ausführungen in der Begründung zu dieser Ergänzung:

„Bezieht sich ein an die zuständige Verwaltungsbehörde gerichteter Antrag auf Leistungen nach dem Kapitel 5, die nach § 58 Absatz 2 oder 3 von der Krankenkasse zu erbringen sind, leitet die Verwaltungsbehörde den Antrag unverzüglich an die zuständige Krankenkasse weiter. Die für Anträge auf Leistungen nach dem Kapitel 5 vorgesehene fingierte Antragstellung auch auf entsprechende Leistungen der Krankenkasse stellt für die Krankenkasse keine Antragstellung im Sinne des § 13 Abs. 3a SGB V dar.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 26 Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt den Tatbestand der Entschädigung für eine Reaktion auf eine Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die über das übliche Maß einer Reaktion hinausgeht und ersetzt damit den bisherigen § 60 IfSG.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Überführung der Regelung des § 60 IfSG ist nachvollziehbar. Sie ist jedoch nicht vollständig. Nach § 2 Nr. 11 IfSG liegt ein Impfschaden auch dann vor, wenn mit vermehrungsfähigen Erregern geimpft wurde und eine andere als die geimpfte Person geschädigt wurde. Auf diese Regelung nimmt § 60 Abs. 1 IfSG Bezug, sodass auch dieser Sachverhalt von dem Anspruch auf Versorgung nach dem IfSG erfasst wird. Die in § 26 SGB XIV vorgesehene Definition berücksichtigt diese Art eines Impfschadens nicht, ohne dass eine Begründung hierfür erkennbar ist. Es wird deshalb angeregt, diese Definition auch explizit in § 26 SGB XIV zu übernehmen

C) Änderungsvorschlag

Nach Artikel 1 § 26 Satz 1 wird folgender Satz 2 ergänzt:

„Dies gilt auch, wenn die Schutzimpfung mit vermehrungsfähigen Erregern durchgeführt und eine andere als die geimpfte Person geschädigt wurde.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 30 Verhältnis zu Leistungen anderer Träger

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift soll in Absatz 1 klarstellen, dass Leistungsansprüche wegen eines schädigenden Ereignisses nach dem SGB XIV gegenüber Leistungen anderer Träger wegen des schädigenden Ereignisses vorrangig sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Offensichtlich liegt jedoch ein redaktioneller Fehler vor, da der letzte Satzteil „die sich gegen andere richten, insbesondere gegen Träger anderer Sozialleistungen“ bereits Inhalt des 1. Satzteils ist.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 § 30 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Leistungen nach diesem Buch gehen Leistungen anderer Träger, insbesondere anderer Sozialleistungsträger, wegen eines schädigenden Ereignisses nach § 1 Absatz 3 vor, ~~die sich gegen andere richten, insbesondere gegen Träger anderer Sozialleistungen.~~“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 43 Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Art und den Umfang der Krankenbehandlung für die Geschädigten. Danach entsprechen die Leistungen den Leistungen im Dritten Kapitel, Fünfter Abschnitt Erster Titel, Siebter Abschnitt des SGB V, d.h. den Ansprüchen nach §§ 27 bis 43c sowie 55 bis 57 SGB V. Auch umfasst sind entsprechende Satzungsleistungen der jeweils für die Leistungserbringung zuständigen Krankenkasse in den vorgenannten Leistungsbereichen. Bei der Ausführung der Leistungen gelten die Grundsätze der Leistungserbringung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung.

B) Stellungnahme

Die Ausgestaltung der Krankenbehandlung entsprechend den Regelungen der jeweils nach § 58 für die auftragsweise Leistungserbringung zuständigen Krankenkasse ist sachgerecht. Dies ermöglicht die Leistungserbringung im Rahmen der für GKV-Versicherte etablierten Infrastruktur.

Nach §§ 47, 58 Abs. 4 soll die Versorgung mit Hilfsmitteln für anerkannte Schädigungsfolgen durch die zuständige Unfallkasse des Landes erbracht werden. Andererseits wird aber auch die Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V durch die Bezugnahme auf das Dritte Kapitel, Fünfter Abschnitt, Erster Titel SGB V in § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB XIV als Bestandteil der Krankenbehandlung erfasst. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte in der Begründung zu § 43 Abs. 2 (neu Abs. 3, siehe unten), wonach Absatz 1 nur gilt, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt, klargestellt werden, dass die Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V einschließlich entsprechender Satzungsregelungen nicht Bestandteil des Anspruchs auf Krankenbehandlung nach § 43 SGB XIV ist, da sie vollständig über § 47 erbracht wird. Gleiches gilt für die Bezugnahme auf § 43c SGB V (Zahlungsweg für Zuzahlungen) in § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1. Da § 45 Abs. 2 regelt, dass Geschädigte Sachleistungen ohne Beteiligung an den Kosten erhalten, ist dies eine weitere Regelung von „Abweichendem“, auf die in der Begründung klarstellend hingewiesen werden sollte.

Die Leistungen nach § 43 sollen Geschädigte für anerkannte Schädigungsfolgen erhalten. Dies wird ohne weitere Regelung in der praktischen Umsetzung zu Abgrenzungsfragen und unterschiedlichen Rechtsinterpretationen insbesondere in Fallgestaltungen führen, in denen Leistungen der Krankenbehandlung – aber auch die Versorgung mit Hilfsmitteln (s. Erläuterungen zu Art. 1 § 47) oder der Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung (siehe

Erläuterungen zu Artikel 1 § 48) – nicht ausschließlich aufgrund von anerkannten Schädigungsfolgen, sondern auch aufgrund von nichtschädigungsbedingten Gesundheitsstörungen erforderlich werden. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit bedarf es insoweit eindeutiger gesetzlicher Regelungen. Es wird angeregt, die für den Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in § 72 Abs. 2 vorgesehene Regelung entsprechend auch in Bezug auf Leistungen der Krankenbehandlung zu übernehmen. Danach besteht der Anspruch auf Krankenbehandlung auch, wenn Gesundheitsstörungen, die keine Schädigungsfolgen sind, im Zusammenwirken mit anerkannten Schädigungsfolgen ursächlich für den Leistungsbedarf sind.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 § 43 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„(2) Anspruch auf Leistungen nach Absatz 1 besteht auch, wenn

1. Gesundheitsstörungen, die keine Schädigungsfolge sind, im Zusammenwirken mit anerkannten Schädigungsfolgen den Leistungsbedarf verursachen und
2. die Auswirkungen der Schädigungsfolgen für den Bedarf an der Leistung den anderen Gesundheitsstörungen annähernd gleichwertig sind.“

Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

Die Begründung zu dem neuen Absatz 3 wird wie folgt ergänzt:

„Um Sonderregelungen in diesem Sinne handelt es sich u. a. bei der Hilfsmittelversorgung, die vollständig im Rahmen der Versorgung nach § 47 sichergestellt wird, sodass eine Leistungserbringung durch die Krankenkasse in Anwendung des § 33 SGB V sowie diesbezüglicher Satzungsregelungen nach § 11 Abs. 6 SGB V nicht in Frage kommt, sowie bei der Regelung des § 45, wonach Geschädigte Sachleistungen ohne Beteiligung an den Kosten erhalten, sodass die Regelung des § 43c SGB V keine Anwendung findet.“

Zu weiteren notwendigen Ergänzungen in der Begründung siehe Ausführungen zu Artikel 1 § 51.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 44 Ergänzende Leistungen der Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt den Anspruch auf Leistungen, die Geschädigten auf Antrag über die Leistungen der Krankenbehandlung nach § 43 hinaus ergänzend zur Verfügung gestellt werden.

B) Stellungnahme

Durch die Systematik des Anspruchs auf Krankenbehandlung nach § 43 entsprechend den jeweiligen Regelungen des SGB V und der Ergänzung durch besondere Leistungen nach § 44 sollen Art und Schwere des Einzelfalls sowie besondere Bedarfe der oder des Geschädigten berücksichtigt werden. Dementsprechend sieht § 44 u. a. sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich des Leistungsumfanges Leistungsansprüche vor, die über den Anspruch nach dem SGB V hinausgehen. Vor diesem Hintergrund sei darauf hingewiesen, dass der Anspruch auf Leistungen nach § 43 Abs. 1, die die zuständige Krankenkasse auftragsweise erbringen, auch Leistungen umfasst, die keine vollständige Kostenübernahme vorsehen (z. B. bei künstlicher Befruchtung nach § 27a SGB V) oder hinsichtlich des Umfangs begrenzt sind (z. B. Soziotherapie nach § 37a SGB V, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V). Es wird eine Überprüfung angeregt, den Leistungskatalog nach § 44 ggf. um entsprechend ergänzende Leistungen zu erweitern (zur künstlichen Befruchtung in Abhängigkeit von der Auslegung des § 45, siehe Hinweise zu Artikel 1 § 45), damit nicht nur in besonderen Härtefällen nach § 100 im Einzelfall erforderliche weitergehende Leistungen erbracht werden können.

C) Änderungsvorschlag

Änderungen abhängig vom gesetzlich Gewollten.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 45 Sachleistungsprinzip, Kostenbeteiligung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt, dass die Leistungen der Krankenbehandlung als Sachleistungen erbracht werden, soweit sich aus dem SGB XIV oder dem SGB IX nichts Abweichendes ergibt. Zudem wird geregelt, dass Geschädigte Sachleistungen ohne Beteiligung an den Kosten erhalten.

B) Stellungnahme

Die Regelung, dass die Leistungen der Krankenbehandlung als Sachleistungen erbracht werden, soweit sich aus dem SGB XIV oder dem SGB IX nichts Abweichendes ergibt, greift mit der Bezugnahme auf das SGB XIV und SGB IX zu kurz. Da die Krankenbehandlung nach § 43 auf entsprechende Regelungen nach dem SGB V verweist, sollte insoweit auch auf das SGB V Bezug genommen werden.

Die Regelung des Absatzes 2, wonach Geschädigte Sachleistungen ohne Beteiligung an den Kosten erhalten, bedarf zur Vermeidung unterschiedlicher Rechtsauslegungen zumindest durch ergänzende Ausführungen in der Gesetzesbegründung der Konkretisierung. Da die Regelung auf Sachleistungen abstellt, könnte dies in Bezug auf Sachverhalte wie der sachleistungsersetzenden Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung einer Haushaltshilfe Fragen aufwerfen. Zudem wird auch aus den Erläuterungen in der Begründung des Referentenentwurfs, die ausschließlich Beispiele in Bezug auf Zuzahlungen anführen, nicht ausreichend deutlich, ob mit der Formulierung „ohne Beteiligung an den Kosten“ auch eine vollständige Kostenübernahme von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung erfasst wird. Der Hinweis in der Begründung, dass Geschädigte nicht mit schädigungsbedingten Kosten wirtschaftlich belastet werden sollen, legt dies nahe. Dies sollte jedoch klargestellt werden.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 § 45 Absatz 1 werden nach den Worten „diesem Buch“ ein Komma und die Worte „dem Fünften Buch“ eingefügt.

In der Begründung zu Absatz 2 wird die Reichweite der Regelung näher erläutert und insbesondere ergänzt, dass auch keine Zuzahlungen zu Haushaltshilfeleistungen bei Selbstbeschaffung anfallen. Zudem wird – abhängig vom gesetzlich gewollten – ausgeführt, dass die

Formulierung „ohne Beteiligung an den Kosten“ auch die volle Kostenübernahme von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V zur Folge hat.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 46 Nachweispflicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass Geschädigte ihren Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung gegenüber Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nachweisen (Verweis auf § 15 Abs. 2 SGB V). Dies soll sowohl für die Versicherten der Krankenkassen als auch für nicht gesetzlich versicherte Geschädigte gelten. Letztere sollen – so die Ausführungen in der Begründung zum Referentenentwurf – „eine der eGK vergleichbare Karte“ erhalten. Die Karte soll künftig so ausgestaltet sein, dass sie eine Differenzierung zwischen schädigungsbedingt erforderlichen und nicht schädigungsbedingt erforderlichen Behandlungen ermöglicht. Durch Verweis auf § 15 Abs. 3 und 4 SGB V wird den Krankenkassen für die Inanspruchnahme „anderer Leistungen“ die ergänzende Ausstellung von Berechtigungsscheinen ermöglicht.

B) Stellungnahme

Bereits heute gilt, dass der Datensatz der eGK für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz ein gesondertes Statusmerkmal „6“ enthält, das von den niedergelassenen Vertragsärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten mit der Praxissoftware ausgelesen werden kann. Perspektivisch kann entsprechend für den erweiterten Personenkreis der Anspruchsberechtigten nach dem Vierzehnten Buch dieses oder ein anderes Merkmal gesetzt werden.

Aufgrund der Eigenschaft der eGK als Smartcard ist eine Speicherung spezifischer Informationen über die jeweils anerkannten schädigungsbedingten Leiden des oder der Geschädigten, z. B. in einem Feld für Klartexteintragungen, auf der Karte weder sinnvoll noch technisch möglich. Somit kann allein durch die Vorlage der eGK nicht sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer die erbrachten Leistungen differenziert nach schädigungsbedingt erforderlichen und nicht schädigungsbedingt erforderlichen Leistungen abrechnen. Hierfür benötigen die Leistungserbringer ergänzende Informationen seitens der für die Soziale Entschädigung zuständigen Verwaltungsbehörden, die über einen zu entwickelnden spezifischen Dienst der Telematikinfrastruktur zur Verfügung gestellt werden könnten.

Missverständlich ist zudem die Formulierung in der Begründung, dass Geschädigte, die über keine elektronische Gesundheitskarte verfügen, „eine der elektronischen Gesundheitskarte vergleichbare Karte“ erhalten. Um sicherzustellen, dass die ausgerollte Hardware der Telema-

tikinfrasturktur nachgenutzt werden kann, ist es erforderlich, dass sie eine zur Gesundheitskarte kompatible Karte erhalten.

Darüber hinaus muss eine bundeseinheitliche Abrechnungsvorgabe zur elektronischen Datenübermittlung geschaffen werden, damit die Abrechnung ärztlicher Leistungen flächendeckend auch für die Behandlungsfälle von Geschädigten im Sinne des Sozialen Entschädigungsrechts zeitgemäß und verwaltungseffizient in elektronischer Form erfolgen kann; derzeit erfolgen Abrechnungen teilweise noch in Papierform.

C) Änderungsvorschläge

Die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 § 46 (Nachweispflicht) ist wie folgt zu ändern:

(...) Damit auch Geschädigte, die über keine elektronische Gesundheitskarte nach § 291 SGB V verfügen, ihrer Nachweispflicht entsprechend § 15 SGB V nachkommen können, erhalten sie eine **technisch kompatible Karte, so dass die technischen Schnittstellen der bereits vorhandenen Telematikinfrastruktur vollständig genutzt werden können**. Geschädigte, die eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291 SGB V besitzen, legitimieren sich mit dieser Karte. **Über die Telematikinfrastruktur sind unter Nutzung der Karte als Authentisierungs- und Autorisierungsmittel Dienste anzubieten**, die eine Differenzierung zwischen schädigungsbedingt und nicht schädigungsbedingt erforderlichen Behandlungen zulassen. Ohne eine solche Differenzierung wären die Erstattungsansprüche der Krankenkassen nach § 61 nicht bezifferbar. Sofern für die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen Berechtigungsscheine erforderlich sind, sind Geschädigten diese auszustellen.

In Artikel 31 wird nach der Nummer 12 folgende Nummer 13 ergänzt

13. In § 295 Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Behandlungsfall“ die Wörter „auch für Geschädigte im Sinne des Vierzehnten Buches“ eingefügt.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 47 Versorgung mit Hilfsmitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Hilfsmittelversorgung in Anwendung des § 31 Absatz 1 SGB VII.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter § 43 ausgeführt, wird der ausschließlich auf anerkannte Schädigungsfolgen ausgerichtete Leistungsanspruch ohne weitere Regelung in der praktischen Umsetzung zu Abgrenzungsfragen und unterschiedlichen Rechtsinterpretationen insbesondere in Fallgestaltungen führen, in denen Leistungen nicht ausschließlich aufgrund von anerkannten Schädigungsfolgen, sondern auch aufgrund von nichtschädigungsbedingten Gesundheitsstörungen erforderlich werden. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit bedarf es insoweit eindeutiger gesetzlicher Regelungen. Es wird angeregt, die für den Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in § 72 Abs. 2 vorgesehene Regelung entsprechend auch in Bezug auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zu übernehmen. Über die Fälle hinaus, in denen die Hilfsmittelversorgung oder ein Mehrbedarf eindeutig auf anerkannte Schädigungsfolgen zurückgeführt werden kann, besteht danach der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln auch, wenn Gesundheitsstörungen, die keine Schädigungsfolgen sind, im Zusammenwirken mit anerkannten Schädigungsfolgen ursächlich für den Leistungsbedarf sind.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 § 47 Absatz 1 wird folgender Satz 3 ergänzt:

„§ 43 Absatz 2 (Bezugnahme auf Absatz 2 entsprechend des Änderungsvorschlags unter Artikel 1 § 43) gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 48 Krankengeld der Sozialen Entschädigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt den Anspruch auf Krankengeld bei anerkannten Schädigungsfolgen entsprechend den Regelungen des SGB V und erweitert diesen Anspruch bzw. trifft abweichende Regelungen in Bezug auf den anspruchsberechtigten Personenkreis (Absatz 2), die Anspruchsvoraussetzungen (Absätze 3, 5 bis 8), die Höhe des Krankengeldes (Absatz 4) sowie den Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.

B) Stellungnahme

Nach Absatz 1 erhalten Geschädigte Krankengeld der Sozialen Entschädigung entsprechend den Regelungen zum Krankengeld des Fünften Buches nach Maßgabe der Absätze 2 bis 9. Der Verweis auf die Regelungen zum Krankengeld des SGB V ist zu unspezifisch, da es mit den §§ 44, 44a und 45 SGB V unterschiedliche Anspruchsnormen für das Krankengeld gibt. Von daher sollte insoweit auf das Krankengeld nach § 44 SGB V abgestellt werden.

Wie bereits unter § 43 ausgeführt, wird der ausschließlich auf anerkannte Schädigungsfolgen ausgerichtete Leistungsanspruch ohne weitere Regelung in der praktischen Umsetzung zu Abgrenzungsfragen und unterschiedlichen Rechtsinterpretationen insbesondere in Fallgestaltungen führen, in denen Leistungen nicht ausschließlich aufgrund von anerkannten Schädigungsfolgen, sondern auch aufgrund von nichtschädigungsbedingten Gesundheitsstörungen erforderlich werden. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit bedarf es insoweit eindeutiger gesetzlicher Regelungen. Es wird angeregt, die für den Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in § 72 Abs. 2 vorgesehene Regelung entsprechend auch in Bezug auf den Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung zu übernehmen. Danach besteht der Anspruch auf Krankengeld auch, wenn Gesundheitsstörungen, die keine Schädigungsfolgen sind, im Zusammenwirken mit anerkannten Schädigungsfolgen ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit sind. In der Begründung zu Absatz 9 sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Regelung auch in Fällen des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gilt.

Nach Absatz 9 wird auch ein Anspruch auf Krankengeld in entsprechender Anwendung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V eingeräumt. Da der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 bzw. Abs. 3 SGB V daran geknüpft ist, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist, und nach § 45 Abs. 2 SGB V auf eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen je Kalenderjahr begrenzt ist, stellt sich die Frage, inwieweit auch das Krankengeld der

Sozialen Entschädigung diesen Voraussetzungen und Begrenzungen unterliegen soll. Entsprechend der Zielsetzung des Gesetzes, Geschädigte nicht mit schädigungsbedingten Kosten wirtschaftlich zu belasten und der Ausführung in der Begründung des Referentenentwurfs zu § 48, wonach die Regelung des § 45 SGB V insofern übernommen wird, als das erkrankte Kind für den betreuenden Elternteil Krankengeld der Sozialen Entschädigung erhält, könnte aus der Formulierung im Gesetzeswortlaut „in entsprechender Anwendung des § 45 des Fünften Buches“ geschlossen werden, dass die genannten Begrenzungen des Anspruchs nach § 45 SGB V nicht für das Krankengeld der Sozialen Entschädigung gelten sollen. Dies bedarf jedoch zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Klarstellung.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 § 48 Absatz 1 werden die Wörter „zum Krankengeld“ durch die Angabe „des § 44“ ersetzt und folgender Satz 2 ergänzt:

„§ 43 Absatz 2 (Bezugnahme auf Absatz 2 entsprechend des Änderungsvorschlags unter Artikel 1 § 43) gilt entsprechend.“

In der Folge sollte in der Begründung zu Absatz 9 zum Ausdruck gebracht werden, dass diese Regelung auch in Fällen des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes entsprechend gilt.

Weitere Änderungen ggf. in Abhängigkeit von dem gesetzlich Gewollten in Bezug auf eine Begrenzung des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes entsprechend dem SGB V.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 51 Erstattung von Kosten bei selbst beschaffter Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt Ansprüche der Geschädigten auf Kostenerstattung gegenüber der zuständigen Verwaltungsbehörde, sofern ihnen vor Anerkennung des Anspruchs auf Leistungen der Sozialen Entschädigung entsprechende Kosten (Absätze 1 und 2) oder nach Anerkennung des Anspruchs auf Leistungen der Sozialen Entschädigung Kosten durch nicht rechtzeitige Leistungserbringung oder zu Unrecht abgelehnte Leistungserbringung durch den zuständigen Leistungsträger entstanden sind (Absatz 3). Eine Kostenerstattung bei selbstbeschafften Leistungen zur medizinischen Rehabilitation soll nach § 18 SGB IX erfolgen (Absatz 4). Ferner wird geregelt, dass in den Fällen der Kostenerstattung unter den Voraussetzungen des § 48 auch ein Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung bestehen soll (Absatz 5).

B) Stellungnahme

Die Regelung in Absatz 3, wonach ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht, „wenn die Maßnahme

1. unaufschiebbar war und nicht rechtzeitig von der zuständigen Krankenkasse, der zuständigen Unfallkasse des Landes oder der zuständigen Verwaltungsbehörde erbracht werden konnte oder
2. die zuständige Krankenkasse, die zuständige Unfallkasse des Landes oder die zuständige Verwaltungsbehörde die Erstattung zu Unrecht abgelehnt hat“

bedarf der redaktionellen und inhaltlichen Änderung. Zum einen müssen die Worte „die Maßnahme“ in die Nr. 1 überführt und durch die Worte „die notwendigen Leistungen“ ersetzt werden, da die Worte „die Maßnahme“ nur für den Textteil in der Nr. 1 zutreffend sind und der Maßnahmenbegriff für die in Frage kommenden Leistungen irreführend ist. In der Folge sind redaktionelle Anpassungen in Nr. 1 erforderlich (Pluralsetzung).

Zum anderen sollte in der Nr. 2 der Begriff „Erstattung“ durch den Begriff „Leistung“ ersetzt werden. Der Begriff „Erstattung“ kollidiert mit dem Grundsatz des Sachleistungsprinzips nach § 45, nach dem die Leistungen der Krankenbehandlung und der Hilfsmittelversorgung auftragsweise durch die zuständige Krankenkasse und die zuständige Unfallkasse des Landes erbracht werden. Der Begriff Erstattung könnte für den Bereich der Krankenversicherung die Frage nach der Anwendung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V aufwerfen, wenn–

gleich diese Regelung des Dritten Kapitels, Zweiter Abschnitt SGB V nach der Regelung des § 43 nicht zur Anwendung kommen soll.

Nach den Regelungen des § 43 entsprechen die Leistungen der Krankenbehandlung den Leistungen im Dritten Kapitel, Fünfter Abschnitt Erster Titel, Siebter Abschnitt des SGB V, d. h. den Ansprüchen nach §§ 27 bis 43c sowie 55–57 SGB V. Die Leistungen werden nach § 58 Abs. 2 und 3 auftragsweise von der zuständigen Krankenkasse erbracht. Demnach erbringen die Krankenkassen auch erforderliche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend § 40 SGB V (siehe auch § 63 Satz 2). Nach den vorgesehenen Änderungen des SGB IX durch Artikel 36 (siehe Artikel 36 Nr. 1) sind die Träger der Sozialen Entschädigung (zuständige Verwaltungsbehörde nach § 58 Abs. 1) gleichwohl nach § 6 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX n. F. Träger für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 5 Nr. 1 SGB IX. Dies ist folgerichtig, da die Krankenkassen entsprechende Leistungen insoweit nur auftragsweise für die Träger der Sozialen Entschädigung erbringen. Vor dem Hintergrund, dass

- damit der Träger der Sozialen Entschädigung trotz auftragsweiser Leistungserbringung durch die zuständige Krankenkasse für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der zuständige Rehabilitationsträger bleibt,
- in § 21 SGB IX geregelt werden soll (s. Artikel 36 Nr.4), dass in Fällen, in denen der Träger der Sozialen Entschädigung der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger ist, für diesen die Vorschriften für das Fallmanagement nach § 32 SGB XIV ergänzend gelten und
- in § 51 Abs. 4, also in einer Vorschrift, die nach § 58 Abs. 5 durch die zuständige Verwaltungsbehörde ausgeführt wird, geregelt wird, dass für die Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 18 SGB IX gilt,

wird deutlich, dass den Krankenkassen bei der auftragsweisen Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 43 nicht vollumfänglich auch die koordinierenden und weiteren prozessualen Aufgaben eines leistenden Rehabilitationsträgers nach §§ 14 ff. SGB IX zufallen. Ihre Aufgaben umfassen insoweit im Wesentlichen die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Leistungserbringung gegenüber dem Anspruchsberechtigten sowie im Verhältnis zu den Leistungserbringern. Dies sollte zumindest in der Begründung zu § 51 Abs. 4 und mit entsprechenden Verweisen darauf in den Begründungen zu §§ 43 und 63 Satz 2 klargestellt werden.

Nach § 51 Abs. 5 sollen Geschädigte in den Fällen, in denen ihnen Kosten nach § 51 Abs. 1 bis 4 erstattet werden, unter den Voraussetzungen des § 48 einen Anspruch auf Krankengeld

der Sozialen Entschädigung haben. Damit die zuständige Krankenkasse das Krankengeld erbringen kann (§ 58 Abs. 2 und 3), sollte in der Vorschrift eine entsprechende Mitteilung der zuständigen Verwaltungsbehörde an die zuständige Krankenkasse ergänzt werden.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 1 § 51 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Entstehen Geschädigten Kosten für eine notwendige Behandlung von Schädigungsfolgen, nachdem ihr Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung anerkannt worden ist, so werden ihnen diese Kosten in der entstandenen Höhe erstattet, wenn

1. die notwendigen Leistungen unaufschiebbar waren und nicht rechtzeitig von der zuständigen Krankenkasse, der zuständigen Unfallkasse des Landes oder der zuständigen Verwaltungsbehörde erbracht werden konnten oder
2. die zuständige Krankenkasse, die zuständige Unfallkasse des Landes oder die zuständige Verwaltungsbehörde die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.“

In der Begründung zu Absatz 4 (und ergänzend in den Begründungen zu §§ 43 und 63 Satz 2) wird klargestellt, dass den Krankenkassen bei der auftragsweisen Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 43 nicht vollumfänglich auch die koordinierenden und weiteren prozessualen Aufgaben eines leistenden Rehabilitationsträgers nach §§ 14 ff. SGB IX zufallen. Diese Aufgaben werden wie die Kostenerstattung bei Selbstbeschaffung nach § 18 SGB IX von der zuständigen Verwaltungsbehörde wahrgenommen. Die Aufgaben der Krankenkassen umfassen insoweit im Wesentlichen die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Leistungserbringung gegenüber dem Anspruchsberechtigten sowie im Verhältnis zu den Leistungserbringern.

Absatz 5 wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die zuständige Verwaltungsbehörde informiert die zuständige Krankenkasse über entsprechende Fälle.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 52 Erstattung von Kosten für Krankenbehandlung bei Auslandsaufenthalt

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt Kostenerstattungsansprüche der Geschädigten bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland.

B) Stellungnahme

Nach Absatz 4 sollen Geschädigte in den Fällen, in denen ihnen Kosten nach § 52 Abs. 1 oder 2 erstattet werden, unter den Voraussetzungen des § 48 einen Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung haben. Damit die zuständige Krankenkasse das Krankengeld erbringen kann (§ 58 Abs. 2 und 3), sollte in der Vorschrift eine entsprechende Mitteilung der zuständigen Verwaltungsbehörde an die zuständige Krankenkasse ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 § 52 Absatz 4 wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die zuständige Verwaltungsbehörde informiert die zuständige Krankenkasse über entsprechende Fälle.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 54 Reisekosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dieser Vorschrift haben Berechtigte Anspruch auf Übernahme der Reisekosten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenbehandlung entstehen. Dabei werden Berechtigten, einer notwendigen Begleitung sowie für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, die notwendigen Reisekosten einschließlich des Gepäcktransports sowie der Kosten für Verpflegung und Unterkunft in angemessenem Umfang ersetzt. Der Anspruch umfasst in bestimmten Fällen auch Familienheimfahrten oder Fahrten eines Familienangehörigen zum Aufenthaltsort des Berechtigten (als Ermessensleistung) sowie bei notwendiger Begleitung auch Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst der Begleitperson.

B) Stellungnahme

Die Vorschrift ist an die Regelungen des § 24 BVG und § 73 SGB IX angelehnt. Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf sind unter den Reisekosten Fahrkosten bei Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen, Nebenkosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung zu verstehen. Dem besonderen Charakter des Entschädigungsrechts entspreche es, dass die Übernahme von Reisekosten über das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehe. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX die erforderlichen Reisekosten im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation vollumfänglich nach § 73 SGB IX erbringen (siehe § 60 Abs. 5 SGB V). Soweit in der Begründung auf die „über das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Übernahme von Reisekosten“ Bezug genommen wird, ist von daher davon auszugehen, dass insoweit die Fahrkostenübernahme nach § 60 Abs. 1 bis 4 SGB V gemeint ist.

Die Vorschrift sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit geändert werden. Sie nimmt in Abs. 1 Satz 1 Bezug auf die Leistungen der Krankenbehandlung, die als Hauptleistung akzessorisch die Übernahme der Reisekosten erfordern. In Abs. 1 Satz 2 hingegen wird durch die Bezugnahme auf die Mitnahme von Kindern an den Rehabilitationsort der Eindruck erweckt, dass sich diese Regelungen insgesamt (nur) auf Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beziehen. Von daher sollte in Satz 1 auf die Fahr- und anderen Reisekosten abgestellt und in Satz 2 auf die Nennung des Rehabilitationsortes verzichtet werden.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 § 54 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Reisekosten“ durch die Wörter „Fahr- und anderen Reisekosten“ ersetzt.

Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei stationären Leistungen werden den Berechtigten für sich, eine notwendige Begleitung sowie für Kinder, deren Mitaufnahme an den Aufenthaltsort des Berechtigten erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist, die notwendigen Reisekosten einschließlich des Gepäcktransports sowie der Kosten der Verpflegung und Unterkunft in angemessenem Umfang ersetzt.“

In der Begründung zu Artikel 1 § 54 wird der vierte Satz im ersten Absatz wie folgt gefasst:

„Dem besonderen Charakter des Entschädigungsrechts entspricht es, dass die Übernahme von Reisekosten über ~~das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung~~ die Fahrkostenübernahme nach § 60 Abs. 1 bis 4 des Fünften Buches hinausgeht.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 58 Zuständigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Norm weist die Zuständigkeit der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung der Verwaltungsbehörde zu. Demnach soll sie grundsätzlich für die Durchführung (rechtlich) zuständig sein, während die Krankenkassen (tatsächlich) die Krankenbehandlung, das Krankengeld der Sozialen Entschädigung und auch Reisekosten in Verbindung mit einer Hauptleistung der Krankenbehandlung für ihre geschädigten Mitglieder oder nach § 10 SGB V Versicherten erbringen sollen. Geschädigte, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, haben hinsichtlich der Leistungserbringung ein zweiwöchiges Wahlrecht nach Bekanntgabe über einen Leistungsanspruch der Sozialen Entschädigung, um eine gesetzliche Krankenkasse zu wählen. Üben Geschädigte das Wahlrecht nicht aus, hat die zuständige Verwaltungsbehörde den Geschädigten bei einer wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die Versorgung mit Hilfsmitteln soll über die zuständige Unfallkasse des Landes erfolgen. Alle weiteren Leistungen soll die zuständige Verwaltungsbehörde erbringen.

B) Stellungnahme

Nach dem Wortlaut der Regelung haben Geschädigte, die weder Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse noch nach § 10 SGB V familienversichert sind, und damit auch privat Krankenversicherte und Beamte eine betreuende Krankenkasse zu wählen. Dies entspricht im Wesentlichen der aktuellen Regelung hinsichtlich der Erbringung von Leistungen durch die Krankenkasse nach dem Bundesversorgungsgesetz (vgl. § 18c BVG) mit Ausnahme der Regelung, dass für die Leistungserbringung künftig nicht mehr per gesetzlicher Regelung die Allgemeine Ortskrankenkasse des Wohnorts zuständig sein soll, sondern Geschädigten ein Kassenwahlrecht eingeräumt wird. Dies ist nachvollziehbar und sachgerecht.

In der Begründung des Referentenentwurfs zu Absatz 5 wird vermeintlich abschließend aufgeführt, welche Leistungen die zuständige Verwaltungsbehörde selbst erbringt. Zur Klarstellung sollte in diesen Erläuterungen neben den zu Art. 1 § 51 angeführten Aspekten (Aufgaben der Verwaltungsbehörden als Rehabilitationsträger) ergänzt werden, dass die zuständige Verwaltungsbehörde auch Erstattungsansprüche anderer Sozialleistungsträger nach §§ 102 ff. SGB X selbst erfüllt und dies nicht Bestandteil der auftragsweisen Leistungserbringung durch die zuständigen Krankenkassen und Unfallkassen der Länder ist.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung zu Artikel 1 § 58 Absatz 5 wird zu den Aufgaben der zuständigen Verwaltungsbehörde ergänzt, dass sie koordinierende und weitere prozessuale Aufgaben eines leistenden Rehabilitationsträgers nach §§ 14 ff. SGB IX selbst erbringt sowie die Bearbeitung von Erstattungsansprüchen anderer Sozialleistungsträger nach §§ 102 ff. SGB X auch in den Fällen selbst vornimmt, in denen es sich um auftragsweise von der zuständigen Krankenkasse oder der zuständigen Unfallkasse des Landes zu erbringende Leistungen der Krankenbehandlung oder der Versorgung mit Hilfsmitteln handelt.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 60 Datenübermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 dieser Vorschrift werden die Leistungserbringer der Krankenbehandlung verpflichtet, der zuständigen Krankenkasse und Verwaltungsbehörde die bezeichneten Daten zu übermitteln, soweit diese Informationen für die Aufgabenerfüllung erforderlich sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung zählt die Normen auf, in denen die Daten genannt sind, die von den Leistungserbringern verpflichtend an die Krankenkasse und Verwaltungsbehörde zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben zu übermitteln sind. Zu den bereits in § 60 Abs. 1 SGB XIV aufgezählten Leistungserbringern gehören auch die Apotheken und weitere Stellen nach § 300 SGB V, deren Daten ebenfalls zur Erfüllung der Aufgaben von Krankenkasse und Verwaltungsbehörde erforderlich sind.

Darüber hinaus enthält der Referentenentwurf keine Regelung zu einem notwendigen Meldeverfahren zwischen den zuständigen Verwaltungsbehörden (zur Meldung verpflichtete Stelle) und den Krankenkassen. Diese ist jedoch zwingend erforderlich, damit die Krankenkassen Kenntnis über die bei ihnen versicherten und nach dem SGB XIV anspruchsberechtigten Personen und die jeweils zuständige Verwaltungsbehörde (s. § 58 Abs. 1 SGB XIV) erlangen. Weiterhin kann auf diesem Wege das Kassenwahlrecht von nicht gesetzlich versicherten Anspruchsberechtigten gemäß § 58 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB XIV seitens der zuständigen Verwaltungsbehörden umgesetzt werden. Nach § 124 Abs. 1 Nr. 5 SGB XIV ist vorgesehen, dass die Verwaltungsbehörden für die amtliche Statistik das Vorliegen und die Art einer Krankenversicherung der Leistungsempfänger erfassen müssen. Schon allein vor diesem Hintergrund verfügen sie über die für ein Meldeverfahren notwendigen Daten.

Aktuell werden den Krankenkassen die Aufwendungen für versicherte Anspruchsberechtigte und Zugeteilte pauschal vom Bund und den Ländern erstattet. Vor der Einführung dieser Pauschalierung wurden den Krankenkassen die Aufwendungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht in Höhe des tatsächlichen Aufwands erstattet. Hierzu mussten die Krankenkassen die Aufwendung personenbezogen erfassen und abrechnen. Mit der Einführung der Pauschalierung war dies nicht mehr zwingend erforderlich, sodass die Krankenkassen u. a. aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen auf die Dokumentation und Pflege des Datenbestandes verzichtet haben.

Da § 61 Abs. 1 SGB XIV – zumindest für einen befristeten Zeitraum – Einzelabrechnungen vorsieht, ist es erforderlich, dass den Krankenkassen rechtzeitig vor Inkrafttreten des SGB XIV die notwendigen Meldedaten der Anspruchsberechtigten nach dem Sozialen Entschädigungsrecht vorliegen. Für die Abrechnung der auftragsgemäß erbrachten Leistungen ist außerdem die Kenntnis der für den Anspruchsberechtigten zuständigen Verwaltungsbehörde wichtig. Ohne diese Informationen werden die Krankenkassen die nach dem SGB XIV anspruchsberechtigten Versicherten nicht identifizieren können – es sei denn, im Einzelfall ist erkennbar, dass ein Schädigungsleiden vorliegt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 § 60 Absatz 1 wird nach der Angabe „298“ ein Komma und die Angabe „300“ ergänzt.

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die zuständigen Krankenkassen und Verwaltungsbehörden sind gegenseitig verpflichtet, die Daten zu melden, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Näheres zu einem Meldeverfahren regelt eine Verwaltungsvereinbarung, die die Bundesstelle für Soziale Entschädigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vor Inkrafttreten dieses Gesetzes abschließt. Die Vereinbarung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 61 Erstattung an Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dieser Vorschrift erhalten die Krankenkassen für ihre Aufwendungen für Leistungen, die sie auftragsweise im Rahmen der Sozialen Entschädigung zu erbringen haben, eine Erstattung zuzüglich eines Verwaltungskostenersatzes. Die Abrechnung der Aufwendungen soll halbjährlich erfolgen und auch eine Erstattung der Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent dieses Betrages umfassen. Auf Verlangen der Verwaltungsbehörde sollen zudem Abschlagszahlungen für die Erstattungsansprüche möglich sein.

Des Weiteren ist vorgesehen, die Erstattung der Aufwendungen in tatsächlicher Höhe ab dem 01.01.2025 – bei Inkrafttreten des Gesetzes wie geplant zum 01.01.2022 – aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung durch Zahlung von Pauschalen abzulösen. Die Erstattung der Verwaltungskosten soll dabei weiterhin in Höhe von 5 Prozent ausgehend vom pauschalen Erstattungsbetrag vorgenommen werden. Grundlage für die Pauschalerstattung soll eine zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Bundesstelle für Soziale Entschädigung zu schließende Verwaltungsvereinbarung sein, die insbesondere Regelungen über die Grundlagen der Pauschalerstattung und Verfahrensregelungen beinhaltet. Die Vereinbarung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

B) Stellungnahme

Die Erstattung der Aufwendungen für die auftragsweise zu erbringenden Leistungen sowie der den Krankenkassen entstehenden Verwaltungskosten ist Folge des gesetzlichen Auftragsverhältnisses und erforderlich, um eine Belastung der Beitragszahler der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Aufwendungen für die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben des Sozialen Entschädigungsrechts zu vermeiden. Eine Bewertung der Höhe des angemessenen Verwaltungskostenersatzes ist aufgrund der in dieser Stellungnahme dargelegten offenen Fragen zu dem vorliegenden Referentenentwurf zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

Die in Absatz 3 vorgesehene Ablösung der Erstattung der Leistungsaufwendungen in tatsächlicher Höhe durch ein Pauschalerstattungssystem entspricht im Wesentlichen der aktuell praktizierten Verfahrensweise nach § 20 BVG. Dies perspektivisch auch für das Soziale Entschädigungsrecht nach SGB XIV anzustreben, ist nachvollziehbar. Dass dafür ausweislich der Ausführungen in der Begründung zum Referentenentwurf jedoch bereits so kurzfristig ausreichend valide Daten zur Verfügung stehen, dass zum 01.01.2025 ein Pauschalerstattungssystem konzipiert und vereinbart werden kann, erscheint nicht realistisch. Zudem bedarf es

auch angesichts der Neuausrichtung des Sozialen Entschädigungsrechts und der erwartbaren Veränderungen hinsichtlich der Bedeutung der jeweiligen Entschädigungstatbestände, der eingehenden Prüfung, anhand welcher Kriterien den Entwicklungen insbesondere der leistungsberechtigten Personenkreise, der Leistungsausgaben sowie der unterschiedlichen Belastungen der Krankenkassen in einem pauschalen Erstattungssystem ausreichend Rechnung getragen werden kann. Diese Prüfung sollte ergebnisoffen erfolgen. Von daher sollte eine Umstellung auf ein Pauschalerstattungsverfahren als anzustrebende Option vorgesehen, eine Entscheidung durch den Gesetzgeber ohne valide Datengrundlage und Bewertung der Umsetzung des neuen Rechts der Sozialen Entschädigung aber nicht vorweggenommen werden. Dies gilt erst Recht mit Blick auf die im Entwurf vorgesehene gesetzliche Festlegung auf einen sehr frühen verpflichtenden Umstellungstermin (01.01.2025).

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 § 61 wird Absatz 3 wie folgt gefasst:

„(3) Die Bundesstelle für Soziale Entschädigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen spätestens ab dem 1. Januar des dritten auf das Inkrafttreten dieses Buches folgenden Kalenderjahres geeignete Verfahren zur pauschalen Abgeltung der Erstattungsansprüche der Krankenkassen nach Absatz 1 und 2. Verständigen sich die Bundesstelle für Soziale Entschädigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf eine Vereinbarung zur Festlegung eines geeigneten Pauschalerstattungsverfahrens, bedarf die Vereinbarung der Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Gesundheit. Das zu vereinbarende Abgeltungsverfahren muss geeignet sein, die Verwaltungsaufwände der Krankenkassen sowie der Verwaltungsbehörden zu mindern und zugleich die Übernahme aller schädigungsbedingten Aufwände der Krankenkassen durch die Träger der Sozialen Entschädigung hinreichend sicherzustellen.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 63 Leistungsumfang

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dieser Vorschrift werden als Einweisungsvorschrift die Leistungen aufgeführt, die Leistungen zur Teilhabe sind, und darauf hingewiesen, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Leistungen der Krankenbehandlung nach dem Kapitel 5 erbracht werden.

B) Stellungnahme

Wie bereits in den Erläuterungen zu Artikel 1 § 51 ausgeführt, fallen den Krankenkassen bei der auftragsweisen Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 43 nicht vollumfänglich auch die koordinierenden und weiteren prozessualen Aufgaben eines leistenden Rehabilitationsträgers nach §§ 14 ff. SGB IX zu. Dies sollte in der Begründung mit einem Verweis klargestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung zu Artikel 1 § 63 Satz 2 wird mit Verweis auf § 51 klargestellt, dass den Krankenkassen bei der auftragsweisen Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 43 nicht vollumfänglich auch die koordinierenden und weiteren prozessualen Aufgaben eines leistenden Rehabilitationsträgers nach §§ 14 ff. SGB IX zufallen.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 68 Zusammentreffen von Teilhabeleistungen mit Pflegeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Sonderregelung bei einem Zusammentreffen von Teilhabeleistungen nach SGB XIV und Pflegeleistungen in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. nach § 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI. Es ist vorgesehen, dass die schadigungsbedingten Teilhabeleistungen nach § 63 Satz 1 Nummer 1 bis 3 in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI auch die Leistungen für nicht schadigungsbedingte Pflegebedarfe umfasst.

Kann die Pflege aufgrund des Umfangs der Pflegebedürftigkeit des Geschädigten nicht in den Einrichtungen oder Räumlichkeiten erbracht werden, vereinbaren der Leistungserbringer, der Träger der Sozialen Entschädigung und die Pflegekasse, dass die Leistung bei einem anderen Leistungserbringer erbracht wird. Den angemessenen Wünschen des Geschädigten ist Rechnung zu tragen.

B) Stellungnahme

Durch den Gesetzeswortlaut und die Begründung ist der Regelungsinhalt nicht eindeutig. Dem Wortlaut nach umfassen die Teilhabeleistungen nach dem SGB XIV ebenfalls die nicht schadigungsbedingte Pflege in Einrichtungen oder Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI. Demnach übernimmt der Träger der Sozialen Entschädigung neben den Teilhabeleistungen ebenfalls die Leistungen für die nicht schadigungsbedingte Pflege. Dies wird durch die Begründung untermauert, dass durch die vorgesehene Regelung des § 68 SGB XIV die Leistungen aus einer Hand erbracht werden sollen. Zudem wird laut Begründung hierdurch vom Grundsatz der Sozialen Entschädigung abgewichen, wonach Leistungen nach dem SGB XIV nur für schadigungsbedingte Bedarfe erbracht wird. Hieraus wäre zu folgern, dass der Träger der Sozialen Entschädigung sowohl die schadigungsbedingten Leistungen zur Teilhabe als auch die nicht schadigungsbedingten Leistungen zur Pflege vollumfänglich übernimmt.

Allerdings geht der Gesetzgeber in der Begründung zugleich davon aus, dass sich bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 43a SGB XI – wovon in der in § 69 zugrunde gelegten Fallkonstellation auszugehen ist – sich die Pflegekasse mit Leistungen nach § 43a SGB XI beteiligt. Dann erfolgt aber im Widerspruch zur Begründung keine Leistung aus einer Hand des Trägers der Sozialen Entschädigung und die beschriebene Abweichung vom Grundsatz der

Sozialen Entschädigung, dass nur schädigungsbedingte Bedarfe übernommen werden, trifft nur teilweise zu.

Es bedarf der Klarstellung, ob der Träger der Sozialen Entschädigung die Leistungen der Teilhabe und der nicht schädigungsbedingten Pflege vollumfänglich übernehmen soll. In diesem Fall wäre eine entsprechende Regelung erforderlich, dass die Leistungen der Pflegekasse nachrangig sind.

Ausgehend von der vorgesehenen Regelung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI sind die Teilhabeleistungen nach SGB XIV und die Leistungen der Pflegeversicherung gleichrangig. Insofern würde die Pflegekasse wie in der Begründung dargestellt, Leistungen nach § 43a SGB XI leisten. Die Leistungen zur Teilhabe und ggf. (ergänzende) Leistungen zur nicht schädigungsbedingten Pflege würde der Träger der Sozialen Entschädigung leisten. Sofern diese Regelung beabsichtigt ist, bedarf es hierfür ebenfalls einer Klarstellung in § 68.

Die Regelung des § 68 ist in der im Referentenentwurf vorgesehenen Ausgestaltung missverständlich und wird in der Praxis zu Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen führen.

Zudem enthält die vorgesehene Regelung zwar das Verfahren, wenn die Pflege anderweitig als in Einrichtungen oder Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI sichergestellt werden muss. Nicht aber ist geregelt, welcher Leistungsträger welche Leistungen in welchem Umfang übernimmt

Zudem ist die Bezeichnung der Einrichtungen zu korrigieren.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung des Artikel 1 § 68 ist zur Klarstellung im oben dargelegten Sinne neu zu formulieren.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 72 Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dieser Norm besteht ein Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht, wenn die Pflegebedürftigkeit im kausalen Zusammenhang mit einer Schädigungsfolge wegen eines nach dem SGB XIV erfassten schädigenden Ereignisses steht. Die Anspruchsvoraussetzungen sind auch dann erfüllt, wenn der schädigungsbedingte Anteil annähernd gleichwertig mit einem nicht schädigungsbedingten Anteil ist.

B) Stellungnahme

Die Pflegebedürftigkeit muss nicht ausschließlich schädigungsbedingt sein, um einen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XIV auszulösen. Nach Absatz 2 Nr. 2 reicht es aus, wenn der schädigungsbedingte Anteil annähernd gleichwertig mit einem nicht schädigungsbedingten Anteil ist. Was unter „annähernd gleichwertig“ zu verstehen ist, bleibt offen und wird insoweit in der Praxis zu Umsetzungsproblemen führen.

Es ist sinnvoll, in der amtlichen Begründung zu Absatz 2 zu präzisieren, was unter „annähernd gleichwertig“ zu verstehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 73 Pflegebedürftigkeit und Pflegegrad

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung werden die Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit sowie die Festlegung und Ermittlung der Pflegegrade des SGB XI in das SGB XIV übernommen. Es wird klargestellt, dass die Entscheidung der Pflegekasse für den zuständigen Träger der Sozialen Entschädigung bindend ist. Liegt noch keine Entscheidung vor, so soll der zuständige Verwaltungsträger auf eine unverzügliche Entscheidung der Pflegekasse hinwirken. Kommt ein Anspruch nach dem SGB XI nicht in Betracht, ermittelt die zuständige Verwaltungsbehörde den Pflegegrad in eigener Zuständigkeit. Sie kann sich dabei der Hilfe von Sachverständigen bedienen.

B) Stellungnahme

Es ist sachgerecht und im Interesse der betroffenen Pflegebedürftigen, dass an den Pflegebedürftigkeitsbegriff und an die Ermittlung des Pflegegrades dieselben Anforderungen und Vorgaben wie in §§ 14 und 15 SGB XI gestellt werden. Eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhalts wird damit ausgeschlossen. Die Bindungswirkung wirkt begrüßt, denn sie dient der Entbürokratisierung und der Beschleunigung des Verfahrens, indem beispielsweise Doppelbegutachtungen vermieden werden.

Die Regelung in Absatz 2 Satz 2, nach der die zuständige Verwaltungsbehörde bei einer fehlenden Entscheidung der Pflegekasse auf eine unverzügliche Entscheidung durch die Pflegekasse hinwirken soll, ist abzulehnen. Pflegeleistungen werden gemäß § 33 SGB XI auf Antrag gewährt. Über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit hat die Pflegekasse innerhalb der Fristen des § 18 Abs. 3 SGB XI zu entscheiden. Werden diese Fristen aus Gründen, die im Verantwortungsbereich der Pflegekasse liegen, nicht eingehalten, hat sie für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen (§ 18 Abs. 3b SGB XI). Einer – neben der in § 18 Abs. 3 SGB XI genannten – weiteren Regelung zur Verfahrensbeschleunigung bedarf es nicht und wäre im Übrigen Praxisfern.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 § 73 Abs. 2 Satz 2 ist zu streichen

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 76 Ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Reichen die Leistungen nach § 75 entsprechend den Leistungen nach dem SGB XI nicht aus, um die schädigungsbedingten Bedarfe vollständig zu decken, werden ergänzende Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erbracht. Dies betrifft insbesondere Leistungsbereiche, in denen nach dem SGB XI eine Höchstgrenze für Leistungen besteht. Es ist vorgesehen, dass der Träger der Sozialen Entschädigung den Geschädigten die tatsächlich entstandenen Kosten für schädigungsbedingte Pflegeleistungen erstattet, soweit sie angemessen sind. Die Absätze 1 und 2 führen abschließend die Leistungen auf, bei denen dies in Betracht kommt.

Absatz 3 regelt, dass in Fällen, in denen gemäß § 43a SGB XI die Pflege in Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI erfolgt, der Träger der Sozialen Entschädigung 15 Prozent der Vergütung übernimmt, soweit nicht die Pflegekasse diese Vergütung übernommen hat.

B) Stellungnahme

Die Regelung der ergänzenden Leistungen insbesondere nach Absatz 1 und 2 ist sachgerecht.

Die Regelung des Absatzes 3 ist hingegen weder nachvollziehbar noch sachgerecht. Nach dem Wortlaut des Absatzes 3 übernimmt der Träger der Sozialen Entschädigung 15 Prozent der Vergütung, soweit diese nicht von der Pflegekasse übernommen wird. Die Begründung zum Absatz 3 hingegen sieht keine Begrenzung auf einen Höchstbetrag vor, wenn der Pflegebedarf schädigungsbedingt ist. In diesem Fall übernimmt der Träger der Sozialen Entschädigung die Differenz zwischen 15 Prozent der vereinbarten Vergütung und dem Höchstbetrag, welchen die Pflegekasse nach § 43a SGB XI übernimmt. Insoweit stehen der Gesetzeswortlaut und die Begründung im Widerspruch. Der Begründung nach kann der vom Träger der Sozialen Entschädigung übernommene Anteil weniger als 15 Prozent der Vergütung betragen.

Des Weiteren gehen der Gesetzeswortlaut und die Begründung davon aus, dass die Pflegekasse Leistungen nach § 43a SGB XI leistet. Dies ist insofern nicht nachvollziehbar, dass bei schädigungsbedingter Pflegebedürftigkeit ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach dem SGB XIV besteht (vgl. auch § 75 SGB XIV). Die Vorrangigkeit der Entschädigungsleistungen wird ebenfalls in der vorgesehenen Regelung des § 13 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI zum Ausdruck gebracht. Gemäß der vorgesehenen Regelung des § 75 erhalten Geschädigte bei schädigungsbedingter Pflegebedürftigkeit unter anderem Leistungen bei Pflegebedürftigkeit ent-

sprechend dem Vierten Kapitel des SGB XI und ergänzende Leistungen nach § 76. Die Leistungen des vierten Kapitels des SGB XI umfassen unter anderem die Leistungen nach § 43a SGB XI. Diese wären demnach nicht von der Pflegekasse, sondern von dem Träger der Sozialen Entschädigung zu erbringen. Der Systematik des § 76 SGB XI folgend, dass über die Leistungen des Vierten Kapitels des SGB XI hinausgehende Leistungen bei schädigungsbedingten Bedarfen ergänzend durch den Träger der Sozialen Entschädigung erbracht werden, müssten die Leistungen in Einrichtungen und Räumlichkeiten i. S. d. § 43a SGB XI i. V. m. § 71 Abs. 4 SGB XI ebenfalls durch den Träger der Sozialen Entschädigung erbracht werden. Eine Beteiligung der Pflegekasse bei schädigungsbedingter Pflegebedürftigkeit und schädigungsbedingten Bedarfen wie sie im Gesetzeswortlaut des § 76 Abs. 3 und dessen Begründung vorgesehen ist, ist nach der Systematik des SGB XIV nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht. Daher ist Absatz 1 dahingehend zu ergänzen, dass bei teilweiser Deckung schädigungsbedingter Bedarfe nach § 75 Nr. 1 der Träger der Sozialen Entschädigung die über § 43a SGB XI hinausgehenden notwendigen und angemessenen Kosten übernimmt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 § 76 wird Absatz 1 wie folgt geändert:

In Nummer 6 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

Nach Nummer 6 wird „7. Pflege in Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 Nr. 1 oder Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (§ 43a des Elften Buches).“ eingefügt.

Absatz 3 ist zu streichen.

Absatz 4 wird Absatz 3.

Absatz 5 wird Absatz 4.

Im (neuen) Absatz 4 wird nach dem Wort „Absatz 1“ ein Punkt gesetzt.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 78 Zuständigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Norm weist die Zuständigkeit für die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Sozialen Entschädigung der Verwaltungsbehörde zu. Parallel zu der Zuständigkeit für die Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung, die in § 58 geregelt ist, soll die Verwaltungsbehörde grundsätzlich für die Durchführung (rechtlich) zuständig sein, während die Pflegekassen (tatsächlich) die Leistung erbringen.

B) Stellungnahme

Die grundsätzliche rechtliche Zuständigkeit für die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit wird missverständlich dargestellt, da bereits im Absatz 1 von einer Erbringung von Leistungen die Rede ist. In der Parallelnorm des § 58 zur Zuständigkeit der Krankenkassen bei der Krankenbehandlung, wird in Absatz 1 bewusst nicht von der Leistungserbringung, sondern von der Durchführung der Leistungen gesprochen. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte § 78 an den Wortlaut des § 58 angeglichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 § 78 Absatz 1 ist das Wort „erbracht“ durch das Wort „durchgeführt“ zu ersetzen.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 80 Datenübermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Regelung verpflichtet die Leistungserbringer der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, der zuständigen Pflegekasse, der zuständigen Verwaltungsbehörde oder der zuständigen Unfallkasse des Landes die bezeichneten Daten zu übermitteln, soweit die Informationen für deren Aufgabenerfüllung erforderlich sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, da diese die erforderliche gesetzliche Grundlage zur Einschränkung des Rechts der Geschädigten auf informelle Selbstbestimmung schafft.

Der Referentenentwurf enthält darüber hinaus jedoch keine Regelung zu einem notwendigen Meldeverfahren zwischen den zuständigen Verwaltungsbehörden (zur Meldung verpflichtete Stelle) und den Pflegekassen. Diese ist jedoch zwingend erforderlich, damit die Pflegekassen Kenntnis über die bei ihnen versicherten und nach dem SGB XIV anspruchsberechtigten Personen und die jeweils zuständige Verwaltungsbehörde erlangen. Zudem ist nach § 124 Abs. 1 Nr. 5 vorgesehen, dass die Verwaltungsbehörden für die amtliche Statistik das Vorliegen und die Art einer Krankenversicherung erfassen müssen. Dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ folgend, müssten allein vor diesem Hintergrund die Verwaltungsbehörden über die notwendigen Daten verfügen.

Da § 81 Abs. 1 ein Erstattungsverfahren der den Pflegekassen entstandenen Aufwendungen vorsieht, ist das rechtzeitige Vorliegen der notwendigen Meldedaten der Anspruchsberechtigten vor Inkrafttreten des SGB XIV erforderlich. Ohne diese Informationen werden die Pflegekassen die nach dem SGB XIV anspruchsberechtigten nicht identifizieren können. Es sei denn, im Einzelfall ist erkennbar, dass die Pflegebedürftigkeit schädigungsbedingt ist. Darüber hinaus ist der Pflegegerad für den Umfang der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit maßgeblich. Ändert sich dieser, ändert sich auch der Umfang der zu erbringenden Leistungen. Auch hierüber bedarf es der Kenntnis der Pflegekasse.

Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu § 60 der Stellungnahme verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 § 80 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die zuständigen Pflegekassen und Verwaltungsbehörden sind gegenseitig verpflichtet, die Daten zu melden, die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Näheres zu einem Meldeverfahren regelt die Verwaltungsvereinbarung nach § 60 Abs. 3 Satz 2.“

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 81 Erstattung an Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dieser Vorschrift erhalten die Pflegekassen für ihre Aufwendungen für Leistungen, die sie auftragsweise im Rahmen der Sozialen Entschädigung zu erbringen haben, eine Erstattung zuzüglich eines Verwaltungskostenersatzes. Die Abrechnung der Aufwendungen soll halbjährlich erfolgen und auch eine Erstattung der Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent dieses Betrages umfassen. Des Weiteren ist vorgesehen, die Erstattung der Aufwendungen in tatsächlicher Höhe ab dem 01.01.2025 – bei Inkrafttreten des Gesetzes wie geplant zum 01.01.2022 – aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung durch Zahlung von Pauschalen abzulösen. Die Erstattung der Verwaltungskosten soll dabei weiterhin in Höhe von 5 Prozent ausgehend vom pauschalen Erstattungsbetrag vorgenommen werden. Grundlage für die Pauschalerstattung soll eine zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Bundesstelle für Soziale Entschädigung zu schließende Verwaltungsvereinbarung sein, die insbesondere Regelungen über die Grundlagen der Pauschalerstattung und Verfahrensregelungen beinhaltet. Die Vereinbarung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

B) Stellungnahme

Die Erstattung der Aufwendungen für die auftragsweise zu erbringenden Leistungen sowie der den Pflegekassen entstehenden Verwaltungskosten ist Folge des gesetzlichen Auftragsverhältnisses und erforderlich, um eine Belastung der Beitragszahler der Sozialen Pflegeversicherung mit Aufwendungen für die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben des Sozialen Entschädigungsrechts zu vermeiden.

Die in Absatz 3 vorgesehene Ablösung der Erstattung der Leistungsaufwendungen in tatsächlicher Höhe durch ein zum 01.01.2025 einzuführendes Pauschalerstattungssystem wird kritisch gesehen.

Pauschalabgeltungen sind grundsätzlich geeignet, Verwaltungsaufwände und damit verbundene Kosten zu reduzieren. Zum anderen minimieren sich die Beanstandungsrisiken. Zu fragen ist allerdings, ob diese Vorteile allein durch die hier beabsichtigte Pauschalregelung zum Tragen kommen oder ob mit einer Spitzabrechnung nicht auch das gleiche Ziel erreicht werden kann. Unabhängig davon geht weder aus der Norm selbst noch aus der dazugehörigen Begründung hervor, auf welcher Grundlage eine Leistungspauschale im Bereich der Pflegeversicherung bestimmt werden soll. Bereits dies dürfte sich als schwierig erweisen, da der Umfang bzw. die Höhe der Leistungen nach dem SGB XI von verschiedenen Faktoren abhängig

sind. Im Wesentlichen sind dies der Grad der Pflegebedürftigkeit und die vom Pflegebedürftigen gewählte Leistungsart (Geld-, Sach- oder stationäre Leistung).

Im Vergleich zu den Leistungen anderer Sozialleistungsträger des SGB werden die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich auf Dauer und in der Regel in monatlich gleichbleibender, gesetzlich festgelegter (gedeckelter) Höhe erbracht. Daneben sind einmalige Leistungen möglich. Dem Grunde nach stellen die nach Pflegegrad und Leistungsart gesetzlich gedeckelten Leistungs(höchst-)beträge bereits Pauschalen dar. Insoweit dürfte eine weitere Pauschalierung kaum relevante Vorteile bringen.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen, die aufgrund einer anerkannten Schädigungsfolge Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XIV haben (werden), nicht sehr groß und tendenziell eher abnehmend ist (vgl. Problem- und Zielbeschreibung des vorliegenden Referentenentwurfs). Bei einer großen Zahl von Pflegebedürftigen gleichen sich Abweichungen von den Mittelwerten einer Pauschale in der Regel aus (Gesetz der großen Zahlen). Kleine Pflegekassen werden, wenn überhaupt, nur wenige Fälle von Pflegefällen mit anerkannter Schädigungsfolge in ihrem Bestand haben. Das heißt, die Kosten eines möglicherweise im höchsten Pflegegrad eingestuften und in vollstationärer Pflege befindlichen Pflegebedürftigen mit anerkannter Schädigungsfolge würden im Rahmen einer Pauschalabgeltung nicht in voller Höhe erstattet. Die Pflegekasse bliebe in einem solchen Fall mit der Differenz der Kosten zwischen einem noch in der Höhe festzulegenden Pauschal(mittel)betrag und der konkret erbrachten (höheren) Aufwendung belastet, ohne dass Aussicht besteht, dass sich diese Differenz in naher Zukunft ausgleichen wird. Angesichts der dargelegten Sachverhalte kann zwar eine Umstellung auf ein Pauschalerstattungsverfahren als Option vorgesehen, eine Entscheidung durch den Gesetzgeber sollte aber nicht vorweggenommen werden.

Eine Bewertung der Höhe des angemessenen Verwaltungskostenersatzes ist aufgrund der noch offenen Fragen zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 § 81 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Bundesstelle für soziale Entschädigung und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen prüfen frühestens ab dem 1. Januar des dritten auf das Inkrafttreten dieses Buches folgenden Kalenderjahres, ob die Erstattungsansprüche der Pflegekasse nach Absatz 1 und 2 durch ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren zu ersetzen sind. Verständigen sich die Bundesstelle für Soziale Entschädigung und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen auf eine Vereinbarung zur Festlegung eines geeigneten Pauschalerstattungsverfahrens, bedarf die

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.01.2019 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts
Seite 44 von 50

Vereinbarung der Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Gesundheit“.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 138 Heil- und Krankenbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Regelungen über Besitzstände im Kapitel 23 ist eine Sonderregelung für den Bereich der Heil- und Krankenbehandlung vorgesehen. Danach erhalten Geschädigte, deren Anspruch auf Leistungen der Heilbehandlung nach dem BVG oder nach einem Gesetz, das das BVG ganz oder teilweise für anwendbar erklärt, bestandskräftig dem Grunde nach festgestellt wurde, ab Inkrafttreten des SGB XIV ausschließlich Leistungen der Krankenbehandlung nach Kapitel 5. Lediglich als Ausnahmen werden unter bestimmten Voraussetzungen einzelne Leistungen der Heil- oder Krankenbehandlung für den Geschädigten oder andere anspruchsberechtigte Personen in dem bewilligten Umfang auf der Grundlage des vorherigen Rechts erbracht.

B) Stellungnahme

Aufgrund dieser Regelung gilt das Wahlrecht nach § 145, wonach Berechtigte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XIV bestandskräftig festgestellt Anspruch auf Leistungen nach dem BVG oder nach einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt, hat oder entsprechende Anträge gestellt haben, zwischen der Anwendung des alten oder des neuen Rechts wählen können, nicht für den Bereich der Heil- und Krankenbehandlung. Die Ausnahmeregelungen in Bezug auf den Bestandsschutz für einzelne Leistungen nach Absatz 2 und 3, sehen keine expliziten Regelungen vor, ob die Leistungen durch die zuständigen Verwaltungsbehörden oder ggf. die Krankenkassen erbracht werden. Da allerdings mit dem Außerkrafttreten des BVG die Regelungen zur Kostenerstattung nach §§ 19, 20 BVG nicht mehr gelten und § 138 insoweit keine gesonderte Kostenerstattungsregelung vorsieht, scheidet eine Leistungserbringung durch die Krankenkassen aus. Im Sinne der gebotenen Rechtsklarheit sollte deshalb in den Absätzen 2 und 3 explizit geregelt werden, dass diese Leistungen durch die zuständige Verwaltungsbehörde erbracht werden.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 § 138 Absatz 2 werden nach dem Wort „Umfang“ die Wörter „durch die zuständige Verwaltungsbehörde“ eingefügt.

In Absatz 3 werden nach dem Wort „Umfang“ die Wörter „durch die zuständige Verwaltungsbehörde“ eingefügt.

Artikel 1 (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung – (SGB XIV))

§ 144 Absicherung gegen Krankheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt im Sinne eines Vertrauensschutzes, dass Personen, die bis zum Außerkrafttreten des BVG nach § 10 Absatz 2 und § 10 Absatz 4 bis 6 BVG Leistungen der Heil- oder Krankenbehandlung für Nichtschädigungsfolgen erhalten haben, weiterhin gegen das Risiko Krankheit abgesichert bleiben. Sie erhalten Leistungen bei Krankheit in gleichem Umfang wie Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Leistungen werden von der gewählten Krankenkasse erbracht. Die Aufwendungen der Krankenkassen sowie die Verwaltungskosten (in Höhe von 5 Prozent des Erstattungsbetrages) werden den Krankenkassen von der zuständigen Verwaltungsbehörde erstattet.

B) Stellungnahme

Die Vorschrift sieht in Abs. 1 Satz 2 vor, dass im Rahmen der Vertrauensschutzregelung die Regelungen der §§ 61, 62 SGB V keine Anwendung finden. Damit soll ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf geregelt werden, dass die anspruchsberechtigten Personen abweichend vom Recht der gesetzlichen Krankenversicherung keine Zuzahlungen zu leisten haben. Dies wird durch die Regelung, dass die §§ 61, 62 SGB V keine Anwendung finden, jedoch nicht zweifelsfrei erreicht, da § 61 SGB V die betragsmäßige Höhe und § 62 SGB V die Belastungsgrenze für Zuzahlungen festlegt. Die Zuzahlungspflichten sind hingegen in den jeweiligen Einzelnormen des SGB V geregelt, sodass zur Erreichung des Gewollten entweder auf die Einzelvorschriften, die nicht zur Anwendung kommen sollen, Bezug genommen oder grundlegend ausgeführt werden sollte, dass Zuzahlungen nicht zu entrichten sind. Letzteres wird empfohlen, um auch Änderungen der Anspruchsnormen des SGB V jeweils zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 § 144 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vorschriften über Zuzahlungen nach dem Fünften Buch finden keine Anwendung.“

Artikel 32 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

§ 4 Absatz 3 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 4 Absatz 3 mindern Erstattungen und Einnahmen nach § 19 des Bundesversorgungsgesetzes die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Krankenkassen. Wegen der Aufhebung des BVG und der Neuordnung der Krankenbehandlung im Vierzehnten Buch soll daher die Angabe „§ 19 Bundesversorgungsgesetzes“ ersatzlos gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Da die Erstattungen an die Krankenkassen künftig in § 61 des Vierzehnten Buches geregelt werden, sollte zur Vermeidung von Unklarheiten die RSAV entsprechend auf diese Norm Bezug nehmen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 32 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

„In § 4 Absatz 3 werden die Wörter „§ 19 Bundesversorgungsgesetzes“ durch die Wörter „§ 61 des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 38 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 Nummer 1 sollen die Leistungen nach dem SGB XIV und nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des SGB XIV vorsehen, vorrangig gegenüber den Leistungen nach dem SGB XI sein.

Die bisherige Regelung des Absatzes 3 Nr. 3, wonach Fürsorgeleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, nachrangig gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung sind, wird aufgehoben. Zugleich wird in Absatz 3 Satz 3 geregelt, dass die Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB XIV unberührt bleiben und gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig sind.

B) Stellungnahme

Aufgrund der Aufhebung des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) handelt es sich um Folgeänderungen, die insoweit sachgerecht sind, dass das Verhältnis zwischen den Leistungen nach dem SGB XIV und den Leistungen des SGB XI geregelt werden muss. Andernfalls kommt es zu Abgrenzungs- und Zuständigkeitsfragen.

In redaktioneller Hinsicht werden durch die Folgeänderung in Absatz 3 Satz 3 die Leistungen der Eingliederungshilfe in diesem Satz nunmehr doppelt aufgeführt. Auf diese Doppelung ist zu verzichten.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 38 Nr. 1 werden in § 13 Absatz 3 Satz 3 die Wörter „dem Bundesversorgungsgesetz“ durch die Wörter „die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch“ ersetzt.

Artikel 38 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die ausgestaltete Änderung der Regelung des § 34 Abs. 1 Nr. 2 enthält der Referentenentwurf noch nicht. Diese befindet sich noch in der Ressortabstimmung.

B) Stellungnahme

Aufgrund der Aufhebung des BVG ist eine Folgeänderung in § 34 Abs. 1 Nr. 2 zwingend erforderlich. Nach der geltenden Regelung des § 34 Abs. 1 Nr. 2 BVG ruht der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung soweit Versicherte unter anderem Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 BVG oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen, erhalten. Durch die Einführung des SGB XIV muss auch künftig sichergestellt werden, dass Doppelleistungen vermieden werden. Der Referentenentwurf sieht in § 13 Abs. 1 Nr. 1 vor, dass die Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig gegenüber den Entschädigungsleistungen nach dem SGB XIV sind. Die Gestaltung dieser Nachrangigkeit in Form eines Ruhens der Leistungen der Pflegeversicherung ist in § 34 Abs. 1 Nr. 2 auch nach Einführung des SGB XIV erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Nr. 2 ist wie folgt zu ändern:

Die Wörter „§ 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes“ werden ersetzt durch die Wörter „dem Vierzehnten Buch oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches“.

Artikel 46 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Nr. 2

§ 22 Impfausweis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift soll an die Überführung des Impfschadensrechts in das SGB XIV angepasst werden, da Verweisquellen innerhalb des IfSG wegfallen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachlogisch. Allerdings übernimmt sie nicht vollständig die aktuell in § 22 IfSG für den Impfausweis oder die Impfbescheinigung vorgesehene Regelung. Der bisherige Absatz 3 Satz 2 lautet: „Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung soll ein Textfeld enthalten, in dem der impfende Arzt einen Terminvorschlag für die nächste Auffrischungsimpfung eintragen kann.“ Eine Begründung für den Verzicht auf diese Regelung ist nicht erkennbar. Da ein Terminvorschlag für eine Folgeimpfung sachgerecht ist, um hohe Impfraten zu erreichen, wird angeregt, die bisherige Formulierung beizubehalten.

C) Änderungsvorschlag

Die in Artikel 46 Nr. 2 vorgesehene Fassung von § 22 Abs. 3 IfSG wird um folgenden Satz ergänzt:

„Der Impfausweis oder die Impfbescheinigung soll ein Textfeld enthalten, in dem der impfende Arzt einen Terminvorschlag für die nächste Auffrischungsimpfung eintragen kann.“