

Deutscher Bundestag
Innenausschuss

Ausschussdrucksache
18(4)406



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Sitzung des Innenausschusses des Deutschen
Bundestages
am 12.10.2015**

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylverfahrensge-
setzes, des Asylbewerberleistungsgesetzes und weiterer Ge-
setze (Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz)**



AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Geschäftsführungseinheit
Politik und Unternehmensentwicklung

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhaltsverzeichnis:

I. Vorbemerkung:	- 3 -
II. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylverfahrensgesetzes, des Asylbewerberleistungsgesetzes und weiterer Gesetze	- 4 -
Artikel 1 Änderung des Asylverfahrensgesetzes.....	- 4 -
Nr. 33 – § 90 Abs.1 – 8	- 4 -
Artikel 11 Änderung des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch (SGB V).....	- 5 -
Nr. 1 – § 264 Absatz 1.....	- 5 -
Artikel 11 Änderung des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch (SGB V).....	- 8 -
Nr. 2 – § 291 Abs. 2a Satz 4 (neu)	- 8 -

I. Vorbemerkung:

Die AOK-Gemeinschaft unterstützt die Entwicklung einer effektiven und möglichst verwaltungsarmen Lösung zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Asylbewerber. Hierfür steht die AOK-Gemeinschaft den staatlichen Institutionen als gleichberechtigter Vertragspartner zur Verfügung, sofern dadurch keine zusätzlichen Belastungen für die Solidargemeinschaft entstehen.

Die angestrebten Verwaltungsvereinfachungen und weiteren Synergieeffekte der Nutzung der GKV-Infrastruktur sind aber nur dann zu realisieren, wenn die Beauftragung der GKV mit der Ausgabe der eGK einhergeht. Eine Leistungsgewährung ohne eGK, also insbesondere über von der Krankenkasse auszugebende Behandlungsscheine in Papierform würde einerseits die Versorgungssituation der Asylbewerber gegenüber dem status quo nicht verbessern und andererseits zu einem zusätzlichen Bürokratieaufwand führen, den die Krankenkassen nur unter Einsatz erheblicher personeller und sächlicher Ressourcen bewältigen könnten und dessen Finanzierung die zuständigen Kommunen gegenüber dem status quo nicht entlasten würde. Daher ist eine Leistungserbringung auf Basis von Behandlungsscheinen auszuschließen.

Außerdem darf der Anspruch der Berechtigten in Bezug auf Leistungen, die den gesetzlich Versicherten über die eGK ohne weitere Genehmigungsverfahren zugänglich sind, gegenüber dem GKV-Anspruch nicht eingeschränkt und nicht erweitert werden. Eine Prüfung, ob eine Leistung dem Versorgungsanspruch nach §§ 4, 6 AsylbLG unterfällt, ist dem Arzt nicht zuzumuten. Etwaige Fehleinschätzungen hierbei werden – wie es die Erfahrungen der Ortskrankenkassen leidvoll zeigen – immer zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen und die Rechtsprechung über Gebühr belasten.

Der AOK-Bundesverband kommentiert daher im Folgenden die aus seiner Sicht wichtigsten Regelungen.

II. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylverfahrensgesetzes, des Asylbewerberleistungsgesetzes und weiterer Gesetze

Artikel 1 Änderung des Asylverfahrensgesetzes

Nr. 33 – § 90 Abs.1 – 8

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die Möglichkeit geschaffen, ärztlich befähigte Asylbegehrende in die ärztliche Versorgung von Asylbegehrenden in Aufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterkünften für Asylbegehrende einzubeziehen. Die nach Absatz 6 zuständige Landesbehörde kann zu diesem Zweck unter strengen Voraussetzungen befristete Ermächtigungen zur vorübergehenden Ausübung von Heilkunde unter den in Absatz 2 aufgeführten Beschränkungen aussprechen.

B Stellungnahme

Nach der Gesetzesbegründung ist es nicht beabsichtigt, dass die ermächtigte Asylsuchende Person nach § 95 Absatz 4 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet sein soll. Aufgrund der Wortidentität wird eine ausdrückliche Klarstellung dahingehend empfohlen, dass es sich bei der Ermächtigung durch die zuständige Landesbehörde nicht um eine Ermächtigung nach der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte durch die Zulassungsausschüsse handelt.

C Änderungsvorschlag

Absatz 5 wird wie folgt ergänzt: „Die Ermächtigung nach Absatz 1 ist nicht gleichzusetzen mit einer Ermächtigung nach § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.“

Artikel 11 Änderung des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch (SGB V)

Nr. 1 – § 264 Absatz 1

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen künftig zur Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz verpflichtet werden, wenn sie hierzu auf Landesebene aufgefordert werden.

B Stellungnahme

Die AOK unterstützt die Entwicklung einer effektiven und möglichst verwaltungswarmen Lösung zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern. Zugleich ist sicher zu stellen, dass bei einer auftragsweisen Leistungserbringung durch die Krankenkassen keine zusätzlichen Belastungen für die Solidargemeinschaft entstehen.

Der vorliegende Gesetzentwurf trägt diesem Ansatz grundsätzlich Rechnung. Allerdings sind bei verschiedenen Punkten zur Zielerreichung sowie zur Vermeidung von Umsetzungsproblemen Anpassungen bzw. Konkretisierungen erforderlich:

1. Auf Landesebene müssen einheitliche Regelungen gesetzlich verpflichtend sein. Der Abschluss von unterschiedlichen Regelungen auf Ebene der Landkreise, kreisfreien Städte und Kommunen muss ausgeschlossen werden. Es ist dringend zu vermeiden, dass die Krankenkassen innerhalb eines Bundeslandes zu unterschiedlichen regionalen Vereinbarungen verpflichtet werden können. Ein „Flickenteppich“ mit unterschiedlichen Regelungen auf kommunaler Ebene in ein und demselben Bundesland ist zur Sicherung einer friktionsfreien Umsetzung gerade auch aus der Perspektive der Asylbewerber unbedingt zu vermeiden. Aber auch für Leistungserbringer, Krankenkassen und die zuständigen Behörden würde ein solcher „Flickenteppich“ einen erheblichen Verwaltungsaufwand und ein großes finanzielles Risiko durch die Inanspruchnahme von Leistungserbringern außerhalb des Geltungsbereiches eines Vertrages bedeuten.
2. Die angestrebten Verwaltungsvereinfachungen und weiteren Synergieeffekte der Nutzung der GKV-Infrastruktur sind nur zu realisieren, wenn die elektronische Gesundheitskarte (eGK) flächendeckend zum Einsatz kommt. Eine Leistungsgewährung über von der Krankenkasse auszugebende Behandlungsscheine in Papierform wäre angesichts der aktuellen E-Health-Gesetzgebung ein Rückfall in die Steinzeit. Denn ein Verfahren ohne Einsatz der eGK würde einerseits die Versorgungssituation der Asylbewerber gegenüber dem status quo nicht verbessern und andererseits zu einem zusätzlichen Bürokratieaufwand führen. Die Probleme würden lediglich verlagert aber nicht beseitigt. Vom Einsatz der eGK profitieren alle Beteiligten: Flüchtlinge, Ärzte und Kommunen. Eine Leistungserbringung auf Basis von Behandlungsscheinen ist auszuschließen.
3. Der Anspruch der Berechtigten in Bezug auf Leistungen, die unmittelbar über die eGK ohne weitere Genehmigungsverfahren zugänglich sind, sollte gegenüber dem GKV-Anspruch weder eingeschränkt noch erweitert werden. So wie es auch durch die geplante Änderung des § 4 Asylbewerberleistungsgesetzes (Art. 2 Nr. 4a) mit Blick auf Schutzimpfungen vorgesehen ist (vgl. dortige Begründung). Gesonderte Anspruchsprüfungen machen hier keinen Sinn, da Ärzte die medizinischen Leistungen erbringen sollen, die notwendig sind. Die eGK ermöglicht damit den Flüchtlin-

gen einen diskriminierungsfreien Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung, garantiert den Ärzten und Krankenhäusern ohne Verwaltungsaufwand die Vergütung und entlastet die Kommunen von überflüssiger Bürokratie. Sofern die unmittelbar über die eGK zu erbringenden Leistungen vom SGB V-Leistungsniveau abweichen würden, ergäben sich vielfältige Folgefragen und -probleme in der Umsetzungspraxis. So wäre beispielsweise völlig offen, wie Haftungs- und Regressfragen in Fällen zu regeln wären, in denen Ärzte (angeblich) die leistungseinschränkende Regelungen des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz nicht berücksichtigt haben. Zugleich kann es nicht Aufgabe der Krankenkassen sein, Leistungen zu erbringen, die im Rahmen des § 6 Asylbewerberleistungsgesetz ggf. über das SGB V-Leistungsniveau hinausgehen (z. B. Sprachdolmetscher, Eigenanteile). Über Leistungen, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens erbracht werden (z. B. Versorgung mit Zahnersatz) kann unter Berücksichtigung der leistungseinschränkende Regelungen des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (Prüfung der Unaufschiebbarkeit) entschieden werden.

4. Bei der Gesundheitsversorgung der Asylbewerber tragen alle Krankenkassen eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Daher sollten in die auftragsweise Leistungserbringung auch alle Krankenkassenarten eingebunden werden.
5. Die auftragsweise Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V kann aus rechtlichen, organisatorischen und prozessualen Gründen erst nach Verteilung der Asylbewerber auf die Bundesländer einsetzen. So ist insbesondere erst zu diesem Zeitpunkt klar, welche Krankenkasse die auftragsweise Leistungserbringung im Ziel-Bundesland übernimmt.
6. Vereinbarungen, die bei In-Kraft-Treten der geplanten Neuregelung bereits bestehen, müssen von ihr unberührt bleiben.

C Änderungsvorschlag

Artikel 11 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

1. Dem § 264 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
 „Die Krankenkassen **sind** ~~ist~~ zur Übernahme der Krankenbehandlung nach Satz 1 für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes verpflichtet, wenn sie durch die Landesregierung oder die von ihr beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert ~~wird~~ **werden** und mit ~~ih~~ **ihnen** eine entsprechende Vereinbarung ~~mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird~~. Die Vereinbarung über die Übernahme der Krankenbehandlung nach Satz 1 für den in Satz 2 genannten Personenkreis hat insbesondere Regelungen zur Erbringung der Leistungen ~~sowie~~, zum **vollständigen** Ersatz der Aufwendungen und Verwaltungskosten nach Satz 1 **sowie zur Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte** zu enthalten; ~~die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte kann vereinbart werden~~. **Nicht von Satz 2 erfasst sind Entgeltersatzleistungen, Leistungen der Pflege sowie Leistungen, die über den Leistungsanspruch nach dem SGB V hinausgehen. Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung bzw. einer Zentralen Unterbringungseinrichtung ist eine Übernahme der Krankenbehandlung nach Satz 2 ausgeschlossen.** Wird von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten obersten Landesbehörde eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene zur Übernahme der Krankenbehandlung für den in Satz 2 genannten Personenkreis gefordert, sind die Landesverbände der Krankenkassen

sen und die Ersatzkassen gemeinsam zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung verpflichtet. **Die Landesverbände der Krankenkassen sollen eine gleichgewichtete Verteilung des in Satz 2 genannten Personenkreises nach Marktanteilen der Krankenkassenarten anstreben.** Zudem vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den auf Bundesebene bestehenden Spitzenorganisationen der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden Rahmenempfehlungen zur Übernahme der Krankenbehandlung für den in Satz 2 genannten Personenkreis. Die Rahmenempfehlungen nach Satz 5, die von den zuständigen Behörden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und den Krankenkassen nach den Sätzen 1 bis 3 sowie von den Vertragspartnern auf Landesebene nach Satz 4 übernommen werden sollen, regeln insbesondere die Umsetzung der leistungsrechtlichen Regelungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung der Leistungen sowie den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten der Krankenkassen nach Satz 1. ~~Bis zum Inkrafttreten einer Regelung, wonach die elektronische Gesundheitskarte bei Vereinbarungen nach Satz 3 zweiter Halbsatz die Angabe zu enthalten hat, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt, stellen die Vereinbarungspartner die Erkennbarkeit dieses Status in anderer geeigneter Weise sicher. Vereinbarungen, die bei In-Kraft-Treten der geplanten Neuregelung bereits bestehen, bleiben von ihr unberührt.~~

Artikel 11 Änderung des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch (SGB V)

Nr. 2 – § 291 Abs. 2a Satz 4 (neu)

Aufnahme eines neuen Statusmerkmals für Asylbewerber auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) um ein Differenzierungsmerkmal zur Identifikation des Personenkreises der Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu erweitern.

B Stellungnahme

Der Anspruch der Berechtigten in Bezug auf Leistungen, die unmittelbar über die eGK ohne weitere Genehmigungsverfahren zugänglich sind, sollte gegenüber dem GKV-Anspruch weder eingeschränkt noch erweitert werden. Gesonderte Anspruchsprüfungen machen hier keinen Sinn, da Ärzte die medizinischen Leistungen erbringen sollen, die notwendig sind. Die eGK ermöglicht damit den Flüchtlingen einen diskriminierungsfreien Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung, garantiert den Ärzten und Krankenhäusern ohne Verwaltungsaufwand die Vergütung und entlastet die Kommunen von überflüssiger Bürokratie. Sofern die unmittelbar über die eGK zu erbringenden Leistungen vom SGB V-Leistungsniveau abweichen würden, ergäben sich vielfältige Folgefragen und -probleme in der Umsetzungspraxis. So wäre beispielsweise völlig offen, wie Haftungs- und Regressfragen in Fällen zu regeln wären, in denen Ärzte (angeblich) die leistungseinschränkende Regelungen des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz nicht berücksichtigt haben. Über Leistungen, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens erbracht werden (z. B. Versorgung mit Zahnersatz) kann unter Berücksichtigung der leistungseinschränkende Regelungen des § 4 Asylbewerberleistungsgesetzes (Prüfung der Unaufschiebbarkeit) entschieden werden.

Die Aufnahme eines weiteren Statusmerkmals auf der eGK und in den Verwaltungssystemen der AOK (Fachdienste) ist technisch umsetzbar. Allerdings bedarf es hierzu der Schaffung eines eigenen, GKV-einheitlichen Rechtskreises, bzw. einer zusätzlichen Versichertenart, um sie von den übrigen Personen, die nach § 264 Abs. 1 und 2 SGB V betreut werden, unterscheiden zu können.

Für die eGK wäre mit der Aufnahme eines weiteren Statusmerkmals eine sog. Schema-Änderung verbunden, deren Umsetzung hohen Aufwand nach sich zieht. Hierbei ist zu unterscheiden in direkten Aufwand und Folgeaufwand.

Zum direkten Aufwand zählt die technische Umsetzung der Schema-Änderung im Betriebssystem der eGK und nachfolgende Prüfschritte, die die AOK als Kartenherausgeber durchlaufen muss, um eine Zulassung für diese eGK zu erhalten. Außer internen Tests der Funktionalität der eGK muss eine sog. Personalisierungs-Validierung durchgeführt werden, deren Ergebnis dann durch die gematik vor Zulassung geprüft wird. Auch die Fachdienste der AOK müssten die korrekte Umsetzung des neuen Schemas in einem aufwendigen Zulassungsprozess nachweisen.

Die Erfahrung mit einer gerade abgeschlossenen Schema-Änderung hat gezeigt, dass die hierfür angesetzten Umsetzungszeiträume von zwei Jahren bei weitem nicht aus-

reichen. Dies vor allem, weil die Interoperabilität mit den die Karte lesenden Systemen der Leistungserbringer erst mit großem Zeitverzug hergestellt werden konnte. Dieses Risiko besteht auch hier.

Zum Folgeaufwand zählt, dass eGKs mit einem neuen Schema dazu führen, dass im Umlauf befindliche Gesundheitskarten mit dem dann ‚alten‘ Schema ausgetauscht werden müssen, damit dann alle Karten dem neuen gesetzlich vorgeschriebenem Schema entsprechen. Dies ist dann mit hohem Verwaltungsaufwand und hohen Folgekosten verbunden.

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang auch, dass die der Ausstellung einer eGK vorgelagerten Prozesse klar definiert werden:

- RV-/KV-Nummer für den Asylbewerber
- FAMI-Prozess
- Einholung des Lichtbildes
- Zustellung der eGK

C Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung