

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses  
am 26.04.2017**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der  
Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und  
zur Änderung anderer Vorschriften**

BT-Drs. 18/11488

**Hier: Änderungsantrag 5 zu Artikel 8 - § 188 SGB V  
Obligatorische Anschlussversicherung für  
ausländische Saisonarbeitnehmer**

Ausschussdrucksache 18/(14)250.2

**sowie weitere Änderungsbedarfe zum Änderungsantrag 5  
und zum Thema Unterstützung der Versicherten  
bei Behandlungsfehlern**

Stand 20.04.2017

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

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

## Inhalt

<b>Änderungsantrag 5 zu Artikel 8 (§ 188 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer) .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes:.....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>Weiterer Änderungsbedarf im Rahmen des Änderungsantrags 5 zu Artikel 8 (§ 188 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer) .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V und Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und MDK sowie § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V).....</b>	<b>- 7 -</b>

## **Änderungsantrag 5 zu Artikel 8 (§ 188 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Änderungsantrag 5 sieht eine Neuregelung des Versicherungsrechts für Saisonarbeitnehmer vor. Zum einen soll ein Saisonarbeitnehmer als Arbeitnehmer definiert werden, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. Zum anderen wird mit der Regelung festgelegt, dass eine Weiterversicherung von Saisonarbeitnehmern in der obligatorischen Anschlussversicherung nur möglich ist, wenn innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht der freiwillige Beitritt gegenüber der Krankenkasse erklärt und der Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachgewiesen wird. Des Weiteren sieht der Änderungsantrag eine gesonderte Kennzeichnungspflicht von Saisonarbeitnehmer im Arbeitgebermeldeverfahren sowie eine Informationspflicht der Krankenkasse über das Beitrittsrecht und die Nachweispflicht gegenüber dem Saisonarbeitnehmer bei Beschäftigungsbeginn (Anmeldung) vor.

### **B Stellungnahme**

Aus AOK-Sicht ist es notwendig, die Regelungen für Saisonarbeitnehmer zu konkretisieren und den administrativen Aufwand bei den Krankenkassen zu minimieren. Insbesondere eine Kennzeichnung von Saisonarbeitnehmern im Arbeitgebermeldeverfahren hatte das AOK-System seit Jahren gefordert. Die hier beabsichtigte Begleitregelung in § 188 Abs. 4 SGB V grenzt darüber hinaus die Voraussetzungen für eine Fortführung der Versicherung als Freiwillige Mitgliedschaft ab, so dass für Saisonarbeitskräfte keine obligatorischen Anschlussversicherungen mehr entstehen können. Die beabsichtigten Regelungen sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zu begrüßen.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes:**

### **Weiterer Änderungsbedarf im Rahmen des Änderungsantrags 5 zu Artikel 8 (§ 188 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) (Obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer)**

#### **A Vorgeschlagene Neuregelung**

Der AOK-Bundesverband sieht über den Änderungsantrag 5 hinaus weiteren Regelungsbedarf bei der Thematik der obligatorischen Anschlussversicherung. Endet eine Versicherung in der GKV, setzt sich diese auch ohne Willenserklärung des Betroffenen als freiwillige Mitgliedschaft fort. Voraussetzung hierfür ist jedoch der gewöhnliche Aufenthalt bzw. Wohnsitz im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs. Unabhängig von der spezifischen Thematik der Saisonarbeitnehmer erhalten die Krankenkassen allerdings in Zeiten zunehmender grenzüberschreitender Erwerbstätigkeiten innerhalb Europas nicht immer Informationen über den Wegzug aus Deutschland, sodass die Krankenkassen nicht ausschließen können, dass die betroffenen Personen sich weiterhin in Deutschland aufhalten. Daher haben die Krankenkassen in Anwendung der Regelungen zur obligatorischen Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) eine freiwillige Mitgliedschaft zu eröffnen und dafür Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge zu erheben. Eine Kontaktaufnahme zum Mitglied ist allerdings in einigen Fällen nicht möglich, da die Anschreiben als unzustellbar zurückkommen und keine zustellfähige Anschrift oder sonstige Kontaktmöglichkeit ermittelt werden kann.

Da diese o. g. Versicherungsverhältnisse jedoch nicht von Amts wegen beendet bzw. storniert werden dürfen, entstehen hohe Beitragsforderungen, die schlussendlich unbezahlt bleiben und zulasten der Solidargemeinschaft beim Gesundheitsfonds auflaufen. Die Beitragsforderungen sind auch deshalb sehr hoch, weil im Falle nicht vorliegender Unterlagen die Kassen den Höchstbeitrag festsetzen, ganz unabhängig von einer tatsächlichen Einkommenssituation.

Daher schlägt das AOK-System vor, hier ebenfalls Gesetzesanpassungen vorzunehmen. Mitgliedszeiten, die nach den Regelungen des § 188 Abs. 4 SGB V (obligatorische Anschlussversicherung) zustande gekommen sind, sollten bei ausbleibendem, nicht realisierbarem Kontakt zum Mitglied und gleichzeitig bestehenden Beitragsrückständen von Amts wegen beendet werden können. Dazu ist zunächst ein Zeitrahmen festzulegen, der eine Annahme zulässt, bei der mit hinreichender Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass kein ständiger Aufenthalt oder Wohnsitz in Deutschland mehr besteht. Zudem sind die krankenkasseninternen Zeitabläufe bis zur Feststellung der obligatorischen Anschlussversicherung zu berücksichtigen.

Des Weiteren sollte in dem Fall, dass nach Beendigung der Versicherungspflicht kein Kontakt zum Mitglied aufgenommen werden kann, keine obligatorische Anschlussversicherung durchgeführt werden. Die Krankenkasse ermittelt jedoch weiterhin im Rah-

men ihrer Amtsermittlungspflichten innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten den Wohnort des Mitglieds.

Analog zur vorgeschlagenen Regelung für die Saisonarbeitnehmer sollte für den Fall, dass das betroffene Mitglied sich erst nach Fristablauf doch noch bei der Krankenkasse meldet, unter den Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 Nummer 13 i. V. m. Absatz 11 SGB V eine Pflichtversicherung in der GKV begründet werden. Somit wäre auch für diese Versicherten wie im bisherigen rechtlichen Rahmen ein lückenloser Versicherungsschutz gewährleistet.

## **B Änderungsvorschlag**

1. in § 188 Abs. 4 SGB V wird in Satz 1 nach den Worten „seinen Austritt“ der Halbsatz „oder die Krankenkasse kann nicht innerhalb von sechs Monaten einen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland ermitteln“ ergänzt.

### Begründung:

Die Anpassung des Absatzes 4 Satz 3, der ein Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung für Saisonarbeiter vorsieht, ist zu erweitern. Durch die Ergänzung in Absatz 4 Satz 1 wird sichergestellt, dass auch für alle anderen Mitglieder, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden und für die kein Wohnort bzw. gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ermittelt werden kann, eine obligatorische Anschlussversicherung nicht durchgeführt wird. Die Krankenkasse hat dabei im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflichten und in Fortführung des Hinweisverfahrens nach Satz 3 die Feststellung über den Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb von sechs Monaten nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zu treffen. An- und Abmeldefristen sowie ein angemessener Ermittlungszeitraum sind dabei berücksichtigt. Für den Fall, dass nach Ablauf der sechs Monate ein Wohnort oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland festzustellen ist, kann unter Beachtung der Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 eine Pflichtversicherung begründet werden. Damit ist sichergestellt, dass selbst bei fehlerhafter Feststellung des Wohnortes oder dauerhaften Aufenthalts keine Nachteile in Bezug auf den GKV-Versicherungsschutz für das Mitglied entstehen.

2. in § 191 wird in Nummer 2. das Wort „oder“ durch ein „Komma“, in Nummer 3. Der „Punkt“ durch das Wort „oder“ setzt und folgende Nummer 4. ergänzt:

„4. Mit dem Ablauf des Tages an dem durch Feststellung der Krankenkasse für eine bestehende Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 Beitragsrückstände in Höhe von sechs Monatsbeiträgen entstanden sind und ein Wohnort oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Inland nicht ermittelt werden kann.“

### Begründung:

Es handelt sich um eine rechtssystematische Anschlussregelung zur Anpassung des § 188 Absatz 4 Satz 3 der ein Nichtzustandekommen der obligatorischen Anschlussversicherung für Saisonarbeiter vorsieht. Demnach endet die Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4, wenn Beitragsrückstände bestehen und die Krankenkasse keinen Wohnort

oder dauerhaften Aufenthaltsort in Deutschland ermitteln konnte. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass das Mitglied nach § 188 Absatz 4 während der Versicherungszeit keinen gewöhnlichen Aufenthaltsort im Inland mehr hat. Die Regelung dient dazu, den Verwaltungsaufwand bei Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung zu reduzieren und das Auflaufen von unsachgemäßen Beitragsrückständen zu verhindern. Nach Feststellung des Beitragsrückstands durch die Krankenkasse ist die Mitgliedschaft von Amts wegen nach Ablauf des Zeitraums von sechs Monaten ohne Beitragszahlung zu beenden. Die Anwendung des § 191 Nummer 4 setzt voraus, dass die Krankenkassen bei Beitragsrückständen das Mahnverfahren entsprechend der geltenden Regelungen durchgeführt hat. Kommt eine Stundungsvereinbarung, Ratenzahlungsvereinbarung, sonstige Vereinbarung mit dem Mitglied zur Begleichung der Beitragsschuld zustande, ist die Mitgliedschaft fortzuführen. In diesen Fällen ist § 191 Nummer 4 nicht anzuwenden. Die Mitgliedschaft ist zu beenden, wenn im weiteren zeitlichen Verlauf ein neuer Beitragsrückstand in Höhe von sechs Monatsbeiträgen entsteht und der Aufenthaltsort nicht bekannt bzw. ermittelbar ist. Sofern nach Beendigung der Mitgliedschaft durch die Krankenkasse das Mitglied die Beitragsschuld begleicht oder einen Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nachweist, kann unter den Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 eine Pflichtversicherung für die Zeit des gewöhnlichen Aufenthalts im Inland begründet werden. Damit ist sichergestellt, dass selbst bei fehlender Mitwirkung des Mitglieds diesem keine Nachteile in Bezug auf den GKV-Versicherungsschutz für das Mitglied entstehen. Eine vergleichbare Verfahrensweise zur Beendigung der Mitgliedschaft sollte auch auf die von der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 erfassten Personen erstreckt werden.

## **Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V und Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und MDK sowie § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V)**

### **A Vorgeschlagene Neuregelung**

Mit den im Zusammenhang des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vorgenommenen Änderungen im § 66 SGB V sollte eine Klarstellung der Art der Unterstützungsleistungen der Krankenkassen im Rahmen der Unterstützung bei Behandlungsfehlern erfolgen, um „Unsicherheiten hinsichtlich des Umfangs der Datenerhebungsbefugnis der Krankenkassen ... auszuräumen“.

Die Neufassung des § 66 SGB V bezieht sich jedoch auf die „Anforderung weiterer Unterlagen bei Leistungserbringern“ – ausdrücklich nicht geregelt ist, ob die Kassen diese Unterlagen auch erhalten dürfen - § 276 Absatz 2 Satz 2 bestimmt nun etwas Anderes.

Es ist jedoch im Versicherteninteresse geradezu schädlich, wenn die Krankenkassen nicht das vollständige Gutachten zur Prüfung und weitergehenden Beratung des Versicherten erhalten. Sowohl der Krankenkasse als auch dem Versicherten ist damit die Möglichkeit einer Prüfung des Gutachtens auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit genommen, so dass zum einen die Gefahr besteht, dass von vornherein aussichtslose Rechtsstreite geführt werden, die nicht nur Ressourcen der Gerichtsbarkeit verbrauchen, sondern auch den Versicherten unnötig emotional und finanziell belasten oder zum anderen berechnete Schadensersatzansprüche aufgrund eines fehlerhaften Gutachtens nicht weiterverfolgt werden.

Um die Unterstützung der Patientinnen und Patienten diesbezüglich zu erhalten, ist eine entsprechende gesetzliche Initiative erforderlich.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und adäquaten Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern gemäß den §§ 66 SGB V und 115 Absatz 3 Satz 7 SGB XI wird vorgeschlagen, die Norm des § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V dahingehend zu ändern, dass die Leistungserbringer den Krankenkassen auch in den Fällen, in denen eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erst zu einem späteren Zeitpunkt veranlasst werden soll, die mit der Schweigepflichtentbindungserklärung des Versicherten angeforderten Behandlungsunterlagen vollumfänglich direkt übersenden dürfen. Die Krankenkassen sehen hier trotz der Neufassung durch das HHVG noch immer dringenden Handlungsbedarf.

### **B Stellungnahme**

§ 276 Absatz 2 SGB V bezieht sich auf § 275 Absatz 1 bis 3 SGB V und damit auch auf die Ziffer 4 im Absatz 3. Hierin ist geregelt, dass die Krankenkassen in geeigneten Fällen durch den MDK prüfen lassen können, ob Versicherten bei der Inanspruchnah-

me von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66 SGB V).

§ 66 SGB V hatte durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), das am 26.02.2013 in Kraft trat, bereits eine Neufassung dergestalt erfahren, dass die Krankenkassen nunmehr ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen sollen. Die Regelung ist nach § 115 Absatz 3 Satz 7 2. Halbsatz SGB XI entsprechend auf Pflegefehler anwendbar.

Hinsichtlich der Art der Unterstützung hat der § 66 SGB V durch die Gesetzgebung zum HHVG eine Neufassung in Form einer Ergänzung erfahren. Danach kann die Unterstützung der Krankenkassen nach § 66 Satz 1 SGB V insbesondere die Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen. Durch die Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit erfährt die Norm wiederkehrend weitere entsprechende Ausgestaltungen. So sollen dem Versicherten vor allem Leistungen gewährt werden, die ihm die Beweisführung erleichtern, d.h. ihm die für eine Rechtsverfolgung essentiellen Informationen zugänglich machen. Dabei geht es insbesondere um die Verschaffung von Auskünften über die vom Arzt gestellten Diagnosen, die angewandte Therapie, die Namen der Behandler, die Anforderung ärztlicher Unterlagen einschließlich Röntgen-Aufnahmen und ggf. die nachfolgende Begutachtung durch den MDK (vgl. u. a. Hessisches LSG, L1 KR 381/13).

Gemäß § 284 Absatz 1 Nr. 5 SGB V dürfen die Krankenkassen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung erheben und speichern, soweit diese für die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern erforderlich sind. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V stellt die entsprechende Befugnisnorm zur Erhebung aller für die Unterstützung der Versicherten erforderlichen Daten dar. Die Neufassung des § 66 SGB V beinhaltet mithin nur eine entsprechende Klarstellung. Diese stellt jedoch ausdrücklich auf die „Anforderung“ von (weiteren) Unterlagen ab - § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V regelt indes, dass die Krankenkassen die Unterlagen, sofern sie diese zur Erstellung einer gutachterlichen Stellungnahme oder Prüfung des MDK angefordert haben, nicht erhalten dürfen, sondern die Daten von den Leistungserbringern direkt an den MDK zu übersenden sind. Dies macht in ca. 92% der Fälle, in denen sich Versicherte mit einem Unterstützungsbegehren gemäß § 66 SGB V an ihre Krankenkasse wenden, die Hilfeleistung nahezu unmöglich, da weder eine fachkompetente Beratung zu Handlungsoptionen noch eine suffiziente, d.h. unter Zugrundelegung einzelfallbezogener, konkreter Fragestellungen veranlasste Begutachtung erfolgen kann und dem Versicherten darüber hinaus gemäß § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V von seiner Krankenkasse lediglich das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitgeteilt werden können, da die Kasse selbst vom MDK kein vollständiges Gutachten erhält. Der Versicherte hat damit nicht einmal eine Grundlage zur Substantiierung sei-



ner Klageforderung, geschweige denn ein Privatgutachten, das er mit der Klageschrift in den Rechtsstreit einbringen kann. Die Unterstützung gemäß § 66 SGB V läuft damit, d.h. nach der aktuellen Gesetzeslage, für die meisten Versicherten ins Leere.

Eine Änderung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V zugunsten der Unterstützung der Versicherten gemäß § 66 SGB V ist bereits deshalb sachgerecht, weil es hierbei um die Verfolgung von zivilrechtlichen Schadenersatzansprüchen geht und nicht um die Prüfung sozialrechtlicher Leistungsansprüche. Eine Übertragung der Regelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V auf Fallkonstellationen mit Behandlungs- und/oder Pflegefehlern ist daher nicht im Patienteninteresse und damit nicht sachgerecht.

In dem Zusammenhang sei auch insbesondere auf die Versicherten hingewiesen, die – vor einer Beauftragung des MDK - ihr Einsichtsrecht hinsichtlich ihrer Behandlungsunterlagen bei ihrer Krankenkasse wahrnehmen möchten. Die Hemmschwelle für Patienten, Unterlagen beim Leistungserbringer selbst abzufordern oder dort einzusehen, wo sie den Behandlungs- oder Pflegefehler vermuten, ist enorm hoch. Viele verzichten daher eher auf eine Einsichtnahme, als sich dieser für sie belastenden emotionalen Situation auszusetzen. Hinzu kommt, dass es eine erhebliche Anzahl von Fällen gibt, in denen die Leistungserbringer die Unterlagen trotz des Einsichtsrechts des Patienten diesem nicht zur Verfügung stellen. Die Kranken-/Pflegekassen unterstützen die Versicherten in diesen Situationen, indem sie die Korrespondenz mit dem Leistungserbringer übernehmen und eine Einsichtnahme in ihren Räumlichkeiten oder auch durch Übersendung der Unterlagen ermöglichen.

Die von den Leistungserbringern an die Krankenkasse bislang übersandten Unterlagen werden durch die spezialisierten Mitarbeiter des Behandlungsfehlermanagements auf Vollständigkeit sowie juristisch und auch vorab medizinisch geprüft. Dem schließt sich regelmäßig eine Beratung der Versicherten hinsichtlich der Handlungsoptionen an. In den Fällen, in denen ein medizinisch-wissenschaftliches Gutachten, u.a. beim MDK, in Auftrag gegeben wird, formulieren die Mitarbeiter der Krankenkassen anhand der Behandlungsdokumentation und unter Berücksichtigung beratungsärztlicher Erkenntnisse individuelle, zielführende Fragestellungen.

Nach Vorliegen eines MDK-Gutachtens wird dieses vor der Übermittlung an den Versicherten qualitätsgesichert. Auch dies geschieht unter Hinzuziehung der Behandlungsunterlagen. Durch diese Kontrolle konnte in einer relevanter Anzahl von Fällen eine entscheiden positive Wendung in Behandlungsfehlerverfahren erreicht werden.

In der Konsequenz ist die nach §§ 66 SGB V und 115 Absatz 3 SGB XI von den Kranken-/Pflegekassen zu leistende Unterstützung nur dann für die Versicherten suffizient erbringbar, wenn die im Auftrag des Versicherten von der Krankenkasse angeforderten Behandlungsunterlagen dieser seitens der Leistungserbringer auch dann zur Verfügung gestellt werden, wenn voraussichtlich eine gutachterliche Bewertung durch den MDK erfolgen soll.

## C Änderungsvorschlag

Der § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V wird durch einen Satz 3 ergänzt Die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern (§§ 66 SGB V und 115 Abs. 3 Satz 7 SGB XI) bleibt hiervon unberührt.

oder alternativ

§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V *wird* wie folgt gefasst:

Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 , 2 und 3 Nummer 1-3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.