

GKV-Spitzenverband, Berlin

AOK-Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Umsetzungshinweise für die auftragsweise Leistungserbringung im Rahmen der Krankenbehandlung durch die Krankenkassen und zur Pauschalabgeltung und Datenerhebung nach dem SGB XIV ab 01.01.2024 in der Fassung vom 18.06.2024

Inhaltsverzeichnis

1.	ÄNDERUNGSÜBERSICHT	4
2.	ALLGEMEINES	5
3.	LEISTUNGSRECHTLICHE FRAGEN ZUR UMSETZUNG DER KRANKENBEHANDLUNG	6
3.1	ALLGEMEINES	6
3.2	ANSPRUCHSBERECHTIGTE	6
3.2.1	Krankenbehandlung Geschädigter	6
3.2.2	Krankenbehandlung ohne Absicherung im Krankheitsfall	7
3.3	WAHLRECHTE	7
3.4	BESITZSTANDS- UND VERTRAUENSSCHUTZREGELUNGEN, ZUSTÄNDIGKEIT	8
3.4.1	Besitzstandsregelung	8
3.4.2	Vertrauensschutzregelung	9
3.4.3	Zuständigkeit	9
3.5	ANSPRUCHSNACHWEIS	10
3.6	KOSTENBETEILIGUNG	11
	Tabelle 1 - Kostenbeteiligung	11
3.7	HINWEISE ZU BESTIMMTEN LEISTUNGEN DER KRANKENBEHANDLUNG NACH DEM SGB XIV	12
3.7.1	Krankengeld der Sozialen Entschädigung	12
3.7.2	Kinderkrankengeld der Sozialen Entschädigung	12
3.7.3	Zahnersatz	12
3.7.4	Satzungsleistungen	13
3.7.5	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa)	13
3.7.6	Reisekosten	14
3.7.7	Ergänzende Leistungen	14
4.	MELDEPFLICHTEN DER KRANKENKASSE	16
4.1	KRANKENGELD NACH DEM SER	16
4.2	ANSPRÜCHE GEGEN SCHADENSERSATZPFLICHTIGE NACH § 116 SGB X	16
5.	PAUSCHALABGELTUNG	17
5.1	ALLGEMEINES	17
5.2	ERHÖHUNG DER PAUSCHALE	17
5.3	VERWALTUNGSVEREINBARUNG	18
5.4	ZAHLUNG DER PAUSCHALE FÜR DIE JAHRE 2024 BIS 2029	18
5.4.1	Länder	18
5.4.2	Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw)	18
5.5	VERWALTUNGSKOSTENPAUSCHALE	18
5.6	VERTEILUNG DER PAUSCHALE(N)	18

6.	DATENERHEBUNG	20
6.1	ALLGEMEINES	20
6.2	DATENÜBERMITTLUNG DURCH VERWALTUNGSBEHÖRDEN	20
6.2.1	Neufälle (ab 01.01.2024).....	20
6.2.2	Bestandsfälle (bis 31.12.2024).....	20
6.3	DATENÜBERMITTLUNG DURCH DIE KRANKENKASSEN (BIS 31.12.2025).....	21
6.4	MELDEBOGEN.....	21
6.5	ÜBERMITTLUNG VON LEISTUNGSDATEN	21
6.5.1	Krankenkassen an Verwaltungsbehörden	21
6.5.2	Verwaltungsbehörden an die BfSE	22
6.5.3	BfSE an Verwaltungsbehörden, GKV-SV, BMAS und BMG.....	22
6.5.4	Krankenkassen an GKV-Spitzenverband.....	22
6.6	VERWALTUNGSVEREINBARUNG	23

1. Änderungsübersicht

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
18.06.2024	Erstfassung

2. Allgemeines

Mit diesen Umsetzungshinweisen geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene erste grundlegende Hinweise zu den in diesem Kontext relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen für die auftragsweise Leistungserbringung durch die Krankenkassen im Rahmen des SGB XIV ab dem 01.01.2024.

Die auf Grundlage der ursprünglichen Regelungen zum SGB XIV vom 12.12.2019 und des nachfolgenden Gesetzes zur Anpassung des Zwölften und des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze vom 22.12.2023 (BGBl 2023 I Nr. 408) erstellten Umsetzungshinweise beziehen sich auf die Themenbereiche, die für die Krankenkassen nicht nur direkt zum 01.01.2024, sondern auch zukünftig im Rahmen der Leistungserbringung von wesentlicher Bedeutung sind.

Neben der Finanzierung der auftragsweisen Leistungserbringung für die Verwaltungsbehörden durch von den Ländern zu zahlende Pauschalabgeltungen und deren Verteilung auf die Krankenkassen gehört hierzu auch eine neu eingeführte Datenübermittlung zwischen Krankenkassen und Verwaltungsbehörden in den Jahren 2024 bis 2025. In den Jahren 2026 bis 2028 schließt sich dann für die Krankenkassen zudem eine Meldeverpflichtung der ihnen schädigungsbedingt entstehenden Leistungsaufwendungen an die Verwaltungsbehörden an. Zusätzlich bestehen entsprechende Meldeverpflichtungen der Krankenkassen gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

Im Weiteren ergeben sich für die Umsetzung der Krankenkassen in der Praxis zahlreiche Fragen, insbesondere im Zusammenhang mit der auftragsweisen Leistungserbringung für ihre Versicherten und „Zugeteilten“. In den folgenden Abschnitten werden die ab dem 01.01.2024 wesentlichen Themen beschrieben und Hinweise für die Umsetzung in der Praxis der Krankenkassen gegeben.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen aus der Praxis der Krankenkassen werden in geeigneter Art und Weise zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt, die dann final mit der Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) und den Ländern abzustimmen sind. Bei Bedarf werden die Umsetzungshinweise fortlaufend aktualisiert.

3. Leistungsrechtliche Fragen zur Umsetzung der Krankenbehandlung

3.1 Allgemeines

Grundsätzlich wird die Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung gemäß § 57 Absatz 1 SGB XIV von der zuständigen Verwaltungsbehörde durchgeführt. Allerdings verpflichtet § 57 Absatz 2 SGB XIV die Krankenkassen, die Krankenbehandlung (§ 42 SGB XIV), das Krankengeld der Sozialen Entschädigung (§ 47 SGB XIV) und die Reisekosten (§ 53 SGB XIV), die mit der Inanspruchnahme einer Hauptleistung nach § 42 SGB XIV in Zusammenhang stehen, für ihre Mitglieder und die nach § 10 SGB V Familienversicherten auftragsweise zu übernehmen, falls diese als geschädigt im Sinne des SGB XIV gelten. Geschädigte, die weder Mitglied noch nach § 10 SGB V versichert sind, haben eine Krankenkasse zu wählen, die dann das Auftragsgeschäft für diese Personen dementsprechend durchführt (siehe Abschnitt 2.3).

Nach § 28 Absatz 1 SGB XIV gilt, dass Leistungen nach dem SGB XIV wegen eines anerkannten schädigenden Ereignisses Leistungen anderer Träger, insbesondere anderer Sozialleistungsträger vorgehen, soweit das SGB XIV nichts Abweichendes bestimmt (§ 28 Absatz 4 SGB XIV).

Im Folgenden werden die von den Krankenkassen auftragsweise zu erbringenden Leistungen näher beschrieben.

3.2 Anspruchsberechtigte

3.2.1 Krankenbehandlung Geschädigter

In § 42 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB XIV wird Art und Umfang der Krankenbehandlung Geschädigter geregelt. Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob die berechtigte Person über Krankenversicherungsschutz verfügt oder nicht. Die Krankenbehandlung umfasst dabei für anerkannte Schädigungsfolgen Leistungen des

- Dritten Kapitels, Fünfter Abschnitt Erster Titel SGB V,
- Dritten Kapitels, Siebter Abschnitt SGB V und
- Satzungsleistungen ergänzend zu den Leistungen des Dritten Kapitels, Fünfter Abschnitt Erster Titel und des Siebten Abschnitts SGB V.

Für die Leistungserbringung gelten die Grundsätze des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 42 Absatz 1 Satz 2 SGB XIV). Hierzu zählen z. B. die Leistungserbringung grundsätzlich nur durch zugelassene Leistungserbringer (vgl. §§ 95 ff. SGB V), die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V, die Möglichkeit der freien Arztwahl nach § 76 SGB V und die Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (vgl. § 92 Absatz 1 SGB V).

§ 42 Absatz 1 SGB XIV gilt allerdings nur, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt, also keine Sonderregelungen vorsieht (vgl. § 42 Absatz 5 SGB XIV).

Zu den Besonderheiten in Bezug auf die Leistungserbringung durch nicht zugelassene Leistungserbringer von Satzungsleistungen wird auf Abschnitt 3.7.5 verwiesen.

3.2.2 Krankenbehandlung ohne Absicherung im Krankheitsfall

§ 42 Absatz 2 bis 4 SGB XIV sieht einen Leistungsanspruch für Personengruppen vor, die keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben oder diese auf Grund der Schädigungsfolgen nicht mehr unterhalten können und das Versagen von Leistungen eine unbillige Härte bedeuten würde.

Zu diesen Personen gehören:

- Geschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 50 oder höher, die für Nichtschädigungsfolgen Leistungen entsprechend dem Dritten Kapitel des Fünften Buches erhalten können (§ 42 Absatz 2 SGB XIV),
- Angehörige nach § 2 Absatz 3 SGB XIV und Nahestehende nach § 2 Absatz 5 SGB XIV von Geschädigten, die einen Grad der Schädigungsfolgen von 50 oder höher haben, die Leistungen entsprechend dem Dritten Kapitel des Fünften Buches erhalten können (§ 42 Absatz 3 SGB XIV) und
- Hinterbliebene nach § 2 Absatz 4 SGB XIV, die Leistungen entsprechend dem Dritten Kapitel des Fünften Buches erhalten können (§ 42 Absatz 4 SGB V).

Die Prüfung eines möglichen Härtefalls erfolgt durch die zuständige Verwaltungsbehörde insbesondere im Hinblick auf den Einsatz von Einkommen und Vermögen der Versorgungsberechtigten. Stellt diese fest, dass eine unbillige Härte vorliegt, erhält die zuständige Krankenkasse zusammen mit der Meldung eine Kopie des Bescheides, in dem der Krankenbehandlungs-Anspruch als Härtefall anerkannt wird. Dies gilt ebenfalls für die Prüfung, ob keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorliegt oder diese auf Grund der Schädigungsfolgen nicht mehr unterhalten werden kann.

Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist insbesondere dann gegeben, wenn ein Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung begründet wird. Die Verpflichtung zur Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder nach § 193 Absatz 3 VVG stellt keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall dar. Ob das Versagen von Leistungen eine unbillige Härte bedeuten würde, ist von der zuständigen Verwaltungsbehörde im Einzelfall zu prüfen.

3.3 Wahlrechte

§ 57 Absatz 3 SGB XIV regelt, dass Geschädigte, die weder Mitglied einer Krankenkasse noch nach § 10 SGB V familienversichert sind, eine nach § 173 des Fünften Buches wählbare Krankenkasse wählen, die für die zuständige Verwaltungsbehörde die Krankenbehandlung nach § 42, das Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 und die Leistungen nach § 53, die mit der Inanspruchnahme einer Hauptleistung nach § 42 in Zusammenhang stehen, erbringt. Die Wahl ist innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung über den Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung auszuüben.

Bei einer nicht fristgerechten Ausübung gilt das Verfahren nach § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V entsprechend. Dies bedeutet, dass die zuständige Verwaltungsbehörde als die zur Meldung verpflichtete Stelle Geschädigte bei der Krankenkasse anzumelden hat, bei der zuletzt eine Versicherung bestand, falls sie der zuständigen Verwaltungsbehörde nicht spätestens zwei Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung über ihren Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung Angaben über die ge-

wählte Krankenkasse gemacht haben. Bestand zuvor keine Versicherung, meldet die zuständige Verwaltungsbehörde Geschädigte bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse an. § 175 Absatz 4 Satz 1 bis 5 SGB V gilt entsprechend.

Das Wahlrecht nach § 57 Absatz 3 SGB XIV gilt grds. auch für sogenannte Bestandsfälle. Das heißt, dass auch die Anspruchsberechtigten, deren Anspruch auf Leistungen der Heil- oder Krankenbehandlung nach § 10 BVG oder in entsprechender Anwendung des § 10 BVG bis zum 31.12.2023 festgestellt worden ist, das Recht haben, eine Krankenkasse zu wählen, die die oben genannten Leistungen für die zuständige Verwaltungsbehörde erbringt, sofern sie nicht Mitglied einer Krankenkasse oder nach § 10 SGB V familienversichert sind.

Kein Recht auf Wahl der Krankenkasse besteht für Geschädigte, für die bereits eine Krankenkasse nach § 264 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 3 SGB V zuständig ist. Diese Krankenkasse ist verpflichtet, die oben genannten Leistungen auftragsweise zu erbringen.

Das Wahlrecht nach § 57 Absatz 3 SGB XIV gilt entsprechend für Angehörige, Hinterbliebene und Nahestehende, die Leistungen nach § 42 Absatz 3 oder Absatz 4 erhalten.

3.4 Besitzstands- und Vertrauensschutzregelungen, Zuständigkeit

3.4.1 Besitzstandsregelung

Der § 142 SGB XIV regelt die allgemeinen Grundsätze zur Weitergewährung von leistungsrechtlichen Ansprüchen der Geschädigten ab dem 01.01.2024, die mit Außerkrafttreten des BVG oder nach einem Gesetz, das das BVG ganz oder teilweise für entsprechend anwendbar erklärt hat, bis zum 31.12.2023 bestandkräftig festgestellt oder beantragt wurden (Besitzstandswahrung).

Hiervon abweichend sieht § 143 SGB XIV eine **Spezialregelung zu den Besitzständen** Geschädigter für den Bereich der Heil- und Krankenbehandlung vor, wonach ab dem 01.01.2024

- Geschädigte ausschließlich Leistungen der Krankenbehandlung nach dem 5. Kapitel erhalten, wenn deren Ansprüche auf Heilbehandlung bereits bis zum 31.12.2023 bestandkräftig anerkannt waren (Absatz 1 Satz 1),
- Geschädigte abweichend von Absatz 1 Satz 1 Ansprüche auf einzelne Leistungen der Heilbehandlung in dem bisherigen Umfang haben, wenn diese bis zum 31.12.2023 bewilligt worden sind, aber noch nicht (vollständig) der Bewilligung entsprechend erbracht wurden, oder wenn diese bis zum 31.12.2023 beantragt, aber noch nicht bewilligt worden sind (Absatz 2) und
- Geschädigte oder Personen mit abgeleiteten Ansprüchen (§ 10 Absatz 4 und 5 BVG) Ansprüche auf einzelne Leistungen der Heilbehandlung haben, die bis zum 31.12.2023 bewilligt oder beantragt wurden (Absatz 3).

Zur Zuständigkeit und somit Leistungserbringung siehe Ausführungen in Abschnitt 3.4.3.

3.4.2 Vertrauensschutzregelung

Als **Vertrauensschutzregelung** sieht § 151 Absatz 1 Satz 1 SGB XIV vor, dass für Personen, die bis zum 31.12.2023 nach § 10 Absatz 2 und 4 bis 6 BVG oder in entsprechender Anwendung des BVG Leistungen der Heil- oder Krankenbehandlung **für Nichtschädigungsfolgen** bestandskräftig festgestellt erhalten haben, hinsichtlich der Behandlung von Nichtschädigungsfolgen grundsätzlich ab 01.01.2024 ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach dem Dritten Kapitel des SGB V (§§ 11 bis 68c SGB V) wie für Versicherte der GKV besteht (der Ausübung eines Wahlrechts o. ä. durch die Anspruchsberechtigten bedarf es hierzu nicht). Damit wird sichergestellt, dass diese Personen auch ab dem 01.01.2024 weiterhin umfassend gegen das Risiko Krankheit abgesichert sind.

Zu diesen nicht in der GKV versicherten Personen gehören in erster Linie Schwerbeschädigte mit einem GdS von mind. 50 (ehemals § 31 Absatz 2 BVG) und diejenigen mit Anspruch auf Pflegezulage (ehemals §§ 35 Absatz 1, 31 Absatz 3 Satz 2 BVG). Einen nun eigenen Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung nach § 151 Absatz 1 Satz 1 SGB XIV haben aber auch Personen (Dritte), die in einem bestimmten Abhängigkeitsverhältnis zum Beschädigten stehen. Nach bisherigem Recht wurden deren Ansprüche von selbst nach dem BVG anspruchsberechtigten Personen abgeleitet (ehemals § 10 Absatz 4 und 5 BVG); zu diesen Personen gehören insbesondere

- Ehegatten, Lebenspartner, Kinder und sonstige Angehörige von Schwerbeschädigten,
- Pflegepersonen, die Empfänger einer Pflegezulage unentgeltlich für mindestens 6 Monate pflegen,
- Witwen, hinterbliebene Lebenspartner, Waisen und Eltern, wenn sie Hinterbliebenenrente bzw. -beihilfe beziehen.

§ 151 Absatz 1 Satz 3 SGB XIV sieht zudem vor, dass Ansprüche zum Besitzstandsschutz nach § 143 SGB XIV von der Vertrauensschutzregelung nach § 151 Absatz 1 Satz 1 SGB XIV unberührt bleiben, so dass die hieraus abzuleitenden Ansprüche zusätzlich bestehen. Zur Zuständigkeit und somit Leistungserbringung siehe Ausführungen im folgenden Abschnitt.

3.4.3 Zuständigkeit

Gemäß § 143 Absatz 1 SGB XIV sind für Anträge auf Heil- und Krankenbehandlung, die ab 01.01.2024 gestellt werden, grundsätzlich die Regelungen zur Krankenbehandlung im Kapitel 5 des SGB XIV (Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung) anzuwenden. Für bis zum 31.12.2023 beantragte oder bewilligte Leistungen nach § 143 Absatz 2 und 3 SGB XIV ist dagegen nach § 143 Absatz 4 SGB XIV weiterhin der bisherige Träger zuständig.

Das Außerkrafttreten des BVG führt nicht zu einem Wechsel der Zuständigkeit, da § 18a des BVG in seiner am 31.12.2023 geltenden Fassung auf Leistungen nach § 143 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XIV weiter Anwendung findet (vgl. § 143 Absatz 2 Satz 3 SGB XIV). Danach werden die bisherigen Leistungen von der bisherigen zuständigen Verwaltungsbehörde oder Krankenkasse im bewilligten Umfang weiter gewährt. Dies gilt ebenso für die Ansprüche, auf die bis zum 31.12.2023 beantragten oder bewilligten Leistungen der Krankenbehandlung für Personen nach § 143 Absatz 3 SGB XIV.

Sofern bisher der Träger der Sozialen Entschädigung oder die Krankenkasse zur Leistung verpflichtet war, verbleibt es für die bis zum 31.12.2023 bestandskräftig festgestellten oder beantragten, aber

noch nicht bestandskräftig beschiedenen einzelnen Leistungen der Heilbehandlung, bei dieser Zuständigkeit; im Falle von bewilligten Leistungen bleibt der Umfang der bisherigen Bewilligung bestehen.

Demnach sind die Verwaltungsbehörden nach § 143 Absatz 4 SGB XIV auch über den 31.12.2023 hinaus für die bestandsgeschützten Leistungen, zu denen nach § 18c Absatz 2 Satz 2 BVG insbesondere Badekuren, Bewegungs- und Ergotherapie, Logopädie, nicht schädigungsbedingt erforderliche Hilfsmittel und Zahnersatz gehören, weiterhin im bisherigen Leistungsumfang zuständig, sofern diese Leistungen bis zum 31.12.2023 beantragt oder bewilligt wurden. Für alle übrigen, d. h. nicht durch § 18c Absatz 1 Satz 2 BVG a. F. ausdrücklich den Verwaltungsbehörden zugewiesenen Leistungen, sind die Krankenkassen zuständig (vgl. § 18c Absatz 1 Satz 3 BVG a. F.).

Nach § 151 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB XIV erbringt die Leistungen nach § 151 Absatz 1 Satz 1 SGB XIV die gewählte oder „zugeteilte“ Krankenkasse (vgl. Abschnitt 3.3). Demnach wechselt die Zuständigkeit für einzelne Leistungen (z. B. Ergotherapie) von den Versorgungsbehörden auf die Krankenkassen.

3.5 Anspruchsnachweis

Gemäß § 45 SGB XIV haben Berechtigte gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern nachzuweisen, dass sie berechtigt sind, Leistungen der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung in Anspruch zu nehmen. Für die Nachweispflicht gilt § 15 Absatz 2 bis 6 SGB V entsprechend. Abweichend hiervon legitimieren sich Berechtigte, die über keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) nach § 291 SGB V verfügen, durch Vorlage von Behandlungsscheinen. Diese werden den Berechtigten von der nach § 57 Absatz 3 oder 4 zuständigen Krankenkasse ausgestellt.

Berechtigte, die als Mitglied oder aufgrund einer Versicherung nach § 10 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, verfügen in der Regel bereits über eine eGK. Die übrigen Berechtigten, die weder Mitglied noch Familienversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung waren, erhielten bisher ebenfalls eine eGK, die jedoch eine besondere Status-Kennzeichnung vorsah, die auf dem Chip der eGK gespeichert wurde. Die bisherige Regelung zum Bundesversorgungsgesetz (BVG) sah hierfür die Speicherung mit dem Status „6“ vor. Soweit der Anspruch nach dem BVG auf bestimmte anerkannte Schädigungsfolgen beschränkt war bzw. sonstige Ansprüche nach dem BVG ausgeschlossen waren, war für die Berechtigten keine eGK auszugeben; sie erhielten dann als Anspruchsnachweis den sogenannten „roten Bundesbehandlungsschein“ (vgl. § 3 der 1. Ergänzung der Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte zu Anlage 4 BMV-Ä/EKV).

Diese Regelungen sollen grds. weiter gelten, daher steht derzeit zur Diskussion, diese an die aktuellen gesetzlichen Regelungen nach dem SGB XIV so anzupassen, dass für den Status „6“ die Bezeichnung „SER“ (Soziales Entschädigungsrecht) gelten soll. Auch der sogenannte „rote Bundesbehandlungsschein“ soll weiterhin als Anspruchsnachweis dienen und in der Praxis Anwendung finden, jedoch in seiner aktuellen Ausgestaltung die Rechtsvorschriften nach dem SGB XIV beinhalten und weiterhin die Möglichkeit bieten, dass ausschließlich die Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen vermerkt und damit kontrolliert werden kann. Bis zu einer endgültigen Anpassung an das SGB XIV wird daher empfohlen, wie oben beschrieben weiterhin eGK auszugeben und den „roten Bundesbehandlungsschein“ zu nutzen.

3.6 Kostenbeteiligung

Gemäß § 44 Absatz 2 Satz 1 SGB XIV erhalten Geschädigte Sachleistungen im Vergleich zum SGB V ohne Beteiligung an den Kosten; Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen sind nicht zu leisten. Dies gilt nicht für Geschädigte, die gemäß § 42 Absatz 2 SGB XIV Leistungen zur Behandlung von Nichtschädigungsfolgen aufgrund einer Härtefallentscheidung der zuständigen Verwaltungsbehörde (bei GdS von mindestens 50, falls keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall oder diese Absicherung aufgrund der Schädigungsfolgen nicht mehr unterhaltbar) erhalten (vgl. § 44 Absatz 2 Satz 2 SGB XIV). Angehörige, Nahestehende und Hinterbliebene, die nach § 42 Absatz 3 oder 4 SGB XIV Leistungen in entsprechender Anwendung des Dritten Kapitels des SGB V beziehen, fallen ebenfalls nicht unter die Kostenbefreiung, da § 44 Absatz 2 SGB XIV nur auf § 42 Absatz 2 SGB XIV, nicht aber auf § 42 SGB XIV Absatz 3 und Absatz 4 verweist.

Besonderheit für Bestandsfälle:

Für Personen, die bis zum 01.01.2024 nach § 10 des Bundesversorgungsgesetzes oder in entsprechender Anwendung des § 10 des Bundesversorgungsgesetzes Leistungen der Heil- oder Krankenbehandlung für Nichtschädigungsfolgen erhalten haben und hinsichtlich der Behandlung von Nichtschädigungsfolgen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches haben, gilt § 44 Absatz 2 SGB XIV entsprechend (vgl. § 151 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB XIV). Das heißt, es ist keine Kostenbeteiligung zu leisten. Die Regelung des § 44 Absatz 2 Satz 2 SGB XIV i. V. m. § 42 Absatz 2 SGB XIV kommt auf die nach § 151 SGB XIV Berechtigten nicht zur Anwendung, da § 42 Absatz 2 SGB XIV nur die aufgrund einer Härtefallentscheidung Berechtigten regelt.

Damit entfallen für die von der Kostenbeteiligung befreiten Personen insbesondere Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, für die in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogenen Medizinprodukte, für Heilmittel, Haushaltshilfe und vollstationäre Krankenhausbehandlung. Die Maßnahmen für künstliche Befruchtung werden vollständig übernommen, ohne das Geschädigte einen Eigenanteil zahlen müssen. Die folgende Übersicht veranschaulicht die Kostenbeteiligung der verschiedenen Personenkreise nach „altem“ und „neuem“ Recht.

Tabelle 1 - Kostenbeteiligung

Anspruchsbeginn	Personenkreis	schädigungsfolgebedingte Leistung	nichtschädigungsfolgebedingte Leistung
Leistungsberechtigung ab 01.01.2024 (neues Recht)	Geschädigte	Keine Kostenbeteiligung (§ 44 Absatz 2 Satz 1 SGB XIV)	Leistungsberechtigung aufgrund von Härtefall-Entscheidung: Kostenbeteiligung (§ 44 Absatz 2 Satz 2 i.V.m. § 42 Absatz 2 SGB XIV)
	Angehörige und Nahestehende	-	Kostenbeteiligung (§ 44 Absatz 2 SGB XIV regelt Befreiung nur für Geschädigte)
	Hinterbliebene	-	Kostenbeteiligung (§ 44 Absatz 2 SGB XIV regelt Befreiung nur für Geschädigte)
Leistungsberechtigung vor dem 01.01.2024 (Bestandsfälle)	Geschädigte	Keine Kostenbeteiligung (§ 143 i.V.m. § 44 Absatz 2 Satz 1 SGB XIV)	Keine Kostenbeteiligung (§ 151 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. § 44 Absatz 2 Satz 1 SGB XIV)
	andere Personen	-	Keine Kostenbeteiligung (§ 151 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. § 44 Absatz 2 Satz 1 SGB XIV)

3.7 Hinweise zu bestimmten Leistungen der Krankenbehandlung nach dem SGB XIV

3.7.1 Krankengeld der Sozialen Entschädigung

Das Krankengeld der Sozialen Entschädigung wird in § 47 Absatz 1 bis 9 SGB XIV geregelt. In diesem Zusammenhang wird auf das gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V, § 44b SGBV und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII und zum Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 SGB XIV verwiesen. Weitergehende Hinweise zur Zusammenarbeit zwischen den Verwaltungsbehörden und den Krankenkassen werden bei Bedarf an dieser Stelle ergänzt.

3.7.2 Kinderkrankengeld der Sozialen Entschädigung

Aus § 47 Absatz 10 SGB XIV ergibt sich der Anspruch auf das Krankengeld der Sozialen Entschädigung für Kinder, die wegen anerkannter Schädigungsfolge erkranken und deswegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege bedürfen. Auch in diesem Zusammenhang wird auf das gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V, zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Absatz 4 SGB VII und zum Kinderkrankengeld der Sozialen Entschädigung bei Erkrankung eines Kindes gemäß § 47 Absatz 10 SGB XIV verwiesen. Weitergehende Hinweise zur Zusammenarbeit zwischen den Verwaltungsbehörden und den Krankenkassen werden bei Bedarf an dieser Stelle ergänzt.

3.7.3 Zahnersatz

Nach § 42 Absatz 1 Satz 1 SGB XIV haben Geschädigte im Rahmen der Krankenbehandlung Anspruch auf Zahnersatz, wenn dieser wegen anerkannter Schädigungsfolgen notwendig ist. Geschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 50 oder höher, Angehörige und Nahestehende sowie Hinterbliebene haben Anspruch auf Zahnersatz wegen Nichtschädigungsfolgen, wenn sie keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben oder diese auf Grund der Schädigungsfolgen nicht mehr unterhalten können und das Versagen von Leistungen eine unbillige Härte bedeuten würde (§ 42 Absatz 2 bis 4 SGB XIV).

Den Zahnersatz erbringt die Krankenkasse für die zuständige Verwaltungsbehörde auftragsweise entsprechend dem Dritten Kapitel 7. Abschnitt des SGB V. Dabei gelten die Grundsätze der Leistungserbringung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 42 Absatz 1 Satz 2 SGB XIV), sodass neben den Regelungen im § 55 SGB V z. B. auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V und die Festzuschuss-Richtlinie, auf die § 56 Absatz 1 SGB V verweist, zu beachten sind.

Daneben gelten bei der Erbringung des Zahnersatzes insbesondere auch die Bonusregelung nach § 55 Absatz 1 Satz 3 bis 5 SGB V, die Regelung zur andersartigen Versorgung nach § 55 Absatz 5 SGB V und die Anwendung der gleitenden Härtefallregelung nach § 55 Absatz 3 SGB V.

Bei schädigungsbedingt notwendigem Zahnersatz erhalten Geschädigte auf Antrag über die Leistungen der Krankenbehandlung hinaus von der zuständigen Verwaltungsbehörde ergänzende Leistungen, wenn diese unter Berücksichtigung der Art und Schwere des Einzelfalls und der besonderen Be-

darfe der oder des Geschädigten notwendig sind. Die Krankenkassen sollen der zuständigen Verwaltungsbehörde entsprechende Fälle mitteilen (§ 43 Absatz 1 SGB XIV). Dies können auch solche Fälle sein, in denen die Krankenkasse den Zahnersatz im Rahmen des nach dem SGB V vorgeschriebenen Leistungsumfanges erbringt. Als ergänzende Leistungen sind in § 43 Absatz 2 Nr. 2 SGB XIV besondere zahnärztliche, implantologische, kieferchirurgische und kieferorthopädische Leistungen sowie Mehrleistungen für Zahnersatz vorgesehen (hierzu vgl. auch Abschnitt 3.7.7).

Gemäß § 49 SGB XIV können Geschädigte anstelle der Versorgung mit Zahnersatz für die Beschaffung eines Zahnersatzes wegen anerkannter Schädigungsfolgen von der Verwaltungsbehörde einen Zuschuss in angemessener Höhe erhalten, wenn sie wegen eines nicht schädigungsbedingten weiteren Zahnverlustes einen erweiterten Zahnersatz anfertigen lassen und es sich bei dem erweiterten Zahnersatz um eine nicht teilbare Leistung handelt.

3.7.4 Satzungsleistungen

Nach § 42 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XIV erhalten Geschädigte weitere Leistungen der Krankenbehandlung in den Leistungsbereichen nach dem Dritten Kapitel, Fünfter Abschnitt Erster Titel und Siebter Abschnitt des SGB V entsprechend der jeweiligen Satzung der nach § 57 Absatz 2 oder Absatz 3 zuständigen Krankenkasse. Dies ist entweder die Krankenkasse, bei der Geschädigte Mitglied sind oder die, die im Falle eines fehlenden gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes von ihnen nach § 57 Absatz 3 SGB XIV gewählt bzw. bei unterbliebener Wahl von der zuständigen Verwaltungsbehörde „zugeteilt“ wurde.

Durch den Verweis auf § 57 Absatz 2 und § 57 Absatz 3 SGB XIV ist der Anspruch auf Satzungsleistungen auf die Berechtigten nach § 42 Absatz 1 SGB XIV beschränkt. Berechtigte nach § 42 Absatz 2 bis 4 SGB XIV (siehe Abschnitt 3.2.2) haben demnach keinen Anspruch auf Satzungsleistungen.

Zu den Satzungsleistungen gehören gemäß § 11 Absatz 6 SGB V insbesondere Leistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, der künstlichen Befruchtung, der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz, die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, mit Heilmitteln, im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung in bestimmten Bereichen zusätzliche, vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen bei der Versorgung vorsehen. Die Satzung bestimmt dabei insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung.

3.7.5 Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa)

Zu den im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 42 SGB XIV zu erbringenden Leistungen gehören auch die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa), die als Medizinprodukte gelten (vgl. § 33a Absatz 1 SGB V). Da es sich bei den DiGa somit nicht um Hilfsmittel handelt, erbringt deren Versorgung nicht die zuständige Unfallkasse des Landes für die zuständige Verwaltungsbehörde nach § 57 Absatz 5 SGB XIV, sondern die Krankenkasse (vgl. § 57 Absatz 2 Nr. 1 SGB XIV).

3.7.6 Reisekosten

Gemäß § 53 Absatz 1 SGB XIV haben Berechtigte Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten und anderen Reisekosten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenbehandlung entstehen. Den Berechtigten werden für sich, eine notwendige Begleitung sowie für Kinder, deren Mitnahme erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist, die notwendigen Reisekosten einschließlich des Gepäcktransports sowie der Kosten für Verpflegung und Unterkunft in angemessenem Umfang ersetzt. Maßstab für die Angemessenheit ist das Bundesreisekostengesetz (BRKG). Kein Anspruch auf Ersatz der Reisekosten besteht, wenn eine stationäre Behandlung ohne zwingenden Grund abgebrochen wird.

Bei Ersatz der Reisekosten ist insbesondere die nach § 5 Absatz 1 BRKG geltende Höchstgrenze von 130,00 Euro und die Übernachtungspauschale nach § 7 BRKG in Höhe von 20,00 Euro zu beachten.

3.7.7 Ergänzende Leistungen

Berechtigte nach dem SGB XIV haben gegenüber der Verwaltungsbehörde Anspruch auf ergänzende Leistungen der Krankenbehandlungen nach § 43 SGB XIV (z. B. besondere psychotherapeutische Leistungen, Mehrleistungen bei Zahnersatz). Nach § 43 SGB XIV sollen die Krankenkassen der zuständigen Verwaltungsbehörde Fälle mitteilen, in denen die Erbringung einer ergänzenden Leistung der Krankenbehandlung durch die zuständige Verwaltungsbehörde angezeigt ist. Dies ist der Fall, wenn der Krankenkasse ein Antrag auf Leistungen vorliegt, die sie nicht oder nur teilweise erbringen kann, weil die beantragten Leistungen von der Art außerhalb des Leistungskatalogs des SGB V liegen bzw. über das im Einzelfall definierte Maß (Umfang) der GKV-Leistung hinausgehen und auch von den Satzungsleistungen der zuständigen Krankenkasse nicht umfasst sind.

Zu diesen Leistungen gehören vorwiegend solche, die bereits nach den bisherigen Regelungen des BVG von den Anspruchsberechtigten bei den zuständigen Verwaltungsbehörden häufig nachgefragt wurden und auch Gegenstand von Härteausgleichen waren. Zu den ergänzenden Leistungen, die in der gesetzlichen Regelung nicht abschließend aufgeführt sind, zählen insbesondere

- psychotherapeutische Leistungen, die von der Art des Verfahrens oder vom Umfang der Therapie (Stunden, Behandlungsfrequenz) über die in der Psychotherapie-Richtlinie anerkannten Verfahren hinausgehen oder von nicht zugelassenen Leistungserbringern (z. B. nicht zugelassene psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte, oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) erbracht werden,
- besondere zahnärztliche und implantologische Leistungen, kieferchirurgische und kieferorthopädische Leistungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Mehrleistungen für Zahnersatz,
- besondere heilpädagogische Leistungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres (wie z. B. Maßnahmen zur Entwicklung, Erziehung, Bildung und Förderung),
- besondere Arzneimittel wie beispielsweise verschreibungspflichtige Arzneimittel mit einem Preis oberhalb des Festbetrags sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität oder eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Vordergrund stehen und
- Wahlleistungen im Bereich der Unterkunft sowie ärztliche und weitere medizinische Wahlleistungen, sofern diese nicht bereits als allgemeine Krankenhausleistungen erbracht werden (z.

Leistungsrechtliche Fragen zur Umsetzung der Krankenbehandlung

B. Einzelbettzimmer, Mitaufnahme eines Angehörigen, Chefarztbehandlung, Massagen oder homöopathische Verfahren).

Sofern ein konkreter Leistungsantrag bei der Krankenkasse eingeht, der sich ausschließlich auf eine ergänzende Leistung richtet, ist dieser an die zuständige Verwaltungsbehörde weiterzuleiten. Im Gegensatz dazu ist in den Fällen, in denen die Krankenkasse einen Teil der beantragten Leistungen auftragsweise innerhalb der Grenzen des SGB V und die zuständige Verwaltungsbehörde ggf. darüber hinaus ergänzende Leistungen zu erbringen hat, eine Mitteilung an die zuständige Verwaltungsbehörde erforderlich. Benötigt die Verwaltungsbehörde weitere Unterlagen zur Prüfung, dann sind diese bei der Krankenkasse im Einzelfall anzufordern.

4. Meldepflichten der Krankenkasse

4.1 Krankengeld nach dem SER

Nach § 52 Absatz 4 SGB XIV hat die Krankenkasse der zuständigen Verwaltungsbehörde vierteljährlich die Personen zu benennen, die Krankengeld der Sozialen Entschädigung beziehen und die für die Entrichtung der Beiträge nach § 52 Absatz 1 bis 3 SGB XIV erforderlichen Angaben zu machen. Auf Anfrage legt die Krankenkasse der zuständigen Verwaltungsbehörde Nachweise für die gemachten Meldungen vor.

4.2 Ansprüche gegen Schadensersatzpflichtige nach § 116 SGB X

Zudem schreibt § 120 Absatz 4 SGB XIV vor, dass die Krankenkasse der zuständigen Verwaltungsbehörde Tatsachen zu Schäden von Drittverursachern mitzuteilen und auf Anfrage Angaben über die Höhe der entstandenen Leistungsausgaben für die Krankenbehandlung – mit Ausnahme von nichtstationärer ärztlicher Behandlung und Versorgung mit Arzneimitteln und Verbandmitteln - zu machen hat.

5. Pauschalabgeltung

5.1 Allgemeines

Ursprünglich sah das SGB XIV mit seiner Einführung zum 01.01.2024 eine halbjährliche Erstattung der tatsächlichen Aufwendungen für auftragsweise erbrachte Leistungen (Spitzabrechnung) und Verwaltungskosten von der zuständigen Verwaltungsbehörde an die Krankenkassen für drei Jahre vor. Ab dem Jahr 2027 sollten die Erstattungsansprüche der Krankenkassen dann auf Grundlage der in den Jahren zuvor ermittelten tatsächlichen Kosten wieder pauschal abgegolten werden (vgl. § 60 Absatz 1 bis 3 SGB XIV a. F.). Diese Regelungen waren allerdings wegen fehlender Transparenz über die nach dem SGB XIV Anspruchsberechtigten insbesondere in Ermangelung eines elektronischen Datenaustauschverfahrens sowohl auf Seite der Verwaltungsbehörden als auch auf der der Krankenkassen nicht umsetzbar, sodass eine Spitzabrechnung nicht durchgeführt werden konnte.

Das Gesetz zur Anpassung des Zwölften und des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze sieht nun alternativ eine Neuregelung in der Gestalt vor, dass eine Pauschalabgeltung für die Aufwendungen der Krankenkassen für die Jahre 2024 bis 2029 vorgesehen ist (vgl. § 60 Absatz 2 SGB XIV). Ab dem Jahr 2030 sollen die Aufwendungen der Krankenkassen gemäß § 60 Absatz 5 SGB XIV dann weiterhin pauschal abgegolten werden. Grundlage für die Höhe dieser Pauschalabgeltung sollen dann die von den Krankenkassen in den Jahren 2026 bis 2028 ermittelten tatsächlichen Aufwendungen für auftragsweise erbrachte Leistungen sein. Hierauf wird später noch näher eingegangen. Den Krankenkassen werden zudem gemäß § 60 Absatz 10 SGB XIV kalenderhalbjährlich Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent der Pauschalbeträge nach den Absätzen 2 und 5 erstattet.

Die pauschale Abgeltung nach § 60 Absatz 2 SGB XIV ab dem 01.01.2024 gilt sowohl für Aufwendungen des im SGB XIV vollständig aufgegangene Bundesversorgungsgesetzes (BVG) und Opferentschädigungsgesetzes (OEG), als auch für die des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und des Zivildienstgesetzes (ZDG), die teilweise in das SGB XIV übernommen wurden. Zudem werden auch die Aufwendungen insbesondere nach dem Häftlingshilfegesetz (HHG), welches auf das SGB XIV verweist, ebenso weiterhin pauschal abgegolten. Die bisherigen Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand im Rahmen des Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (StrRehaG) und des Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetzes (VwRehaG) laufen über den 31.12.2023 hinaus weiter.

5.2 Erhöhung der Pauschale

Da das SGB XIV vorsieht, dass die Krankenkassen ab dem 01.01.2024 auch auftragsweise Zahnersatz und weitere Heilmittel (Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie) zu erbringen haben, wird die Pauschalabgeltung im Jahr 2024 einmalig um 10 Prozent erhöht. Die Festsetzung der Pauschalabgeltung selbst basiert auf der Grundlage der Erstattungsbeträge für die jeweiligen Entschädigungsgesetze aus dem Jahr 2023. In den Folgejahren wird dann der so für 2024 ermittelte Pauschalbetrag entsprechend der prozentualen Veränderung der Anzahl von Leistungsempfängenden und der Leistungsausgaben angepasst (vgl. § 60 Absatz 2 Sätze 5 und 6 SGB XIV).

Die Regelung zur 10-prozentigen Erhöhung gilt für das Jahr 2024 auch für die auftragsweise Leistungserbringung für Soldatinnen und Soldaten nach dem SVG i. V. m. dem BVG (Sonderregelung).

5.3 **Verwaltungsvereinbarung**

Gemäß § 60 Absatz 5 SGB XIV soll eine Verwaltungsvereinbarung u. a. Näheres zu den Pauschalabgeltungen regeln. Diese soll zwischen der Bundesstelle für Soziale Entschädigung (BfSE) und dem GKV-Spitzenverband geschlossen werden und bedarf abschließend der Zustimmung des BMAS, des BMG und der Länder.

Aufgrund des engen Zeitkorridors zwischen dem Inkrafttreten des SGB XIV zum 01.01.2024 und den ersten zum 01.07.2024 zu leistenden Abschlagszahlungen der Länder an den GKV-Spitzenverband wurde nach Übereinstimmung der Verfahrensbeteiligten darauf verzichtet, die Umsetzung der Pauschalabgeltung für die Jahre 2024 bis 2029 in einer Verwaltungsvereinbarung zu regeln. Die Länder wurden mittels Rundschreiben des BMAS über das Verfahren der Pauschalabgeltung informiert.

5.4 **Zahlung der Pauschale für die Jahre 2024 bis 2029**

5.4.1 **Länder**

Gemäß § 60 Absatz 3 SGB XIV zahlen die zuständigen Länder ihre Anteile am Pauschalbetrag, die ihnen vom BMAS bekannt gegeben werden, in Teilbeträgen an den GKV-Spitzenverband. Für das jeweils erste Kalenderhalbjahr wird zum 01.07. eine Abschlagszahlung in Höhe von 40 Prozent und zum Ende des Kalenderjahres der verbleibende Restbetrag geleistet.

5.4.2 **Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw)**

Das BAPersBw zahlt an den GKV-Spitzenverband entsprechend § 60 Absatz 3 Satz 4 SGB XIV ebenfalls einen Teilbetrag zum 01.07.2024, die zweite Zahlung wird ebenfalls zum Ende des Kalenderjahres geleistet. Dabei werden nach der pauschalen Erhöhung um 10 Prozent (vgl. Abschnitt 5.2) gemäß § 60 Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB XIV die prozentualen Veränderungen der Anzahl der Versorgungsberechtigten nach dem Soldatenversorgungsgesetz zum Stichtag 01.07.2024 im Verhältnis zum Stichtag 01.07. 2023 sowie die prozentuale Veränderung der Ausgaben der Krankenkassen im ersten Halbjahr 2024 gegenüber dem ersten Halbjahr 2023 berücksichtigt.

5.5 **Verwaltungskostenpauschale**

Neben der Pauschale nach § 60 Absatz 2 GB XIV zahlen die Länder und das BAPersBw an den GKV-Spitzenverband Bund in 2024 kalenderhalbjährlich die Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 5 Prozent des festgestellten Pauschalbetrages gemäß bzw. in analoger Anwendung von § 60 Absatz 10 SGB XIV.

5.6 **Verteilung der Pauschale(n)**

Die anschließende Verteilung des Pauschalbetrages nach § 60 Absatz 2 und der Verwaltungskostenpauschale nach § 60 Absatz 10 SGB XIV durch den GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen ist in § 60 Absatz 4 SGB XIV geregelt und erfolgt zum einen in Höhe von 75 Prozent nach deren Anteil an den risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V und zum anderen in Höhe von 25 Prozent nach dem jeweiligen Anteil an den Anspruchsberechtigten nach § 57 Absatz 3 und 4 und den §§ 143 und 151 SGB XIV, die weder Mitglied einer Krankenkasse

Pauschalabgeltung

noch nach § 10 SGB V familienversichert sind (Zugeteilte). Diese sind von den Krankenkassen nach Aufforderung an den GKV-Spitzenverband zu melden. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu die Krankenkassen zuletzt mit RS 2024/267 vom 23.05.2024 aufgefordert.

Für die landwirtschaftliche Krankenkasse ist eine gesonderte Regelung vorgesehen, da sie nicht am Gesundheitsfonds nach § 266 SGB V beteiligt ist. Sie erhält vorab aus dem 75-prozentigen Anteil der Pauschale eine Auszahlung, die sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkasse zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen am 1. Juli des Vorjahres bemisst.

6. Datenerhebung

6.1 Allgemeines

Im § 60a SGB XIV wird die Übermittlung von Daten zwischen den Krankenkassen und den zuständigen Verwaltungsbehörden geregelt, um eine beiderseitige Datentransparenz und Aktualisierung der Datenbestände herzustellen. Insbesondere soll damit eine valide Datengrundlage für die Höhe der Pauschalabgeltung nach § 60 Absatz 5 SGB XIV ab dem Jahr 2030 geschaffen werden. Hinsichtlich der Meldeverpflichtungen ist das Datenerhebungsverfahren zeitlich und inhaltlich gestuft. Im Weiteren haben die Krankenkassen auch Daten an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Die Einzelheiten zu den Datenerhebungsverfahren sind den folgenden Abschnitten zu entnehmen.

6.2 Datenübermittlung durch Verwaltungsbehörden

6.2.1 Neufälle (ab 01.01.2024)

Gemäß § 60a Absatz 1 SGB XIV werden Daten für erstmals ab dem 01.01.2024 bewilligte Leistungen der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung von der Verwaltungsbehörde an die nach § 57 Absatz 2 bis 4 SGB XIV zuständige Krankenkasse übermittelt. Zu diesen Daten gehören neben personenbezogenen Daten auch die anerkannte Schädigungsfolge¹, die auch der Kopie des Anerkennungsbescheides zu entnehmen ist, den die Verwaltungsbehörde ebenfalls an die Krankenkasse zu übermitteln hat. Die Übermittlung der Daten sowie der Kopie des Anerkennungsbescheides hat unverzüglich nach der Feststellung des Leistungsanspruchs durch die Verwaltungsbehörde zu erfolgen. Bei den im Gesetz genannten Daten handelt es sich um eine abschließende Aufzählung.

Bei Änderungen der Daten, die den Verwaltungsbehörden bekannt werden, ist die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. Dies gilt auch bei Änderung der Anspruchsvoraussetzungen, sodass in diesen Fällen eine Kopie des Neufeststellungsbescheides an die Krankenkasse zu übermitteln ist.

Im umgekehrten Fall haben die Krankenkassen nach § 60a Absatz 2 SGB XIV ihnen bekannt gewordene Tatsachen, die zu einer Änderung der übermittelten Daten führen können, unverzüglich an die zuständige Verwaltungsbehörde zu melden, die sogleich prüft, ob eine Änderung der bereits übermittelten Daten nach § 60a Absatz 1 SGB XIV notwendig ist, um dann ggf. neu zu melden.

6.2.2 Bestandsfälle (bis 31.12.2024)

§ 60a Absatz 3 SGB XIV sieht eine weitere Konstellation vor, in der eine verpflichtende Übermittlung der in Absatz 1 genannten Daten seitens der Verwaltungsbehörden an die Krankenkasse vorgesehen ist. Hierbei handelt es sich um Berechtigte mit einem Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung, die bereits vor dem 01.01.2024 Leistungen bezogen haben und die eine monatliche Entschädigungszahlung je nach Grad der Schädigung (GdS) gemäß § 83 SGB XIV oder eine Geldleistung nach § 144 SGB XIV beziehen. Die Daten dieser Personen haben die Verwaltungsbe-

¹ Die Anerkennung einer Schädigungsfolge richtet sich nach der Versorgungs-Medizin-Verordnung (VersMedV). Die Auswirkungen der Schädigungsfolge werden mit dem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen; eine ICD-Klassifikation ist im Rahmen des aktuellen Meldebogens nicht vorgesehen.

hörden bis spätestens zum 31.12.2024 an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Die Regelungen zu den Datenmeldungen bei Änderungen nach § 60a Absatz 1 und 2 SGB XIV gelten gleichermaßen.

6.3 Datenübermittlung durch die Krankenkassen (bis 31.12.2025)

§ 60a Absatz 4 SGB XIV regelt, dass die zuständige Krankenkasse an die zuständige Verwaltungsbehörde die ihr bekannten Berechtigten, die einen Anspruch auf eine Absicherung gegen Krankheit nach § 151 Absatz 1 SGB XIV haben, sowie die nicht von § 60a Absatz 3 SGB XIV umfassten Berechtigten, die weder Mitglied einer Krankenkasse noch nach § 10 SGB V familienversichert sind, bis zum 31.12.2024 zu melden hat. Da diese Personen grundsätzlich wie gesetzlich Krankenversicherte umfassend Leistungen erhalten, sind die Krankenkassen in der Lage, diese in ihren Datenbeständen zu identifizieren und sie namentlich zu benennen. Sie verfügen bereits jetzt schon über eine eGK mit Status „6“ (Leistungsanspruch wegen der Behandlung von Schädigungs- und Nichtschädigungsfolgen) oder werden mit einem Bundesbehandlungsschein (Leistungsanspruch nur wegen Schädigungsfolgen) versorgt. Neue oder der Krankenkasse noch nicht bekannte „Zugeteilte“ müssen dementsprechend mit diesen Anspruchsnachweisen versorgt werden.

Für die von den Krankenkassen entsprechend gemeldeten Fälle übermittelt die zuständige Verwaltungsbehörde der zuständigen Krankenkasse bis zum 31. 12.2025 die in § 60a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 SGB XIV genannten Daten und eine Kopie des aktuellen Anerkennungsbescheides.

6.4 Meldebogen

Zum Zweck der gesetzlich verpflichtenden Datenübermittlungen zwischen den Verwaltungsbehörden und den Krankenkassen nach § 60a SGB XIV soll ein Meldebogen genutzt werden, der in der Praxis vorerst nur postalisch versendet wird. Aus den unter Abschnitt 5.3 beschriebenen Gründen war es auch in diesem Zusammenhang nicht möglich, zur Einführung der erforderlichen Melde- und Datenaustauschverfahren sowie zu den Einzelheiten zur Durchführung der Verfahren dies in einer Verwaltungsvereinbarung nach § 60 Absatz 6 SGB XIV zu regeln. Der GKV-Spitzenverband wird zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene zeitnah abstimmen, wie und in welcher Form die Krankenkassen ihren Meldepflichten mittels Meldebogen nach § 60a Absatz 4 SGB XIV bis zum 31.12.2024 nachkommen können.

6.5 Übermittlung von Leistungsdaten

6.5.1 Krankenkassen an Verwaltungsbehörden

Nach § 60a Absatz 5 SGB XIV werden die Krankenkassen in den Jahren 2026 bis 2028 verpflichtet, die Daten für Leistungen, die sie auftragsweise erbringen, kalenderhalbjährlich an die zuständigen Verwaltungsbehörden zu übermitteln. Dies betrifft die Leistungen für Anspruchsberechtigte ab dem 01.01.2024 (§ 60a Absatz 1 SGB XIV), für Berechtigte mit monatlichem Renten- und/oder Geldleistungsbezug (§ 60a Absatz 3 SGB XIV) und für Geschädigte, die eine Krankenkasse nach § 57 Absatz 3 SGB XIV gewählt haben (vgl. § 60a Absatz 4 SGB XIV).

Näheres zur Umsetzung dieses Übermittlungsverfahren, welches dem Grunde nach einer fiktiven Spitzabrechnung der von den Krankenkassen auftragsweise erbrachten Leistungen für die vorgenannten Personenkreise entspricht, ist in einer nach § 60 Absatz 6 SGB XIV zu schließenden Verwaltungsvereinbarung zu regeln. Diese sollte z. B. Lösungsmechanismen zu der Frage beinhalten, wie mit den von den Krankenkassen gemeldeten Leistungsaufwendungen umzugehen ist, die von den zuständigen Verwaltungsbehörden nicht oder nicht in vollem Umfang akzeptiert werden (z. B. Höhe der Aufwendungen). Auch insbesondere zum Übertragungsweg und der Form der Daten müssten Regelungen zwischen den Verfahrensbeteiligten vereinbart werden.

6.5.2 Verwaltungsbehörden an die BfSE

Die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Daten werden der BfSE von den Verwaltungsbehörden in strukturierter und anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Diese hat das strukturierte Format für die anonymisierte Übermittlung der Daten einheitlich festzulegen und auf dieser Grundlage halbjährlich vom 01.07.2027 bis zum 01.07.2029 eine Auswertung zu erstellen (vgl. § 60a Absatz 6 Satz 3 und 4 SGB XIV).

6.5.3 BfSE an Verwaltungsbehörden, GKV-SV, BMAS und BMG

Die ausgewerteten Daten über die auftragsgemäße Erbringung der Krankenbehandlung stellt die BfSE gemäß § 60a Absatz 6 Satz 1 SGB XIV den zuständigen Verwaltungsbehörden, dem GKV-Spitzenverband, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit in anonymisierter Form zur Verfügung. Die anonymisiert zu erfassenden Daten sind in abschließender Aufzählung im § 60a Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 und 2 SGB XIV aufgeführt. Damit ist gewährleistet, dass die von den Krankenkassen an die Verwaltungsbehörden gemeldeten Daten im Nachgang mit den ausgewerteten und an den GKV-Spitzenverband gemeldeten Daten der BfSE abgeglichen werden können.

Regelungen insbesondere zum Meldeverfahren und zum Umgang mit Abweichungen von gemeldeten und ausgewerteten Daten müssten zu gegebener Zeit ebenfalls in die Verwaltungsvereinbarung mit aufgenommen werden.

6.5.4 Krankenkassen an GKV-Spitzenverband

Die nach § 60a Absatz 5 Satz 1 SGB XIV für die Jahre 2026 bis 2028 von den Krankenkassen an die Verwaltungsbehörden zu übermittelnden Daten (siehe Abschnitt 6.5.1) sind von den Krankenkassen zugleich in anonymisierter Form an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln (§ 60a Absatz 5 Satz 3 SGB XIV).

Nach Ablauf der Meldeverpflichtung der Krankenkassen an die Verwaltungsbehörden zum 31.12.2028 ist gesetzlich geregelt, dass die in § 60a Absatz 5 Satz 1 genannten Daten ab dem 01.01.2029 weiterhin in anonymisierter Form an den GKV-Spitzenverband zu melden sind (vgl. § 60a Absatz 7 SGB XIV).

Diese Vorschrift wurde eingeführt, damit auch fortlaufend Transparenz über die auftragsweisen Leistungsaufwendungen der Krankenkassen sichergestellt werden kann, auch wenn diese dauerhaft pauschal abgegolten werden. Näheres zur Umsetzung des Meldeverfahrens nach § 60a Absatz 5 Satz 3

Datenerhebung

und Absatz 7 SGB XIV wird zu gegebener Zeit zwischen den Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband abgestimmt.

6.6 Verwaltungsvereinbarung

Nach § 60 Absatz 6 SGB XIV ist eine Verwaltungsvereinbarung zwischen der BfSE und dem GKV-Spitzenverband zu schließen, die neben Näherem zu den Pauschalabgeltungen auch die Einzelheiten der Ein- und Durchführung der erforderlichen Melde- und Datenaustauschverfahren regeln soll. Diese bedarf der Zustimmung des BMAS, des BMG und der Länder.

Aus den bereits oben beschriebenen Gründen wurde Näheres zur Pauschalabgeltung und die Durchführung der erforderlichen Melde- und Datenaustauschverfahren, soweit diese die Übermittlung von Daten nach § 60a Absatz 1 bis 4 SGB XIV betrifft, nicht in einer Verwaltungsvereinbarung, sondern in Rundschreiben der BfSE an die Länder geregelt. Für das Datenübermittlungsverfahren nach § 60a Absatz 5 SGB XIV, welches für die Jahre 2026 bis 2028 durchzuführen ist, ist aus Sicht der GKV der Abschluss einer Verwaltungsvereinbarung allerdings erforderlich, um insbesondere das Verwaltungshandeln zwischen den zuständigen Verwaltungsbehörden und den Krankenkassen in diesem Kontext zu regeln (siehe Ausführungen in Abschnitt 6.5.1).