



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zur

Formulierungshilfe

für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für einen
aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzu-
bringenden

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der
Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von na-
tionaler Tragweite

Stand: 22.04.2020

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte mit Datum vom 20.04.2020 die Formulierungshilfe für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

versandt und um Stellungnahme gebeten. Mit dem Entwurf sollen das erste Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) weiterentwickelt und ergänzt werden. Die Regelungen sind teilweise zeitlich begrenzt im Hinblick auf die epidemische Lage von nationaler Tragweite. Nachfolgend nimmt der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Stellung zum Entwurf und schlägt weitere, ergänzende Regelungen vor.

Zu Artikel 1 Nr. 15 und Artikel 4 Nr. 4b

Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst soll ermöglicht werden, von ihm durchgeführte Testungen auf COVID-19 bei GKV-Versicherten der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung zu stellen.

Das BMG wird zudem ermächtigt, mittels Verordnung festzulegen, dass bei übertragbaren Krankheiten eine Testung auf Infektion oder Immunität auch bei symptomfreien Versicherten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich ist. In der Begründung wird beispielhaft auf repräsentative bevölkerungsmedizinische Tests im Zusammenhang mit COVID-19 Bezug genommen. Außerdem wird darauf verwiesen, dass symptomunabhängige Testungen Teil einer Strategie zu einer stufenweisen Rückkehr zum normalen Wirtschaftsleben sein könnten.

Stellungnahme

Die Bekämpfung der aktuellen COVID-19-Pandemie stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Die GKV hat frühzeitig Verantwortung übernommen und bereits Anfang Februar 2020 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Regelungen zur Vergütung der Labortests getroffen. Grundlage für die Abrechnungsfähigkeit dieser Tests sind die medizinischen

Kriterien des Robert Koch-Instituts (RKI), die insbesondere das Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik voraussetzen. Damit erfüllt die GKV die ihr zugewiesene Aufgabe und hat gemeinsam mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens dazu beigetragen, COVID-19-Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und ihren Versicherten eine schnelle Behandlung zu ermöglichen.

Der populationsbezogene Infektionsschutz ist Aufgabe des ÖGD. Dies betrifft im konkreten Fall die Identifikation und Nachverfolgung von Kontaktpersonen von COVID-19-Infizierten. Wird bei symptomlosen Kontaktpersonen eine Labortestung durchgeführt, so dient dies epidemiologischen Studien und Maßnahmen zur Zurückführung des Pandemiegeschehens und ist daher aus den öffentlichen Haushalten zu finanzieren.

Dies gilt in gleicher Form für die vorgesehene Ermächtigungsbefugnis des BMG, Testungen auch bei symptomfreien Versicherten in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Das Ziel des Gesetzgebers, mit geeigneten Maßnahmen zu einem normalen Wirtschaftsleben zurückzukehren, wird selbstverständlich unterstützt. Hierzu können, wenn wissenschaftlich nachgewiesen, auch flächendeckendere Labortestungen sinnvoll sein. Für eine Finanzierung dieser gemeinwohlorientierten Maßnahmen müssen ebenfalls die öffentlichen Haushalte aufkommen.

Außerdem würden die in der Formulierungshilfe angedeuteten Maßnahmen in ihrer Finanzwirkung die GKV überfordern. Käme es zu einer Umsetzung der Testung in der beschriebenen Form, werden monatliche Mehrkosten von 1 bis 1,5 Milliarden Euro geschätzt. Im Verhältnis zu einer auf einen Monatswert berechneten Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich von ca. 3,4 Milliarden Euro würde dies zu einer Ausgabensteigerung von 30 bis 45 Prozent führen. Dies hätte gravierende Folgen für die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV. Wären tatsächlich Testungen in dem beschriebenen Umfang erforderlich, müssten deutlich stärkere Eingriffe des Gesetzgebers in die Preisbildung der Tests und die damit verbundenen Prozesse erfolgen. Im Ergebnis sind die vorgesehenen Regelungen abzulehnen.

Krankenhausbereich

Die Verschiebung der Prüfquotensystematik um ein Jahr ist aus Sicht des vdek sachgerecht. Die festgelegte Höhe der Prüfquote von 12,5 % für das Jahr 2021 ist zu begrüßen. Im Weiteren wird auf die Stellungnahme des GKV-

Spitzenverbands zu den Regelungen im Krankenhausbereich verwiesen, dem sich der vdek anschließt.

Zu Artikel 5 Nr. 1

Die gesetzliche Formulierung, dass stationäre Pflegeeinrichtungen auch Leistungen nach § 39a Absatz 1 SGB V anbieten können, kann zu Missverständnissen führen. Gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 39a Absatz 1 Satz 4 SGB V sind stationäre Kinder- und Erwachsenenheime aufgrund ihres Versorgungsauftrages baulich, organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen mit separatem Personal und Konzept. Deshalb ist ausgeschlossen, dass stationäre Heime Bestandteil einer stationären Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses sind. Dadurch soll eben vermieden werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäuser einzelne Heimplätze anbieten. Grundsätzlich sind stationäre Heime kleine Einrichtungen, die maximal 16 Plätze haben sollen.

Nach § 39a Absatz 1 Satz 2 SGB V trägt die Krankenkasse die zuschussfähigen Kosten in stationären Heimen unter Anrechnung der Leistungen nach dem SGB XI zu 95 Prozent. Daher ist es möglich, dass stationäre Heime gemäß § 72 SGB XI als stationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen sind.

Im Gesetzeswortlaut sollte deshalb nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen auch Heimleistungen erbringen, sondern dass stationäre Kinderheime und Erwachsenenheime auch eine Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtungen haben können.

Änderungsvorschlag:

§ 150 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 4 Satz 1 wird das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz eingefügt:

„Bei stationären Heimen nach § 39a Absatz 1 des Fünften Buches, die auch eine Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent

und die Soziale Pflegeversicherung 20 Prozent der nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen.“

Zu § 150 Absatz 5b – Vereinfachung und Ausweitung des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI

Die Regelung schließt an die Kostenerstattungsregelung nach § 150 Absatz 5 SGB XI bei Versorgungsengpässen in der häuslichen Versorgung durch Pflegedienste an und schließt die Lücke für Personen mit Pflegegrad 1. Dies ist zu begrüßen. Im Unterschied zum § 150 Absatz 5 SGB XI ist jedoch keine Kaskade vorangestellt, ob die Leistung durch andere Anbieter (AUA, Pflegedienste) sichergestellt werden kann. Es können direkt professionelle Anbieter oder Hilfen aus der Nachbarschaft beauftragt werden, sofern coronabedingte Versorgungsausfälle vorliegen. Der Einsatz des Entlastungsbetrages wird damit stark ausgeweitet.

Im Unterschied zu der Regelung in § 150 Absatz 5 SGB XI ist keine Konkretisierung für die Umsetzungspraxis durch Empfehlungen des GKV-SV vorgesehen. Außerdem ist keine Widerrufsmöglichkeit durch die Pflegekasse vorgesehen wie im § 150 Absatz 5 SGB XI.

Änderungsvorschlag:

Absatz 5b wird wie folgt gefasst:

„(5b) Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können bis zum 30. September 2020 den Entlastungsbetrag abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 3 auch für andere Hilfen im Wege der Kostenerstattung einsetzen, wenn dies zur Überwindung von durch das Coronavirus-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen erforderlich ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen. § 45b Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 findet keine Anwendung.“

Vorschläge für ergänzende Regelungen:

Zu § 11 SGB V i. V. m. § 284 SGB V

Im Rahmen der aktuellen Corona-Krise wird deutlich, dass die Krankenkassen Versicherte mit konkreten Gesundheitsrisiken nicht zeitnah und hinreichend beraten und gezielt geeignete Gesundheitsleistungen anbieten können. Hierzu fehlt es an einer expliziten Handlungskompetenz und datenschutzrechtlichen Ermächtigungsnorm. So verfügen die Krankenkassen zwar über umfassende Sozialdaten, anhand derer Risikogruppen gezielt identifiziert werden könnten, doch dürfen diese nach der geltenden Rechtslage hierfür nicht genutzt werden. Um hier kurzfristig Handlungsmöglichkeiten zu realisieren, sollten folgende gesetzliche Anpassungen vorgenommen werden.

Änderungsvorschlag:

Nach § 11 Absatz 4 Satz 3 SGB V werden folgende Sätze 4 und 5 eingefügt;
„Die Krankenkassen können Versicherte beim Vorliegen von konkreten Gesundheitsrisiken gezielt beraten. Sie können im Rahmen des Versorgungsmanagements diesen Versicherten individuell geeignete Gesundheitsleistungen sowie darüber hinaus Leistungen zur allgemeinen und individuellen Gesundheitsvorsorge anbieten.“

Die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden die Sätze 6 bis 8.

Begründung:

Die Krankenkassen haben gem. § 1 SGB V die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern, wobei dies durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu erfolgen hat.

Um die Möglichkeiten zur Wahrnehmung dieses universellen Versorgungsauftrags der Krankenkassen zu verbessern und beim Vorliegen von individuellen Gesundheitsrisiken bereits frühzeitig und auch im Vorwege aktiv und präventiv tätig werden zu können, sollten die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, neben der Unterstützung der Leistungserbringer im Versorgungsmanagement initiativ darauf hinwirken zu können, dass geeignete Gesundheits- und Vorsorgeleistungen durch die Versicherten in Anspruch genommen werden. Hierzu können die Versicherten beim Vorliegen von konkreten Gesundheitsrisiken (z.

B. Vorerkrankungen oder Pandemiesituationen) von den Krankenkassen gezielt beraten und über für sie geeignete Gesundheitsleistungen der Krankenkassen informiert werden. So könnten die Krankenkassen in Pandemiesituationen wie z. B. der aktuellen Corona-Krise die vom RKI definierten Risikogruppen identifizieren und gezielt anschreiben, um sie über die für sie spezifische Gefahrensituation zu informieren und sie ggf. über öffentliche Stellen oder Leistungserbringer mit geeigneten Medizinprodukten (z. B. Schutzmasken) ausstatten zu lassen oder einer Schutzimpfung zuführen zu können.

Ohne eine entsprechende Regelung können Versicherte nur über allgemeine Publikationen der Krankenkassen oder auf eigene Nachfrage von den kassenspezifischen Versorgungsangeboten erfahren bzw. sind auf Informationen durch die Leistungserbringer angewiesen, die in der Regel nicht über die Infrastruktur für eine umfassende und aktuelle krankenkassenspezifische Information der Versicherten verfügen.

Zu § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen

Änderungsvorschlag:

Nach Nummer 20 wird folgende Nummer 21 eingefügt:

"21. die gezielte Beratung der Versicherten beim Bestehen konkreter Gesundheitsrisiken im Sinne des § 11 Absatz 4 Satz 4 und 5"

Begründung:

Folgeänderung zu der Änderung des § 11 Abs. 4 Satz 4 und 5 SGB V. Die Krankenkassen verfügen über umfangreiche Sozialdaten, aus denen sich individuelle Gesundheitsrisiken der Versicherten ableiten lassen. Mit der Regelung soll die datenschutzrechtliche Befugnis geschaffen werden, dass die Krankenkassen diese Daten für eine gezielte Beratung nutzen können.

Zu § 13 Absatz 3a SGB V – Kostenerstattung

Die Corona-Pandemie stellt die Krankenkassen und die medizinischen Dienste (MD) vor besondere Herausforderungen. Um personellen Engpässen bei den MD und Krankenkassen im Falle eines COVID-19-Ausbruches in den jeweiligen Institutionen entgegenzuwirken und Prozesse anhand die Dringlichkeit ausrichten zu können, sollten daher die Entscheidungs- und Begutachtungsfristen nach § 13 Absatz 3a SGB V bis einschließlich 30.09.2020 keine Anwendung finden. Durch die Regelung kann sichergestellt werden, dass Leistungen der GKV nur gewährt werden, wenn die gesetzlich definierten Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind. Zudem würden die Sozialgerichte nicht mit Verfahren zur Klärung der Frage des Vorliegens eines hinreichenden Grundes belastet.

Änderungsvorschlag:

In § 13 Absatz 3a SGB V wird folgender Satz 10 angefügt:

„Die Regelungen der Sätze 1 und 3 bis 7 finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Anwendung.“

Zu § 20h SGB V i. V. m. § 5 SGB XI – Förderung der Selbsthilfe

Zur vorgesehenen Anpassungen im § 20 SGB V „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ bestehen keine Bedenken.

Ausdrücklich begrüßt der vdek, dass die Abführung von Beitragsgeldern in Höhe von ca. 35 Millionen Euro/Jahr an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemäß § 20a Absatz 3 und 4 SGB V im Jahr 2020 ausgesetzt wird. Damit können die in 2020 auf ca. 90 Millionen Euro aufsummierten und bislang durch die BZgA nicht verausgabten Mittel abgeschmolzen werden.

In Analogie zu den vorgesehenen Änderungen im § 20 Absatz 6 SGB V schlägt der vdek darüber hinaus folgende Änderungen in § 20h SGB V und § 5 SGB XI vor:

§ 20h SGB V „Förderung der Selbsthilfe“

Änderungsvorschlag:

In § 20h Absatz 4 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Maßgabe des Satzes 5 ist bezogen auf Ausgaben einer Krankenkasse im Jahr 2020 nicht anzuwenden.“

Begründung:

Die Corona-Pandemie und die getroffenen Schutzvorkehrungen zur Eindämmung der Pandemie stellen die Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen vor besondere Herausforderungen. Bei den Krankenkassen zur Förderung beantragte Maßnahmen wie Veranstaltungen, Gruppentreffen, Tagungen, Gremiensitzungen sowie anvisierte Projektvorhaben können überwiegend nicht bzw. nicht wie geplant durchgeführt werden. Darüber hinaus zählen viele Teilnehmende der Maßnahmen und Selbsthilfegruppen aufgrund chronischer Erkrankungen oder Behinderungen zu der besonders schutzbedürftigen Risikogruppe und müssen sich vor einer Ansteckung schützen. Gemäß § 20h Absatz 4 Satz 5 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, nicht verausgabte Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Pauschalförderung zur Verfügung zu stellen. Vor dem Hintergrund, dass die überwiegende Zahl der Maßnahmen in diesem Jahr nicht stattfinden kann/darf und die Krankenkassen die Mindestausgaben zur Förderung der Selbsthilfe voraussichtlich nicht erfüllen können, sollte die Regelung in Absatz 4 in 2020 einmalig ausgesetzt werden. Da im kommenden Jahr ein neues Förderbudget zur Verfügung

steht, sollte den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, die Mittel für andere Zwecke aufzuwenden.

§ 5 SGB XI Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Änderungsvorschlag:

In § 5 Absatz 3 SGB XI wird folgender Satz angefügt:

„Die Maßgaben nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Sätze 1 und 2 sind im Jahr 2020 nicht anzuwenden.“

Begründung:

Die Corona-Pandemie und die getroffenen Schutzvorkehrungen zur Eindämmung der Pandemie stellen stationäre Pflegeeinrichtungen vor besondere Herausforderungen. Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen sind aufgrund der Kontaktsperre grundsätzlich untersagt. Die getroffenen Hygiene- und Sicherheitsvorkehrungen dienen einem maximalen Schutz der Risikogruppe älterer und überwiegend multimorbider Menschen. Projektvorhaben und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen können von den Pflegekassen und ihren Kooperationspartnern dementsprechend aktuell nur eingeschränkt durchgeführt werden bzw. sind zum Teil zunächst ausgesetzt oder verschoben worden. Vor diesem Hintergrund wird es den Pflegekassen nicht möglich sein, die gesetzlich definierte Pflichtausgabe für Gesundheitsförderungsleistungen in Pflegeeinrichtungen in 2020 zu verausgaben. Die Anwendung der Mindestausgaberegulierung und Übertragungsverpflichtung sollte in 2020 einmalig ausgesetzt und den Pflegekassen die Verwendung der Mittel für andere Zwecke ermöglicht werden.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 – 0

Fax: 030/2 69 31 – 2900

Politik@vdek.com