

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)160(18)

gel. VB zur öAnh am 11.5.2020 –
2. Bevolk.schutzg.
6.5.2020



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2020

**zum Entwurf
eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei
einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite
BT-Drs. 19/18967 vom 05.05.2020**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	6
Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes).....	6
§ 23a – Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten	6
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	8
§ 21 Absatz 8 – Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2.....	8
§ 24 – Überprüfung der Auswirkungen	10
§ 25 – Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen	12
Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	13
§ 20 Absatz 6 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	13
§ 20i – Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung ..	14
§ 67 Absatz 3 – Elektronische Kommunikation	17
§ 79 Absatz 3e – Organe	18
§ 103 Absatz 2 und 4 – Zulassungsbeschränkungen.....	19
§ 115b Abs. 1 Satz 1 – Ambulantes Operieren im Krankenhaus	21
§ 115b Abs. 1a Satz 1 – Ambulantes Operieren im Krankenhaus	22
§ 115b Abs. 1a Satz 3 – Ambulantes Operieren im Krankenhaus	23
§ 219a Absatz 6 – Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland	24
§ 275c Abs. 2 – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	27
§ 275c Abs. 2 – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	30
§ 275d Absatz 3 Satz 3 – Prüfung von Strukturmerkmalen	32
§ 285 Absatz 3a – Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen	34
Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	35
§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen	35
§ 149 – Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung	36
§ 150 Abs. 4 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	41
§ 150 Abs. 5a – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	42
§ 150 Abs. 5b – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	43

§ 150 Abs. 5c – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	45
§ 150 Abs. 5d – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	46
§ 150a – Sonderleistungen während der Coronavirus SARS-COV-2-Pandemie.....	47
Artikel 10 (Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung)	50
§ 3 Absatz 2a – Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.....	50
Artikel 11 (Änderung des Transfusionsgesetzes)	51
§ 12a – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen und zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen	51
Artikel 18 (Änderung zum Transplantationsgesetz)	52
Artikel 20 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten).....	53
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	54
§ 20h Abs. 4 SGB V – Förderung der Selbsthilfe (neu)	54
§ 13 Abs. 3a SGB V – Kostenerstattung.....	55
Gesetzesinitiative zur Stärkung der Beratungskompetenz der Krankenkassen.....	57

I. Vorbemerkung

Repräsentative bevölkerungsmedizinische Testungen auf eine Infektion oder Immunität zur weiteren Abmilderung der mit der Corona-Pandemie verbundenen Folgen werden aus epidemiologischer Sicht von Wissenschaftlern dringend empfohlen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität übernehmen. Ausweislich der Begründung soll die vorgesehene Verordnungsermächtigung dazu dienen, dass die Krankenkassen für ihre Versicherten auch dann entsprechende Testungen übernehmen, wenn keine Symptome für COVID-19 vorhanden sind oder die Tests im Umfeld besonders gefährdeter Personen durchgeführt werden und die Tests damit nicht im Rahmen der individuellen Krankenbehandlung erforderlich werden.

Im Ergebnis würden dadurch der gesetzlichen Krankenversicherung die Übernahme von Kosten auferlegt, die aus gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen und den Aufgabenstellungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erwachsen. Für diese Sichtweise spricht auch die ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (siehe hierzu den Beschluss vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 –, BVerfGE 113, 167–273, Rn. 97 ff.; Beschluss vom 22. Mai 2018 – 1 BvR 1728/12 –, BVerfGE 149, 50–85, Rn. 78 ff.). Danach zeichnen sich Sozialversicherungsbeiträge durch eine strenge grundrechtlich und kompetenzrechtlich begründete Zweckbindung aus. Die Finanzierung von allgemeinen Staatsaufgaben aus Sozialversicherungsbeiträgen ist daher unzulässig. Mittel der Sozialversicherung müssen für Zwecke im Binnensystem der Sozialversicherung verwendet werden. Hieran fehlt es: Denn die vorgesehenen Testungen kommen anders als z.B. Impfungen, von denen in erster Linie der Geimpfte profitiert, der gesamten Bevölkerung zu Gute. So sollen der Begründung zufolge z.B. auch regelmäßig Tests im Umfeld besonders gefährdeter Personen durchgeführt werden können, ohne dass es nach der gesetzlichen Regelung darauf ankommt, ob die gefährdete Person selbst in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. In diesem Sinn werden die vorgesehenen Regelungen auch mit der bevölkerungsmedizinischen Relevanz der Testungen begründet. Der bevölkerungsmedizinische Ansatz wird auch durch die mögliche Übermittlung anonymisierter Daten an das Robert-Koch-Institut bestätigt. Es handelt sich damit um eine allgemeine Maßnahme zur Gefahrenabwehr. Dass Maßnahmen zur Gefahrenabwehr gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen eine allgemeine Staatsaufgabe – und damit auch aus Steuermitteln zu finanzieren sind – wird schließlich auch

dadurch verdeutlicht, dass das Grundgesetz hierfür mit Art. 74 Nr. 19 einen gesonderten Kompetenztitel enthält.

Die im Gesetzentwurf dargestellten finanziellen Auswirkungen mit Mehrausgaben von ca. 60 Mio. EUR je 1 Million zusätzlicher ungebündelter Tests verdeutlichen unter Berücksichtigung der verstärkten Bemühungen der Bundesregierung um Erhöhung der Testkapazitäten auf zuletzt über 820.000 Tests pro Woche sowie der auch mit diesem vorgelegten Gesetzentwurf verbundenen Zielsetzung der Erhöhung der Anzahl der tatsächlich durchgeführten Tests, dass allein diese Regelung Beitragssatzrelevanz für die GKV haben kann. Die repräsentativen bevölkerungsmedizinischen Testungen sind aus epidemiologischer Sicht geboten, die Übertragung der Finanzierungsverantwortung für diese Tests auf die Beitragszahler der GKV wird allerdings entschieden abgelehnt. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe gehört in die Finanzverantwortung der öffentlichen Hand. Sofern mit einer Verordnungsermächtigung des BMG erreicht werden soll, dass die GKV mit ihren Strukturen und Vertragspartnern im Sinne einer Auftragsleistung herangezogen wird, steht die GKV dazu bereit.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland beteiligen sich aktiv an der Eindämmung der Corona-Pandemie. Beim Vorliegen von individuellen Gesundheitsrisiken könnten Krankenkassen auf Grundlage von bereits vorliegenden Daten frühzeitig aktiv und präventiv tätig werden und ihre Versicherten gezielt auf geeignete Gesundheits- und Vorsorgeleistungen zur Verringerung des COVID 19-Risikos hinweisen. Die Stellungnahme beinhaltet daher im Ergänzenden Änderungsbedarf einen Vorschlag zur Stärkung der Beratungskompetenz der Krankenkassen, der den mit dem Digitale-Versorgungsgesetz bereits gesetzlich ermöglichten Rahmen sinnvoll weiterentwickelt.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen wesentlichen Punkten des Entwurfes im Detail Stellung.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Nr. 15

§ 23a – Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Änderung in § 23a soll es Gesundheitseinrichtungen zur Erfüllung der Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 künftig ermöglicht werden, nicht nur Daten ihres Personals zum Impf- und Serostatus in Bezug auf impfpräventable Erkrankungen zu verarbeiten, sondern auch dann, wenn es sich – wie bei Covid-19 – nicht um eine impfpräventable Erkrankung handelt.

B) Stellungnahme

Im Fall von SARS-CoV-2 scheint es sinnvoll, den Einsatz von Personal in Gesundheitseinrichtungen so zu planen, dass in der Betreuung Covid-19-erkrankter Personen bevorzugt Personal eingesetzt wird, das aufgrund selbst durchgemachter Erkrankung bereits eine Immunität gegen das Virus aufweist.

Die vorgesehene Formulierung ermöglicht es Arbeitgebern aber auch, Daten zum Serostatus bei anderen übertragbaren Erkrankungen zu erheben. Dies scheint als Reaktion auf die SARS-CoV-2 Pandemie sehr weitgehend. Es sollte erwogen werden, die Regelung spezifischer an die Erfassung und Verarbeitung des Serostatus von epidemischen Erkrankungen nationaler Tragweite anzupassen.

Da nicht in jedem Fall Einigkeit besteht, wann eine Ansteckungsgefahr mit hinreichender Sicherheit nicht mehr gegeben ist, könnten sich aus der vorgeschlagenen Regelung langwierige Rechtsstreitigkeiten ergeben, die Betroffene unbotmäßig belasten.

Wir gehen davon aus, dass der bisherige Satz 2, der die Geltung der allgemeinen Bestimmungen des Datenschutzrechts klarstellt, auch in der vorgesehenen Neufassung erhalten bleibt.

C) Änderungsvorschlag

Anstelle der vorgesehenen Änderung in § 23a Satz 1 werden nach den Wörtern „Krankheiten, die durch Schutzimpfung verhütet werden können,“ die Wörter „und epidemische Krankheiten

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2020
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage
von nationaler Tragweite
Seite 7 von 58

von nationaler Tragweite, bei denen infektionsepidemiologische Konsequenzen für den Personaleinsatz abzuleiten sind“ ergänzt.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 21 Absatz 8 – Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neureglung legt fest, dass anstelle des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) künftig das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zeitnah über die aus Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abgeflossenen Gelder informiert wird. Das BMG wird verpflichtet, seinerseits das BMF wöchentlich über die abgeflossenen Mittel zu informieren. Im Unterschied zum geltenden Recht werden die Meldefristen deutlich verkürzt, so dass eine Erstattung der vorfinanzierten Mittel durch den Bund künftig wöchentlich statt monatlich erfolgen kann.

B) Stellungnahme

Die Beschleunigung des Informationsflusses vom BAS – via BMG – zum BMF zielt darauf ab, den Zeitraum zwischen der Auszahlung der Ausgleichszahlungen durch den Gesundheitsfonds und der Rückerstattung aus Bundesmitteln zu verkürzen. Dies ist zu begrüßen.

Die Verfahrensbeschleunigung ändert jedoch nicht grundlegend etwas daran, dass die – künftig verkürzte – Phase der Vorfinanzierung der Zahlungen an die Länder zu Lasten der bisherigen, zeitnahen Weiterleitung der Einnahmen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen geht. Insofern erfolgt die Vorfinanzierung der Ausgleichszahlen des Fiskus auf Kosten der Liquidität der Krankenkassen, die ihrerseits ausgabenseitig verpflichtet wurden, Krankenhausrechnungen ohne Prüfung und mit auf fünf Tage verkürzter Fälligkeit zu zahlen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kommt es insoweit zu einer doppelten Liquiditätsverbesserung auf Seiten der Krankenhäuser, deren Notwendigkeit zu hinterfragen ist. Jedenfalls sollte die Liquiditätsverbesserung der Krankenhäuser nicht die Zahlungsfähigkeit der Krankenkassen gefährden. Damit wäre nichts gewonnen. Damit fällige Rechnungen von den Krankenkassen auch in der Corona-Krise weiterhin fristgerecht gezahlt werden können, sollte die Vorfinanzierung von Ausgleichszahlungen zu Lasten der Krankenkassen beendet werden, d. h. das BAS sollte die Ausgleichszahlungen erst nach Eingang der vom Bund bereitgestellten Mittel vornehmen. Zugleich sollte im Sinne der ausgleichsberechtigten Krankenhäuser ein möglichst

schneller Meldeprozess und die möglichst zeitnahe Bereitstellung der vom Bund zugesagten Mittel sichergestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Entsprechend der Darlegungen unter B) schlägt der GKV-Spitzenverband eine Anpassung des Zahlungsprozesses dergestalt vor, dass mit jeweils möglichst kurzen Fristvorgaben

- die Krankenhäuser ihre Beträge an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übermitteln,
- die Landesbehörden die gemeldeten Beträge aufsummieren und unverzüglich an das BAS melden,
- die Landesbehörden zeitgleich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie den GKV-Spitzenverband über die gemeldeten Beträge sowie der Herleitung zugrundeliegenden Kennzahlen informieren,
- das BAS – via BMG – dem BMF die Höhe der an die Länder zu überweisenden Beträge mitteilt,
- das BMF dem BAS die Bundesmittel zur unmittelbaren Weiterleitung an die jeweiligen Landesbehörden anweist und
- das jeweilige Land sodann die entsprechenden Teilbeträge an die Krankenhäuser auskehrt und
- das Land die an die Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgezahlten Gelder in einem datenschutzkonformen Differenzierungsgrad veröffentlicht.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 24 – Überprüfung der Auswirkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhäuser werden zu zwei ergänzenden Datenlieferungen an das InEK verpflichtet. Die zu übermittelnden Behandlungsdaten sollen die empirische Grundlage für die Analyse der Auswirkungen mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen bilden. Die zusätzlichen Datenübermittlungen erfolgen bis zum 15. Juni bzw. bis zum 15. Oktober 2020 und umfassen die Behandlungs- und Abrechnungsdaten der bis zum 31. Mai bzw. 30. September entlassenen Patienten.

Krankenhäuser, die ihrer Datenlieferverpflichtung nicht oder nur unvollständig nachkommen, werden mit einer Sanktion von 10 Euro je nicht gelieferten Datensatz bzw. mindestens 20.000 Euro belegt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Regelung. Aktuell liegen lediglich für die Kapazität der Intensivstationen umfassende Informationen vor. Für die Bewertung der Maßnahmen ist jedoch auch die Belegung der übrigen Fachabteilungen von grundlegender Bedeutung. Mit der Übermittlung auf Basis der etablierten Datenlieferung an das InEK wird eine einfache und zuverlässige Erhebungsmethodik gewählt, die für die Krankenhäuser keinerlei Probleme verursachen wird. Die Daten liegen alle in den Krankenhausinformationssystemen vor und können zeitnah übermittelt werden. Unverständlich ist jedoch, aus welchem Grund auf eine Übermittlung der Informationen an die Selbstverwaltungspartner verzichtet wurde. Es fehlt ebenfalls eine Veröffentlichungspflicht zur Information der Öffentlichkeit. In der aktuellen Pandemiesituation ist es von wesentlicher Bedeutung, dass auch die Öffentlichkeit umfassend und transparent über die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser informiert wird. Gute Beispiele für eine transparente Berichterstattung sind hier das DIVI-Intensivregister oder auch die Veröffentlichungen zur Pandemie durch das RKI. Der GKV-Spitzenverband vertritt die Auffassung, dass auch die in diesem Rahmen gesammelten Daten der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden müssen. Zusätzlich ist es notwendig, dass sowohl im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme als auch als Datenbasis für die Beratungen im Beirat nach § 24 KHG die neu gesammelten Informationen auch an die Selbstverwaltungspartner übermittelt werden. Aus diesem Grund ist in der Regelung eine Datenübermittlungsverpflichtung an die Selbstverwaltungspartner aufzunehmen.

Die ebenfalls neu aufgenommene Sanktionsregelung ist nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes notwendig und sachgerecht. Allerdings sind aufgrund des pandemiebedingten Fallzahlrückgangs erhebliche Probleme bei der Berechnung der Sollfallzahl zu erwarten. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes ist es deshalb unabdingbar, dass die an das InEK übermittelten Daten auch die Zahlungen nach § 22 Absatz 2 KHG (Ausgleichszahlungen aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2) umfasst.

C) Änderungsvorschlag

In § 24 Absatz 2 wird in Satz 1 wie folgt gefasst:

„Für eine Überprüfung nach Absatz 1 auf empirischer Datengrundlage übermitteln die zugelassenen Krankenhäuser an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf maschinenlesbaren Datenträgern bis zum 15. Juni 2020 die Daten gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 31. Mai 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind; bis zum 15. Oktober 2020 erfolgt eine entsprechende Datenübermittlung für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 30. September 2020 nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, sowie die nach § 21 Absatz 2 pro Kalendertag erhaltenen Ausgleichszahlungen.“

In § 24 Absatz 2 werden die folgende Sätze neu angefügt.

„Das InEK prüft die Daten auf Plausibilität und übermittelt die Daten nach Absatz 3 Nr. 1 jeweils zum 30. Juni und 30. Oktober an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die übermittelten Daten können zur Analyse der Auswirkungen der Regelungen in den §§ 21 bis 23 auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verwendet werden. Das InEK veröffentlicht zur Information der Öffentlichkeit regionalisierte Auswertungen zur Belegungsentwicklung der Krankenhäuser in einem datenschutzkonformen Differenzierungsgrad.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 25 – Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ein Krankenhaus, das zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 Patientinnen und Patienten, die mit SARS-CoV-2 infiziert (inklusive Verdachtsfälle) sind, behandelt, wird von der Prüfung bestimmter Mindestmerkmale von Komplexkodes für diesen Zeitraum ausgenommen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bestimmt, welche Mindestmerkmale von der Prüfung ausgenommen sind und veröffentlicht sie auf seiner Internetseite als Liste. Diese Liste wird zunächst vom DIMDI, ab dem 26.05.2020 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aktualisiert und veröffentlicht.

Diese Regelung kann per Rechtsverordnung um sechs Monate verlängert werden.

B) Stellungnahme

Eine Ausnahme von der Prüfung bestimmter Mindestmerkmale von OPS Komplexkodes ist vor dem Hintergrund der starken Auslastung durch die COVID 19 Pandemie nachvollziehbar und verständlich. Insbesondere bestimmte Vorgaben zur Personalvorhaltung auf betroffenen Intensivstationen sind derzeit faktisch nicht prüfbar.

Personalmindestanforderungen, wie zum Beispiel das Vorhandensein eines Intensivmediziners auf einer Intensivstation, dürfen jedoch nicht auf Dauer ungeprüft bleiben, um die Patientensicherheit nicht zu gefährden. Die Personalvorgaben in OPS-Komplexkodes stellen auch einen Schutz des Personals vor einer hausinternen Personalumschichtung zur Erlössteigerung dar. Deswegen sollte jede Verlängerung der Ausnahme von der Prüfung von Mindestmerkmalen nur bei weiterer klar nachvollziehbarer Extrembelastung erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 Absatz 6 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anwendung des Richtwerts für die Ausgaben der Krankenkassen für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung (§§20 und 20a bis 20c SGB V) und der verpflichtenden Mindestwerte für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§20a SGB V) und die betriebliche Gesundheitsförderung (§20b SGB V) sollen für das Jahr 2020 ausgesetzt werden; im Jahr 2019 nicht ausgegebene Mittel für Leistungen nach § 20a sind von den Krankenkassen nicht für Leistungen im Jahr 2020 zur Verfügung zu stellen. Aufgrund der zur Eindämmung der Pandemie vereinbarten Maßnahmen können Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden. Die Regelung soll den Krankenkassen die Verwendung dieser Mittel für andere Zwecke ermöglichen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der Schließung von Bildungs- und zivilgesellschaftlichen Einrichtungen und der alle Lebensbereiche betreffenden Einschränkungen können die Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung auf absehbare Zeit nicht oder nur stark eingeschränkt erbracht werden. Die vorgesehene Aussetzung der Anwendung der Richt- und Mindestwerte ist sachgerecht und ermöglicht eine bedarfsbezogene Verausgabung der Mittel.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstaben a) und b)

§ 20i – Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) soll ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass die Krankenkassen für ihre Versicherten die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität im Hinblick auf eine bestimmte übertragbare Krankheit übernehmen. Insoweit sollen die Versicherten einen Anspruch auf diese Leistungen für diese Maßnahmen haben. In der Rechtsverordnung können auch Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut getroffen werden.

B) Stellungnahme

Ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf soll die vorgesehene Verordnungsermächtigung des BMG dazu dienen, dass die Krankenkassen – im Falle der Umsetzung der Verordnungsermächtigung durch das BMG – für ihre Versicherten auch dann entsprechende Testungen übernehmen, wenn keine Symptome für COVID-19 vorhanden sind oder die Tests im Umfeld besonders gefährdeter Personen durchgeführt werden und die Tests damit nicht im Rahmen der individuellen Krankenbehandlung erforderlich werden. Mit diesem Ansatz soll einer verbreiteten Forderung der Wissenschaft nach repräsentativen bevölkerungsmedizinischen Tests nachgekommen werden. Diese vorgesehenen Regelungen und konkretisierenden Ausführungen zu einem möglichen Inhalt der Verordnung in der Gesetzesbegründung verdeutlichen, dass der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Falle der Umsetzung der Verordnungsermächtigung – systemwidrig und unzulässig – die Übernahme von Kosten auferlegt würde, die aus bevölkerungsmedizinischen und damit gesamtgesellschaftlich relevanten Herausforderungen und den Aufgabenstellungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erwachsen.

Für diese Sichtweise spricht auch die ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (siehe Beschluss vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 –, BVerfGE 113, 167–273, Rn. 97 ff.; Beschluss vom 22. Mai 2018 – 1 BvR 1728/12 –, BVerfGE 149, 50–85, Rn. 78 ff.). Danach zeichnen sich Sozialversicherungsbeiträge durch eine strenge grundrechtlich und kompetenzrechtlich begründete Zweckbindung aus. Die Finanzierung von allgemeinen Staatsaufgaben aus Sozialversicherungsbeiträgen ist daher unzulässig. Mittel der Sozialversicherung müssen für Zwecke im Binnensystem der Sozialversicherung verwendet werden. Hieran fehlt

es: Denn die vorgesehenen Testungen kommen anders als z.B. Impfungen, von denen in erster Linie die Geimpften profitieren, der gesamten Bevölkerung zu Gute. So sollen der Begründung zufolge z.B. auch regelmäßig Tests im Umfeld besonders gefährdeter Personen durchgeführt werden können, ohne dass es nach der gesetzlichen Regelung darauf ankommt, ob die gefährdete Person selbst in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. In diesem Sinn werden die vorgesehenen Regelungen als bevölkerungsmedizinisch relevant eingestuft, was auch durch die mögliche Übermittlung anonymisierter Daten an das RKI bestätigt wird. Es handelt sich damit nach unserer Auffassung um eine allgemeine Maßnahme zur Gefahrenabwehr. Dass Maßnahmen zur Gefahrenabwehr gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen eine allgemeine Staatsaufgabe – und damit auch aus Steuermitteln zu finanzieren – sind, wird schließlich auch dadurch verdeutlicht, dass das Grundgesetz hierfür mit Art. 74 Nr. 19 einen gesonderten Kompetenztitel enthält.

Die im Gesetzentwurf dargestellten finanziellen Auswirkungen mit Mehrausgaben von ca. 60 Mio. EUR je 1 Million zusätzlicher ungebündelter Tests verdeutlichen unter Berücksichtigung der verstärkten Bemühungen der Bundesregierung um Erhöhung der Testkapazitäten auf zuletzt über 820.000 Tests pro Woche sowie der auch mit diesem vorgelegten Gesetzentwurf verbundenen Zielsetzung der Erhöhung der Anzahl der tatsächlich durchgeführten Tests, dass allein diese Regelung Beitragssatzrelevanz für die GKV haben kann. Die Übertragung dieser Finanzierungsverantwortung für die Testungen und die damit verbundenen personellen und sächlichen Aufwendungen auf die Beitragszahler der GKV wird abgelehnt. Insbesondere die Tests auf Immunität stellen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Dies ist auch der Fall bei Tests, wenn diese ohne Symptome, also aus rein epidemiologischen Gründen, erfolgen.

Sofern mit einer Verordnungsermächtigung des BMG erreicht werden soll, dass die GKV mit ihren Strukturen und Vertragspartnern auch in Bezug auf bestimmte als notwendig erachtete Testungen zur Bewältigung der gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen der Coronavirus-Pandemie im Sinne einer Auftragsleistung herangezogen wird, steht die GKV dazu bereit. Deutschland ist u. a. durch die frühzeitige Einführung des Virustests in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung schon zum 1. Februar dieses Jahres und durch den schnellen Ausbau der Kapazitäten in den vertragsärztlichen Laboren in die Lage versetzt worden, jetzt die stufenweise Rückkehr zum normalen Wirtschaftsleben zu ermöglichen.

Konkret bietet sich ein Verfahren im Sinne einer Auftragsleistung an, anhand dessen die Abrechnung auch von Tests, die nicht in den Leistungsbereich der GKV fallen, über das KV-System ausgestaltet wird. Durch eine eindeutige Fallkennzeichnung kann so die Erbringung /

Abrechnung deutlich vereinfacht werden und gleichzeitig die Kostenzuordnung zum zuständigen Kostenträger erfolgen. Somit erfolgt die Leistungserbringung anhand etablierter vertragsärztlicher Strukturen und die Finanzierung wird sachgerecht sichergestellt ohne neue Strukturen aufbauen zu müssen. Sofern alternativ eine Abrechnung über die GKV vorgesehen würde, müsste eine Finanzierung über eine aufwandsentsprechende Anpassung der Beteiligung des Bundes nach § 221 SGB V sichergestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene gesetzliche Änderung wird abgelehnt, da damit eine Finanzierung von Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Beitragszahler der GKV beabsichtigt ist.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 67 Absatz 3 – Elektronische Kommunikation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass Krankenkassen und ihre Verbände im Rahmen von Pilotprojekten Verfahren zur elektronischen Verordnung und Abrechnung von Leistungen nach § 33a einrichten dürfen, bei denen eine bestehende Schriftform durch die Textform ersetzt wird. Diese Pilotverfahren sind für die Dauer von bis zu zwei Jahren, längstens jedoch bis zum Vorliegen geeigneter Dienste der Telematikinfrastruktur befristet. Ferner müssen diese Verfahren den Anforderungen an die Richtlinie zu Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme nach § 217f Absatz 4b SGB V entsprechen. Im Rahmen der Verfahren nach Satz 1 dürfen die Krankenkassen nicht in die ärztliche Therapiefreiheit eingreifen oder die Wahlfreiheit der Versicherten beschränken. Des Weiteren wird geregelt, dass für die Übermittlung elektronischer Verordnungen von Leistungen nach § 33a die Dienste der Telematikinfrastruktur zu verwenden sind, sobald diese zur Verfügung stehen.

B) Stellungnahme

Der neue Absatz 3 in § 67 eröffnet den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit, im Rahmen von befristeten Pilotvorhaben neue Verfahren zu testen. Es wird klargestellt, dass es sich hierbei ausschließlich um eine Öffnung im Rahmen von Pilotprojekten handelt. Sobald geeignete Dienste der Telematikinfrastruktur zur Übermittlung elektronischer Verordnungen von Leistungen nach § 33a vorliegen, sind diese anzuwenden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 79 Absatz 3e – Organe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass die Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen dürfen. Zudem können erforderliche Beratungen auch per Online- und Videokonferenz erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt der aktuellen Situation im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Rechnung und wird begrüßt.

Für dringende Beschlüsse muss es auch den Vertreterversammlungen möglich sein, diese schriftlich ohne Sitzung zu fassen, solange Präsenzsitzungen aufgrund der Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nicht stattfinden können.

Die Regelung ist sachgerecht und ermöglicht es den Selbstverwaltungsorganen abweichend von den ansonsten vorgesehenen Wegen zur Beratung und Beschlussfassung im Zusammenhang mit den Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 rechtssichere Entscheidungen zu treffen. Eine solche Regelung ist zwingend auch für die Zulassungsausschüsse und Berufungsausschüsse der Ärzte und Zahnärzte vorzusehen sowie für die Beschwerdeausschüsse der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 96 Absatz 2a wird der folgende Absatz eingefügt:

„(2b) § 64 Absatz 3a des Vierten Buches gilt für Beschlüsse der Zulassungsausschüsse gemäß Absatz 1 entsprechend.“

In § 97 Absatz 2 Satz 4 wird nach den Worten „und 7“ eingefügt „Absatz 2b“ eingefügt.

In § 106 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„§ 64 Absatz 3a des Vierten Buches gilt für Beschlüsse des Beschwerdeausschusses entsprechend.“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 103 Absatz 2 und 4 – Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) § 103 Absatz 2 wird wie folgt geändert
 - aa) Künftig ist die Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten arztgruppenbezogen festzulegen.
 - bb) Es wird klargestellt, dass die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten an das nach Satz 4 bestimmte Teilgebiet gebunden sind.
- b) In Absatz 4 Satz 2 wird geregelt, dass die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten von den Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich auszuschreiben sind.

B) Stellungnahme

Gemäß § 103 Absatz 2 Satz 4 können die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches bestimmen, die auf ihren Antrag für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von etwaigen Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Nach der bisherigen Regelung wäre dies mit der Rechtsfolge verbunden gewesen, dass die Zulassungsbeschränkungen für die betreffenden Arztgruppen in den Teilgebieten vollständig aufgehoben worden wären. Entsprechend hätte jeder niederlassungswillige Arzt auch eine Zulassung erhalten müssen ohne, dass die Anzahl der zusätzlichen Arztsitze hätte begrenzt werden können. Dies hätte die bestehenden Allokationsprobleme deutlich verstärken können. Insbesondere durch die Öffnung von Teilgebieten in attraktiven städtischen Regionen, waren Sogwirkungen zu befürchten, die Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen weiter hätten verstärken können. Die Abweichungsmöglichkeiten der Länder werden nach wie vor grundsätzlich abgelehnt. Es handelt sich um ein Instrument zur Schaffung zusätzlicher Arztsitze in überversorgten Regionen und überantwortet die Bewertung der Versorgungssituation vor Ort teilweise politisch motivierten Entscheidungen der Länder. Dies widerspricht dem Selbstverwaltungsprinzip und unterläuft die Regelungen der Bedarfsplanung und des Zulassungsrechts zur vertragsärztlichen Angebotssteuerung. Ungeachtet der grundsätzlichen Kritik, werden die aktuellen Änderungen begrüßt, da sie die zu erwartenden negative Auswirkung auf die Versorgung abmildern.

- a) Die Änderungen entsprechen Vorschlägen des Bundesrates.
 - aa) Nach der bisherigen Regelung tritt bei Entfall der Zulassungsbeschränkungen auf Antrag der Landesbehörden eine unbeschränkte Niederlassungsfreiheit in den von den Landesbehörden bestimmten Teilgebieten sowie Arztgruppen und Fachrichtungen ein. Mit der Änderung wird der Umfang der zusätzlichen Zulassungen begrenzt. Die Regelung wird begrüßt.
 - bb) Es wird klargestellt, dass die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten dauerhaft an das Teilgebiet gebunden sind, für das die Landesbehörde die Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen beantragt. Ausgeschlossen wird damit die Verlegung des Praxissitzes in ein anderes Gebiet. Sitzverlegungen sind lediglich innerhalb des festgelegten Teilgebietes möglich. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

- b) Durch die Regelung werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, neue Niederlassungsmöglichkeiten in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten aufgrund der Festlegungen der Landesbehörden unverzüglich auszuschreiben und eine Bewerberliste zu erstellen. Infolge der nunmehr vorgesehenen Festlegung der Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten durch die Landesbehörden ist die Regelung sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11) Buchstabe a)

§ 115b Abs. 1 Satz 1 – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband hatten in einem gemeinsamen Schreiben das Bundesministerium für Gesundheit um eine Fristverschiebung für die Einleitung des Vergabeverfahrens für das Gutachten zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen auf den 30. Juni 2020 gebeten. Als Folgeänderung dieser Fristverschiebung für die Einleitung des Vergabeverfahrens für das Gutachten auf den 30. Juni 2020 in Absatz 1a wird mit dieser Regelung auch die Frist für die Vereinbarung des Katalogs und der einheitlichen Vergütung auf den 31. Januar 2022 angepasst.

B) Stellungnahme

Die Fristverschiebung ist sachgerecht und wird begrüßt. Durch die Verlängerung der Frist für die Vereinbarung des Katalogs und der Vergütung um sieben Monate wird nunmehr auch die erforderliche Mindestverfahrensdauer für ein Vergabeverfahren mit Teilnahmewettbewerb berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11) Buchstabe b) aa)

§ 115b Abs. 1a Satz 1 – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Frist zur Beauftragung des Gutachtens zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen bis zum 31. März 2020 wird aufgrund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie und der sich daraus ergebenden Einschränkungen und Belastungen angepasst. Neu geregelt wird, dass bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens einzuleiten ist.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der Frist ist sachgerecht. Die Neuformulierung korrigiert erfreulicherweise zudem die bisherige Formulierung, die statt auf die Einleitung des Ausschreibungsverfahrens auf eine Auftragsvergabe bis zum 31. März 2020 zielte, was nicht mit dem gültigen Vergaberecht vereinbar war.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11) Buchstabe b) bb)

§ 115b Abs. 1a Satz 3 – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung einer Inhaltsfestlegung des Gutachtens zum Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen durch das sektorübergreifende Schiedsgremium gem. §89a SGB V, sofern eine Beauftragung des Gutachtens nicht bis zum 31. März 2020 erfolgt ist, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist obsolet, da die Inhaltsfestlegung des Gutachtens inzwischen durch Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband erfolgt ist und eine fristgemäße Einleitung der Ausschreibung zum 30.06.2020 sichergestellt ist. Die Streichung ist daher sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 219a Absatz 6 – Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

A) Beabsichtigte Neuregelung

15. Nach § 219a Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Auf Personen nach Artikel 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2019/1149 (ABl. L 186 vom 11.7.2019, S 21) geändert worden ist, denen in dem Wohnmitgliedstaat eine Behandlung wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres aktuellen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann und die auf Grund einer Absprache zwischen einem Land oder dem Bund und einem Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland in einem zugelassenen Krankenhaus behandelt werden, findet das Verfahren nach den Artikeln 20, 27 und 30 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 und Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2017/492 (ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13) geändert worden ist, mit folgenden Maßgaben Anwendung:

1. Die an der Absprache Beteiligten können auf die Genehmigung nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 verzichten.
2. Der Bund übernimmt die Behandlungskosten.
3. Die Verbindungsstelle führt die Kostenabrechnung abweichend von Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 gegenüber dem Bund durch.

Dies gilt für alle Behandlungen, die bis zum 30. September 2020 begonnen werden.“

B) Stellungnahme

Die Regelung des § 219a Absatz 6 SGB V sollte insbesondere in Bezug auf die Absprachen zwischen einem Land oder dem Bund nicht nur für die Mitgliedstaaten der Europäischen

Union und das Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland gelten, sondern auch für die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und die Schweiz.

Die Artikel 20, 27 und 30 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 und Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 sollen mit der Maßgabe Anwendung finden, dass die an der Absprache Beteiligten auf die Genehmigung nach Artikel 20 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Verbindung mit Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 verzichten können.

Die Möglichkeit, dass die an der Absprache Beteiligten auf die Genehmigung verzichten können, macht es erforderlich, dass eine Festlegung des Verfahrens zwischen den Krankenhäusern, den Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgt für den Fall, dass auf die Genehmigung verzichtet wird. Es muss bestimmt werden, wie die Krankenkassen prüfen können, ob ein Patient aufgrund einer Absprache nach Deutschland verlegt wurde. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird erneut darauf hingewiesen, dass es von essenzieller Bedeutung ist, dass die Krankenhäuser die Abrechnungsfälle kennzeichnen, damit die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland die Endabrechnung gegenüber dem Bund vornehmen kann. Eine praxistaugliche Verfahrensweise ist zwischen den beteiligten Akteuren abzustimmen, um eine Vermischung mit sonstigen grenzüberschreitenden Sachverhalten, die unter den Anwendungsbereich der Koordinierungsverordnungen fallen, auszuschließen.

Unabhängig davon, ob von den Beteiligten der Absprache auf die Genehmigung verzichtet wird, sollte das Bundesministerium für Gesundheit über die Länder und Landeskrankengesellschaften dem GKV-Spitzenverband, DVKA eine Liste der Patienten zur Verfügung stellen, die von den Absprachen zwischen den Ländern oder dem Bund und den zuständigen Mitgliedstaaten, den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland erfasst sind. Die Kostenerstattung zwischen Bund und GKV-Spitzenverband, DVKA sollte zeitnah erfolgen.

Die in dem Vorschlag erwähnten Artikel der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sind zu präzisieren, um spätere Unklarheiten zu vermeiden. Die vorgeschlagene Änderung trägt somit zu einer möglichst reibungslosen Umsetzung bei.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass die Ergänzung des § 219a Absatz 6 SGB V lediglich die Übernahme der Behandlungskosten durch den Bund vorsieht. Regelungslücken könnten ggf. bei den Transportkosten (inkl. ggf. Rücküberführung von verstorbenen Patienten)

entstehen, soweit diese nicht nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Träger abrechenbar sind.

C) Änderungsbedarf

[...] und die auf Grund einer Absprache zwischen einem und einem Mitgliedstaaten der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, der Schweiz [...], findet das Verfahren nach Artikel 20, 27 Absatz 2 und 35 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 29.4.2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Verbindung mit Artikel 26 und Titel IV der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.9.2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 284 vom 30.10.2009), S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2017/492 (ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13) geändert worden ist, mit folgenden Maßgaben Anwendung:

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 a) und c)

§ 275c Abs. 2 – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Entlastung der Krankenhäuser bei der Bewältigung der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie soll die Einführung des Prüfquotensystems um ein Jahr auf das Jahr 2022 verschoben werden. Es erfolgt die Festlegung einer maximal zulässigen Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent je Quartal im Jahr 2021.

B) Stellungnahme

Die um ein Jahr verlagerte Einführung des Prüfquotensystems wird begrüßt, da die Einführung des Prüfquotensystems eine zuverlässige Statistik für die Einstufung der Krankenhäuser in Prüfquoten anhand ihrer Abrechnungsgüte voraussetzt. Infolge der aktuellen Gegebenheiten wird diese Voraussetzung im Jahr 2020 nicht gegeben sein, eine späterer Einstieg ist daher angezeigt. In Verbindung damit soll die Festlegung einer max. zulässigen Prüfquote von 12,5 % erfolgen. Folgerichtig ist die Höhe der maximal zulässigen Prüfquote von 12,5 % für 2021, wenn allein unter dem Aspekt der verlagerten Einführung des Prüfquotensystems eine Festlegung getroffen wird. Werden jedoch weitere Aspekte – wie bspw. der Wegfall von Anreizen für korrektes Abrechnen (keine Aufschläge für fehlerhafte Rechnungen in den Jahre 2020/2021) – berücksichtigt, sollte eine höhere Prüfquote in Erwägung gezogen werden.

Änderungsbedarf besteht aufgrund der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie für Fristen bei weiteren Regelungen aus dem MDK-Reformgesetz, die eng mit dem Prüfverfahren verknüpft sind. Die derzeitige Lage geht u. a. mit der Verschiebung planbarer Krankenhausleistungen, rückläufigen Abrechnungen und Verzögerungen in den Prüfverfahren einher. Es kann somit weder von zuverlässigen Datenlieferungen, noch von verwertbaren Auswertungen ausgegangen werden. Dabei löst auch die rückwirkende Änderung der maximal zulässigen Prüfquote von 12,5 % auf 5 % im Jahr 2020 durch das COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz Aufwände bei den Krankenkassen für die Rücknahme von im 1. Quartal 2020 bereits eingeleiteten Abrechnungsprüfungen aus und führt zu Verwerfungen bei der Datenerhebung. Eine Veröffentlichung von Parametern zur Abrechnungsprüfung ist unter diesen Umständen im Jahr 2020 wenig zielführend. Sinnvoll ist daher eine – ebenfalls um ein Jahr versetzte – Veröffentlichung von Datenauswertungen gemäß § 275c Abs. 4 SGB V und § 17 Abs. 6 KHG ab dem Jahr 2021. Dementsprechend sollte in logischer Konsequenz auch die

Erstellung und Veröffentlichung des Berichts über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung gemäß § 17c Abs. 7 Satz 1 KHG erst zum 30.06.2024 statt zum 30.06.2023 erfolgen.

Für die Vereinbarung des Verfahrens zur einzelfallbezogenen Erörterung gemäß § 17c Abs. 2 Satz 5 KHG wird eine um 6 Monate verlängerte Frist bis zum 31.12.2020 als notwendig erachtet. Für die Erstellung gemeinsamer Umsetzungshinweise gemäß § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG wird ein Zeitraum bis zum 31.12.2021 erforderlich sein. Die ausschließlich elektronische Unterlagenübermittlung zwischen MD und Krankenhäusern gemäß § 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHG wird sich verpflichtend frühestens ab dem 01.01.2022 umsetzen lassen.

DKG und GKV-Spitzenverband haben am 02.04.2020 eine Ergänzungsvereinbarung zum Prüfverfahren geschlossen, um durch Fristverlängerungen Entlastungen der Beteiligten vor Ort zu erreichen. Diese Fristverlängerungen bewirken jedoch nicht nur Verzerrungen in den Daten bzw. Auswertungen, sondern führen perspektivisch auch zu Problemen hinsichtlich der Verjährungsfrist. Um hier entgegenzuwirken, sollte eine vorübergehende Anhebung der Verjährungsfrist vorgenommen werden.

Als Begrenzung der Abrechnungsprüfungen in Krankenhäusern wurden bereits mit dem MDK-Reformgesetz maximale Prüfquoten eingeführt. Das Erfordernis, die Aufwandspauschalen gemäß § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V zu Lasten der Krankenkassen beizubehalten, erschloss sich bereits in der zurückliegenden Gesetzgebung nicht. Die Aussetzung der Aufschläge für fehlerhafte Abrechnungen in den Jahren 2020/2021 wirft diese Fragestellung erneut und verstärkt auf. Eine adäquate, mindestens zweijährige Aussetzung der Aufwandspauschale sollte gesetzlich geregelt werden, da eine quasi doppelte Reglementierung der Prüfungen nicht nachvollziehbar ist. Zudem ist für die – aufgrund der rückwirkenden Reduzierung der maximal zulässigen Prüfquote in 2020 auf 5% – notwendig gewordenen Stornierungen im 1. Quartal 2020 bereits eingeleiteter Prüfungen die Aufwandspauschale auszuschließen. Die DKG und der GKV-Spitzenverband haben diesen Ausschluss in ihren Gemeinsamen Hinweisen zur Ergänzungsvereinbarung zum Prüfverfahren vom 02.04.2020 formuliert. Um Rechtssicherheit zu gewährleisten ist jedoch eine gesetzliche Regelung erforderlich.

Die derzeit für das Kalenderjahr 2020 geltende maximal zulässige Prüfquote von 5% wurde aufgrund der Corona-Krise gesetzlich vorgegeben. Es sollte unterjährig eine Überprüfung durch den Gesetzgeber erfolgen, ob in Abhängigkeit von der tatsächlichen Belastung der Krankenhäuser eine Anpassung der Prüfquote vorgenommen kann.

C) Änderungsvorschlag

Zu a) und c) direkt kein Änderungsvorschlag, jedoch resultierend aus den weiteren Bedarfen folgende Änderungsvorschläge für Fristverlängerungen und inhaltliche Anpassungen:

- Veröffentlichung von Datenauswertungen gemäß § 275c Abs. 4 SGB V und § 17 Abs. 6 KHG ab dem Jahr 2021
- Erstellung und Veröffentlichung des Berichts über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung gemäß § 17c Abs. 7 Satz 1 KHG zum 30.06.2024
- Vereinbarung des Verfahrens zur einzelfallbezogenen Erörterung gemäß § 17c Abs. 2 Satz 5 KHG bis zum 31.12.2020
- Erstellung gemeinsamer Umsetzungshinweise gemäß § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG bis zum 31.12.2021
- Ausschließlich elektronische Unterlagenübermittlung zwischen MD und Krankenhäusern gemäß § 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHG frühestens ab dem 01.01.2022
- Übergangsweise Anhebung der Verjährungsfrist gemäß § 109 Abs. 5 SGB V von 2 auf 4 Jahre
- Ausschluss der Aufwandspauschale gemäß § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V für Stornierungen von bereits eingeleiteten Prüfungen im 1. Quartal 2020 infolge des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes
- Streichung der Aufwandspauschale gemäß § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V für mindestens 2 Jahre

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 b)

§ 275c Abs. 2 – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuordnung von Rechnungen zu einem Quartal soll nach dem Rechnungseingangsdatum bei der Krankenkasse vorgenommen werden und nicht wie bislang vorgesehen nach dem Rechnungsdatum.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der gesetzlichen Regelung wird begrüßt. Durch die bisherige Regelung bestand das Risiko, dass zeitversetzt bei den Krankenkassen eingehende Rechnungen keinen Eingang in die statistische Erhebung finden. Mit der nun vorgesehenen Änderung wird das Risiko beseitigt.

Es besteht weiterer Anpassungsbedarf in diversen gesetzlichen Regelungen, bei denen Lieferverpflichtungen und Zeitpunkte für Datenlieferungen sowie Auswertungen/Veröffentlichungen nicht passfähig sind. Dies betrifft u.a. für die Jahresstatistiken die Aufschläge auf fehlerhafte Rechnungen und die Strukturprüfungen. Über die Aufschläge auf fehlerhafte Rechnungen kann erst im Jahr 2023 (über das Jahr 2022) berichtet werden. Bei den Strukturprüfungen kann aufgrund der späteren Durchführung ebenfalls erst später berichtet werden. Für die Strukturprüfungen sollte zudem eine Lieferverpflichtung durch den MD Bund oder die Medizinischen Dienste aufgenommen werden, weil eine Lieferverpflichtung der einzelnen Krankenkassen für die Berichterstattung über identische Sachverhalte nicht sinnvoll ist. Eine Absichtserklärung des MDS zur Datenlieferung liegt vor, sollte jedoch auch gesetzlich klargestellt werden.

Für die quartalsweisen Auswertungen sollte eine Klarstellung hinsichtlich abgeschlossener MD-Prüfungen (§ 275c Abs. 4 Satz 3 SGB V) erfolgen. Die Anzahl abgeschlossener Prüfungen bildet die Bezugsgröße für die Ermittlung des Anteils unbeanstandeter Prüfungen. Die für die Berechnung heranzuziehende Anzahl von Prüfungen ohne Minderung des Abrechnungsbetrages kann ausschließlich anhand der Leistungsentscheidung der Krankenkasse festgestellt werden. Gutachter des MD prüfen insbesondere medizinische Sachverhalte, stellen jedoch nicht die Höhe des Rechnungsbetrages fest, dies geschieht durch die Leistungsentscheidung

der Krankenkasse. Die Begründung zum MDK-Reformgesetz stellt hier fälschlicherweise ausschließlich auf das Ergebnis des MD ab (möglicherweise ein Restant aus dem Referentenentwurf, in welchem die Krankenkassen an das Ergebnis des MD gebunden sein sollten) und führt zu unterschiedlichen Sichtweisen bezüglich der quartalsweisen Statistiken.

C) Änderungsvorschlag

Zu b) direkt kein Änderungsvorschlag, jedoch resultierend aus den weiteren Bedarfen technische Anpassungen:

- Klarstellung der zu berichtenden Sachverhalte in den quartalsweisen Auswertungen/Veröffentlichungen gemäß § 275c Abs. 4 Satz 2 Satz 3 Nr. 3 (Höhe des Aufschlags erst ab 2023 für das Jahr 2022 ff.)
- Klarstellung der zu berichtenden Sachverhalte und der Lieferverpflichtungen für die Jahresstatistiken hinsichtlich Aufschläge und Klarstellung der Lieferverpflichtung des MD Bund oder der MD anstelle der Krankenkassen für die Jahresstatistiken hinsichtlich Strukturprüfungen sowie im Fall der späteren Fristsetzung für die Vereinbarung zu einzelfallbezogenen Erörterungen auch eine diesbezügliche Anpassung (§ 17c Abs. 6 KHG)
- Klarstellung der durch die Leistungsentscheidung der Krankenkassen abgeschlossenen MD-Prüfungen für die Datenmeldung der Krankenkassen gemäß § 275c Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 SGB V wie folgt: „Anzahl der durch die Krankenkasse abgeschlossenen Prüfungen des Medizinischen Dienstes ...“
- Klarstellung der durch die Leistungsentscheidung der Krankenkassen abgeschlossenen MD-Prüfungen für die Ausweisung und Veröffentlichung gemäß § 275c Abs. 4 Satz 3 Nr. 2 SGB V) wie folgt: „...und insoweit durch die Krankenkasse unbeanstandet geblieben sind, an allen in dem betrachteten Quartal abgeschlossenen Prüfungen ...“

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 275d Absatz 3 Satz 3 – Prüfung von Strukturmerkmalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser müssen künftig auch den für sie zuständigen Medizinischen Dienst und die Ersatzkassen informieren, wenn sie bestimmte Strukturmerkmale länger nicht mehr erfüllen.

B) Stellungnahme

Wenn Krankenhäuser über einen Zeitraum von mehr als einem Monat Strukturmerkmale von OPS-Kodes nicht erfüllen, müssen sie dies auch dem zuständigen Medizinischen Dienst mitteilen. Bisher galt eine Mitteilungsfrist nur gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Die Medizinischen Dienste, die die Strukturprüfungen durchführen sollen, gewinnen nun direkte Informationen, welche Krankenhäuser längerfristig Strukturmerkmale nicht erfüllen werden und können evtl. erforderliche Wiederholungsprüfungen organisieren. Diese Regelung wird sehr begrüßt.

Anpassungsbedarf besteht jedoch zu § 275d Absatz 2 SGB V.

Während in Absatz 3 Satz 1 die Übermittlung der Bescheinigung nach Absatz 2 durch die Krankenhäuser an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen geregelt ist, regelt Absatz 2 die Übermittlung des Gutachtens und der Bescheinigung an die Krankenhäuser. Hier ist es zweckmäßiger und bürokratieärmer, die Übermittlung der Bescheinigung an Krankenhäuser und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gleichermaßen durch den Medizinischen Dienst vornehmen zu lassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Es besteht jedoch Anpassungsbedarf zu § 275d Absatz 2 und Absatz 3 Satz 1 und 2 SGB V wie folgt:

Absatz 2

Es werden folgende Sätze angefügt: „Eine Bescheinigung nach Satz 1 ist durch den Medizinischen Dienst zeitgleich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf

elektronischem Wege zu übermitteln. Für die Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung muss für das Jahr 2022 die Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen spätestens bis zum 31. Dezember 2021 vorliegen.“

Absatz 3

Satz 1 und Satz 2 werden gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 285 Absatz 3a – Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzend geregelt wird, dass Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen befugt werden auf Anforderung der Heilberufskammern personenbezogene Daten von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten an diese zu übermitteln. Die Heilberufskammern erhalten mit dieser Regelung die Möglichkeit zur Prüfung, ob der berufsrechtlichen Meldepflicht der Leistungserbringer nachgekommen wurde.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 5 – Prävention in Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung von Absatz 7 wird die Anwendung des Richtwerts für die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 2 SGB XI im Jahr 2020 ausgesetzt. Zudem sind die im Jahr 2019 nicht verausgabten Mittel abweichend von § 5 Abs. 3 Satz 2 SGB XI im Jahr 2020 nicht dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen.

B) Stellungnahme

Aufgrund der zur Eindämmung der Pandemie vereinbarten Maßnahmen können Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden. Entsprechend den beabsichtigten Neuregelungen in Artikel 4 Nr. 1 (§ 20 Abs. 6 SGB V) wird auch für den Bereich der Pflegeversicherung die Verpflichtung der Pflegekassen, den in § 5 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XI vorgesehenen Sollwert für Ausgaben für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, für das Jahr 2020 ausgesetzt. In der beabsichtigten Regelung sollte jedoch ergänzend klargestellt werden, dass daraus folgend § 5 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (Verteilung der nicht verausgabten Mittel für das Jahr 2020 durch den GKV-Spitzenverband) im Jahr 2021 ebenso nicht zur Anwendung kommen kann.

C) Änderungsvorschlag

§ 150 Abs. 7 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

„Im Jahr 2020 müssen die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 nicht dem in Absatz 2 festgelegten Betrag entsprechen. Dementsprechend kommt Absatz 3 Satz 2 im Jahr 2021 nicht zur Anwendung. Im Jahr 2019 nicht verausgabte Mittel sind abweichend von Absatz 3 Satz 2 im Jahr 2020 nicht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.“

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe c)

§ 149 – Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in Absatz 2 wird der Leistungsbetrag für Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI von 1.612 Euro auf 2.418 Euro erhöht. Diese bis zum 30.09.2020 befristete Leistungserhöhung soll verhindern, dass Pflegebedürftige bei der Inanspruchnahme einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung höhere Eigenanteile entrichten müssen, die sich ergeben können, wenn in der in Anspruch genommenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein im Vergleich zu einer durchschnittlichen Kurzzeitpflegeeinrichtung höherer Vergütungssatz gilt.

Die Regelung in Absatz 3 sieht vor, dass für Pflegebedürftige, deren pflegerische Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung aufgrund einer Corona bedingten Quarantäne nicht zu gewährleisten ist, bis einschließlich 30.09.2020 eine solche Versorgung für bis zu 14 Tagen auch in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erbracht werden kann. In begründeten Einzelfällen kann in Abstimmung mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die pflegerische Versorgung in diesen Einrichtungen an mehr als 14 Tagen erbracht werden. Die Vergütung der anderweitigen Versorgung soll sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung gemäß § 111 Abs. 5 SGB V richten. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erhält für die Dauer je Versorgungstag den o. g. Vergütungssatz direkt von den Pflegekassen, entsprechend dem Verfahren nach § 150 Abs. 2 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband kann im Benehmen mit den Verbänden der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen und den Verbänden der stationären Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen Empfehlungen zur Durchführung einschließlich der formellen Abwicklung des Abrechnungsverfahrens abgeben.

B) Stellungnahme

Die für den Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, vorgesehene Erhöhung des Gesamtbetrages des Leistungsanspruchs gilt nach dem Gesetzeswortlaut abweichend von § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI ausschließlich für die Pflegekassen. Nicht erfasst wäre damit die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, da § 39c Satz 2 SGB V im Hinblick auf die Leistungsdauer und Leistungshöhe der Kurzzeitpflege explizit auf § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI verweist. Es ist jedoch nicht

nachvollziehbar, warum die zeitlich befristete Ausweitung des Sachleistungsanspruchs auf Kurzzeitpflege (Absatz 2) nicht gleichermaßen auf Versicherte mit Kurzzeitpflegeanspruch ohne Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit respektive für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 angewandt wird (§ 39c SGB V). Auch diese Versicherten sind aufgrund ihrer Vorerkrankung besonders vulnerabel, so dass ihnen nicht nur die Möglichkeit eröffnet werden muss, zu gleichen Bedingungen wie Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 die Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, sondern es müssen auch die mit der Inanspruchnahme verbundenen finanziellen Mehrbelastungen gesetzlich verhindert werden. Entsprechend ist der Absatz 2 auch auf Versicherte mit einem Anspruch auf § 39c SGB V anzuwenden.

Mit dem Absatz 3 wird eine Interimsversorgung in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen nach § 149 SGB XI ermöglicht, wenn aufgrund des Ausbruchgeschehens in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen und aufgrund der baulichen Voraussetzungen eine pflegerische Versorgung der Bewohner quarantänebedingt nicht mehr gewährleistet ist. In diesen Fällen können Bewohner vollstationärer Langzeitpflegeeinrichtungen i.d.R. 14 Tage in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen nach § 149 SGB XI übergangsweise versorgt werden. Diese Neuregelung zur einer Quarantäne-bedingten Interimsversorgung wird begrüßt, deckt jedoch nur einen Teil der kritischen Fallgestaltungen ab. Gleichmaßen sollte dieser Anspruch auf Quarantäne-bedingte Interimsversorgung bei Rückverlegung aus dem Krankenhaus und auch vor Aufnahme in die vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtung gelten. Mit der Erweiterung der Fallkonstellationen würde auch der aktuellen Entwicklung Rechnung getragen, dass beispielsweise Bewohner nach Krankenhausaufenthalt aufgrund des Infektionsrisikos erst wieder nach einer Quarantänephase in die Langzeitpflegeeinrichtung zurückverlegt werden, nicht nur, wenn die Langzeitpflegeeinrichtung keine Möglichkeit der Isolierung in der Einrichtung hat. Mit dieser Entwicklung werden die Bemühungen der Krankenhäuser zur Schaffung von freien Kapazitäten zur Behandlung von schwer erkrankten Covid-19-Patienten zusätzlich und unnötigerweise erschwert. Der Anspruch auf eine 14-tägige Quarantäne sollte im Absatz 3 auch für Pflegebedürftige vor Rückverlegung nach Krankenhausaufenthalt und vor Aufnahme in eine vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtung erweitert werden.

Regelungen zur Berechnung und Zahlung des Heimentgelts und zur Gewährung des Leistungsbetrags nach § 43, die unverändert bleiben, können infolgedessen nur für eine Quarantäne-bedingte Verlegung von einer vollstationären Einrichtung oder eine Rückverlegung nach Krankenhausaufenthalt zur Anwendung kommen. Es ist klarzustellen, dass diese nicht für eine Quarantäne-bedingte Interimsversorgung vor Aufnahme in eine vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtung gelten. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass der bisherigen vollstationären Pflegeeinrichtung für die Dauer des Aufenthalts des Pflegebedürftigen in einer

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung keine Mindereinnahmen entstehen, da die Zahlungsverpflichtung der Pflegebedürftigen und ihrer Kostenträger unverändert bestehen. Wenn dies tatsächlich so gewollt ist, müsste im Gesetzestext in § 149 Abs. 3 SGB XI geregelt werden, dass die nach § 87a Abs. 1 Satz 5 bis 7 bestimmte Abwesenheitsvergütung hier keine Anwendung findet.

Die Kosten für die Versorgung in Einrichtungen nach § 149 SGB XI werden gesetzlich auf den durchschnittlichen Rehasatz nach § 111 Abs. 5 festgelegt. Dabei soll sichergestellt werden, dass der Einrichtung nach § 149 SGB XI die Kosten innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungsstellung (mit Abschluss der Versorgung nach Absatz 3) erstattet werden. Hierfür soll ein analoges Verfahren vom GKV-Spitzenverband etabliert werden. Anders als das Erstattungsverfahren für Covid-19-bedingte Mindereinnahmen respektive für Covid-19-bedingte Mehrausgaben für Langzeitpflegeeinrichtungen (§ 150 Abs. 2) wird ein versichertenbezogener Leistungsanspruch gesetzlich normiert, üblicherweise sind die Vergütungen versichertenbezogen von der zuständigen Pflegekasse entsprechend zu erstatten. Die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen können auch regulär mit der Pflegekasse abrechnen, indem sie die dafür bestehenden technischen Prozeduren nutzt, die für die Abrechnungen mit den Krankenkassen bestehen. Insofern erschließt sich die Notwendigkeit eines zusätzlichen zu etablierenden Verfahrens zur Abwicklung des Abrechnungsverfahrens nicht.

Sowohl in § 149 Abs. 1 SGB XI (n.F.) als auch in der vorgesehenen Regelung in § 149 Abs. 3 SGB XI wird ausgeführt, dass sich die Vergütung der Kurzzeitpflege oder der anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Abs. 5 SGB V richtet. Diese Regelungen lassen vor dem Hintergrund der unterschiedlichen und in ihrer Höhe nicht transparenten Vergütungssätze, die zwischen den Krankenkassen und den Trägern der Einrichtungen vereinbart sind offen, auf welche Weise und durch wen der durchschnittliche Vergütungssatz zu ermitteln ist. Eine insoweit einheitliche und transparente Umsetzung ist aber insbesondere vor dem Hintergrund der unmittelbaren Auswirkungen auf den Umfang der Kurzzeitpflegeleistungen, die betragsmäßig begrenzt sind, erforderlich. Vor diesem Hintergrund sollte bei den vorgenannten Regelungen jeweils auf den nach § 111d Abs. 5 SGB V ermittelten durchschnittlichen Vergütungssatz Bezug genommen werden. Damit würde auf ein zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene vereinbartes und damit einheitliches Verfahren zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes abgestellt und der durchschnittliche Vergütungssatz zur Anwendung kommen, der auch ggf. für das Verfahren von Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V maßgebend ist.

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelung zur anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist zudem durch eine Ergänzung in § 111d Abs. 2 Satz 1 SGB V sicherzustellen, dass für Tage mit Belegung nach § 149 Abs. 3 SGB XI kein Anspruch auf Ausgleichszahlung wegen Minderbelegung nach § 111d SGB V besteht.

C) Änderungsvorschlag

Neben der Aufhebung der Diskrepanz, dass einerseits die Pflegekasse des Pflegebedürftigen über die Aufenthaltsdauer und andererseits die gemäß dem Verfahren nach § 150 Abs. 2 SGB XI zuständige Kasse über die Auszahlung der Vergütung entscheidet, muss in § 149 Abs. 3 SGB XI eine Klarstellung im Hinblick auf die Zahlung der Abwesenheitsvergütung nach § 87a Abs. 1 SGB XI erfolgen.

Ergänzend sind folgende Änderungen vorzunehmen:

In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Bis einschließlich 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege“ durch die Wörter „Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c des Fünften Buches und nach § 42 besteht bis zum 30. September 2020“ ersetzt.

In Abs. 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Die Vergütung richtet sich nach dem entsprechend der Vereinbarung nach § 111d Absatz 5 des Fünften Buches ermittelten durchschnittlichen Vergütungssatz der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.“

In Absatz 2 werden nach dem Wort „Kurzzeitpflege“ die Wörter „nach § 42 und die Krankenkassen bei Kurzzeitpflege nach § 39c des Fünften Buches“ eingefügt.

In Absatz 3 Satz 1 sind die Wörter „bereits vollstationär versorgten“ sowie die Wörter „, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt, (anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung)“ zu streichen und nach dem Wort „Einrichtung“ die Wörter „nach Absatz 1 Satz 1“ einzufügen.

In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „ist“ die Wörter „bei einer quarantänebedingten Verlegung von einer vollstationären Pflegeeinrichtung in eine Einrichtung nach Absatz 1 Satz 1 und bei einer Rückverlegung nach Krankenhausaufenthalt“ eingefügt.

In Absatz 3 wird Satz 4 wie folgt gefasst:

„Die Berechnung des Heimentgeltes ohne Berücksichtigung der Regelungen in § 87a Abs. 1 Satz 5 bis 7 und seine Zahlung an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung sowie der

nach § 43 von der Pflegekasse an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung zu gewährende Leistungsbetrag bleiben für den Zeitraum der Versorgung in Einrichtungen nach § 149 Abs. 1 Satz 1 unverändert.“

In Absatz 3 wird Satz 5 wie folgt gefasst:

„Die Vergütung der quarantänebedingten pflegerischen Versorgung richtet sich nach dem entsprechend der Vereinbarung nach § 111d Absatz 5 des Fünften Buches ermittelten durchschnittlichen Vergütungssatz der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und wird versichertenbezogen von der zuständigen Pflegekasse innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungslegung erstattet.“

In Absatz 3 wird Satz 6 gestrichen.

In § 111d Absatz 2 Satz 1 SGB V werden die Wörter „§ 149 des Elften Buches oder § 39c zur Kurzzeitpflege aufgenommenen“ durch die Wörter „§ 149 des Elften Buches zur Kurzzeitpflege oder anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung oder nach § 39c zur Kurzzeitpflege aufgenommenen Patientinnen und“ ersetzt.

In Artikel 19 Absatz 4 werden vor dem Wort Nummer die Wörter „Nummer 3 und“ eingefügt und das Wort „tritt“ durch „treten“ ersetzt.

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 150 Abs. 4 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den SARS-CoV-2 bedingten Erstattungen für stationäre Hospize, die nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind, geregelt. Es wird eine Beteiligung der Krankenkassen im Umfang von 80 Prozent der ausgezahlten Erstattungen vorgesehen.

B) Stellungnahme

Stationäre (Kinder-)Hospize, die nach § 72 SGB XI als stationäre Pflegeeinrichtungen zugelassen sind, haben gemäß § 150 Abs. 2 SGB XI einen Anspruch auf Erstattung der ihnen infolge der Pandemie mit dem Virus SARS-CoV-2 entstandenen und nicht anderweitig finanzierten Aufwendungen sowie Mindereinnahmen gegenüber der Pflegeversicherung. Nach bestehender Rechtslage erfolgt die Kostenerstattung für Hospize allein aus Mitteln der SPV und der privaten Versicherungsunternehmen. Auf Basis der Finanzstatistik ergibt sich jedoch in etwa ein Verhältnis von 80:20 zwischen den Leistungsausgaben der Kranken- und der Pflegeversicherung im Bereich der stationären Hospize. Dementsprechend ist eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen an den Erstattungen nach § 150 Abs. 2 SGB XI im Verhältnis zu den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung sachgerecht. Die Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die in Satz 4 (neu) geregelt ist, ist hiervon jedoch unberührt. Dies ist dadurch klarzustellen, dass sich die Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen im Umfang von 80 Prozent nicht – wie die beabsichtigte Neuregelung vorsieht – auf die gesamten Ausgaben nach Absatz 2 beziehen darf, sondern sich auf das Verhältnis zu den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung bezieht.

C) Änderungsvorschlag

§ 150 Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die Soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend dem Verhältnis 80:20.“

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 150 Abs. 5a – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI werden die ihnen bis zum 30. September 2020 infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet. Die Erstattung der Mindereinnahmen wird begrenzt auf bis zu 125 Euro monatlich multipliziert mit der Anzahl der im laufenden Monat im Vergleich zu der monatsdurchschnittlichen Anzahl der im letzten Quartal des Jahres 2019 weniger betreuten Pflegebedürftigen. Der GKV-Spitzenverband legt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren fest.

B) Stellungnahme

Der Anspruch der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag auf Erstattung ihrer SARS-CoV-2 bedingten nicht anderweitig finanzierten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen orientiert sich am Anspruch der zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf Kostenerstattung gemäß § 150 Abs. 2 SGB XI und ist insofern nachvollziehbar. Die Beschränkung der erstattungsfähigen Mindereinnahmen ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 150 Abs. 5b – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bis zum 30.09.2020 den Entlastungsbetrag abweichend von § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI auch für andere als die im Gesetz genannten Leistungsangebote einsetzen können, wenn dies zur Überwindung von durch das Coronavirus-CoV-2 verursachten Versorgungengpässen erforderlich ist. In diesen Fällen findet die Regelung des § 45b Abs. 2 Satz 3 SGB XI zur statistischen Erfassung der in Anspruch genommenen Leistungsangebote keine Anwendung. Ebenfalls findet die Regelung des § 45b Abs. 4 SGB XI zur Begrenzung der Vergütungshöhe der Leistungserbringung keine Anwendung. Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, die Einzelheiten zum Einsatz des Entlastungsbetrages für die anderen Hilfen in Empfehlungen festzulegen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme anderer Hilfen als den in § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Leistungsangeboten (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Leistungen ambulanter Pflegedienste und Angebote zur Unterstützung im Alltag) wird der Einsatz des Entlastungsbetrags flexibilisiert. Hierdurch können coronabedingte Versorgungengpässe vermieden werden. Es wurden bereits teilweise Schließungen von Leistungsangeboten wie beispielsweise Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege oder nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangeboten im Alltag vorgenommen. Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 steht anders als Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 nicht die Leistungen wie das Pflegegeld, die Pflegesachleistungen, die Kurzzeitpflege oder die Verhinderungspflege zu, um diese für die Überbrückung von Versorgungengpässen einzusetzen.

Zugleich stellt die Regelung eine vergleichbare Regelung zu § 150 Abs. 5 SGB XI dar, wonach Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 einen Anspruch auf Kostenerstattung haben, wenn coronabedingte Versorgungengpässe durch andere als die bisherigen Leistungserbringer vermieden werden können.

Ausgehend von der gesetzlichen Regelung des Absatzes 5b gehen wir davon aus, dass der Anspruch auf Kostenerstattung für andere Hilfen als den in § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Angeboten besteht, wenn der Pflegebedürftige glaubhaft macht, dass dies zur Überwindung von coronabedingten Versorgungsengpässen erforderlich war.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 150 Abs. 5c – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nicht verwendete Entlastungsbeträge aus dem Vorjahr können grundsätzlich bis zum 30.06. des Folgejahres verwendet werden. Abweichend von dieser Regelung können die nicht verwendeten Entlastungsbeträge aus dem Jahr 2019 bis zum 30.09.2020 verwendet werden.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung der Übertragbarkeit von nicht verwendeten Leistungsbeträgen aus dem Jahr 2019 um weitere drei Monate bis zum 30.09.2020 ist sachgerecht. Hierdurch wird Pflegebedürftigen ermöglicht, einen höheren coronabedingten Versorgungsbedarf, z. B. durch Erkrankung der Pflegeperson, durch die Verwendung von bisher nicht verwendeten Leistungsbeträgen zu nutzen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 150 Abs. 5d – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der bis zum 30.09.2020 befristeten Sonderregelung soll sichergestellt werden, dass bei einem durch das Coronavirus-CoV-2 verursachten pflegerischen Versorgungsengpass Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatz für bis zu 10 Tage gewährt werden kann, wenn Beschäftigte aufgrund einer anderweitig nicht behebbaren Versorgungslücke die pflegerische Versorgung eines nahen Angehörigen im Sinne des Pflegezeitgesetzes in dieser Zeit selbst organisieren oder sicherstellen müssen. Es bedarf dazu einer entsprechenden Glaubhaftmachung. Die Leistung soll auch dann gewährt werden, sofern der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld schon einmal vor Inkrafttreten dieser Sonderregelung genutzt wurde. Für die Zeit des Bezuges einer Lohnfortzahlung oder einer Lohnersatzleistung ist die Leistungsgewährung ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung ist sachgerecht. Der in § 44a SGB XI gesetzlich verankerte Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, der all jenen Beschäftigten zusteht, die wegen einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, wird zeitlich befristet um einen weiteren Sachverhalt ergänzt, der im Zusammenhang mit der Coronapandemie auftreten kann.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 150a – Sonderleistungen während der Coronavirus SARS-COV-2-Pandemie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beschäftigte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die zwischen dem 1. März 2020 und dem 31. Oktober 2020 mindestens drei Monate in der Pflegeeinrichtung tätig sind, erhalten einen Rechtsanspruch auf eine einmalige Sonderleistung („Corona-Prämie“). Hiervon umfasst sind alle Beschäftigten einschließlich aller Mitarbeitenden, die etwa im Wege eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags oder einer Arbeitnehmerüberlassung in den Einrichtungen eingesetzt werden. Zu den Beschäftigten gehören auch geringfügig Beschäftigte oder Auszubildende in der Pflege sowie Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Bundesfreiwilligendienstleistende. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen erhalten mit der Neuregelung eine Finanzierungszusage aus Mitteln der Pflegeversicherung in Gesamthöhe der gegenüber den Beschäftigten zu leistenden Prämie. Die Prämienhöhe ist in Abhängigkeit des Tätigkeitsfelds und -umfangs der Beschäftigten geregelt. Die Verteilung orientiert sich an der Empfehlung der ehemaligen Mitglieder der Vierten Pflegemindestlohn-Kommission zur Umsetzung einer Prämienzahlung im Bereich der Altenpflege vom 22. April 2020.

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass alle Pflegeeinrichtungen und Arbeitgeber entsprechend der von ihnen gemeldeten Beträge eine Vorauszahlung in dieser Höhe bis spätestens 15. Juli bzw. bis 15. Dezember 2020 erhalten. Das Nähere für das dafür notwendige Meldeverfahren, das Auszahlungsverfahren sowie für die Information der Beschäftigten hat der GKV-Spitzenverband im Benehmen mit Pflegeeinrichtungs- und Arbeitgeberverbänden auf Bundesebene unverzüglich festzulegen. Diese Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Prämie wird durch die Pflegeversicherung und anteilig im ambulanten Bereich durch die Gesetzliche Krankenversicherung refinanziert. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der GKV-Spitzenverband.

Die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, unverzüglich nach Erhalt der Vorauszahlung von den Pflegekassen, spätestens mit der nächsten, turnusmäßigen Entgeltabrechnung die Prämie an die Beschäftigten auszusahlen.

Um den Beschäftigten eine möglichst weitgehende Ausschöpfung des steuer- und sozialversicherungsabgabenfreien Prämienbetrags zu ermöglichen, wird ferner geregelt, dass die Länder und Pflegeeinrichtungen die mit der Neuregelung bestimmten gestaffelten Prämien auf zwischen 150 bis 1.500 Euro aufstocken können. Das Verfahren hierzu regeln die Länder.

B) Stellungnahme

Die einmalige Sonderleistung dient der Anerkennung und Wertschätzung aller insbesondere in Pflege und Betreuung eingesetzten Beschäftigten in Zeiten der besonderen Belastungen und Herausforderungen angesichts der Corona-Pandemie. Mit der beabsichtigten Neuregelung wird Rechtssicherheit für die Beschäftigten und die Pflegeeinrichtungen bzw. Arbeitgeber geschaffen.

Die Beschäftigten in der Pflege leisten einen entscheidenden Beitrag, die Versorgung pflegebedürftiger Menschen aufrecht zu erhalten. Eine Anerkennung dieser Arbeit kann nicht alleine auf Kosten der Beitragszahlenden erfolgen. Der geplante Bonus soll eine gesamtgesellschaftliche Anerkennung sein, die folglich auch gesamtgesellschaftlich aus Steuermitteln mitfinanziert werden muss. In der Gesetzesbegründung wird angekündigt, dass in der zweiten Hälfte des Jahres 2020 das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium der Finanzen festlegen werden, in welchem Umfang die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung Zuschüsse des Bundes zur Stabilisierung der jeweiligen Beitragssätze erhalten. Dies wird auch die Frage der Refinanzierung der „Corona-Prämien“ umfassen. Angesichts der erheblichen Belastung der Sozialen Pflegeversicherung insbesondere im Zusammenhang mit dem nach § 150 SGB XI geregelten „Pflegeschutzschirm“ und der Prämienzahlung nach § 150a SGB XI, ist es angebracht, bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine Steuerfinanzierung zu regeln.

Gemäß der beabsichtigten Neuregelung soll die Prämie durch die Pflegeversicherung und anteilig im ambulanten Bereich durch die Gesetzliche Krankenversicherung refinanziert werden. Ergänzend ist eine Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen entsprechend § 150 Abs. 4 SGB XI zu regeln.

Die beabsichtigte Nachweisregelung zur Auszahlung der Corona-Prämie sieht zwischen Auszahlung und Nachweis der Auszahlung einen bis zu 7-monatigen Zeitraum vor. Innerhalb eines Kalenderjahres können jedoch sehr viele Statusveränderungen bei Pflegeeinrichtungen (Inhaberwechsel, Umfirmierung usw.) erfolgen. Dies kann dazu führen, dass die Pflegeeinrichtung in der (Rechts-) Form nicht mehr existiert, so dass ggf. Nachweise nicht erbracht werden können. Der Nachweis der Auszahlung an die Beschäftigten sollte daher innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt der Prämie seitens der Pflegeeinrichtungen bzw. Arbeitgeber erbracht werden.

C) Änderungsvorschlag

Neben der Regelung eines Bundeszuschusses ist die Kostenbeteiligung der privaten Versicherungsunternehmen vorzusehen. Hierzu sind in § 150a Abs. 7 SGB XI nach Satz 3 folgende Sätze einzufügen:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 2 bis 4 und 6 ergeben. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen fest. Die entsprechende Zahlung wird binnen vier Wochen fällig. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

§ 150a Abs. 7 Satz 11 (neu) SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens sechs Wochen nach Erhalt der Prämie die tatsächliche Auszahlung der Corona-Prämien anzuzeigen.“

Artikel 10 (Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung)

Nr. 2

§ 3 Absatz 2a – Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 3 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird ein neuer Absatz 2a eingefügt, der es ermöglicht, dass im Zuge der generalistischen Pflegeausbildung ein Teil der praktischen Ausbildung in einer zweiten Einrichtung absolviert werden kann, wenn in der Einrichtung des Trägers der Ausbildung nicht alle erforderlichen Kompetenzen der praktischen Ausbildung erworben werden können. Diese Ergänzung soll insbesondere dazu dienen, dass psychiatrische Krankenhäuser auch Träger der praktischen Pflegeausbildung sein können.

B) Stellungnahme

Der Änderung wird zugestimmt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 (Änderung des Transfusionsgesetzes)

Nr. 1

§ 12a – Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen und zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 12 sollen die Risikobewertungen, die zu einem gruppenbezogenen Ausschluss oder einer gruppenbezogenen Rückstellung von der Spende führen, im Falle des Vorliegens neuer medizinischer und epidemiologischer Erkenntnisse aktualisiert und überprüft werden, ob die entsprechenden Verfahren erforderlich sind, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau von Empfängerinnen und Empfängern von Blutspenden sicherzustellen

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die vorgesehene Regelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 18 (Änderung zum Transplantationsgesetz)

A) Beabsichtigte Neuregelung:

GKV-Spitzenverband Bundesärztekammer und Deutschen Krankenhausgesellschaft haben die Aufgabe, bis zum 31.12.2020 eine Einrichtung mit der Organisation eines neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst zur Feststellung des Hirntodes, zu beauftragen. Die Frist für die Auftragsvergabe wird auf den 30.06.2021 verschoben.

B) Stellungnahme:

Die Fristverschiebung ist sachgerecht. Die Beauftragung einer geeigneten Einrichtung für den Rufbereitschaftsdienst erfolgt im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung. Aufgrund der aktuellen Situation ist eine fristgerechte Beauftragung nicht möglich. In einer gemeinsamen Initiative von GKV-Spitzenverband, Bundesärztekammer und Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde das Bundesministerium für Gesundheit um die Verschiebung der Frist auf den 30.06.2021 gebeten.

C) Änderungsvorschlag:

Keiner.

Artikel 20 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Artikel 20 regelt das Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelungen.

B) Stellungnahme:

Art. 4 Nr. 16 enthält bisher keine rückwirkende Regelung zum Inkrafttreten. Dies ist jedoch notwendig, um alle Sachverhalte, die vom Anwendungsbereich des § 219a Abs. 6 SGB V erfasst werden sollen, abzudecken.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 20 (3) wird wie folgt ergänzt:

(3) Die Artikel 4 Nr. 16, 7 und Artikel 8 treten mit Wirkung vom 1. März 2020 in Kraft.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 20h Abs. 4 SGB V – Förderung der Selbsthilfe (neu)

A) Neuregelung

In § 20h Abs. 4 wird folgender Satz 6 angefügt:

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

B) Begründung

Aufgrund der zur Eindämmung der Pandemie vereinbarten Maßnahmen können die gemäß § 20h SGB V von den Krankenkassen und ihren Verbänden geförderten Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen die von ihnen beantragten Maßnahmen, vor allem im Rahmen der Projektförderung, zum Teil nicht durchführen. Dies betrifft u. a. Veranstaltungen, Tagungen, Mitgliederversammlungen oder auch die Gruppentreffen. 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 Maßnahmen im nächsten Jahr i.d.R. nicht nachgeholt werden und hierfür neue Fördermittel zur Verfügung stehen, sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden, die in diesem Jahr nicht benötigten Mittel für andere Zwecke zu nutzen.

§ 13 Abs. 3a SGB V – Kostenerstattung

A) Neuregelung

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

„Die Regelungen der Sätze 1 und 3 bis 7 finden in der Zeit vom 16. März 2020 bis einschließlich 30. September 2020 keine Anwendung.“

B) Begründung

Nach § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von 5 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren gemäß § 87 Abs. 1c SGB V durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von 6 Wochen zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Fristen nicht einhalten, hat sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Erfolgt keine rechtzeitige Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der relevanten Frist als genehmigt.

Der GKV-Spitzenverband vertritt die Rechtsauffassung, dass in Fallkonstellationen, in denen Krankenkassen aufgrund der Herausforderungen durch die Coronavirus-Pandemie trotz aller ergriffenen Maßnahmen in eigener Verantwortung oder in der Zusammenarbeit mit an der Entscheidung notwendigerweise zu beteiligenden Dritten, wie der Medizinischen Dienste, Leistungsentscheidungen nicht innerhalb der vorgesehenen gesetzlichen Fristen treffen und gegenüber den Versicherten bekanntgeben können, ein hinreichender Grund im Sinne der o.g. Regelungen des § 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V vorliegt, sodass die gesetzliche Genehmigungsfiktion nicht eintritt. Diese Rechtsauffassung hat der GKV-Spitzenverband mit Kenntnis des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber seinen Mitgliedskrankenkassen kommuniziert. Im Sinne der Normenklarheit und zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten wird es dennoch als notwendig angesehen, unmittelbar im Gesetzeswortlaut klarzustellen, dass die vorgenannten Fristenregelungen und Regelungen zur Genehmigungsfiktion vorübergehend keine Anwendung finden. Diese Ausnahmeregelung sollte auf den auch für andere gesetzliche Regelungen zur Bewältigung der Herausforderungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 maßgeblichen Zeitraum vom 16.03.2020 bis 30.09.2020 (siehe diverse Regelungen im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) begrenzt werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2020
zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage
von nationaler Tragweite
Seite 56 von 58

Durch ein befristetes Aussetzen dieser Regelungen werden die Krankenkassen nicht ihrer
Verpflichtung zur zügigen Durchführung ihrer Verwaltungsverfahren nach § 9 Satz 2 SGB X
enthoben.

Gesetzesinitiative zur Stärkung der Beratungskompetenz der Krankenkassen

Anlass:

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 können, doch dürfen diese nach der geltenden Rechtslage hierfür nicht genutzt werden. Um hier kurzfristig Handlungsmöglichkeiten zu realisieren, sollten folgende gesetzliche Anpassungen vorgenommen werden.

1. Änderung des § 11 SGB V – Leistungsarten

Nach § 11 Abs. 4 S. 3 SGB V werden die Sätze 4 und 5 eingefügt; die bisherigen Sätze 4 bis 6 werden die Sätze 6 bis 8:

"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."

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 ge-

eignete 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 eine Schutzimpfung vermitteln.

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.

2. Änderung des § 284 SGB V – Sozialdaten bei den Krankenkassen

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 S.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.