

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
am 11.05.2020**

**zur Formulierungshilfe
für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für einen aus der Mitte
des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Zwei-
ten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen
Lage von nationaler Tragweite**

Stand 05.05.2020

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299



Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	- 3 -
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs	- 5 -
Artikel 4 Änderungen des 5. Buches Sozialgesetzbuch	- 5 -
Art. 4 Nr. 4b) § 20i Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V - Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung	- 5 -
Art. 4 Nr. 6 § 67 (3) SGB V - Elektronische Kommunikation.....	- 11 -
Art. 4 Nr. 9 § 106b und §132e SGB V - Versorgung mit Schutzimpfungen	- 12 -
Art. 4 Nr. 16 § 275c Absatz 2 SGB V - Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst.....	- 13 -
Artikel 5 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 16 -
Art. 5 Nr. 3 § 149 SGB XI - Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung	- 16 -
Art. 5 Nr. 4 b § 150 Abs. 5b SGB XI - Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige .	- 20 -
Art. 5 Nr. 4 b § 150 Abs. 5c SGB XI - Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige .	- 21 -
Art. 5 Nr. 5 § 150a SGB XI- Sonderleistung während der Coronavirus SARS-CoV-2- Pandemie.....	- 22 -

I. Zusammenfassung

Um der zunehmenden Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zu begegnen, werden die bisher vorliegenden Gesetze

- Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie
- Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)

durch den nun vorliegenden Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite weiterentwickelt und ergänzt.

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt grundsätzlich, dass Maßnahmen getroffen werden, die zum einen eine schnelle Reaktion und zum anderen aber auch eine bessere Vorbereitung des Gesundheitssystems auf epidemische Lagen von nationaler Tragweite ermöglichen. Sie unterstützt aktiv in den Regionen die Maßnahmen zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens sowie zur Bewältigung der Corona-Pandemie.

Allerdings ist auch in Krisenzeiten darauf zu achten, dass die Bekämpfung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen übertragbaren Krankheiten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in die Daseinsvorsorge des Staates gehört. Diese ist aus Steuermitteln zu finanzieren. Das betrifft die Kosten für die Übernahme der Testungen für Versicherte, bei denen keine Symptome für COVID-19 vorliegen oder auch Testungen, die nicht im Rahmen der individuellen Krankenbehandlung erforderlich sind sowie Aufgabenstellungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der von ihm zu leistenden Aufgaben.

Der Ausbruch von SARS-CoV-2 hat Fehlentwicklungen hinsichtlich der staatlichen Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung deutlich zu Tage treten lassen. In der Vergangenheit wurden immer wieder Verschiebepbahnhöfe in Richtung der Sozialversicherungsträger vorgenommen. Das hat dazu geführt, dass die öffentliche Hand sich immer mehr zurückgezogen hat. Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren alle erforderlichen medizinischen und pflegerischen Leistungen für ihre Versicherten im Krankheitsfall. Mit den Beiträgen von Beschäftigten und Unternehmen darf sie nicht zu einem Ausfallbürgen zur Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit werden. Vor allem der ÖGD muss künftig anders aufgestellt werden, um seinem Auftrag für eine gute Bevölkerungsgesundheit nachkommen zu können. Das bedeutet, dass er auch finanziell so auszustatten ist, damit er selbständig handlungsfähig ist.

So wichtig die Regelungen zur Entlastung der Krankenhäuser in Zeiten der Corona-Pandemie sind, angesichts der derzeit begonnenen Maßnahmen zur schrittweisen Wiederaufnahme elektiver Operationen ist es wichtig, nun auch wieder die Qualität der Versorgung in den Blick zu

nehmen. Die befristete Aussetzung vieler Qualitätssicherungsanforderungen betreffen insbesondere Abweichungsmöglichkeiten von der Mindestausstattung mit Intensivpflegepersonal bei bestimmten komplexen Behandlungen, Aussetzungen zu Dokumentations- und Nachweispflichten sowie Änderungen der Regelungen zur Datenvalidierung, zum strukturierten Dialog und zum Stellungnahmeverfahren. Die Einhaltung von Qualitätsvorgaben muss jedoch im Gleichschritt mit der Rückkehr zum Regelbetrieb wiederaufgenommen werden. Dies ist im Sinne der Entlastung der Pflegekräfte und im Sinne der Patientensicherheit unabdingbar.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes gibt es über den vorliegenden Entwurf hinaus gesetzlichen Änderungsbedarf. Dieser sollte im Zuge weiterer Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden. Hierbei geht es um pandemiebedingte Folgen, die zu vermeiden oder zumindest zu minimieren sind. Dabei handelt es sich beispielsweise um folgende Regelungen:

- So ist beispielsweise die Einhaltung der Schriftform aktuell besonders erschwert. Wo in der jeweiligen Einzelschrift die elektronische Form ausdrücklich genannt wurde (Begriffspaar „schriftlich oder elektronisch“) stehen die in § 36a SGB IV abschließend aufgeführten elektronischen Formen ersatzweise zur Verfügung, die jedoch noch nicht ausreichend verbreitet sind. Angesichts dieser Situation ist zu prüfen, ob für alle von dieser Norm erfassten Sozialrechtsbereiche alternative Formen der Kommunikation sachgerecht wären. Eine Formerleichterung (z.B. Textform) könnte an dieser Stelle für alle Sozialversicherungszweige vorgesehen werden. Andernfalls bliebe eine entsprechende Öffnung der Formerfordernisse durch Änderungen in den jeweiligen Einzelschriften vorbehalten.
- Durch die Corona-Pandemie kommt es mitunter zu Verzögerungen in der Durchführung von durch den Innovationsfonds geförderten Projekten, insbes. in Arztpraxen und Krankenhäusern. Einige in Förderung befindliche Projekte können deshalb in der gesetzlichen Höchstlaufzeit nicht abgeschlossen werden. Es droht ein Abbruch der Projekte und damit auch ein Verlust der bisherigen Fördermittel für die entsprechenden Projekte. Für Förderprojekte, deren bewilligte Laufzeit das Kalenderjahr 2020 oder Teile davon umfassen, sollte eine ausnahmsweise Verlängerung der Höchstlaufzeit um die Dauer der festgestellten epidemischen Lage gesetzlich ermöglicht werden, § 92a Abs. 3 S. 7 SGB V.
- Die Corona-bedingte Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, insbesondere im zahnärztlichen Bereich, sollte den Versicherten nicht zum Nachteil gereichen.
- Abweichend von § 13 Abs. 3a Satz 5 und 6 SGB V ist die Frist, in welcher dem Antragsteller die Entscheidung der Krankenkasse schriftlich mitzuteilen ist, für die Dauer der Corona-Pandemie auszusetzen. Durch die Covid19-Pandemie ist es nicht oder nur schwer umsetzbar, taggenaue Fristen zu prognostizieren und den Versicherten mitzuteilen.

Da der AOK-Bundesverband viele Regelungen des Gesetzes begrüßt bzw. diese zeitlich begrenzt nachvollziehen kann, beschränkt er seine Stellungnahme im Folgenden auf solche Regelungen, zu denen Änderungsbedarf erforderlich ist.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

Artikel 4 Änderungen des 5. Buches Sozialgesetzbuch

Art. 4 Nr. 4b) § 20i Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V - Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Gesetzesänderung wird in § 20i Abs. 3 eine zusätzliche Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geschaffen. Demnach kann das BMG ohne Zustimmung des Bundesrates festlegen, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Bezug auf bevölkerungsmedizinisch relevante übertragbare Krankheiten Testungen auf eine Infektion oder Immunität leisten und finanzieren muss.

B Stellungnahme

Grundsätzliche Einschätzung

Mit der angedachten Regelung kann im Rahmen einer Rechtsverordnung die Finanzierungslast einer Testung auf eine Infektion und/oder Immunität ohne konkreten Krankheitsbezug auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen. Dies ist zu weitreichend und wird aus mehreren Gesichtspunkten kritisch gesehen.

Die Bewertung im Einzelnen:

Rechtliche Bewertung

Das Bundesministerium für Gesundheit soll auf dieser Basis Rechtsverordnungen „zur weiteren Abmilderung der mit der Corona-Pandemie verbundenen Folgen“ erlassen können. Damit ist der Zweck der Neuregelung des § 20i Abs. 3 SGB V – entgegen seiner rechtssystematischen Verortung als sozialrechtliche Präventionsleistung – als eine Maßnahme zum Bevölkerungsschutz zu qualifizieren. Infektionsschutz und Seuchenbekämpfung gehören allerdings zur Gefahrenabwehr, für die grundsätzlich die Länder die Aufgaben- und Ausgabenverantwortung tragen, zumal wenn die entsprechenden Maßnahmen vom öffentlichen Gesundheitsdienst wahrgenommen werden.

Bereits in § 5 Abs. 2 IfSG hat der Gesetzgeber das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung Ausnahmen von Gesetzesvorschriften zuzulassen. Die Rechtmäßigkeit dieser Kompetenzzuweisung ist gegenwärtig hochgradig strittig (vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, „Staatsorganisation und § 5 Infektionsschutzgesetz“, Ausarbeitung vom 02.04.2020). Denn das Bundesverfassungsgericht setzt solchen Formen der Verordnungen „klare Grenzen (BVerfGE 8, 155/171):

„Damit ist allerdings nicht gesagt, dass die Verwendung dieser Formen unbeschränkt möglich ist. Die Grenze liegt dort, wo der Gesetzgeber Vorschriften von solcher Bedeutung und in solchem Umfang für subsidiär erklärt, dass sich dadurch innerhalb des Staatsgefüges eine Gewichtverschiebung zwischen gesetzgebender Gewalt und Verwaltung ergibt.“

In späteren Entscheidungen hat das Bundesverfassungsgericht dieses Verhältnis zwischen Gesetz- und Verordnungsgeber weiter konkretisiert (BVerfGE 78, 249/272):

„Sinn der Regelung des Art. 80 Abs. 1 GG ist es, das Parlament darin zu hindern, sich seiner Verantwortung als gesetzgebende Körperschaft zu entäußern. Es soll nicht einen Teil seiner Gesetzgebungsmacht der Exekutive übertragen können, ohne die Grenzen dieser Befugnis bedacht und diese nach Tendenz und Programm so genau umrissen zu haben, dass schon aus der Ermächtigung erkennbar und vorhersehbar ist, was dem Bürger gegenüber zulässig sein soll [...].“

Genau diese Grenze wird mit der vorgesehenen Neuregelung des § 20i Abs. 3 (erneut) überschritten, indem der Gesetzgeber es der Exekutive – hier dem BMG – überlässt, die Aufgaben- und Ausgabenverantwortung für den Bereich der pandemiebedingten Testungen neu zu justieren. Auch wenn im Vergleich zum Referentenentwurf die finanziellen Folgewirkungen kaschiert werden, indem offensichtlich die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab derzeit hinterlegten 59 Euro je PCR-Test auf eine Million Tests hochgerechnet werden, sind die möglichen Belastungen der GKV ohne erhebliche Absenkung der Kosten je Test wie auch der damit zusammenhängenden ärztlichen Leistungen (diese werden derzeit mehr oder weniger „frei“ von den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt) enorm.

Die Gesundheitsversorgung ist zwar eine der wesentlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, daraus darf aber nicht der zirkuläre Schluss gezogen werden, dass alle gesundheitsbezogenen Auf- und Ausgaben auf die Krankenkassen als Sozialversicherungsträger übertragen werden dürfen. Vielmehr dürfen den Krankenkassen nur solche Auf- und Ausgaben übertragen werden, die Ausprägungen der besonderen Rechtsbeziehung zu den Versicherten sind, also nicht allgemein – wie etwa im Fall einer Pandemie – der Gesamtbevölkerung dienen. Hierunter fallen z. B. in keinem Fall flächendeckende Antikörpertestungen, da diese keine therapeutische Behandlungsnotwendigkeit nach sich ziehen können. Welcher Art die von der Verordnungsermächtigung umfassten Testungen sind, lässt die Neuregelung allerdings völlig offen. Auch insoweit ist es rechtlich zwingend, zwischen individueller Gesundheitsvorsorge der Versicherten, für die die Krankenkassen umfassend für zuständig erklärt werden dürfen, und dem vom individuellen Versicherungsstatus unabhängigen allgemeinen Infektionsschutz zu unterscheiden, der in die Zuständigkeit der Gesundheitsbehörden fällt.

Zudem lässt sich nur in der Praxis auch tatsächlich ein verlässlicher Bezug zum konkreten GKV-Versichertenstatus – einschließlich der zugehörigen individuellen Abrechnung feststellen. Da diese Statusfeststellung in der vorliegenden Krisenkonstellation den öffentlichen Gesundheitsdiensten (gegenwärtig) nicht ohne weiteres möglich ist, trägt der Gesetzesentwurf auch diesem rechtlichen Erfordernis nicht hinreichend Rechnung.

Prozessuale Bewertung

Die im §20i Abs.3 angelegte Rechtsverordnung wird voraussichtlich die Prozesse der GKV vor enorme Herausforderungen stellen, sofern nicht gleichzeitig klare Lösungen auf Bundesebene geschaffen werden.

Neben der Anzahl der Testungen auf Infektion und Immunität werden diese Schnittstellenprobleme v.a. durch die explizierte Kostenverlagerung vom Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) auf die GKV verursacht.

Die entsprechenden Leistungen sollen gem. § 19 Infektionsschutzgesetz durch den ÖGD erbracht und mit der GKV abgerechnet werden können, wobei sich dieses Recht nicht nur auf die Corona-Krise bezieht, sondern alle übertragbaren Krankheiten einschließt. Zudem können Dritte beauftragt werden und die Kosten der GKV übertragen werden, sofern sie „angemessen“ sind.

Hier bedarf es klarer und detaillierter Vorgaben des Gesetzgebers, wie diese Art der Abrechnung mit einem vertretbaren Aufwand und unter Wahrung der Grundsätze eines verantwortungsvollen Umgangs mit den Beitragsgeldern umgesetzt werden soll.

Die Abrechnungsstrukturen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wie auch bei den Krankenkassen sind nicht in der Lage, vertragsärztliche Leistungen abzurechnen, wenn diese nicht von Vertragsärzten erbracht worden sind. Nur zugelassene Vertragsärzte sind mit den durch den Gesetzgeber festgelegten Informationen im Arztstammdatenverzeichnis eingetragen. Nur zugelassene Vertragsärzte dokumentieren die von ihnen erbrachten Leistungen gemäß den Vorgaben der Vertragspartner nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V; und nur die von Vertragsärzten erbrachten Leistungen werden gemäß dieser Vorgabe seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen übermittelt.

Sofern Leistungserbringer ambulante Leistungen erbracht haben, die nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet wurden, müssten Sonderregelungen für die Abrechnung gefunden werden. Diese basieren inklusive der Datenübermittlung auf vertraglichen Vereinbarungen gem. den Vorgaben der §§ 295 und 301 SGB V. Hierdurch wird immer ein wesentlicher prozessualer Mehraufwand verursacht. Nur so ist es den Krankenkassen möglich, die ordnungsgemäße Leistungserbringung nachzuvollziehen und die Abrechnung abzuwickeln.

Leistungen, die außerhalb der hier genannten Verfahren erbracht werden, könnten lediglich als Einzelabrechnung mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Dies wäre aufgrund der Menge der zu erwartenden Tests durch den ÖGD organisatorisch nicht durchzuführen.

Medizinische Einschätzung

Zum Test auf Infektionen mit dem neuen Coronavirus existieren zwei unterschiedliche Ansätze:

1) Der Nachweis der Virus-RNA ist bei einer aktiven Infektion (RT-PCR-Tests oder Array-Schnelltests) der Goldstandard der Diagnostik wegen seiner hohen Zuverlässigkeit und Empfindlichkeit des Tests.

Schon vor dem Auftreten von Symptomen zeigt er positive Ergebnisse. Nach ca. 7 Tagen wandert das Virus vom Rachen in die Lunge und ist dann im Rachenabstrich nicht mehr zuverlässig nachweisbar, jedoch immer noch aus Sputum, Bronchialsekret oder Stuhlproben solange die Infektion aktiv ist.

Nach überstandener Infektion ist kein Virus mehr nachweisbar, daher erlaubt ein einzelner negativer PCR-Test keine Aussage, ob der Betreffende noch nie Kontakt zum Virus hatte (also noch infizierbar ist) oder die Infektion bereits überstanden hat (also wahrscheinlich in absehbarer Zeit kein Erkrankungsrisiko mehr hat und niemanden mehr anstecken kann). Das RKI rät daher von einer Testung asymptomatischer Personen ab. Eine breite Testung der Bevölkerung hat keinen Nutzen, da stetig neue Infektionen erfolgen können und die Tests in engen Abständen durchzuführen wären.

2) Der Nachweis von Antikörpern gegen das SARS-CoV-2-Virus (ELISA/SCHNELLTEST) ist nicht geeignet, um akute Infektion sicher nachzuweisen oder auszuschließen (frühestens 10-14 Tage nach Symptombeginn sind Antikörper zuverlässig nachweisbar).

Wegen der Kreuzreaktionen mit normalen Erkältungsviren liegt selbst bei exzellenten Tests die Spezifität maximal bei 98,5% bis 99,8% (Eigenangaben des Herstellers). Dies führt zu einem hohen Anteil falsch positiver Ergebnisse, so lange die Durchseuchung der Bevölkerung noch gering ist. Augenblicklich liegt die Zahl der nachgewiesenen Fälle mit COVID-19 in Deutschland bei fast 170.000, selbst wenn man unter Berücksichtigung einer Dunkelziffer die vierfache bis zehnfache Zahl annimmt, wird noch nicht einmal eine Durchseuchung von 1%-2% der Bevölkerung erreicht. Ein positiver Antikörpertest hat bei einer Spezifität von 98,5% dann einen positiven Vorhersagewert von 40% - 58%, d.h. nur etwa die Hälfte der positiv getesteten haben tatsächlich eine Immunität gegen COVID-19. Selbst bei einem Test mit einer Spezifität von 99,8% sind immer noch über 9% bis 16% der positiven Ergebnisse falsch positiv. Viele Getestete würde sich daher in der falschen Sicherheit wiegen, keine Covid-19-Erkrankung mehr bekommen zu können und auch niemanden mehr anstecken zu können.

Das Vorhandensein von Antikörpern gegen COVID-19 bedeutet außerdem nicht, dass die getestete Person immun ist. Man weiß derzeit weder, ob bei positivem Testergebnis eine ausreichende Immunität besteht, noch wie lange diese ggf. anhält. Aufgrund eines pos. Antikörper Nachweises kann keinesfalls auf Schutzmaßnahmen im Umgang mit Covid-19-Patienten verzichtet werden.

Die in §20i Abs. 3 SGB V angelegte umfangreiche Testung („repräsentative bevölkerungsmedizinischen Tests“) durch den Erlass einer Rechtsverordnung dient nicht dem Erkennen und der Linderung von Krankheiten. Auch die in der Begründung angegebenen „besonders gefährdeter Personen“ zu testen ist wenig sinnvoll, da diese vor einer Infektion geschützt werden müssen und selbst nur dann eine Gefahr darstellen, wenn sie engen Kontakt zu anderen gefährdeten Patienten haben. Eine Testung auf Immunität ist bei der augenblicklich geringen Durchseuchung der Bevölkerung mit den zur Verfügung stehenden Tests nicht möglich. Ein Massentesten aus epidemiologischen Interesse oder vereinzelte Testungen ohne Symptome ist kein Bestandteil der GKV.

Finanzielle Bewertung

Wie bereits bei der rechtlichen Einschätzung ausgeführt, ist bei einer symptombezogenen Testung eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung klar erkennbar. Abzulehnen ist aber die Finanzverantwortung der GKV für eine symptomunabhängige Testung, die entweder aus epidemiologischen Gründen durchgeführt wird oder eine stufenweise Rückkehr zum normalen Wirtschaftsleben ermöglichen soll, wie es im ersten Entwurf noch klar hervorgehoben wurde.

Auch eine mit der Kabinettsfassung durchgeführte Revision der Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen ändert nichts an den zu erwartenden Kostenbelastung der GKV, sofern eine Massentestung auf den Virus selbst oder die Antikörper durchgeführt wird. Die nun im Kabinettsentwurf aufgeführten Kosten stellen keine Kostenschätzung dar, weil es keinerlei Aussagen zur erwarteten Fallmenge gibt. Es gibt offensichtlich lediglich eine Hochrechnung der derzeitigen Laborkosten für den PCR Test auf die derzeitigen Laborkapazitäten von knapp einer Million Tests. Die Testkapazitäten werden jedoch fortwährend ausgeweitet. Das BMG hat gleichzeitig immer wieder in der öffentlichen Diskussion die Notwendigkeit der Ausweitung der Durchführung von Tests betont. Es ist daher davon auszugehen, dass es zu einer fortlaufenden massiven Steigerung der Tests kommen wird.

Leider fehlen Aussagen über die dringend notwendigen Kostenreduzierungen bzw. realistische Kostenansätze bei den Tests, insbesondere vor dem Hintergrund anzunehmender sinkender Kosten je Test. Darüber hinaus fehlen bei der Kosteneinschätzung die Kosten für den Immunitätstest gänzlich. Weiter fehlen die mit dem Test verbundenen ärztlichen Leistungen. Bei geschätzten mind. 30 Euro je Fall (z.B. für die Grund-/Versichertenpauschalen und ärztliche Anamnese im Zusammenhang mit dem Abstrich), die derzeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen mehr oder weniger „frei“ selbst festgelegt werden und extrabudgetär zu vergüten sind, wären dies nochmals ca. 30 Millionen Euro je Woche bei einer Million Tests in diesem Zeitraum.

Bei lediglich einer Millionen Tests je Woche, was bedeuten würde, dass das einmalige Durchtesten der Bevölkerung immer noch knapp eineinhalb Jahre dauern würde, kämen somit zusätzliche Kosten von ca. 360 Millionen Euro je Monat bzw. 4,32 Milliarden Euro je Jahr für die Tests und damit verbundenen ärztlichen Leistungen auf die GKV zu.

Allerdings ist eher noch mit einem höheren Betrag zu rechnen.

C Änderungsvorschlag

Sollte der Gesetzgeber trotz der genannten rechtlichen Bedenken an der gewählten Verordnungsermächtigung festhalten, sollten sowohl aus rechtlichen als auch finanziellen Gründen folgende Änderungen vorgenommen werden:

Die vorgesehenen von der GKV finanzierten Maßnahmen dürfen nicht abschließend in der Finanzierungsverantwortung der GKV und/oder einzelner Krankenkassen verbleiben, d.h. im Nachgang erfolgt eine wieder an der jeweiligen Aufgabenverantwortung orientierte Ausgabenverantwortung im Verhältnis von GKV, Bund und Ländern einschließlich entsprechender finanzieller Ausgleichspflichten

Die vom ÖGD durchzuführenden Tests werden ganz überwiegend nicht medizinisch kurativ notwendig sein und unterliegen nicht originär der Leistungspflicht der GKV. Um auch prozessuale Brüche durch viele komplizierte und systemfremde, neu aufzusetzende Prozesse zu vermeiden, sollten die ÖGD direkt von den entsprechenden Behörden finanziell mit Steuermitteln ausgestattet werden, anstatt den Umweg der Finanzierung über die Krankenversicherung zu nehmen.

Hilfsweise wird in Absatz 3 §20i SGB V nach dem neuen Satz 2 ergänzt:

„³ In der vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Rechtsverordnung ist zu regeln, dass die Kosten für symptomunabhängige Testungen, die beispielsweise im Rahmen bevölkerungsmedizinischer Tests oder regelmäßiger Tests im Umfeld gefährdeter Personen entstehen, nur temporär zur Gewährleistung eines im Krisenfall funktionsfähigen Gesundheitswesens von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden und diesen nach Ende des Krisenfalls von den jeweils zuständigen Institutionen, wie Bund und Länder, erstattet werden. Leistungen des ÖGD werden nicht mit der GKV abgerechnet.“

Art. 4 Nr. 6 § 67 (3) SGB V - Elektronische Kommunikation

A Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen vorübergehend Pilotprojekte zur elektronischen Verordnung und Abrechnungen von Leistungen nach 33a SGB V (DiGA) eingerichtet werden können, bei denen eine bestehende Schriftform durch Textform ersetzt wird. Diese Pilotvorhaben dürfen die Dauer von zwei Jahren nicht überschreiten. Perspektivisch soll für die Übertragung die Telematik-Infrastruktur genutzt werden.

B Stellungnahme

Die im Kabinettsentwurf neu aufgenommene maximale Dauer für Pilotprojekte von zwei Jahren ist abzulehnen. Da die elektronischen Verordnungen für DiGA über die Telematikinfrastruktur übermittelt werden sollen, sobald die entsprechenden Dienste zur Verfügung stehen, ist eine maximale Dauer bereits definiert. Sofern die Dienste der Telematikinfrastruktur nicht innerhalb von zwei Jahren zur Verfügung stehen, sollten die in den Pilotvorhaben implementierten Prozesse weiterhin genutzt werden dürfen.

C Änderungsvorschlag

„(3) Krankenkassen und ihre Verbände dürfen im Rahmen von Pilotprojekten ~~für die Dauer von bis zu zwei Jahren~~, längstens bis zu dem in Satz 4 genannten Zeitpunkt, Verfahren zur elektronischen Übermittlung von Verordnungen und zur Abrechnung von Leistungen nach § 33a erproben, bei denen eine Übermittlung von Verordnungen in Textform erfolgt.“

Art.4 Nr.9 § 106b und §132e SGB V - Versorgung mit Schutzimpfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe in der Impfsaison 2020/2021 gilt eine Überschreitung der Menge von bis zu 30 Prozent gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen nicht als unwirtschaftlich.

B Stellungnahme

Angesichts des zu erwartenden Mehrbedarfs an Influenza-Impfstoffen in der kommenden Saison im Zuge der gewachsenen Sensibilität der Bevölkerung zur Notwendigkeit von Impfungen aufgrund der Corona-Pandemie und der damit verbundenen Schwierigkeit zur passgenauen Abschätzung ist die Regelung nachvollziehbar.

Es bleibt jedoch weiterhin fraglich, ob die Änderungen des TSVG mit der Verlagerung des Monitorings der Vorbestellungen an die KVen sowie das Paul-Ehrlich-Institut sachgerecht sind und zu einer sicheren und wirtschaftlichen Beschaffung führen. Tatsächlich steht zu befürchten, dass zahlreiche Impfdosen in einzelnen Apotheken oder gar Arztpraxen nicht zur Anwendung kommen, während diese an anderer Stelle fehlen.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 4 Nr. 16 § 275c Absatz 2 SGB V - Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) und c):

Die für das Jahr 2020 vorgesehene Festlegung einer maximal zulässigen Prüfquote von höchstens 12,5 Prozent je Quartal wird in das Jahr 2021 verschoben. Die Einführung des differenzierten Prüfquotensystems soll ebenfalls um ein Jahr in das Jahr 2022 verschoben werden.

Zu b):

Die bisherige gesetzliche Regelung hatte vorgesehen, dass für die Zuordnung von Rechnungen zu einem Quartal das Datum der Schlussrechnung maßgeblich ist. Die Neuregelung sieht vor, dass nun das Rechnungseingangsdatum bei der Krankenkasse als Zuordnungskriterium gilt.

B Stellungnahme

Zu a) und c):

Die in das Jahr 2021 verschobene Festlegung der Prüfquote auf maximal 12,5% wird ausdrücklich begrüßt. Sie ist notwendig, da die Einführung des differenzierten Prüfquotensystems ab dem Jahr 2022 eine zuverlässige Statistik für die Einstufung der Krankenhäuser in Prüfquoten anhand ihrer Abrechnungsgüte im Jahr 2021 voraussetzt.

Die Höhe der maximal zulässigen Prüfquote von 12,5% für 2021 ist jedoch nur dann ausreichend, wenn weitere Anreize für korrektes Abrechnen bei den Krankenhäusern vorhanden sind. Ohne Aufschläge für fehlerhafte Rechnungen ab dem Jahr 2021 ist eine höhere Prüfquote von ca. 18%, wie sich diese aus den Erfahrungen in der Rechnungsprüfung aus den Vorjahren bis 2019 entwickelt hat, weiterhin notwendig.

Im Zuge der Prüfquotenverschiebung entstehen auch in anderen Bereichen terminliche Anpassungsbedarfe:

- Die Veröffentlichung einer Datenstatistik für das Jahr 2020 ist aufgrund der vielen Verwerfungen durch die Coronavirus-Pandemie völlig unzuweckmäßig, da das gesamte Leistungsgeschehen auf diesen Ausnahmezustand hin verändert wird. Daher können beispielsweise keine Aussagen über das Abrechnungsgeschehen bei planbaren Leistungen getroffen werden. Eine Verschiebung in das Jahr 2021 ist daher folgerichtig.
- Durch die Verzögerungen ist auch die Veröffentlichung des Berichts über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung gemäß § 17c Abs. 7 Satz 1 KHG betroffen. Ein aussagekräftiger Überblick ist auch hier erst ein Jahr später ab dem 30.06.2024 möglich.
- Eine um 6 Monate verlängerte Frist für die Vereinbarung des Verfahrens zur einzelfallbezogenen Erörterung gemäß § 17c Abs. 2 Satz 5 KHG ist bis zum 31.12.2020 erforderlich.

- Für die Erstellung gemeinsamer Umsetzungshinweise gemäß § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG ist eine Fristverschiebung bis zum 31.12.2021 notwendig.
- Die oben genannten Fristverlängerungen führen auch zu Problemen hinsichtlich der Verjährungsfrist. Um hier entgegenzuwirken, sollte eine vorübergehende Anhebung der Verjährungsfrist auf vier Jahre vorgenommen werden. Zu kurze Fristen haben in der Vergangenheit zur Folge gehabt, dass mehrere Klagewellen die Gerichte belasteten, da den Parteien für die Abwägungsprozesse bei den komplexen Fallkonstellationen nicht ausreichend Zeit zur Verfügung gestanden hat.

Zu b):

Die Regelung der Zuordnung nach dem Rechnungseingangsdatum ist sachgerecht.

Darüber hinaus bestehen weitere Anpassungsbedarfe in gesetzlichen Regelungen, bei den Zeitpunkten für Datenlieferungen und den Lieferverpflichtungen sowie Auswertungen/Veröffentlichungen, die nicht passfähig sind.

- Dies betrifft für die Jahresstatistiken die Aufschläge auf fehlerhafte Rechnungen und die Strukturprüfungen.
 - Erst ab dem Jahr 2023 kann über die Aufschläge auf fehlerhafte Rechnungen berichtet werden.
 - Die gleiche zeitliche Verschiebung ist bei den Strukturprüfungen notwendig. Hier ist zudem eine Lieferverpflichtung durch den MD Bund oder die Medizinischen Dienste notwendig, da hier die Daten generiert werden, die gemeldet werden müssen.
- Die quartalsweisen Auswertungen müssen hinsichtlich der abgeschlossenen MD-Prüfungen (§ 275c Abs. 4 Satz 3 SGB V) geändert werden. Für die Ermittlung des Anteils unbeanstandeter Prüfungen bildet die Anzahl abgeschlossener Prüfungen die Bezugsgröße. Ausschließlich die Leistungsentscheidung der Kasse ist für die Berechnung heranzuziehen. Diese Anzahl von Prüfungen ohne Minderung des Abrechnungsbetrages kann somit nur von der Krankenkasse festgestellt werden.

C Änderungsvorschlag

Zu a) und c):

Kein direkter Änderungsvorschlag, jedoch resultierend aus den weiteren Bedarfen folgende Änderungsvorschläge für Fristverlagerungen:

- 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,

- Übergangsweise Anhebung der Verjährungsfrist gemäß § 109 Abs. 5 SGB V von 2 auf 4 Jahre.

Zu b):

Kein direkter Änderungsvorschlag, allerdings weitere Bedarfe für technische Anpassungen und Klarstellungen:

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

Artikel 5 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 5 Nr. 3 § 149 SGB XI - Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen können pandemiebedingt zeitlich befristet Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung anbieten. Dabei wird der Leistungsanspruch für die Kurzzeitpflege nach § 42SGV XI – temporär bis 30.09.2020 – um das 1,5-fache erhöht und kann pauschal für die entstehenden Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten eingesetzt werden.

Pflegebedürftige, die in vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege versorgt werden, können für die Dauer von 14 Tagen infolge einer notwendigen Quarantäne ebenfalls in die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen nach § 149 verlegt werden. Die mit der Interimsversorgung verbundenen Kosten, die gesetzlich auf den durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Abs. 5 SGB V festgelegt sind, kann die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtung in einem analogen Verfahren zum Rettungsschirm Pflegeeinrichtung nach § 150 Abs. 2 ggü. den Pflegekassen abrechnen.

B Stellungnahme

Aufgrund von Belegungsstopps für vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege in den Ländern verknappen sich die Kurzzeitpflegeplätze für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 als auch für Versicherte mit einem Leistungsanspruch nach § 39c SGB V. Eine alternative Versorgungsform bieten Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach § 149 SGB XI a.F., die allerdings nur für Kurzzeitpflege für Pflegeleistungsempfänger mit den Pflegegraden 2 bis 5 (§ 42 SGB XI) genutzt werden können. Danach können Versicherte mit einem Anspruch auf § 39c SGB V – Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit und für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 - diese Einrichtung nicht in Anspruch nehmen. Für diese Auslegung spricht, dass die gesetzliche Verankerung des § 149 und seine Stellung im SGB XI sowie die Gesetzesbegründung zum Krankenhausentlastungsgesetz sich nur auf die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI bezieht. Auch die Analogien in § 39c SGB V und in § 42 SGB XI, dass die Leistungen der Kurzzeitpflege auch in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden können (vgl. §§ 39c Satz 3 SGB V und 42 Abs. 3 Satz 1 SGB XI), legen nahe, dass auch der Anspruch auf Versorgung in Einrichtungen nach § 149 SGB XI für Versicherte mit Anspruch auf § 39c gesetzlich geregelt werden muss. Dafür spricht auch, dass es keine gesetzliche Normierung zum Vergütungssatz für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtung gibt, wenn diese Kurzzeitpflege nach § 39c erbringt. Daher bedarf es einer Klarstellung in Absatz 1, damit auch Versicherte mit einem Leistungsanspruch nach § 39c SGB V interimweise in Einrichtungen nach § 149 SGB XI versorgt werden können.

Angesichts der von klassischen Kurzzeitpflegeeinrichtungen deutlich abweichenden Kostenstruktur ist nach der aktuellen Rechtslage eine Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen nach § 149 SGB XI wegen des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung mit zusätzlicher erheblicher finanzieller Belastung des Pflegebedürftigen

verbunden. Es wird daher sehr begrüßt, dass mit der zeitlich befristeten Ausweitung des Sachleistungsanspruchs für Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI auf 2.418 Euro die zusätzliche pandemiebedingte Belastung des Pflegebedürftigen abgefedert wird.

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 muss 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, organisatorischen und personellen 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 quarantänebedingten Interimsversorgung wird begrüßt, deckt jedoch nur einen kleinen Bereich der kritischen Fallgestaltungen ab. Nach der Lesart des Infektionsschutzgesetzes können Pflegeheimbewohner diese Interimsversorgung nicht in Anspruch nehmen, für die die Langzeitpflegeeinrichtung isolationsbedingt keine pflegerische Versorgung sicherstellen kann. Darüber hinaus sollte auch gleichermaßen dieser Anspruch auf quarantäne- und isolationsbedingte 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 Infizierungsrisikos oder mit einer nicht krankenhausbearbeitungsbedürftigen Covid-Infizierung erst wieder nach einer Quarantäne- resp. Isolierungsphase in die Langzeitpflegeeinrichtung zurückverlegt werden, nicht nur, wenn die Langzeitpflegeeinrichtung keine Möglichkeit der Quarantäne und 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 und Isolierung sollte im Absatz 3 auch für Pflegebedürftige vor Rückverlegung nach Krankenhausaufenthalt und vor Aufnahme in eine vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtung erweitert werden.

Die Regelungen zur Berechnung und Zahlung des Heimentgelts und zur Gewährung des Leistungsbetrags nach § 43 SGB XI, die unverändert bleiben, können infolgedessen nur für eine quarantänebedingte Verlegung von einer vollstationären Einrichtung oder eine Rückverlegung nach Krankenhausaufenthalt zur Anwendung kommen. Es ist klarzustellen, dass diese nicht für eine quarantänebedingte Interimsversorgung vor Aufnahme in eine vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtung gelten. Auch kommt § 87a SGB XI für die quarantäne- und isolierungsbedingte Interimsversorgung nicht zur Anwendung.

Die Kosten für die Versorgung in Einrichtungen nach § 149 SGB XI werden gesetzlich auf den durchschnittlichen Rehasatz nach § 111 Abs. 5 SGB V 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 SGB XI) 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. Diese können von den Pflegekassen genutzt werden und es entstehen versichertenbezogene Zahlungen, die in einem etablierten IT-gestützten Fallführungs- und Abrechnungsverfahren der Kassensoftware mit automatisierten Prozessschritten zu Banken im Überweisungsverfahren abgewickelt werden. Krankenkassen und die bei ihnen errichteten Pflegekassen nutzen eine einheitliche Software. Insofern erschließt sich die Notwendigkeit eines zusätzlichen zu etablierenden Verfahrens zur Abwicklung des Abrechnungsverfahrens nicht.

Es wäre zu begrüßen, dass die Erweiterung des Kurzzeitpflegeanspruchs in Absatz 2 als auch der neue Leistungsanspruch nach Absatz 3 nicht erst mit Inkrafttreten der 2. Bevölkerungsschutzgesetzes Anwendung finden. Es wird daher vorgeschlagen, die Regelungen zu § 149 SGB XI rückwirkend mit Inkrafttreten des Krankenhaus-Entlastungsgesetzes vom 28.03.2020 Inkrafttreten zu lassen, auch um Versicherte, die bis zum Inkrafttreten des neuen Gesetzes die Leistungen beanspruchen, nicht zu benachteiligen.

C Änderungsvorschlag

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 Absatz 2 werden nach dem Wort „Kurzzeitpflege“ die Wörter „nach § 42 und die Krankenkassen bei Kurzzeitpflege nach § 39c des Fünften Buches“ eingefügt und die Wörter „in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1]“ gestrichen.

In Absatz 3 Satz 1 sind die Wörter „bereits vollstationär versorgten“ sowie die Wörter „in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1]“ und 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. Das Wort „quarantänebedingt“ in Satz 1 wird durch die Wörter „quarantäne- und isolationsbedingt“ ersetzt.

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

In Absatz 3 wird im Satz 4 vor dem Wort „unverändert“ die Wörter „für den Zeitraum der Versorgung in Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1“ eingefügt.

In Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „anderweitigen vollstationären“ durch das Wort „quarantäne- und isolationsbedingten“ ersetzt und vor dem Punkt die Wörter „und wird versichertenbezogen von der zuständigen Pflegekasse innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungsstellung erstattet“ eingefügt.

In Absatz 3 werden die Sätze 6 und 7 gestrichen.

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

Art. 5 Nr. 4 b § 150 Abs. 5b SGB XI - Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Entlastungsbetrag im Rahmen der Kostenerstattung zur Überwindung von Versorgungsengpässen für andere Hilfen einsetzen. Die Ausnahmeregelung gilt bis 30.09.2020.

B Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Unklar ist jedoch, welche „anderen Hilfen“ gemeint sind. Dies lässt viel Interpretation zu. Hier bedarf es einer Klarstellung. Alternativ wäre für den Zeitraum eine monatliche Auszahlung des Entlastungsbetrags möglich, da Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 keine andere Möglichkeit haben, laufende Pflegeleistungen zu beziehen.

C Änderungsvorschlag

„Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten bis zum 30. September 2020 monatlich ohne Nachweis den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro von der Pflegekasse ausgezahlt.“

Art. 5 Nr. 4 b § 150 Abs. 5c SGB XI - Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige können den im Jahr 2019 nicht verbrauchten Entlastungsbetrag bis 30.09.2020 übertragen.

B Stellungnahme

Es ist wichtig, den Pflegebedürftigen die nötige Flexibilität für die Inanspruchnahme ihrer Leistungen einzuräumen. Die Verlängerung von aus dem Jahr 2019 übertragenen Leistungsbeträgen bis zum 30. September 2020 sollte auf 31.12.2020 ausgedehnt werden. Bis 30.09.2020 wird nach aktuellem Stand mit erheblichen Einschränkungen zu rechnen sein, so dass die aus 2019 zur Verfügung stehenden Beträge nicht in Anspruch genommen werden können.

C Änderungsvorschlag

„§ 45b Absatz 1 Satz 5 findet für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 mit der Maßgabe Anwendung, dass die aus dem Jahr 2019 übertragenen Leistungsbeträge in den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2020 übertragen werden können.“

Art. 5 Nr. 5 § 150a SGB XI- Sonderleistung während der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 150a SGB XI sieht eine Regelung zur Zahlung und Refinanzierung einer einmaligen Sonderleistung (Corona-Prämie) in der Altenpflege vor. Zugelassene Pflegeeinrichtungen werden demnach zur Zahlung von gestaffelten Sonderleistungen (Corona-Prämien) von bis zu 1.000 Euro an ihre Beschäftigten verpflichtet. Die Prämien können durch die Länder und Arbeitgeber weiter aufgestockt werden. Somit ergibt sich ein definierter Rechtsanspruch der Beschäftigten und Leiharbeiter einer Pflegeeinrichtung an den Arbeitgeber. Die Auszahlung der Prämie erfolgt an die Pflegeeinrichtungen zu zwei Auszahlungszeitpunkten: 15. Juli und 15. Dezember 2020. Das Nähere zu den Auszahlungen wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Festlegung geregelt. Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2021 die tatsächliche Auszahlung der Corona-Prämien anzuzeigen.

Die Bemessungshöhe der Prämie richtet sich nach dem Vorschlag der vierten Pflegekommission.

Für den ambulanten Bereich wird die Gesetzliche Krankenversicherung anteilig mit beteiligt. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

In der zweiten Hälfte des Jahres 2020 werden das BMG und das Bundesministerium der Finanzen miteinander festlegen, in welchem Umfang die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung Zuschüsse des Bundes zur Stabilisierung der jeweiligen Beitragssätze erhalten. Dies wird auch die Frage der Refinanzierung dieser einmaligen Prämie umfassen.

B Stellungnahme

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 Beitragszahler erfolgen. Der geplante Bonus soll eine gesamtgesellschaftliche Anerkennung sein, die folglich auch gesamtgesellschaftlich aus Steuermitteln finanziert werden müsste. Die Anerkennung sollte vom Bund oder von den Ländern kommen, etwa über zweckgebundene Zuschüsse für die Soziale Pflegeversicherung. Bei den Krankenkassen herrscht derzeitiger Klarheit über einen Bundeszuschuss zur Finanzierung der Corona-Prämie.

Innerhalb eines Kalenderjahres erfolgen sehr viele Statusveränderungen bei Pflegeeinrichtungen (Inhaberwechsel, Umfirmierung usw.). Die derzeitige Nachweisregelung zur Auszahlung der Corona-Prämie sieht zwischen Auszahlung und Nachweis der Auszahlung einen bis zu 7-monatigen Zeitraum vor. Dies kann dazu führen, dass die Pflegeeinrichtung in der (Rechts-) Form nicht

mehr existiert, so dass ggf. Nachweise nicht erbracht werden können. Die Forderung des Nachweises sollte sich daher mit der Frist eng an dem von der Einrichtung benannten Zahltermin orientieren.

Das umfangreichere Antragsverfahren, welches in den Festlegungen beschrieben werden muss und die Schaffung der organisatorischen Strukturen, macht es erforderlich, dass der erstmalige Auszahlungszeitpunkt verschoben wird.

Die Finanzierungsbeitragung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ist in dem Gesetzesvorschlag nicht geregelt und sollte daher aufgenommen werden. Für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ergibt sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen eine Beteiligung von rund 7 Prozent an den Kosten für die Prämienzahlung.

C Änderungsvorschlag

Der § 150a Abs. 7 Nr. 1 soll wie folgt geändert werden:

1. bis spätestens 15. August 2020 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2, die bis zum 1. Juni 2020 die Voraussetzungen erfüllen, und [...]

Der § 150a Abs. 7 Satz 8 soll wie folgt geändert werden:

Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens 6 Wochen nach Erhalt der Prämie die tatsächliche Auszahlung der Corona-Prämien anzuzeigen.

Der § 150a Abs. 9 soll wie folgt geändert werden:

In Absatz 9 Satz 1 wird das Wort „kann“ durch „soll“ ersetzt.

In § 150a wird ein neuer Abs. 8 eingefügt:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß der Absätze 2-6 und 9 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.“

Der Absatz 8 wird zu Absatz 9.

Der Absatz 9 wird zu Absatz 10.

Der Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„[...] nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 8 zu zahlen (Corona-Prämie)“ wird geändert in „nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 9 zu zahlen (Corona-Prämie)“.