



## **Stellungnahme des IKK e.V.**

**zum**

# **Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemi- schen Lage von nationaler Tragweite**

**Stand 22.04.2020**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Inhalt

<b>Grundsätzliche Anmerkungen .....</b>	<b>3</b>
<b>Kommentierung des Gesetzentwurfs.....</b>	<b>5</b>
<b>Zu Artikel 4 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>5</b>
§ 20 Abs. 6 Satz 1-3 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung .....	5
§ 20i Abs. 3 Satz 2 und 3 (neu) SGB V: Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung .....	7
§ 67 Abs. 3 (neu) SGB V: Elektronische Kommunikation .....	9
<b>Zu Artikel 5 (Änderung Elftes Buch Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>10</b>
§ 150 Absatz 4 SGB XI: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtung und Pflegebedürftige.....	10

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zum Entwurf eines zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, mit weiteren Maßnahmen der zunehmenden Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zu begegnen und in verschiedenen Bereichen Regelungen für die Zeit der epidemischen Lage anzupassen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die lang geforderte und überfällige Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Dass in der aktuellen Krisensituation versucht wird, die Versäumnisse der vergangenen Jahre im Schnellverfahren zu beheben, zeigt, dass der Gesetzgeber die Bedeutung eines angemessen ausgestatteten ÖGD erkannt hat. Umso mehr irritiert es, dass Finanzierungsaufgaben, die in den Bereich der öffentlichen Gesundheitsvorsorge fallen, auch mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben weiterhin an die gesetzlichen Krankenkassen delegiert werden sollen. Dies lehnen die Innungskrankenkassen nicht nur aus ordnungspolitischen Gründen ab. Die massenhafte PCR- oder auch Antikörpertestung der Bevölkerung in Höhe von viereinhalb Millionen Tests pro Woche mit dem Ziel, das öffentliche Leben und die Wirtschaft wieder hochzufahren, muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein. Die Kosten hierfür sind nicht aus GKV-Beiträgen, sondern ausschließlich durch Steuermittel zu finanzieren. Symptomonabhängigen Testungen sind eine Aufgabe der allgemeinen Daseinsfürsorge zur Abwendung von Pandemien, Katastrophen etc. Es ist anzumerken, dass verfassungsrechtliche Zusammenhänge berührt werden, nämlich der Eingriff in geklärte Zuständigkeiten zwischen Bund, Länder und Kommunen zu Lasten der GKV, die aufzuarbeiten wären.

Ausgehend von der Stärkung des ÖGD müssen auch die richtigen Rückschlüsse auf Finanzierungsverantwortungen gezogen werden, um ein sinnvolles und angemessenes Ineinandergreifen der gesetzlichen Krankenversicherung und des ÖGD im Sinne der Bevölkerung und der Versicherten zu ermöglichen.

Die Innungskrankenkassen vollziehen nach, dass im Zuge der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2, die Einführung eines Prüfquotensystems zur Entlastung der Krankenhäuser bei der Bewältigung der Pandemie ebenso wie die Prüfungen bestimmter OPS-Codes bei der Behandlung von SARS-CoV-2 Patienten zeitlich befristet ausgesetzt werden sollen. Die Erstellung einer Statistik zur Einstufung der Krankenhäuser wäre in der aktuellen Situation nicht möglich, eine Verschiebung ist folgerichtig.

So wichtig es ist, die Anforderungen eines Finanz- und Qualitätscontrollings derzeit auszusetzen, so muss dennoch gelten, dass diese Aussetzung temporär ist und entsprechend bei einer (auch partiellen) Rückkehr in den Regelbetrieb wieder zurückgeführt wird.

*Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfs. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.*

## **Kommentierung des Gesetzentwurfs**

### **Zu Artikel 4 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**

#### **Zu Artikel 4 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**

##### **Nr. 1**

##### **§ 20 Abs. 6 Satz 1-3 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Regelung wird die Verpflichtung der Krankenkassen den in § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB V vorgesehenen Sollwert für Ausgaben zur primären Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen, für das Jahr 2020 ausgesetzt. Mit der Änderung entfällt auch die Verpflichtung der Krankenkassen zur Verausgabung der in § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 SGB V genannten Mindestausgabewerte für das Jahr 2020.

#### **Bewertung**

Die Aussetzung der Verpflichtung der Mindestausgabewerte für das Jahr 2020 wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Aufgrund des durch das Infektionsschutzgesetz erlassene Kontaktverbot ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen auf Grundlage des Sollwertes nach § 20 Absatz 6 Satz 1 SGB V insbesondere die in § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 SGB V geforderten Mindestausgabewerte für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Betrieben (BGF) für das Jahr 2020 nicht erreichen können. Auch wenn Leistungen zur Individualprävention in Form von Kursen in den nächsten Monaten unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologie stattfinden können, ist eine eingeschränkte Inanspruchnahme der Versicherten eher wahrscheinlich. Zu berücksichtigen ist auch, dass nicht alle Versicherten über entsprechende Technologien verfügen.

Da die besonderen Zugangsbeschränkungen auch in Einrichtungen der Pflege bestehen, vermissen wir eine analoge Regelung für § 5 SGB XI in Artikel 5 der Formulierungshilfe. Bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtung handelt es sich eindeutig um eine der größten Risikogruppen schlechthin. Die meisten Pflegeheime stehen vor dem Problem, den Außenkontakt auf ein nötigstes Maß zu beschränken und nur im Notfall Zugang von Außenstehenden zu ermöglichen. Es ist zu erwarten, dass die besonderen Zugangsbeschränkungen für diese Lebenswelt für längere Zeit bestehen bleiben. Daher bitten die Innungskrankenkassen um eine vergleichbare Regelung in § 5 SGB XI.

## **Änderungsvorschlag**

Dem § 5 Absatz 2 sowie Absatz 3 SGB XI wird jeweils folgender Satz angefügt:

*„Die Maßgaben der Sätze 1 bis 3 sind vom 01. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 nicht anzuwenden.“*

## **Zu Artikel 4 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 4 b)**

#### **§ 20i Abs. 3 Satz 2 und 3 (neu) SGB V: Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das Bundesministerium für Gesundheit soll ermächtigt werden, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität im Hinblick auf bestimmte bevölkerungsmedizinisch bedeutsame übertragbare Krankheiten von den Trägern der Krankenversicherung getragen werden. Die Versicherten erhalten auf Basis der Rechtsverordnung einen Anspruch auf diese Leistungen. In der Rechtsverordnung können auch Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die auf Grund der Rechtsverordnungen.

#### **Bewertung**

Ausweislich der in der Gesetzesbegründung in Abschnitt D (Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand) dargelegten Strategie, „etwa viereinhalb Millionen PCR-Test pro Woche“ im Umfang von monatlich 1 bis 1,5 Milliarden EUR durch die GKV zu finanzieren und ausweislich der Begründung zur Formulierungshilfe 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. Mit diesen Regelungen und Ausführungen wird unmittelbar zum Ausdruck gebracht, dass der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Falle der Umsetzung der Verordnungsermächtigung – systemwidrig – die Übernahme von Kosten auferlegt wird, die aus gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen und den Aufgabenstellungen des ÖGD erwachsen und die im Übrigen für die GKV systemsprengend wären. Die Übertragung dieser Finanzierungsverantwortung auf die Beitragszahler der GKV wird abgelehnt. Denn diese aufgeführten Mehrausgaben – sofern diese Regelung kommen sollte – gefährdet

letztlich in erheblichem Maße die Beitragssatzstabilität in der GKV und führt unweigerlich zu höheren Beiträgen (z. B. Zusatzbeiträge), was für die Versicherten und Arbeitgeber in der derzeitigen Situation und auch auf längere Sicht kontraproduktiv wäre.

Sofern mit einer Verordnungsermächtigung des BMG erreicht werden soll, dass die GKV mit ihren Strukturen und Vertragspartnern auch in Bezug auf bevölkerungsmedizinisch als notwendig erachtete Testungen zur Bewältigung der gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen der Corona-Virus-Pandemie herangezogen wird, steht die GKV dazu bereit. Hierfür bietet sich ein Verfahren an, anhand dessen die Abrechnung auch von Tests, die nicht in den Leistungsbereich der GKV fallen, über das KV-System ausgestaltet wird. Durch eine entsprechende Fallkennzeichnung könnte so die Erbringung / Abrechnung deutlich vereinfacht werden und gleichzeitig die Kostenzuordnung zum zuständigen Kostenträger erfolgen.

### **Änderungsvorschlag**

Die vorgesehene gesetzliche Änderung wird abgelehnt, weil dadurch eine Finanzierung von Aufgaben des ÖGD durch Beitragsmittel der GKV und somit letztlich durch die Beitragszahler der GKV beabsichtigt ist.

## **Zu Artikel 4 (Änderung Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 6**

#### **§ 67 Abs. 3 (neu) SGB V: Elektronische Kommunikation**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Ziel der beabsichtigten Neuregelung ist die Vereinfachung der Einführung von Verfahren zur elektronischen Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V.

#### **Bewertung**

Die Möglichkeit, die Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V im Rahmen von Pilotprojekten durch elektronische Verfahren zu ersetzen, die nicht der Schrift- sondern der Textform bedürfen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Der Verzicht auf die Schriftform zugunsten der Textform ist hilfreich und vereinfacht die Umsetzung. Es ist dabei zu beachten, dass die Integrität der Dokumente anlehnend an die Vorgaben an die Textform nach § 26b BGB sowie die Authentizität der Dokumente durch geeignete technische Verfahren gewahrt bleiben.

#### **Änderungsvorschlag**

Keine Änderung.

## **Zu Artikel 5 (Änderung Elftes Buch Sozialgesetzbuch)**

### **Zu Artikel 5 (Änderung Elftes Buch Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 1**

#### **§ 150 Absatz 4 SGB XI: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtung und Pflegebedürftige**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Hospize, die als nach § 72 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase eine palliativpflegerische Versorgung und Betreuung sicherstellen, können SARS-Cov 2-bedingte Erstattungen von außerordentlichen Aufwendungen und Einnahmeausfällen geltend machen. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen 80 Prozent der nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen. Nur 20 Prozent fallen auf die Pflegeversicherung.

#### **Bewertung**

Dass die Mehrausgaben/Mindereinnahmen aus dem Bereich der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (nach § 45a SGB XI) nun in den Schutzschirm Pflege einbezogen werden, wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Im Fall stationärer Hospize ist die Änderung des § 150 SGB XI (Schutzschirm Pflege) irritierend. Das würde bedeuten, dass die Erstattungen im Bereich stationärer Hospize zu 80 Prozent dem Haushalt der Krankenversicherung zugeordnet werden. Dabei ist völlig offen, wie die Aufteilung dieser Kosten unter den Kassen vorzunehmen wäre.

Die Innungskrankenkassen sprechen sich daher ausdrücklich dafür aus, etwaige Mehrkosten sowie Mindereinnahmen auch bei den stationären Hospizen vollständig aus den Mitteln des SGB XI zu refinanzieren. Die Abwicklung wäre der bereits bundesweit etablierten Federführung beim Schutzschirm nach § 150 SGB XI relativ unkompliziert sowie sachgerecht zuzuordnen. Nicht zuletzt wurde der Kontenrahmen der Pflegekasse zum Zweck der Liquidierung stationärer Hospize bereits erweitert.

## Änderungsvorschlag

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

*„Bei Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne von § 39a Absatz 1 des Fünften Buches erbringen, tragen ~~die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent~~ **die gesetzlichen Pflegekassen** die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen **in vollem Umfang.**“*

Alternativ: Die geplante Änderung des § 150 Abs. 4 Satz 1 ersatzlos streichen.