

Termin: eilt!

Schreiben / ggf. ausschließlich per E-Mail

Frau Abteilungsleiterin 2

Über:

Frau Unterabteilungsleiterin 22

Referate 212, 215, 218, 223 und 225 waren beteiligt.

Betreff: Finanzierung der Kosten für Testungen auf Infektion oder Immunität auch ohne Symptome für COVID-19

I. Votum

Kenntnisnahme und Zustimmung zur präferierten Alternative 1a

II. Sachverhalt

Vor dem Hintergrund der hohen Ausgaben, die aus den Testungen auf Infektion oder Immunität auch bei symptomlosen Versicherten (präventive und epidemiologisch-wissenschaftliche Reihentestungen) entstehen werden, stellt sich die Frage der wettbewerbsgerechten Umsetzung der Kostentragung für die gesetzliche Krankenversicherung. Hierbei kommen die folgenden Alternativen in Frage:

1. Direkte Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
 - a. Abrechnung zwischen KVen/KBV/Ländern und Gesundheitsfonds (ohne Krankenkassen)
 - b. Abrechnung zwischen Krankenkassen und Gesundheitsfonds
2. Erhöhung des RSA-Zuweisungsvolumens (SPD-Prüfbitte)

III. Bewertung

1. Direkte Finanzierung der Tests aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Testungen bei symptomlosen GKV-Versicherten haben keinerlei Bezug zur individuellen Krankenbehandlung und sind somit nicht den Aufgaben der GKV zuzuordnen. Die Aufgabe wird lediglich im Sinne einer versicherungsfremden Leistung übernommen. Eine Erstattung der Ausgaben aus der Liquiditätsreserve ermöglicht, dass

- das nur vorübergehende Thema der bevölkerungsmedizinischen Tests aus dem RSA herausgehalten werden kann,
- die Testungen kein Wettbewerbsthema zwischen den Krankenkassen werden, bei dem die finanziellen Gewinne umso größer ausfallen, je weniger Tests finanziert werden müssen,
- die Höhe des finanziellen Ausgleichs aus dem Gesundheitsfonds mit der Höhe der für die Testungen anfallenden Kosten übereinstimmt,
- Transparenz bei den für die GKV anfallenden Kosten durch die Testungen für symptomlose GKV-Versicherte geschaffen wird und die Kosten im Rahmen des in der zweiten Jahreshälfte stattfindenden Austauschs mit dem BMF vorgebracht werden können,
- Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen im laufenden Jahr aufgrund von hohen Ausgaben für die Tests ausgeschlossen werden. Damit würde auch dem Wunsch der Krankenkassen entsprochen, von Pandemie-bedingte Mehrausgaben im laufenden Jahr entlastet zu werden.

Für eine Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kommen die nachfolgenden Optionen in Frage. In beiden Fällen wäre näher zu prüfen, ob und wie sichergestellt werden kann, dass aus GKV-Beitragsmitteln nur die Kosten für GKV-Versicherte getragen werden und wie die Finanzierung der Kosten für PKV-Versicherte, Selbstzahler und Beihilfeberechtigte sichergestellt wird.

a. Abrechnung zwischen KBV bzw. Ländern und Gesundheitsfonds

Die Kosten für die von den Vertragsärzten erbrachten Tests werden über die KVen abgerechnet und werden ggf. zentral über die KBV gebündelt. Die KBV erhält als zentraler Akteur die Ausgaben direkt vom Gesundheitsfonds erstattet und verteilt die Honorare auf die KVen. Ggf. ist vorzusehen, dass bei nicht ausreichenden vertragsärztlichen Kapazitäten auch Ärzte der Gesundheitsbehörden testen sollen. Sinnvoll wäre eine Vereinbarung auf Bundesebene mit dem GKV-Spitzenverband zu den Kosten der Testungen sowie zum Abrechnungsverfahren (z.B. Abrechnungen in kurzen Zeitabständen (nicht lediglich quartalsweise)).

Die Kosten für die von Krankenhäusern erbrachten Tests werden vom einzelnen Krankenhaus an das jeweilige Land übermittelt, das diese Kosten beim Gesundheitsfonds anfordert und die Mittel an das Krankenhaus weiterleitet. Das Verfahren könnte in gleicher Weise abgewickelt werden wie die Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 4 KHG, so dass keine neuen Kommunikationswege erforderlich wären.

Bei diesem Ansatz handelt es sich um ein äußerst verwaltungsarmes Verfahren, das ohne Beteiligung der Krankenkassen auskommt. Es müsste lediglich die KVen/KBV und die Länder als Akteure gegenüber dem Gesundheitsfonds abrechnen. Damit geht einher, dass die Krankenkassen – im Gegensatz zu Alternative 1b – die Kosten der Testungen nicht vorfinanzieren müssten und es somit nicht zu einer zusätzlichen Belastung der Liquiditätssituation der Krankenkassen käme.

Einbezug der PKV

Im Sinne eines bürokratiearmen, pragmatischen Verfahrens wäre es sinnvoll, dass alle Versicherten einer Einrichtung unabhängig von ihrem Versicherungsstatus getestet werden könnten, d.h. ohne dass die Leistungserbringer unterschiedliche Abrechnungswege nutzen müssten. Für ein solches Verfahren wäre allerdings Voraussetzung, dass die PKV sich – am ehesten über den PKV-Verband – für den Anteil der PKV-Versicherten mit einem Zuschuss am Gesundheitsfonds beteiligt. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen würden dabei einen Anteil von sieben Prozent leisten. Dies entspricht dem derzeitigen Versichertenanteil an der Gesamtzahl der gesetzlich und privat Krankenversicherten – abzüglich des Beihilfeanteils.

Empfehlenswert wäre dementsprechend, eine anteilige Finanzierungsverpflichtung der privaten Krankenversicherungen im § 20i SGB V vorzusehen. Bei dieser Vorgehensweise ist allerdings mit grundsätzlichen Bedenken des PKV-Verbandes zu rechnen. Auch verfassungsrechtlich könnte eine entsprechende Verpflichtung als sehr fragwürdig angegriffen werden. Daher wäre dringend zu empfehlen, diesen Weg vorab – beispielsweise auf St-Ebene – mit dem PKV-Verband abzusprechen.

Sofern dieser Weg politisch kurzfristig nicht erreichbar ist und/oder verfassungsrechtlich als zu riskant eingeschätzt wird (insbesondere im Falle einer fehlenden Zustimmung des PKV-Verbands), so wäre es folgerichtig, Privatversicherte in der Regelung nicht mit zu erfassen. In der Folge könnten Privatversicherte auf Selbstzahlerbasis getestet werden oder auf Kulanzbasis, sofern das jeweilige PKV-Unternehmen sich zu einer Kostenübernahme bereit erklärt. Auch in diesem Fall wäre es sinnvoll, wenn eine einheitliche Kulanzregelung gefunden werden könnte. Die Abrechnungswege blieben damit zwar vor Ort unterschiedlich von denjenigen der GKV-Versicherten, es entfielen aber das individuelle Risiko der Versicherten, die Kosten nicht erstattet zu bekommen.

b. Abrechnung zwischen Krankenkassen und Gesundheitsfonds

Die KVen bzw. die Krankenhäuser rechnen einzeln mit den Krankenkassen ab, die Krankenkassen melden ihre Ausgaben für Tests in einem festzulegenden Intervall an das BAS und bekommen von diesem ihre Zahlungen für Tests bei symptomlosen Versicherten zusätzlich zu den regulären Zuweisungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.

Für Privatversicherte könnten entweder a) im Falle einer 7-Prozent-Beteiligung am Gesundheitsfonds die einzelnen PKV-Unternehmen analog zu den Krankenkassen mit dem Gesundheitsfonds abrechnen oder b) die PKV-Unternehmen einen eigenen Fonds bilden, der eine wettbewerbsneutrale Abrechnung der einzelnen PKV-Unternehmen mit diesem Fonds ermöglichen würde.

Eine Abrechnung sämtlicher Krankenkassen und ggf. privaten Krankenversicherungen mit dem Gesundheitsfonds geht mit einem größeren administrativen Umsetzungsaufwand einher als Alternative 1a. Zudem würde ein weiterer Akteur das Erstattungsverfahren weiter verzögern, obwohl die Test-Ausgaben für die Krankenkassen nur einen durchlaufenden Posten darstellen. Somit hätte man auch erst später als in Variante 1a) einen Überblick über die tatsächlich anfallenden Kosten der Testungen. Zudem müssten die Krankenkassen, die schon jetzt z.T. über kurzfristige Liquiditätsprobleme klagen, die Kosten bis zur Erstattung aus dem Gesundheitsfonds vorfinanzieren.

2. Finanzierung der Tests über die Krankenkassen und pauschale Erhöhung des RSA-Zuweisungsvolumens an alle Krankenkassen (SPD-Prüfbitte)

Als Kompensation wird eine unterjährige Erhöhung des RSA-Zuweisungsvolumens aus den Mitteln der Liquiditätsreserve an alle Krankenkassen vorgenommen. Hierbei müsste zwar kein neues Verwaltungsverfahren etabliert werden, jedoch wäre dies mit folgenden Nachteilen verbunden:

- Da eine genaue Bestimmung der Ausgaben für die Testungen und damit des erforderlichen Erhöhungsbetrags für das Zuweisungsvolumen vorab nur schwer möglich ist, stimmt die Höhe des finanziellen Ausgleichs daher mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mit den finanziellen Belastungen der Krankenkassen überein.
- Die Finanzierung der Testungen würde für die Krankenkassen wettbewerbsrelevant, da von einer pauschalen – und damit wenig zielgenauen – Erhöhung der Zuweisungen zwar sämtliche Krankenkassen profitieren, die Belastungen durch die Testungen jedoch kassenindividuelle sehr unterschiedlich ausfallen können. So würden z.B. Krankenkassen mit Schwerpunkt in epidemiologischen Risikogebieten durch diese Alternative tendenziell benachteiligt.
- Eine Berücksichtigung der Ausgaben für Tests bei symptomlosen Versicherten würde die übrigen RSA-Zuweisungen massiv verzerren. Es wäre mit Folgeforderungen der Krankenkassen für Sonderregelungen im RSA zu rechnen.

- Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen im laufenden Jahr aufgrund von hohen Ausgaben für die Tests könnten nicht ausgeschlossen werden, da die pauschal erhöhten Zuweisungen von den realen Belastungen der Krankenkassen abweichen dürften.
- Auch bei einer Finanzierung über erhöhte Zuweisungen stammen die Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, ein Vorteil im Hinblick auf die Finanzsituation des Gesundheitsfonds ergibt sich bei dieser Alternative nicht.

3. Regelungsweg

Für die Regelung der Varianten 1 und 2 ist die Ermächtigungsgrundlage des § 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V in der Fassung des Fraktionsentwurfs nicht ausreichend und muss um die Ermächtigung zur Regelung der abweichenden Finanzierungswege erweitert werden. Ob eine solche Finanzierungsregelung durch Verordnung auf Grundlage des § 5 Abs. 2 Nr. 7 IfSG getroffen werden kann, ist ebenfalls fraglich. Jedenfalls wäre die Geltungsdauer einer Regelung auf IfSG-Grundlage begrenzt auf die Dauer der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, so dass ein Auseinanderfallen der Anwendungszeiträume beider Verordnungen zu befürchten wäre. Vorzugswürdig wäre deshalb eine Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage in § 20i SGB V. Das grundsätzliche verfassungsrechtliche Problem, dass Mittel der GKV ohne Refinanzierung für versicherungsfremde Leistungen verwendet werden, bleibt aber auch in diesem Fall bestehen.

Fazit

Sowohl Variante 1 als auch 2 müssten aus der Liquiditätsreserve finanziert werden und verschärfen die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds. Beide Varianten führen voraussichtlich dazu, dass ein Vorziehen des Bundeszuschusses und ein Liquiditätsdarlehen des Bundes früher und in größerem Umfang notwendig würden. Da Variante 2 (pauschale Zuweisungserhöhung) gegenüber Variante 1 (Erstattungsverfahren aus der Liquiditätsreserve) keine Vorteile aufweist, sollte ausschließlich Variante 1 weiterverfolgt werden.

Im Hinblick auf die Auswahl von Variante 1a oder 1b wird die KBV/Länder-Lösung (Variante 1a) präferiert, da es sich hierbei um das in der administrativen Umsetzung deutlich einfachere Verfahren handelt und die Liquidität der Krankenkassen weniger stark belastet wird. Zudem scheint hier eine vergleichsweise bürokratiearme Möglichkeit vorzuliegen, die privaten Krankenversicherungen in die Finanzierung einzubeziehen, sofern eine Absprache mit dem PKV-Verband zu erzielen ist. Sofern eine solche Variante nicht umsetzbar ist bzw. ohne Zustimmung des PKV-Verbands rechtlich zu unsicher erscheint, bliebe eine Abrechnung auf Selbstzahler- oder Kulanzbasis außerhalb einer Regelung des § 20i SGB V.

Weiteres Vorgehen

Die in der Abteilung 2 konsentierende Variante sollte zügig gegenüber Abteilung 6 mit der Bitte um Berücksichtigung im Verordnungsentwurf kommuniziert werden. Parallel sollte in der Abteilung 2 der für diese Variante notwendige Änderungsbedarf am § 20i SGB V formuliert werden.

Gez. Stefan Gründer

Gez. Christian Leber