

Bearbeitet von: Dr. Christian Abt [REDACTED], Romana Müller [REDACTED]

Termin:

Vorlage an

Herrn Minister**Über:**

Frau Unterabteilungsleiterin Kohfeld Ko 8/5
Frau Abteilungsleiterin Optendrenk Op 8/5
Referat L 2
Herrn Staatssekretär
Frau Abteilungsleiterin L

Nachrichtlich:

Frau PSt'in Weiss
Herrn PSt Dr. Gebhart
L 1
und (bitte ankreuzen)
 L 7/ L 8 / Z 25
 Referat 314

Referate 611, 212, 215, 218, 222, 224, 225 und 226 waren beteiligt.

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

hier: Testungen auf SARS-CoV-2-Infektion/Antikörper

Bezug: Änderungsanträge zu § 20i SGB V und § 26 KHG

Anlage: 3

I. Votum

Zustimmung zu den vorgeschlagenen Änderungsanträgen zur Ermöglichung von flächendeckenden Testungen auf SARS-CoV-2 sowie zur kurzfristigen Versendung als weitere Änderungsanträge für die laufende Ressortabstimmung zum 2. Bevölkerungsschutzgesetz.

Entscheidung zur Ausgestaltung der Verordnungsermächtigung wie unter III; Eingrenzung auf SARS-Cov-2 oder ohne Begrenzung, dafür mit Zustimmung des BMF.

II. Sachverhalt

Im Entwurf des 2. BevölkerungsschutzG ist bereits eine Änderung des § 20i SGB V enthalten, die es dem BMG ermöglichen soll, durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass die Krankenkassen die Kosten für bestimmte Testungen auf Infektion oder Immunität bei bestimmten übertragbaren Krankheiten übernehmen. Nach der Begründung soll dies Testungen bei symptomlosen GKV-Versicherten, so auch regelmäßige Tests im Umfeld besonders gefährdeter Personen, ermöglichen.

Die Ermächtigungsnorm ist jedoch beschränkt auf eine leistungsrechtliche Regelung für gesetzlich Krankenversicherte. Sie ermöglicht auf dem Verordnungsweg keine Regelungen zur Kostenübernahme für Nicht-GKV-Versicherte, zu den berechtigten Leistungserbringern, zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen (auch außerhalb der Krankenbehandlung in der GKV) sowie zu den hierfür erforderlichen Zahlungsflüssen an die GKV.

III. Bewertung

Um die u.a. im Konzeptpapier „Testen, testen, testen“ vorgesehenen umfangreichen Testungen flächendeckend vornehmen und eine Teststrategie effektiv umsetzbar machen zu können, ist ein Gesamtkonzept erforderlich, das die Abrechnungswege bei GKV- und Nicht-GKV-Versicherten bürokratiearm und pragmatisch ausgestaltet. So wäre es wenig praktikabel, wenn unter anderem bei Patienten/Bewohnern/Mitarbeitern von Einrichtungen vor den Testungen der Versicherungsstatus geklärt werden müsste und dies zu unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten und Abrechnungswegen führen würde. Ebenso wäre die Testung von Nicht-GKV-Versicherten auf Selbstzahlerbasis kaum vermittelbar; eine freiwillige Beteiligung der PKV-Unternehmen an solchen Testreihen erscheint aufgrund des präventiven Charakters sehr unwahrscheinlich. Die Kosten für die Testung Nicht-GKV-Versicherter sowie für Testungen zu anderen Zwecken als Krankenbehandlung und individueller Prävention sollten jedoch schon aufgrund verfassungsrechtlicher Vorgaben (Zweckbindung von Beitragsmitteln, keine Verwendung zur Finanzierung staatlicher Aufgaben) nicht bei der GKV verbleiben; deshalb ist in dem Änderungsantrag für nicht-symptombezogene Tests, die aus Sicht der Abteilung 2 in den Bereich des Arbeitsschutzes, der Bevölkerungsmedizin und der Gefahrenabwehr fallen, eine Refinanzierung aus Bundesmitteln vorgesehen. In welchen Fallkonstellationen die Testungen der Krankenbehandlung oder den Bereichen Arbeitsschutz, Bevölkerungsmedizin und Gefahrenabwehr zugeordnet werden, ergibt sich aus Anlage 1.

Für eine praktikable und effektive Teststrategie sind Ergänzungen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage zur Einbeziehung Nicht-GKV-Versicherter und zur verfahrensmäßigen Abwicklung (Berechtigung zur Leistungserbringung (auch solche Leistungserbringer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen), Vergütung, Abrechnung, Zahlungsflüsse) zwingend erforderlich. Ein Rückgriff auf die Regelung des § 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen) ist weder nach dem jetzigen Gesetzeswortlaut möglich, noch wären die darin vorgesehenen regional verschiedenen Sonderverhandlungslösungen einzelner Kassen oder ihrer Verbände wegen der gebotenen Eile zielführend. Sie führen weder zu schnellen flächendeckenden Testungen für alle GKV-Versicherten gemäß einer bevölkerungseinheitlichen Teststrategie (sie gelten auch nicht für PKV-Versicherte) noch berücksichtigen nicht die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

Mit den beigefügten Änderungsanträgen werden die erforderlichen Ergänzungen vorgelegt, die zur Umsetzung der Maßnahmen aus dem Testkonzept erforderlich sind. Sie enthalten zum einen die entsprechenden Ergänzungen der Ermächtigungsgrundlage. Der Änderungsantrag zu § 20i SGB V (Anlage 2) präzisiert die Verordnungsermächtigung zur Ermöglichung von Testungen auf Infektion oder Antikörper und ergänzt die notwendigen Verfahrensregelungen. Für Testungen, die nicht Teil der Krankenbehandlung sind, ist eine Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und die Erstattung der anfallenden Ausgaben aus Bundesmitteln bestimmt.

Was Teil der Krankenbehandlung ist, kann durch die Verordnung ergänzend geregelt werden. In der Rechtsverordnung sollte vorgesehen werden, dass die Aufwendungen für diese Testungen von zentraler Stelle (z.B. KBV für Vertragsärzte, Länder für ÖGD) direkt mit dem Gesundheitsfonds – ohne Beteiligung der Krankenkassen – abgerechnet werden. Die Krankenkassen müssen die Testungen außerhalb der Krankenbehandlung folglich nicht vorfinanzieren und es kommt nicht zu einer zusätzlichen Belastung ihrer Liquiditätssituation. Die genaue Ausgestaltung der Vergütung, der Abrechnungsmodalitäten und Finanzströme erfolgt in der Rechtsverordnung des BMG.

Zum anderen sieht der Änderungsantrag zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (Anlage 3) für den Krankenhausbereich die Schaffung eines Zusatzentgelts vor, über das die Testungen auf eine SARS-CoV-2-Infektion bei voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten finanziert werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben spätestens eine Woche nach dem Inkrafttreten des Gesetzes die Höhe des Zusatzentgeltes festzulegen. Diese Zusatzentgelte werden nicht aus Bundesmitteln refinanziert- und der Liquiditätsreserve vorfinanziert und führen somit zu unmittelbaren Mehrausgaben der jeweiligen Kostenträger (GKV, PKV, Beihilfe). Die Krankenhäuser haben sich bei der Durchführung von Testungen an den Festlegungen in der Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 SGB V zu orientieren.

Die Abbildung in Anlage 1 gibt einen Überblick über die Kostenträger, Finanzierungsregelungen und Abrechnungsgrundlagen des hier vorgeschlagenen Gesamtkonzepts nach Fallkonstellationen. Im Kern sehen die Finanzierungsregelungen für alle Tests wie folgt aus:

- Die Krankenkassen/PKV-Unternehmen/Selbstzahler übernehmen bzw. erstatten weiterhin die Kosten für symptombezogene Tests im Rahmen der individuellen Krankenbehandlung über die bestehenden Abrechnungswege (EBM/GOÄ).
- Die Krankenkassen/PKV-Unternehmen/Selbstzahler finanzieren zukünftig im Rahmen der Krankenbehandlung auch nicht-symptombezogene Tests im Rahmen der erforderlichen Krankenhausbehandlung (Abrechnung über DRG-Zusatzentgelte).
- Die Krankenkassen/Selbstzahler übernehmen bzw. ggf. PKV-Unternehmen erstatten künftig im Rahmen der Krankenbehandlung auch nicht-symptombezogene Tests vor Aufnahme in das Krankenhaus (EBM, ggf. GOÄ). Dabei sollte darauf hingewirkt werden, dass die PKV-Unternehmen diese Tests übernehmen, wenn die GKV dies auch tut (eine Verpflichtungsmöglichkeit besteht jedoch nicht). Details (bzgl. Vergütung nur soweit sie nicht die PKV-Unternehmen verpflichten) werden in der Rechtsverordnung geregelt.
- Der Bund (Vorfinanzierung Gesundheitsfonds) finanziert zukünftig nicht-symptombezogene Tests im Bereich des Arbeitsschutzes, der Bevölkerungsmedizin und der Gefahrenabwehr insbesondere vor (Wieder-) Aufnahme in Pflege-/Behinderten-/sonstigen Einrichtungen. Vergütung (ggf. Vereinbarung KBV, GKV und SPV) und Abrechnung (ggf. KBV/Länder direkt an Gesundheitsfonds) werden in der Rechtsverordnung geregelt.

- Wissenschaftlich-epidemiologische Tests (Forschung) werden von Forschungseinrichtungen/Ländern/BMBF/BMG außerhalb des SGB V finanziert.

Die vorlegte Aufgaben- und Finanzierungsverteilung zwischen GKV/PKV und Bund ermöglicht klare Abrechnungsstrukturen und eine sachgerechte und faire Verteilung bei der Kostenübernahme zwischen Krankenversicherungen und Steuerzahlern.

Um die Wahrscheinlichkeit einer Zustimmung des BMF zu einer Refinanzierung aus Bundesmitteln zu erhöhen, könnte einerseits die VO-Ermächtigung auf Testungen von SARS-CoV-2 begrenzt werden. Alternativ könnten in der Verordnungsermächtigung die Voraussetzung eines Einvernehmens mit dem BMF und/oder auch die Beschränkung der Möglichkeit einer solchen Verordnung nur für Fälle einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG aufgenommen werden; dies hätte den Vorteil, auch künftig bei Situationen von nationaler Bedeutung entsprechende Testungen vornehmen zu können.

Dr. Christian Abt