



BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverband e.V.

vom 22.04.2020

zur Formulierungshilfe für einen Entwurf eines
Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei
einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Inhalt

I.	Vorbemerkung	3
II.	Detailkommentierung	7
	Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes	7
	Zu Nr. 15 a) § 19 Absatz 1	7
	Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	8
	Zu Nr. 1, 2 und 3: §§ 20, 20a, 20b SGB V	8
	Zu Nr. 4 b): § 20i SGB V	8
	Artikel 5 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuches	9
	Zu Nr. 1: § 150 Abs. 4 Nr.1	9
	Zu Nr. 2: § 150 Abs. 5b).....	9
	Artikel 10 – Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung	10
	Zu Nr. 2: § 59	10
III.	Weiterer Änderungsbedarf.....	11
	Verjährungsfrist von Vergütungsansprüchen erbrachter Krankenhausleistungen übergangsweise anheben (§ 109 Abs. 5 SGB V)	11
	Streichung der Aufwandspauschale mindestens für stornierte Prüfaufträge in Quartal I 2020	11
	Fristverlängerung für Vereinbarung des Verfahrens zur einzelfallbezogenen Erörterung gemäß § 17c Abs. 2 Satz 5 KHG	12
	Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI).....	13
	Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (§ 149 SGB XI)	13
	Stärkung der Beratungskompetenz der Krankenkassen	17

I. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Weiterentwicklung und Ergänzung gesetzlicher Maßnahmen, die zu einer Eindämmung und einer besseren Bewerkstellung im Umgang mit der COVID-19-Pandemie beitragen. Beachtet werden muss jedoch grundsätzlich, dass die überwiegend gesamtgesellschaftlichen Aufgaben nicht einseitig über die Versichertengemeinschaft der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden sollten. Dies ist daher abzulehnen. Auch eine Beteiligung an den Kosten durch die Private Krankenversicherung (PKV), die in den bisherigen Maßnahmen zur Stützung des Gesundheitswesens nur sehr bedingt vorgesehen ist, sollte in der vorliegenden Formulierungshilfe verankert bzw. ausgeweitet werden.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Wenngleich die Betriebskrankenkassen seit Langem eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) fordern, ist eine **Erweiterung der Aufgaben des ÖGD** (Beratung, Untersuchung und Behandlung) auf alle übertragbaren Krankheiten zu weitreichend und wird daher abgelehnt. Der Aufbau von parallelen Versorgungsstrukturen ist zwingend zu vermeiden. Dass darüber hinaus die Kosten für die Maßnahmen des ÖGD wie z.B. für symptomunabhängiges Testen der Bevölkerung sowie Impfen allein von der GKV getragen werden sollen, ist ebenfalls abzulehnen. Die GKV kann sicherlich Vorfinanzierung der notwendigen Finanzmittel übernehmen. Aber auch hier gilt, dass es sich eindeutig um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, die auch entsprechend in den Zuständigkeiten der Länder oder im Geleit des Bundes zu finanzieren sind.

Befugnisgrundlage für eine Rechtsverordnung zu symptomunabhängigen Tests

Mit der vorliegenden Formulierungshilfe wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt durch Rechtsverordnung zu veranlassen, dass die Kosten für Testungen auf eine Infektion oder auf Immunität, auf Schutzimpfungen oder für andere Maßnahmen der Prophylaxe im Hinblick auf bestimmte bevölkerungs-medizinisch bedeutende übertragbare Krankheiten von den Krankenkassen zu tragen sind.

Wenn von der Wissenschaft eine **symptomunabhängige Ausweitung der Testung** angeraten wird mit dem Ziel einer stufenweisen Rückkehr zum normalen Wirtschaftsleben, ist dies zu organisieren – hierfür steht die GKV bereit. Auch hier gilt: Es ist gleichwohl eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine alleinige Finanzierung durch die GKV lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Schließlich veranschlagt das BMG selbst eine

Summe von Mehrkosten in Höhe von ca. 12-18 Milliarden Euro (Kosten pro Test lt. EBM 59 €) für die Versicherungsgemeinschaft alleine aus dieser Maßnahme. Die Kosten für die im Zusammenhang mit der Testdurchführung erbrachten ärztlichen Leistungen sowie für Immunitätstests (wenn verfügbar) und auch die Abrechnung der Grund-/Versichertenpauschalen und für die ärztliche Anamnese sind hier noch nicht berücksichtigt. Beitragssatzsteigerungen zum Abfedern dieser Mehrausgaben sind dagegen in Zeiten, in denen Beitragsstundungen oder auch -ausfälle Unternehmen und Selbständige entlasten sollen, nicht angezeigt. Ohne eine entsprechende Gegenfinanzierung wären sie jedoch nicht vermeidbar.

Präventionsausgaben

Das **Aussetzen verpflichtender Mindestausgaben für die primäre Prävention und Gesundheitsförderung** für das Jahr 2020 ist sachgerecht und zu begrüßen. Trotz digitaler Angebote der Betriebskrankenkassen in Unternehmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen können diese die sonst erbrachten Präventionsmaßnahmen nicht annähernd ersetzen. Daher sollte auch die Anwendung des Richtwerts für die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 2 und 3 SGB XI im Jahr 2020 ausgesetzt werden.

Krankenhausabrechnungsprüfung

Mit dem COVID-19- Krankenhausentlastungsgesetz wurden bereits vereinzelt Veränderungen der **Regelungen des MDK-Reformgesetzes bezüglich der Krankenhausabrechnungsprüfung** vorgenommen. Die Maßnahmen zielten insbesondere auf eine Entlastung aller Beteiligten ab. Vor dem Hintergrund der weiterhin bestehenden bzw. fortschreitenden Corona-Pandemie haben sich gesetzliche Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kürzlich auf eine Verschiebung der mit dem MDK-Reformgesetz vorgegebenen Fristen um ein Jahr, insbesondere im Hinblick auf die Einführung eines gestuften Prüfquotensystems erst im Jahr 2022, verständigt. Die ursprünglich für 2020 vorgesehene Prüfquote von 12,5 Prozent soll entsprechend im Jahr 2021 zur Anwendung kommen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der Gesetzgeber diese gemeinsame Initiative aufgreift und nun im Rahmen des vorliegenden Entwurfes

umsetzen möchte, gleichzeitig aber auch an der mit dem MDK-Reformgesetz geregelten Systematik in Bezug auf die Krankenhausabrechnungsprüfung grundsätzlich festhält.

Konkretisierungsbedarf sehen die Betriebskrankenkassen hingegen bei der Regelung nach der, sofern ein Krankenhaus zwischen dem 01.04.2020 und dem 30.06.2020 COVID-19-Patienten behandelt, keine Abrechnungsprüfung dahingehend erfolgen darf, ob bestimmte Mindestmerkmale des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) auch erfüllt werden. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen ist diese Regelung nicht ausreichend klar formuliert. Es scheint die durchaus nachvollziehbare Intention des Gesetzgebers zu sein, Krankenhäuser bei der Behandlung von COVID19-Patienten kurzzeitig von bestimmtem Prüf- und Dokumentationsaufwand zu entlasten. Die bisherige Formulierung lässt allerdings offen, ob die Regelung auch über die Behandlung von COVID19-Patienten hinaus und damit auch für alle weiteren in einem Krankenhaus behandelten Patienten gilt, sobald das Krankenhaus nur einen COVID19-(Verdachts-)Fall behandelt. In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass die Vorgabe von Mindestmerkmalen bzw. Strukturvoraussetzungen der Qualitätssicherung bzw. dem Patientenwohl dient und damit einem Außer-Kraft-Setzen – wenn überhaupt – sehr enge Grenzen gesetzt werden sollten. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die Regelung durch das BMG verlängert werden kann. Entsprechend regen die Betriebskrankenkassen an, die Regelung dahingehend zu konkretisieren, dass sie nur für Krankenhausfälle mit Covid19 greift.

Kurzzeitpflege

Die Betriebskrankenkassen regen dringend an, den **Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen aufgrund von Covid-19 auch auf Versicherte mit einem Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V** auszuweiten. Damit kann der Verknappung von Kurzzeitpflegeplätzen aufgrund von Belegungsstopps für vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege in diversen Bundesländern entgegengewirkt und die Versorgung der betroffenen Patienten sichergestellt werden.

Darüber hinaus muss geregelt werden, dass bei der **Vergütung in den Reha-Einrichtungen im Rahmen von § 149 SGB XI eine Analogie zur Kurzzeitpflegenach § 42** hergestellt wird, damit Versicherte mit Covid-19, die in Reha-Einrichtungen (nach)versorgt werden, nicht finanziell über höhere Eigenanteile benachteiligt werden.

Zudem dürfen Pflegebedürftige nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Covid-19 erst wieder nach bestimmten Quarantänemaßnahmen in Langzeitpflegeeinrichtungen zurückverlegt werden. In der Praxis führt dies zu Problemen, da vielfach keine Möglichkeit der Isolierung in den Pflegeeinrichtungen besteht. Gleichzeitig müssen in den Krankenhäusern freie Kapazitäten für die Versorgung neuer Covid-19-Patienten geschaffen werden. **Hierfür sollte ein dezidiertes Leistungsanspruchs geschaffen werden**, bei welchem die Nutzung von Kapazitäten in Reha-Einrichtungen im Rahmen des § 149 SGB XI eine angemessene Lösung darstellt.

Beratung durch Krankenkassen

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

Digitale Gesundheitsanwendungen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Durchführung von **Pilotprojekten** zur Ermöglichung der **Verwendung elektronischer Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen**. Die Regelung ist sinnvoll und schafft eine Grundlage, Verfahren innerhalb der Telematik Infrastruktur zu testen.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Nr. 15 a) § 19 Absatz 1

Mit der Änderungen werden Gesundheitsämter ermächtigt bei übertragbaren Krankheiten Beratungen, Untersuchungen und im Einzelfall auch ambulante Behandlungen anzubieten und durchzuführen. Die bisherige Einschränkung dieser Leistungen auf sexuell übertragbaren Krankheiten und Tuberkulose wird damit umfassend erweitert. Gleichzeitig wird der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ermächtigt, Rückgriffsansprüche gegen die GKV geltend zu machen.

Obleich eine Stärkung des ÖGD eine immer wieder erhobene Forderung der Betriebskrankenkassen ist, ist die Erweiterung der Kompetenzen des ÖGD in einem derart weitreichenden Umfang auf alle übertragbaren Krankheiten nicht sachgerecht und wird daher abgelehnt. Die ambulante Versorgung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten ist bereits jetzt über die vertragsärztliche ambulante Versorgung umfassend und unter Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sichergestellt. Ein Bedarf für eine dargestellte Anpassung wird daher nicht gesehen. Vielmehr stünde die Gefahr eine parallele Versorgungsstruktur für die genannten Indikationen, die neben diagnostischen Maßnahmen auch die Behandlung einschließt, aufzubauen.

Darüber hinaus wird es ordnungspolitisch als äußerst kritisch gesehen, dass Kosten die durch bestehende Pandemielagen verursacht werden, allein von der gesetzlichen Krankenversicherung geschultert werden sollen, da es sich hier eindeutig um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt.

Die zuständigen Behörden des ÖGD sollen weiterhin Dritte mit Beratungen, Testungen und ambulanter Behandlung beauftragen können. Hierfür gibt es ebenfalls keine Notwendigkeit, da diese Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages in ausreichendem Umfang qualitativ hochwertig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes vorgehalten werden, was bei Umsetzung der geplanten Änderung nicht sichergestellt werden könnte und zu einer zusätzlichen Kostenausweitung führen würde.

Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1, 2 und 3: §§ 20, 20a, 20b SGB V

Die Nichtanwendung der Sätze 1 bis 4 des § 20 Absatz 6 SGB V, der Sätze 4 und 5 des § 20a Absatz 3 und 4 SGB V sowie der Sätze 1 bis 3 des § 20b Absatz 4 SGB V bezogen auf Ausgaben einer Krankenkasse sind sachgerecht und zu begrüßen. Seit Beginn der Corona Krise können die Krankenkassen in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI keine Leistungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung mehr erbringen. Trotz digitaler Angebote der Betriebskrankenkassen in Unternehmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen können diese die sonst erbrachten Präventionsmaßnahmen nicht annähernd ersetzen. Auch das Präventionsgeschehen in vielen anderen Branchen ist fast vollständig zum Erliegen gekommen. Gleiches gilt aufgrund der Schließung der Schulen und Kindertagesstätten für die Präventionsprojekte der GKV in den sog. Lebenswelten. Wann die Präventionsaktivitäten wiederaufgenommen werden können, ist aktuell noch nicht vorhersagbar.

Zu Nr. 4 b): § 20i SGB V

Mit der geplanten Änderung wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass die Kosten für Testungen auf eine Infektion oder auf Immunität, auf Schutzimpfungen oder für bestimmte andere Maßnahmen der Prophylaxe im Hinblick auf bestimmte bevölkerungs-medizinisch bedeutsame übertragbare Krankheiten von den Trägern der Krankenversicherung zu tragen sind. In der Begründung zur Änderung wird konkretisiert, dass die Krankenkassen die Kosten auch zu tragen haben, wenn keine Symptome für eine Infektion mit COVID-19 vorhanden sind. Der Gesetzgeber hofft hier Forderungen der Wissenschaft nach repräsentativen bevölkerungsmedizinischen Tests nachkommen zu können (s. Begründung).

In Abschnitt D. „Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“, Teil „Gesetzliche Krankenversicherung des Gesetzentwurfes“ (S. 4) wird ausgeführt, dass diese Maßnahme der Strategie dienen soll durch verstärkte symptomunabhängige Testungen die stufenweise Rückkehr zum normalen Wirtschaftsleben zu ermöglichen.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen grundsätzlich alles, was die Eindämmung der Pandemie befördert. Sie lehnen jedoch eine Finanzierung der Maßnahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung ab. Mit der Neuregelung würden den GKV-Versicherten alleine die Kosten für Maßnahmen des Bevölkerungsschutzes auferlegt, die nicht

im gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen liegen. Es wäre den Versicherten und Arbeitgebern schwer zu vermitteln, wenn die Mehrausgaben - im beitragsatzrelevanten Bereich - zu entsprechenden Beitragsatzsteigerungen führen würden. Daher ist es dringend geboten, die Gegenfinanzierung durch den Bund und/oder die Länder im Formulierungsentwurf zu verankern.

Artikel 5 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuches

Zu Nr. 1: § 150 Abs. 4 Nr.1

Der genannte Verteilungsschlüssel zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung erscheint grundsätzlich auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Statistiken sachgerecht. Der Leistungsbetrag der über die Pflegeversicherung finanziert wird, kann jedoch (z.B. unter Berücksichtigung des Leistungsbetrags für die Kurzzeitpflege) auch höher sein.

Des Weiteren eröffnet die avisierte Formulierung des Gesetzestextes Spielraum für Fehlinterpretationen. So sind stationäre Hospize nach der „Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie Sicherung der Qualität zur stationären Hospizversorgung“ wirtschaftlich eigenständige Einrichtungen mit eigenem Personal, Konzept und somit nicht Teil einer stationären Pflegeeinrichtung. Eine Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtung n. § 72 SGB XI ist natürlich möglich. Dieser „Vorrang“ sollte aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch auch im Gesetzestext zum Ausdruck kommen.

Änderungsvorschlag

§ 150 Abs. 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Bei stationären Hospizen nach § 39a Abs. 1 des Fünften Buches mit einer Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die Soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend des Verhältnisses 80:20.“

Zu Nr. 2: § 150 Abs. 5b)

Die Flexibilisierung, nach welcher Pflegbedürftige des Pflegegrades 1 die Leistungen n. 45b SGB XI im Kostenerstattungsprinzip bei Coronavirus-CoV-2 verursachten Versorgungsgespässen auch für andere Hilfen nutzen können, ist sachgerecht. Allerdings

wird der Leistungsanspruch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 insgesamt – und damit auch i. S. d. § 45b SGB XI – nicht in § 45b SGB XI selbst, sondern in § 28a SGB XI normiert. Insofern sollte § 150 Abs. 5b SGB XI rechtssystematisch angepasst werden.

Änderungsvorschlag

§ 150 Abs. 5b Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„(5b) Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können bis zum 30. September 2020 den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 abweichend von § 28a Absatz 2 ~~§ 45b Absatz 1 Satz 3~~ auch für andere Hilfen im Wege der Kostenerstattung einsetzen, wenn dies zur Überwindung von durch das Coronavirus-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen erforderlich ist.“

Artikel 10 – Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Zu Nr. 2: § 59

In Analogie zu § 92b Abs. 6 SGB V (Expertenpool d. Innovationsausschusses) erscheint die Entschädigung der Mitglieder der „Fachkommission“ sachgerecht. Die Höhe der in der Gesetzesbegründung genannten Vergütung pro Sitzungseinheit (unter der Voraussetzung, dass hiermit ein Sitzungstag gemeint ist) von 1500 -2000 Euro ist nicht nachvollziehbar. Zusätzlich handelt es sich um eine „Soll-Regelung“ bei der nicht ausgeschlossen werden kann, dass die tatsächliche Vergütung auch höher liegt.

Für den zum Vergleich herangezogenen „Expertenpool“ n. § 92b Abs. 6 SGB V wird lt. § 6 der „Vereinbarung zur Begutachtung von Förderanträgen durch die Mitglieder des Expertenpools“ mit 100-200 Euro pro Gutachten, ein deutlich niedrigeres Vergütungsniveau beschrieben. Auch wenn die Aufgabenstruktur nicht gänzlich vergleichbar ist, stellt dieses Niveau, bei der Findung einer angemessenen Vergütung einen sinnvollen Bezugspunkt dar.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Verjährungsfrist von Vergütungsansprüchen erbrachter Krankenhausleistungen übergangsweise anheben (§ 109 Abs. 5 SGB V)

Der GKV-SV ist mit Zustimmung des BKK Dachverbandes der Intention des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes nachgekommen, die Krankenhäuser sowie Medizinischen Dienste von Aufwandspflichten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung zu entlasten, indem zentrale Fristen des Prüfverfahrens durch die Ergänzungsvereinbarung vom 02.04.2020 zur Übergangsvereinbarung zur Prüfverfahrensvereinbarung verlängert wurden. In der Konsequenz wurde das Prüfverfahren aufgrund der verlängerten Frist so weit gestreckt, dass die Mehrheit der strittigen Abrechnungsfälle perspektivisch zu verjähren drohen. Eine übergangsweise Anhebung der Verjährungsfrist von 2 auf 4 Jahre für alle Fälle, die in den Geltungsbereich der Ergänzungsvereinbarung zur Prüfverfahrensvereinbarung vom 02.04.2020 fallen, ist daher aus Sicht der Betriebskrankenkassen notwendig.

Änderungsvorschlag

§ 109 Abs. 5 S. 3 SGB V wird um folgenden Halbsatz ergänzt:

[...] sowie für Abrechnungsprüfungen, die bis zum 31.12.2020 eingeleitet werden.

Streichung der Aufwandspauschale mindestens für stornierte Prüfaufträge in Quartal I 2020

Zusammen mit der Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung zur Prüfverfahrensvereinbarung vom 02.04.2020 haben sich die DKG und der GKV-SV auf gemeinsame Hinweise verständigt. Es wurde kommuniziert, dass zwischen den Vereinbarungspartner Einigkeit besteht, dass aufgrund der nachträglichen Reduzierung der Prüfquote von 12,5% auf 5% in 2020 durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V auf stornierte Prüfaufträge keine Anwendung findet. Für diese stornierten Prüfverfahren sollen somit keine Aufwandspauschalen in Höhe von 300€ anfallen. Die stornierte Prüfung ist zu behandeln, als ob sie nicht eingeleitet wurde. Da es sich lediglich um Hinweise mit Empfehlungscharakter handelt, sehen es die Betriebskrankenkassen als notwendig an, dass die Krankenhäuser auf Verzicht der Inrechnungstellung der Aufwandspauschale für die stornierten Prüfaufträge des ersten Quartals 2020 gesetzlich verpflichtet werden. Es ist nicht hinzunehmen, dass die Krankenkassen Zahlungen für die Stornierung von Prüffällen zu leisten haben, die sie zum

Zeitpunkt gesetzlich geltender Regelungen rechtmäßig in Auftrag gegeben haben und nun bis zum 31.05.2020 nachträglich zurücknehmen müssen.

Änderungsvorschlag

Nach § 275c Abs. 2 S. 1 SGB V wird folgender Satz ergänzt:

„Aufgrund der nachträglichen Reduzierung der Prüfquote auf 5% in Quartal I 2020 findet § 275c Abs. 1 S.2 SGB V auf Prüfverfahren, die in Quartal I 2020 beim Medizinischen Dienst in Auftrag gegeben wurden und durch die Krankenkassen storniert werden müssen, keine Anwendung.“

In diesem Zusammenhang möchten die Betriebskrankenkassen auch ausdrücklich darauf hinweisen, dass nicht nur die Prüfquote wurde für 2020 herabgesetzt, sondern auch die durch die Krankenhäuser zu leistenden Rechnungsaufschläge bei fehlerhaften Abrechnungen für 2020 und 2021 ersatzlos gestrichen wurden. Die Krankenkassen müssen jedoch weiterhin die Aufwandspauschale zahlen. Die Krankenkassen hatten stets begrüßt, dass eine hier seit Jahren bestehende Ungleichbehandlung durch das MDK-Reformgesetz endlich beendet wurde. Insofern wird angeregt, auch hier für eine Herstellung von „gleich langen Spießen“ zu sorgen.

Fristverlängerung für Vereinbarung des Verfahrens zur einzelfallbezogenen Erörterung gemäß § 17c Abs. 2 Satz 5 KHG

Aufgrund der Vielzahl von Aktivitäten zur Milderung der Folgen der Corona-Pandemie und der damit im Zusammenhang stehende hohe Regelungsbedarf, sind die Verhandlungen zur einzelfallbezogenen Erörterung in den Hintergrund gerückt. Gemäß § 17c Abs. 2 S. 5 KHG muss die Verfahrensvereinbarung zur einzelfallbezogenen Erörterung bis zum 30.06.2020 abgeschlossen sein. Um das Verfahren zur einzelfallbezogenen Erörterung adäquat verhandeln zu können, braucht es eine um 6 Monate verlängerte Frist bis zum 31.12.2020.

Änderungsvorschlag

§ 17c Abs. 2 S. 5 KHG wird wie folgt gefasst:

„Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 31. Dezember 2020 zu treffen (...).“

Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5 SGB XI)

Der Gesetzentwurf vollzieht im Artikel 4 Nr. 1, 2 und 3 zu den §§ 20 Absatz 6, 20a Absatz 3 und 20b Absatz 4 SGB V eine logische Konsequenz aufgrund Coronavirus-CoV-2-Pandemie im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung und den damit verbundenen Aufgaben der Krankenkassen. Argumentativ erwähnt und begründet wird die vorgesehene Aussetzung des Sollwerts für Ausgaben für Leistungen zur primären Prävention und der Gesundheitsförderung und des in § 20 Absatz 6 Satz 2 und 3 SGB V genannten Mindestausgabewerts für das Jahr 2020 auch mit den Zugangsbeschränkungen zu Einrichtungen der Pflege. Diese Zugangsbeschränkungen und die sonstigen Maßnahmen des Infektionsschutzes werden die Pflegekassen im Setting der stationären Pflege gleichermaßen vor die Herausforderung stellen, den Sollwert für die Ausgaben n. § 5 Absatz 2 SGB XI zu erreichen. Folglich dürfte auch der Transfer der nicht verausgabten Mittel n. § 5 Absatz 3 Satz 2 SGB XI nicht den angedachten Zweck erfüllen, weshalb aus Sicht des BKK Dachverbandes die Aussetzungsregelungen des Artikels 4 Nr. 1, 2 und 3 gleichermaßen in § 5 SGB XI nachvollzogen werden sollten.

Änderungsvorschlag

Dem § 5 SGB XI wird folgender neuer Absatz 7 angefügt:

„Die Maßgaben des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 und des Absatzes 3 Satz 2 sind vom 01. Januar 2020 bis zum 31. Dezember 2020 nicht anzuwenden.“

Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege (§ 149 SGB XI)

Aufgrund von Belegungsstopps für vollstationäre Einrichtungen der Langzeitpflege in diversen Bundesländern verknappen sich Kurzzeitpflegeplätze für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 als auch für Versicherte mit einem Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege ohne Pflegebedürftigkeit (nach § 39c SGB V). Eine alternative Versorgung kann i. S. d. § 149 SGB XI bis zum 30. September 2020 durch Einrichtungen erbracht werden, welche stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen in Abweichung von § 42 Absatz 4 SGB XI. Beschränkt bleibt dies aber bislang auf Leistungsberechtigte i. S. d. § 42 SGB XI. Versicherte mit einem Anspruch gem. § 39c SGB V könnten diesen Leistungsanspruch demnach nicht in Anspruch nehmen. Allerdings besteht nach geltendem Recht eine Analogie von § 39c SGB V und § 42

SGB XI u.a. dergestalt, dass etwaige 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), auch wenn sich die Zielgruppen leistungsrechtlich unterscheiden. Insofern kann geschlussfolgert werden, dass der Gesetzgeber bei Leistungen i. S. d. § 149 SGB XI auch Versicherte mit Anspruch auf Leistungen n. § 39c SGB V im Blick hatte, dies aber nicht eindeutig in § 149 SGB XI normiert wurde.

In der Praxis zeichnen sich derzeit weitere Probleme in der Anwendung des § 149 SGB XI ab: Bei der Vergütung stellt § 149 Satz 2 SGB XI auf die durchschnittlichen Vergütungssätze gemäß § 111 Absatz 5 SGB XI ab, welche sich inhaltlich und im Umfang deutlich von den Pflegesätzen der Kurzzeitpflege gem. § 39c SGB V und § 42 SGB XI unterscheiden. Beispielsweise betrifft dies etwaige Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, etwaige ärztliche/medizinische Leistungsbestandteile oder auch etwaige Leistungsaspekte im Heilmittelbereich. Insofern kann hinsichtlich der Vergütungspraxis keine einfache Analogie angenommen und damit praktisch auch keine unkomplizierte und pragmatische leistungs- und vertragsrechtliche Brücke zwischen SGB XI und SGB V konstruiert werden. Dies provoziert in der Praxis dann Umsetzungsprobleme insbesondere deshalb, weil die Leistungsansprüche nach §§ 39c und 42 SGB XI dem Teilleistungsprinzip folgen und insofern wird der proklamierte durchschnittliche Vergütungssatz einer Reha-Einrichtung nach § 111 Abs. 5 in der Regel deutlich höher liegen, als die klassischen Pflegesätze der Kurzzeitpflege mit der Folge, dass der versicherte Pflegeleistungsempfänger, welcher Covid-19-bedingt, eine „kostspieligere“ Versorgungsform im Rahmen der leistungsrechtlich gedeckelten Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen muss mit dem Effekt, entweder frühzeitiger durch eine Eigenfinanzierung (Eigenanteil) einspringen zu müssen oder die Kurzzeitpflegeleistung frühzeitig nicht mehr in Anspruch nehmen zu können.

Gleichzeit führt die Formulierung von § 149 Abs. 2 SGB XI und der dortige Verweis auf § 111 Absatz 5 SGB V hinsichtlich seiner Auslegung zu der Situation, dass in Einzelfällen auf die existierende kassenindividuelle Vergütung gemäß § 111 Abs. 5 SGB V abgestellt wird. Die entsprechend divergierende kassenindividuelle Vergütung würde hier aber aufgrund der gedeckelten Leistungsbeträge für die Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ebenfalls zu unterschiedlichen Leistungsansprüchen der Versicherten führen. Bspw. würde so ein Versicherter einer Kasse – aufgrund ggf. günstigerer Vergütungsvereinbarungen mit den Reha-Trägern – mit dem allgemeingültig gedeckelten Leistungsbetrag n. § 42 SGB XI länger in der Kurzzeitpflege (in der Reha-Einrichtung) verweilen können, als bspw. ein Versicherter, der bei einer Kasse mit weniger günstigen Vergütungsver-

einbarungen versichert ist. Außerdem besteht an dieser Stelle ein deutlicher leistungsrechtlicher und mithin vertragsrechtlicher Widerspruch, welcher aber in der Formulierung des § 149 SGB XI nicht berücksichtigt wurde bzw. offenbleibt: § 84 Absatz 3 SGB XI normiert die Unzulässigkeit differenzierter Pflegesätze nach Kostenträgern. Grundlegender Anspruch der SPV ist es demnach, dass die Leistungsansprüche der Versicherten unabhängig von der Kostenträgerschaft gleich sein sollen – der Kassenwettbewerb ist hier systemisch nicht angelegt. Demnach kann nach Ansicht des BKK Dachverbandes bei der Anwendung des § 149 SGB XI der aushilfsweise einspringende Leistungserbringer (Rehaeinrichtung), welcher regelhaft nicht Leistungserbringer i. S. d. SGB XI ist (abgesehen von der Sonderregelung n. § 42 Abs. 4 SGB XI: Mitnahme des Pflegebedürftigen bei RehaMaßnahme des pflegenden Angehörigen) und demnach auch das SGB V nicht vollumfänglicher Maßstab für die Art und Weise der Vergütung sein. Dies würde mit der vorgeschlagenen Ausgestaltung des § 149 SGB XI ebenfalls klargestellt.

Die ergänzende Implementierung eines § 149a SGB XI begegnet zudem der Situation, dass Pflegebedürftige nach Krankenhausaufenthalt aufgrund der einschlägigen Empfehlungen des RKI erst wieder nach bestimmten Quarantänemaßnahmen in die Langzeitpflegeeinrichtung zurückverlegt werden können. Hier wird seitens der Leistungserbringer vielfach signalisiert, dass diese vielfach keine Möglichkeit der Isolierung in der eigenen Einrichtung haben. Dies konterkariert dann allerdings die gleichzeitigen Bemühungen der Krankenhäuser zur Schaffung freier Kapazitäten, welche für die Versorgung von Covid-19-Patienten zusätzlich zur Verfügung stehen sollen. Insofern folgt der vorgeschlagene § 149a einem spezifischen Leistungsanspruch für derartige Konstellationen, welcher inhaltlich aber mit § 149 SGB XI korrespondiert. In dieser Konstellation erfolgt die Abrechnung der entsprechenden Leistungen bilateral zwischen der versorgenden Reha-Einrichtung und der eigentlich zur Versorgung verpflichteten Pflegeeinrichtung. Im Rahmen der rahmenvertraglichen Regelungen nach § 75 Abs. 1 SGB XI kann die Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse in der Regel dann eine sog. „Platzgebühr“ berechnen. Die Mehrkosten, die im Vergleich zur Rechnung der Reha-Einrichtung verbleiben, könnten dann im Rahmen des Rettungsschirmes nach § 150 Abs. 2 SGB XI geltend gemacht werden. Aufgrund des Verweises auf § 149 SGB XI bliebe zudem der hier formulierte Leistungsanspruch auf die Zeit bis zum 30. September 2020 limitiert.

Änderungsvorschlag

§ 149 wird wie folgt gefasst:

„§ 149

Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

- (1) Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c des Fünften Buches und nach § 42 besteht bis zum 30. September 2020 auch in Einrichtungen nach Absatz 2.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach Absatz 1 besteht in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Der Anspruch nach Satz 1 besteht auch in anderen geeigneten Einrichtungen im Sinne des § 39c Satz 3 des Fünften Buches bzw. § 42 Absatz 3 Satz 1.
- (3) Die Vergütung für die Leistung der Kurzzeitpflege und für die Leistungen nach § 149a in den Einrichtungen nach Absatz 2 beträgt je Berechnungstag
 1. 120 Euro für den pflegebedingten Aufwand und
 2. 35 Euro für Unterkunft und Verpflegung.“

Dem geänderten § 149 wird folgender neuer § 149a angefügt:

„§ 149a

Interimsversorgung von Heimbewohnern in sonstigen geeigneten Einrichtungen

- (1) Zur Reduzierung des Infektionsrisikos in Einrichtungen, die Leistungen des Elften Buches erbringen, erhalten Pflegebedürftige einen Anspruch auf Versorgung in sonstigen geeigneten Einrichtungen nach § 149 für die jeweils erforderliche Dauer.
- (2) Die sonstige geeignete Einrichtung stellt die von ihr erbrachten Leistungen gegenüber der Einrichtung in Rechnung, in der die vollstationäre Dauerpflege bislang stattgefunden hat.“

Stärkung der Beratungskompetenz der Krankenkassen

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 ihre Versicherten zu individuellen Gesundheitsrisiken informieren zu können und spezifische Angebote unterbreiten zu können. Hierzu können die Versicherten beim Vorliegen von konkreten Gesundheitsrisiken (z.B. Vorerkrankungen oder Pandemiesituationen) von den Krankenkassen gezielt beraten und über für sie geeignete Gesundheitsleistungen der Krankenkassen informiert werden.

So könnten die Krankenkassen auch 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 bekannt zu machen.

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.

Änderungsvorschlag:

§ 284 SGB V nach Nummer 20 wird folgende Nummer 21 eingefügt:

„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für (...)

21. die individuelle Beratung des Versicherten mit dessen Einwilligung in die zweckgebundene Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten (...)

Stellungnahme des BKK Dachverband e.V. vom 22.04.2020 zur Formulierungshilfe für einen Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite



erforderlich sind.“