



STELLUNGNAHME DER KBV ZUM ENT- WURF EINES ZWEITEN GESETZES ZUM SCHUTZ DER BEVÖLKERUNG BEI EINER EPIDEMISCHEN LAGE VON NATIONALER TRAGWEITE

22. APRIL 2020

INHALT

I.	ALLGEMEINES	3
II.	ZUM GESETZ IM EINZELNEN	3
	§ 5b InfSchG - Öffnung der Testungen für Tierärzte	3
	§ 6 Abs. 2 Satz 2 InfSchG – Meldung der Genesenen (auch in § 9)	3
	§ 7 Nicht-namentliche Meldung	3
	§ 9 – Meldung zum Immunstatus	3
	§ 13 InfSchG – Datenmeldungen an das RKI	4
	§ 19 InfSchG – Rolle des ÖGD	4
	§ 22 InfSchG Immunstatusdokumentation	4
	§ 20i Abs. 3 SGB V	4
	§ 67 SGB V	4
	§ 79 Abs. 3d SGB V	5
	§ 103	5
	§ 106b Abs. 1a	5
	§ 115b	5
	§ 285 SGB V	5

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nimmt zu den hier vorliegenden Formulierungshilfen wie folgt Stellung. Aufgrund der Kurzfristigkeit und der in der gegenwärtigen Situation gebotenen schnellen Erfassbarkeit ist die Stellungnahme in Stichpunkten gefasst. So zu einzelnen Punkten nähere Begründungen oder Formulierungshilfen gewünscht werden, steht die KBV hierfür gerne zur Verfügung.

I. ALLGEMEINES

- › Mit Bezug auf die angestrebte Anzahl der Testungen weist die KBV daraufhin, dass die bloße Anzahl kein Wert an sich sein kann und darf. Die medizinische Einschätzung zur Notwendigkeit eines Testes kann und muss immer Voraussetzung jeder Maßnahme im Kampf gegen die Pandemie sein.
- › Eine Prüfungsprivilegierung vergleichbar § 25 KHFinanzG sollte auch für den vertragsärztlichen Bereich geschaffen werden.
- › Es sollte eine Änderung der Ärzte-ZV zu der Beschlussfassung der ZA- und BA-Ausschüsse im schriftlichen Umlaufverfahren und die Möglichkeit der Beratungen mit Video- und/ Telefonkonferenzen eingefügt werden.
- › Die Ärzte in der ASV sind bislang vor Honorareinbußen in Folge der Covid-19-Pandemie nicht geschützt. Ebenfalls für diese Ärzte sollten Ausgleichsmaßnahmen bei einem Honorarverlust vorgesehen werden.

II. ZUM GESETZ IM EINZELNEN

§ 5b InfSchG - Öffnung der Testungen für Tierärzte

- › Unklar ist, ob die seitens des BMG erhofften Effekte hier sinnvoll eintreten können (eigentliches Problem bleiben die Testmaterialien). Die KBV stellt sich jedoch nicht gegen den Vorschlag.
- › Allerdings bedarf der Gesetzestext einer Klarstellung, dass hiermit keine Öffnung für alle Tierärzte, sondern nur eine Öffnung für Fachtierärztinnen und –ärzte für Mikrobiologie oder für Virologie des Bundesforschungsinstitutes für Tiergesundheit sowie der Landesveterinärbehörden gemeint ist. Die Öffnung sollte darüber hinaus auch auf den Erreger beschränkt sein, der die epidemische Lage von nationaler Tragweite verursacht.
- › Nach Satz eins wird folgender Satz vorgeschlagen: § 8 Abs. 1 Nummer 2 gilt für den in Satz 1 genannten Zeitraum für Tierärztinnen und Tierärzten entsprechend (damit Tierärzte auch meldepflichtig sind).
- › Es sollte klargestellt werden, dass die Tierärzte nur als Unterauftragnehmer von humanmedizinischen Laboren tätig werden dürfen. Dies stellt ebenfalls sicher, dass tiermedizinische Labore im humanmedizinischen Bereich nur dann tätig werden, wenn ein entsprechender Bedarf besteht.

§ 6 Abs. 2 Satz 2 InfSchG – Meldung der Genesenen (auch in § 9)

- › Es gibt keine einheitlichen Kriterien für die Genesung – Regelung erscheint unpraktikabel
- › Es sollte „Genesung“ definiert werden (Abwesenheit einer Infektiosität, negativer Erregernachweis, Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit?)
- › Zudem wird darauf hingewiesen, dass für die Versicherten keine Verpflichtung besteht, nach einer Genesung sich einem Arzt vorzustellen.

§ 7 Nicht-namentliche Meldung

Die nicht namentliche Meldung umfasst hier SARS-Corona Viren, in der Begründung wird jedoch auf alle Erreger abgehoben, die ein schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS) auslösen. Bitte Gesetzestext und Gesetzesbegründung aufeinander abstimmen.

§ 9 – Meldung zum Immunstatus

- › Hier ist eine Konkretisierung erforderlich. Es wird unterstellt, dass hier ausschließlich der Immunstatus hinsichtlich der meldepflichtigen Erkrankung gemeint ist.

- › Vorschlag: Angaben zum Immunstatus bezüglich der Diagnose oder Verdachtsdiagnose nach i)

§ 13 InfSchG – Datenmeldungen an das RKI

- › Es wird darauf hingewiesen, dass der skizzierte Datenweg technisch noch nicht existiert
- › Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass das RKI auf die (funktionierenden) Datenwege der KBV zugreifen kann. Die KBV könnte schon jetzt über die KV-Digital die Daten an das RKI übermitteln.

§ 19 InfSchG – Rolle des ÖGD

Die Rolle des ÖGD passt nicht zum derzeitigen Versorgungsgeschehen, dass über die KVen abgebildet und gewährleistet wird. Kooperationen können dabei sinnvoll sein, Auftragserteilungen seitens des ÖGD nicht. Insofern wird gefordert, den Begriff des Auftrages durch den der Kooperation zu ersetzen. Der unspezifische Begriff des Dritten sollte durch eine „insbesondere-Formulierung“ mit den KVen verbunden werden.

§ 22 InfSchG Immunstatusdokumentation

Aufgrund einer infektionsserologischen Untersuchung kann der Immunstatus überprüft werden, eine Ansteckungsfähigkeit kann auch bei Nachweis einer Immunität niemals ausgeschlossen werden, die Ansteckungsfähigkeit ist lediglich weniger wahrscheinlich. Die Gesetzesbegründung bezieht sich insbesondere auf den Aufbau einer Immunität nach einer Infektion mit SARS-CoV-2. Hierzu kann allerdings zum jetzigen Zeitpunkt keine verlässliche Aussage getroffen werden.

§ 20i Abs. 3 SGB V

- › Die Klarstellung zur Finanzierung meldepflichtiger Erkrankungen im Hinblick auf die Prüfung einer Infektion oder Immunität werden begrüßt. Damit ist sichergestellt, dass sowohl symptomatische Personen wie auch asymptomatische Kontaktpersonen im Rahmen einer ärztlichen Behandlung untersucht werden können. Dies stellt auch eine zeitnahe Testung von Kontaktpersonen sicher, die zum Beispiel nach Meldung ihrer Tracing App den Hausarzt zur Diagnostik aufsuchen.
- › Offen bleibt im konkreten Kontext jedoch, die Finanzierung einer wiederholten Prüfung auf Immunität. Im Rahmen der SARS-CoV-2 Epidemie ist hier eine mehrfache Testung wahrscheinlich, insbesondere in Gesundheitsberufen. Hier sollte klargestellt werden, inwieweit dies auch der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen unterliegt.
- › Im Sinne einer schnellen Lösung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird befürwortet, die Leistungen zunächst durch die gesetzlichen Krankenkassen extrabudgetär über die EBM-Systematik zu vergüten.
- › Es ist aber eine nachgelagerte Refinanzierung der GKV über eine Zuführung von Steuermitteln in den Gesundheitsfond als versicherungsfremde Leistungen vorzusehen. Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung würde dazu führen, dass im Bewertungsausschuss unsachgemäß niedrige Leistungsvergütungen vom GKV-Spitzenverband eingefordert und dort schnelle Lösungen im Falle einer epidemischen Lage verhindert werden.
- › Eine entsprechende Regelung für die Privatkassen ist erforderlich. Andernfalls wäre für arbeitsschutzrechtliche Fragestellungen bei PKV-Versicherten ggf. der Arbeitgeber zahlungspflichtig.
- › Die Regelungstechnik über eine Rechtsverordnung wird abgelehnt, da zudem im derzeitigen Gesetzentwurf viele Fragen offenbleiben. Die Finanzierung der Leistungen wird zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie aber zeitnah benötigt. Eine zusätzliche Rechtsverordnung erscheint nicht praktikabel.
- › Es wird angeregt, die Regelungen rückwirkend ab dem ersten Quartal 2020 in Kraft zu setzen, da die Leistungen schon auf diesem Weg erbracht werden.

§ 67 SGB V

Es wird den Krankenkassen und ihren Verbänden erlaubt, Verfahren zur elektronischen Verordnung und Abrechnung von digitalen Gesundheitsanwendungen einzurichten, bei denen die Schriftform durch eine

Textform ersetzt wird. Die Formulierungen lassen offen, ob hiervon nur das Verfahren zwischen Krankenkassen und Herstellern der DiGas betroffen ist oder ob auch der Weg der ärztlichen Verordnung erfasst wird.

Im Gesetz sollte klargestellt werden, dass mit den Regelungen nicht die Verordnungstätigkeit der Ärzte bzw. bundesmantelvertragliche Regelungen betroffen sind, zwischen Krankenkassen und Herstellern von digitalen Gesundheitsanwendungen vereinbarte Abrechnungsprozesse die Regelungen gemäß § 87 Abs. 5c SGB V und die Abrechnungsprozesse für ärztliche Leistungen nicht berühren und die KBV bei Verfahren, die die bundesmantelvertraglichen Regelungskompetenzen berühren, obligatorisch zu beteiligen ist.

§ 79 Abs. 3d SGB V

- › Die Regelung wird begrüßt, allerdings sollte die Befristung überdacht werden.
- › Es wird angeregt, eine ähnliche Regelung auch für die BundesschiedsrechtsVO zu schaffen.

§ 103

In diesem Zusammenhang sollte auch eine zeitliche Befristung der entsprechenden Zulassungen geregelt werden, da es sich in der Sache um vorübergehende Versorgungsprobleme handelt.

§ 106b Abs. 1a

Die KBV kritisiert die erst mit TSVG in § 106b Absatz 1a SGB V eingeführte Regelung aufgrund des für die Vertragsärzte damit einhergehenden erhöhten Regressrisikos grundsätzlich. Was als „Sicherheitszuschlag“ gedacht sein könnte, kann im Umkehrschluss zum „Aufgreifkriterium“ in Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden. Dass der Gesetzgeber die definierten Grenzen dessen, was als eine angemessene Überschreitung der bestellten Impfstoffmenge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen als wirtschaftlich gilt, bereits vor der erstmaligen Umsetzung anpassen muss und dies nur für eine Grippezeit macht, reduziert weder die Verunsicherung der Vertragsärzte noch trägt es zu einer Verbesserung der Impfraten bei. Die KBV fordert daher die Streichung dieser Regelung.

§ 115b

Durch rechtlich vorgegebene Fristen des Vergabeverfahrens ist mit der Auftragserteilung für das Gutachten nicht vor Ende des Jahres 2020 zu rechnen. Für das Gutachten ist vom Gesetzgeber eine Zeitdauer von maximal einem Jahr vorgesehen. Davon ausgehend, dass der Gutachter im Dezember 2020 mit dem Gutachten beginnt, ist dieses ggf. erst im Dezember 2021 fertiggestellt. Die mit dem Gesetzentwurf neu vorgegebene Frist für die dreiseitige Vereinbarung des Katalogs „31. Januar 2022“ ist somit nicht zu halten und sollte auf den 31. März 2022 verlängert werden.

§ 285 SGB V

Die Datenerhebung ist in der Praxis sehr aufwendig, insofern sollte eine Finanzierung der entstehenden Mehraufwände erfolgen.

Ihre Ansprechpartner:

Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Tel.: 030 4005-1036

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.