



STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER FRAKTIONEN DER CDU/CSU UND SPD EINES ZWEITEN GESETZES ZUM SCHUTZ DER BEVÖLKERUNG BEI EINER EPIDEMISCHEN LAGE VON NATIONALER TRAGWEITE VOM 5. MAI 2020

7. MAI 2020

INHALT

I.	ALLGEMEINES	3
II.	ZUM GESETZ IM EINZELNEN	3
	§ 5 Abs. 2 Nr. 4 InfSchG	3
	§ 10 Abs. 3 Nr. 10 InfSchG	3
	§ 19 InfSchG	3
	§ 19 Abs. 1 Satz 2 InfSchG	3
	§ 20i Abs. 3 SGB V	4
	§ 67 SGB V	4
	§ 79 Abs. 3e SGB V	4
	§ 103 SGB V	5
	§ 106b Abs. 1a SGB V	5
	§ 115b SGB V	5
	§ 285 SGB V	5

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nimmt zu dem hier vorliegenden Gesetzentwurf 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 Verordnungsermächtigung zu den 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. Zugleich ist nach Auffassung der KBV eine systemkonforme und im Interesse aller Beteiligten zügige und rückwirkend greifende Kostenzuordnung erforderlich.
- › 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

§ 5 Abs. 2 Nr. 4 InfSchG

In Nr. 4 der Aufzählung werden Produkte aufgeführt, für die durch Rechtsverordnung Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung getroffen werden können. In der Aufzählung enthalten ist ebenfalls „Labordiagnostik“. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um ein Produkt, sondern um eine medizinische Behandlung. Im Sinne der Aufzählung von Produkten schlagen wir vor, anstelle von „Labordiagnostik“ den Begriff „In-vitro-Diagnostica“ zu verwenden oder ganz zu streichen, da diese von dem Begriff „Medizinprodukte“ bereits erfasst sind.

§ 10 Abs. 3 Nr. 10 InfSchG

Mit Nr. 10 werden die Laboratorien zu einer Meldung „Grund der Untersuchung“ verpflichtet. Dieser liegt den Laboratorien jedoch nicht immer vor, wenn er etwa vom Veranlasser nicht übermittelt wird. Wir schlagen deswegen folgende Formulierung vor:

Nr. 10: Grund der Untersuchung, soweit vorliegend.

§ 19 InfSchG

Die Rolle des ÖGD passt nicht zum derzeitigen Versorgungsgeschehen, das weitgehend 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. Insgesamt hat die KBV allerdings Zweifel am Erfolg einer breiteren Aufstellung des ÖGD und verweist auf die Erfolge der Tätigkeit der Vertragsärzte in der gegenwärtigen Krise.

§ 19 Abs. 1 Satz 2 InfSchG

Der Satz sollte wie folgt präzisiert werden:

In Bezug auf andere übertragbare Krankheiten kann das Gesundheitsamt Beratung und Untersuchung anbieten oder diese in Zusammenarbeit mit anderen **human**medizinischen Einrichtungen sicherstellen.

§ 20i Abs. 3 SGB V

- › Die Regelung zur Verordnungsmöglichkeit im Hinblick auf eine Finanzierung der Testungen von Infektion oder Immunität werden grundsätzlich begrüßt. Damit kann ggf. sichergestellt werden, dass sowohl symptomatische Personen wie auch asymptomatische Kontaktpersonen im Rahmen einer ärztlichen Behandlung untersucht werden können. Dies würde auch eine zeitnahe Testung von Kontaktpersonen sicherstellen, die zum Beispiel nach Meldung ihrer Tracing-App den Hausarzt zur Diagnostik aufsuchen.
- › Die Regelungstechnik über eine Rechtsverordnung wird allerdings abgelehnt, da zudem im derzeitigen Gesetzentwurf nahezu alle Fragen offenbleiben. Die Finanzierung der Leistungen würde zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie aber zeitnah benötigt. Eine zusätzliche Rechtsverordnung erscheint nicht praktikabel – und ist derzeit auch noch in ihrem Regelungsgehalt nicht ersichtlich.
- › Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Testungen wie auch die Schutzimpfungen nicht in den Leistungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen fallen sollen. Nach dem BSG sind die Leistungen des § 20i nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2018, Az.: B 6 KA 31/17 R). Allerdings fehlt für die Testungen eine dem § 132e entsprechende Norm, in der geregelt wird, mit welchen Verbänden der Leistungserbringer die Krankenkassen Verträge zur Testung abschließen können. Es wäre sachgerecht, hierfür dem GKV-SV und der KBV eine Regelungskompetenz zu übertragen. Der GKV-SV und die KBV könnten in diesem Fall bundeseinheitlich festlegen, nach welchen Bedingungen die Testungen nach § 20i durch die Vertragsärzte erbracht werden.
- › 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.
- › 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 zu erproben, bei denen die Schriftform durch eine Textform ersetzt wird. Die Formulierungen lassen offen, ob hiervon nur das Verfahren zwischen Krankenkassen und Herstellern der Digitalen Gesundheitsanwendungen betroffen ist oder ob bereits der Prozess der ärztlichen Verordnung erfasst wird.

Im Gesetz sollte daher klargestellt werden, dass mit den Regelungen nicht der Prozess der 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. 3e 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 SGB V

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 SGB V

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 Grippesaison macht, reduziert dies weder die Verunsicherung der Vertragsärzte noch trägt es zu einer Verbesserung der Impfraten bei. Die KBV fordert daher die Streichung dieser Regelung.

§ 115b SGB V

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.