

Zweites Bevölkerungsschutzgesetz

29.04.2019

Kabinettsbeschluss

07.05.2020

1. Lesung Bundestag

14.05.2020

2./3. Lesung Bundestag

15.05.2020

Abschluss Bundesrat

Inkrafttreten

Am Tag nach Verkündung

*Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Zweites Bevölkerungsschutzgesetz beschlossen

Bereits mit dem Ersten Bevölkerungsschutzgesetz hatte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) weitreichende Befugnisse zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie erhalten. In dieser Woche haben Bundestag und Bundesrat nun ein Zweites Bevölkerungsschutzgesetz* verabschiedet, mit dem das Infektionsschutzgesetz erneut verändert wird.

Neuregelungen zu Tests auf COVID-19

Eingeführt wird eine gesetzliche Meldepflicht für COVID-19-Erkrankungen. Diese umfasst auch die Meldung genesener COVID-19 Patienten und negativer Labortests.

Aufgrund einer Verordnungsermächtigung kann das BMG bestimmen, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten für Tests auf COVID-19 und Antikörpertests für Personen übernimmt, die keine Symptome der COVID-19-Erkrankung zeigen oder die nicht Mitglied der GKV sind. Die bei den Tests für symptomfreie Personen außerhalb der Krankenbehandlung und für nicht gesetzlich Versicherte entstehenden Kosten werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Weiterhin wird festgelegt, dass die Kosten für Testungen auf eine Corona-Virus-Infektion im Krankenhaus mit einem Zusatzentgelt finanziert werden. Das Zusatzentgelt soll von den Vertragsparteien auf Bundesebene festgelegt werden und kann nur für Patienten abgerechnet werden, die nach Inkrafttreten des Gesetzes zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung ins Krankenhaus aufgenommen wurden.

➤ **Bei der Testung von symptomlosen Personen handelt es sich um eine Aufgabe von nationaler Tragweite zum Infektionsschutz der gesamten Bevölkerung. In der Begründung des Änderungsantrages spricht der Gesetzgeber von „versicherungsfremden Leistungsaufwendungen“, die der GKV entstehen, sodass deren Finanzierung vom Staat durch einen Steuerzuschuss getragen werden muss.**

Dringend erforderlich ist eine Klärung, welche Personen mit der Formulierung „nicht gesetzlich Versicherte“ gemeint sind und in welcher Form die private Krankenversicherung an der Finanzierung der Tests beteiligt wird.

Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen

Im Gesetz ist vorgesehen, dass Krankenhäuser für die Zeit vom 01.04.2020 bis zum 30.06.2020 von der Prüfung bestimmter Mindestmerkmale aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ausgenommen werden, wenn sie in diesem Zeitraum mit SARS-CoV-2 infizierte Patienten (inklusive Verdachtsfälle) behandelt haben. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bestimmt dabei, welche Mindestmerkmale von der Prüfung ausgenommen werden.

➤ **Zur Entlastung stark von COVID-19 betroffener Krankenhäuser ist eine Regelung zur Einhaltung bestimmter OPS-Mindestmerkmale nachvollziehbar. Anstatt Prüfungen jedoch pauschal auszusetzen, sollte stattdessen über Möglichkeiten zur vereinfachten Einhaltung bestimmter OPS-Mindestmerkmale nachgedacht werden.**

Da die Belastung der Krankenhäuser durch COVID-19-Fälle sehr unterschiedlich ist, muss nach Betroffenheit der Krankenhäuser differenziert werden.

Dauerhaft darf es keine Ausnahmen von Prüfungen geben, da die Mindestanforderungen, etwa zum Personal, vor allem der Patientensicherheit dienen.

Zum Download

Zweites Bevölkerungsschutzgesetz

Einführung des Prüfquotensystems für Krankenhausabrechnungen wird verschoben

Um die Krankenhäuser bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie zu entlasten, soll das geplante Prüfquotensystem für Krankenhausabrechnungen erst im Jahr 2022 eingeführt werden. Aus Sicht des Gesetzgebers ist die ursprünglich für 2021 vorgesehene Einführung wegen der Ausnahmesituation der COVID-19-Pandemie nicht mehr sachgerecht. Denn die Höhe der Prüfquote wird auf Basis der beanstandeten Rechnungen im Vorjahr, also 2020, bestimmt.

Für das Jahr 2021 wird zunächst eine quartalsbezogene Prüfquote von maximal 12,5 Prozent festgelegt. Damit dürfen Krankenkassen im Jahr 2021 bis zu 12,5 Prozent der bei ihnen je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Behandlung eines Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, wie es im Gesetzentwurf heißt.

Während potenzielle Aufschlagszahlungen für die Krankenhäuser bei fehlerhafter Rechnungsstellung bereits durch das COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz für die Jahre 2020 und 2021 ausgesetzt wurden, sollen die Aufwandspauschalen für die Krankenkassen weiterhin beibehalten werden.

➤ **Es ist nachvollziehbar, dass die Einführung des Prüfquotensystems um ein Jahr verschoben wird. Auf Grund der derzeitigen Ausnahmesituation ist es sachgerecht, dass erst das Jahr 2021 Bezugspunkt für den Aufbau des Prüfquotensystems werden soll. In diesem Zusammenhang ist auch die Festlegung der Prüfquote von 12,5 Prozent als Ausgangswert sinnvoll.**

Mit der Einführung von Aufschlagszahlungen sollte erstmals für Krankenhäuser ein Anreiz zur korrekten Krankenhausabrechnung eingeführt werden. Es ist nicht ersichtlich, warum diese auch im Jahr 2021 entfallen, die Aufwandspauschalen für Krankenkassen trotz Prüfbeschränkung durch eine Quote dagegen weiter aufrechterhalten werden sollen.

Begrenzung und Klarstellung zum vorläufigen Pflegeentgeltwert

In einem kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens eingebrachten Änderungsantrag wird klargestellt, dass der erhöhte Pflegeentgeltwert für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten bis zum Ende dieses Jahres gilt.

So wird im Zeitraum vom 01.04.2020 bis zum 31.12.2020 ein Pflegeentgeltwert in Höhe von 185 Euro zugrunde gelegt, wenn noch kein Pflegebudget für 2020 vereinbart wurde oder bereits ein Pflegebudget vereinbart wurde und der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert unterhalb von 185 Euro liegt. Daneben wird festgelegt, dass ab dem 01.01.2021 ein Pflegeentgeltwert in Höhe von 146,55 Euro zur Anwendung zu bringen ist, wenn noch kein Pflegebudget vereinbart worden ist.

Mit dem Ziel, die Liquidität der Krankenhäuser zu verbessern, war im COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 5/2020) geregelt worden, dass der vorläufige Pflegeentgeltwert ab dem 01.04.2020 von 146,55 Euro auf 185 Euro erhöht wird.

➤ **Der Gesetzgeber will eine auskömmliche Finanzierung der Pflege im Krankenhaus sicherstellen und für die Kliniken zusätzliche Planungssicherheit schaffen. Aus diesem Grund ist die Konkretisierung sinnvoll.**

Pflegekräfte erhalten „Corona-Prämie“

Als Anerkennung für die geleistete Arbeit in der aktuellen COVID-19-Pandemie werden mit dem Gesetz Pflegeeinrichtungen zur Zahlung gestaffelter Sonderleistungen in Höhe von einmalig bis zu 1.000 Euro an jeden Beschäftigten verpflichtet. Laut Gesetz sind 28.600 Einrichtungen von der Regelung betroffen – dazu zählen 14.100 ambulante und 14.500 teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Die Finanzierung soll durch die soziale Pflegeversicherung (870 Mio. Euro) und im ambulanten Bereich durch die GKV (130 Mio. Euro) erfolgen. Die Länder oder die Pflegeeinrichtungen können die im Gesetz festgelegten Höchstbeträge auf bis zu insgesamt 1.500 Euro pro Beschäftigten erhöhen.

- **Die bessere finanzielle Anerkennung der Arbeit von Pflegekräften ist wichtig und eine gesamtgesellschaftliche Notwendigkeit. Daher muss die Finanzierung über die Länder, den Bund und die Arbeitgeber sichergestellt werden. Das aktuell vorgeschlagene Verfahren lässt auch die private Pflegeversicherung außen vor – diese sollte in Höhe des durch sie versorgten Versichertenanteils an den Gesamtkosten beteiligt werden.**

COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung in Kraft

Das BMG hat eine weitere Rechtsverordnung zum Schutz der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen veröffentlicht, die am 05.05.2020 in Kraft getreten ist. Im Vergleich zum Referentenentwurf vom 16.04.2020 haben sich besonders im Bereich der Zahlungen für die Heilmittelerbringer wichtige Änderungen ergeben:

Zur langfristigen Sicherstellung der Heilmittelversorgung sollen Heilmittelerbringer eine einmalige Zahlung in Höhe von 40 Prozent der im vierten Quartal 2019 berechneten Vergütung erhalten. Dies entspricht Kosten von insgesamt fast einer Mrd. Euro für die GKV. Die finanziellen Mittel werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen. Die Leistungserbringer müssen die Zahlungen bei ihrer jeweiligen Arbeitsgemeinschaft auf Kassenverbandsebene in den Ländern beantragen.

- **Die Auszahlung über die Arbeitsgemeinschaften ist sinnvoll. Auf diese Weise können Manipulationen verhindert und der Datenschutz für die betreffenden Leistungserbringer gewährleistet werden.**

Insgesamt leistet der Schutzschirm für Heilmittelerbringer einen wichtigen Beitrag dazu, die Qualität der Heilmittelversorgung für die Versicherten aufrecht zu erhalten.

Es ist jedoch problematisch, dass die Zahlung ausschließlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden soll und nicht, wie ursprünglich vorgesehen, durch den Bund refinanziert wird. Dies führt beim Gesundheitsfonds und den Kassen zu einem Entzug von Liquidität.

COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung

16.04.2020

Referentenentwurf

05.05.2020

Inkrafttreten

Zum Download

COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung

7. SGB IV-Änderungsgesetz

12.03.2020

1. Lesung Bundestag

07.05.2020

2./3. Lesung Bundestag

05.06.2020

2. Durchgang Bundesrat

01.07.2020

Inkrafttreten

Bundestag beschließt 7. SGB IV-Änderungsgesetz

Der Deutsche Bundestag hat am 07.05.2020 das 7. SGB IV-Änderungsgesetz in 2./3. Lesung beschlossen. Mit dem Gesetz sollen unter anderem die digitalen Prozesse in allen Bereichen der Sozialversicherung effektiver gestaltet werden.

Ab 2023 werden Online-Sozialwahlen möglich

Im Rahmen eines Modellprojektes können Krankenkassen den Wahlberechtigten bei den kommenden Sozialwahlen im Jahr 2023 neben der etablierten Briefwahl die Möglichkeit bieten, über das Internet zu wählen. Das Modellprojekt dient dazu, Erfahrungen zu sammeln und in der Konsequenz dauerhaft Online-Wahlen zu ermöglichen. Die erforderlichen Sicherheitsstandards werden über eine Rechtsverordnung geregelt, die das BMG im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik bis zum 30.09.2020 vorlegen muss. Um ein einheitliches Vorgehen sicherzustellen, müssen sich die am Modellprojekt teilnehmenden Kassen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen.

➤ **Bei dieser Maßnahme handelt es sich um einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung Digitalisierung im Gesundheitswesen. Mit der Neuregelung kann das Interesse an der sozialen Selbstverwaltung und auch die Wahlbeteiligung gesteigert werden. Vor dem Hintergrund der hohen Anforderungen an die technische und datenschutzrechtliche Absicherung der Wahl, sind die zeitlichen Vorgaben, etwa für die Ausschreibung der Wahlsoftware, sehr knapp gewählt.**

Vereinfachung digitaler Verwaltungsakte

Künftig können den Versicherten Verwaltungsakte einer Krankenkasse, wie zum Beispiel Leistungsbescheide, einfacher zugestellt werden. Neben der Bundesagentur für Arbeit und den Trägern der Grundsicherung erhalten auch die Krankenkassen die Möglichkeit, Pilotprojekte dazu aufzusetzen.

Bisher muss ein Leistungsbescheid bei digitaler Zustellung im Postfach vom Versicherten explizit abgerufen werden und gilt erst dann als zugestellt. Ruft der Versicherte das Dokument dies nicht innerhalb von zehn Tagen ab, gilt es als nicht zugestellt. Mit den nun möglichen Pilotprojekten wird nun folgendes Verfahren erprobt: Ein im E-Mail-Postfach des Versicherten bereitgestellter Verwaltungsakt der Krankenkasse gilt am dritten Tag nach Absendung der elektronischen Benachrichtigung als bekannt gegeben.

➤ **Die Regelung ist sehr positiv: Sie dient der Ausweitung der Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und unterstützt die unkomplizierte digitale Dokumentenzustellung für Versicherte.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine Gesetzgebung