

Drittes Bevölkerungsschutzgesetz

14.10.2020

Formulierungshilfen

Inkrafttreten
am Tag nach der
Verkündung

Entwurf für ein Drittes Bevölkerungsschutzgesetz liegt vor

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat „Formulierungshilfen“ für einen von den Regierungsfractionen des Deutschen Bundestages einzubringenden Gesetzentwurf vorgelegt. Das zustimmungspflichtige „Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Notlage“ soll die bis zum 31.03.2021 geltenden Sonderregelungen für den Fall einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite teilweise generalisieren und verstetigen. Das BMG erhält eine Ermächtigung, künftig über COVID-19 hinaus auch für „jegliche neuartige, schwerwiegende, übertragbare Krankheit“ bei Bedarf per Verordnung agieren zu können. Der Deutsche Bundestag erhält jedoch das Recht, mögliche Verordnungen, die auf ein Jahr befristet wären, jederzeit abändern und aufheben zu können.

Mit der Vorlage von Formulierungshilfen ist eine besonders schnelle Einbringung im parlamentarischen Verfahren des Bundestages und Bundesrates möglich.

SARS-CoV-2-Impfungen und Testleistungen

Das BMG soll ermächtigt werden, für GKV-Versicherte und Personen, die nicht in der GKV versichert sind, per Rechtsverordnung einen Anspruch auf Impfungen und Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen neuartige, schwerwiegende übertragbare Krankheiten zu bestimmen. Bisher kann das BMG nur einen Anspruch auf Testungen für den Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus festlegen. Im Gesetzentwurf wird für die Zukunft insbesondere auf Tests auf Influenza-Viren verwiesen.

Die Aufwendungen dafür sollen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Geplant ist, dass das BMG die Vergütung und die Abrechnung der Impfungen ebenfalls per Rechtsverordnung regelt. Ziel ist ein schnelles Verfahren, unabhängig von Verträgen der Krankenkassen und Verbände.

Zusätzlich sollen Instrumente zur besseren Beurteilung von Häufigkeit, Schwere und Langzeitverlauf bei Impfkomplicationen (Impfsurveillance) geschaffen werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen daher dem Robert Koch-Institut und dem Paul-Ehrlich-Institut entsprechende Angaben übermitteln.

 **Das Ziel des Gesetzentwurfs, den Anspruch auf Impfungen und Testungen auszuweiten, ist sinnvoll. Mit der Ermächtigung des BMG zur Vornahme von Rechtsverordnungen werden ureigenste Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung dem Staat übertragen. Tests an symptomlosen Personen gehören nicht zum Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung und müssen im Rahmen der Gefahrenabwehr aus Steuermitteln erbracht werden. Notwendig ist auch, dass die private Krankenversicherung an der Finanzierung der Kosten beteiligt wird.**

Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Wie im „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ bereits Ende September beschlossen, soll das elektronische Meldesystem der Gesundheitsämter nach bundesweit einheitlichen Maßstäben ausgebaut werden, dazu wird eine gemeinsam nutzbare Dateninfrastruktur geschaffen. Eine Verknüpfung mit der Telematikinfrastruktur soll erfolgen. Die Kosten müssen teilweise durch das Robert Koch-Institut und teilweise durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt werden. Die Bundeswehr kann zur Unterstützung der Öffentlichen Gesundheitsdienste herangezogen werden.

 **Eine Vereinheitlichung des Meldesystems und die Anbindung an die Telematik sind nützlich. Allerdings sollten die Kosten nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung**

gehen. Vielmehr müssen sie vom Robert Koch-Institut getragen werden, da es sich bei Maßnahmen des Infektionsschutzes um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt.

Arbeitgeber: Umlageverfahren aber keine generelle Verpflichtung zur Lohnfortzahlung

Es wird klargestellt, dass für Versicherte, die zum Beispiel Kinder unter Corona-Quarantäne betreuen, weiter Beiträge zum Umlageverfahren zu zahlen sind. Der Arbeitgeber zahlt also im Rahmen der Entgeltfortzahlung zusätzlich zu den Versicherungsbeiträgen auch weiterhin die Umlagebeiträge, wie zum Beispiel den Umlagebeitrag für Aufwendungen bei Mutterschutz.

Im Falle einer Quarantäne sind Arbeitgeber nicht zu einer entsprechenden Lohnfortzahlung verpflichtet, wenn die betroffenen Personen die Auslandsreise in ein Risikogebiet bewusst unternommen haben und 48 Stunden vorher die Möglichkeit hatten, die Reise abzusagen.



Die Klarstellung wird sehr begrüßt, um bestehende praktische Schwierigkeiten beim Umlageverfahren zu beheben.

Coronavirus- Testverordnung

02.10.2020
Referentenentwurf

15.10.2020
Inkrafttreten

Zum Download
Coronavirus-
Testverordnung

Verordnung über Corona-Tests bei symptomlosen Personen

Vor dem Hintergrund stark ansteigender Infektionszahlen entwickelt das Bundesministerium für Gesundheit die Nationale Teststrategie zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie weiter. Im Fokus stehen dabei Personen, die noch keine Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus zeigen, jedoch als besonders gefährdet für eine Ansteckung gelten. Um schnellere Ergebnisse einer Testung auf eine Coronainfektion zu ermöglichen, setzt das BMG mit der inzwischen dritten Änderung der Coronavirus-Testverordnung auf den Einsatz von Antigen-Tests. Da deren Ergebnisse jedoch weniger zuverlässig sind, muss jedes positive Antigen-Testergebnis mit einem PCR-Test bestätigt werden.

Kreis der Kontaktpersonen wird breiter gefasst

Stellt ein Arzt oder der Öffentliche Gesundheitsdienst fest, dass eine Person in den letzten zehn Tagen Kontakt mit einem Infizierten hatte, so besteht für diese ein Anspruch auf einen Test. Zur Gruppe der Kontaktpersonen gehören ab sofort auch Personen, die durch die räumliche Nähe etwa bei Feiern oder beim Singen zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person höchst wahrscheinlich einer relevanten Konzentration von Aerosolen ausgesetzt waren. Auch wer sich länger als 30 Minuten relativ beengt mit einer infizierten Person in einem Raum aufgehalten hat, zum Beispiel in einer Schulklasse, ist in gleicher Weise Kontaktperson wie jemand, der eine Warnung durch die Corona-Warn-App erhalten hat.

Testungen in Einrichtungen und Unternehmen

Wurde in einer Einrichtung oder einem Unternehmen des Gesundheitswesens nachweislich eine Infektion mit dem Coronavirus festgestellt, so haben alle asymptomatischen Personen einen Testanspruch, die sich in den zehn Tagen vor Ausbruch dort aufgehalten haben. Beschäftigte, Patienten, Pflegebedürftige und ihre Begleit- oder Assistenzpersonen, sowie alle Besucher in pflegerischen und medizinischen Einrichtungen (zum Beispiel in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten) haben einen Anspruch auf einen Test.

Ein Anspruch symptomloser Personen auf Tests besteht auch, wenn Einrichtungen oder Unternehmen diese zur Verhütung einer Verbreitung des Coronavirus verlangen. Dabei

entscheiden die Einrichtungen selbst über ihr Testkonzept. Die Anweisung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist nicht mehr zwingende Voraussetzung für die Durchführung von Tests in Einrichtungen und Unternehmen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst entscheidet über die Anzahl von Antigen-Tests, die Einrichtungen zur Verhütung der Ausbreitung des Coronavirus in eigener Verantwortung beschaffen. Vorgesehen sind etwa bis zu 20 Tests pro Patient monatlich zum Beispiel in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Dialyseeinrichtungen.

Tests nach Rückkehr aus einem Risikogebiet

Symptomlose Reiserückkehrer aus Risikogebieten im Ausland haben anders als im Erstentwurf weiterhin innerhalb von zehn Tagen nach Einreise einen Anspruch auf Corona-Tests. Auch Personen, die sich in den letzten 14 Tagen in einem Gebiet in der Bundesrepublik Deutschland mit einem Inzidenzwert von über 50 aufgehalten haben, können – allerdings nur auf Veranlassung der Öffentlichen Gesundheitsdienste – getestet werden. Diese Regelung läuft jedoch am 08.11.2020 aus.

Finanzierung

Anspruch auf einen Test zur Überprüfung einer Infektion mit dem Coronavirus haben sowohl gesetzlich Versicherte als auch nicht in der GKV versicherte Personen. Test bei symptomlosen Personen werden in der Regel weiterhin aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert, auch wenn sie in Testzentren der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden. Neu ist dabei, dass auch die Kosten der Zentren für Tests im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – also für symptomatische Patienten – von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds übernommen werden. Wird im Rahmen einer Krankenbehandlung getestet, zahlt die jeweilige Krankenkasse.

 **Die Weiterentwicklung der Teststrategie bei symptomlosen Personen, besonders der Fokus auf medizinische Einrichtungen, ist mit Blick auf die Entwicklung der Pandemie nachvollziehbar. Jedoch stellen die regelmäßige Testmöglichkeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens, die umfassende Ausweitung des Kreises der Kontaktpersonen und die Finanzierung der KV-Testzentren eine noch nicht abschätzbare finanzielle Mehrbelastung für den Gesundheitsfonds dar.**

Die Testung symptomloser Personen gehört nicht zu den Aufgaben der GKV, es handelt sich dabei um eine staatliche Aufgabe der Gefahrenabwehr. Deshalb muss die Finanzierung dieser Testungen durch Steuern finanziert werden. Zudem ist eine Finanzierung der Kosten aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ohne eine Beteiligung der Privaten Krankenversicherung für die Tests privat Versicherter nicht nachvollziehbar.

Gesundheitswesen aktuell 2020

Das Thema Digitalisierung bildet einen Schwerpunkt in der neuen Ausgabe „Gesundheitswesen aktuell 2020“. Die Sammlung von Analysen und Beiträgen zum Gesundheitswesen wird vom BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) herausgegeben. Hier eine Auswahl der zahlreichen Beiträge:

Schwerpunkt Digitalisierung

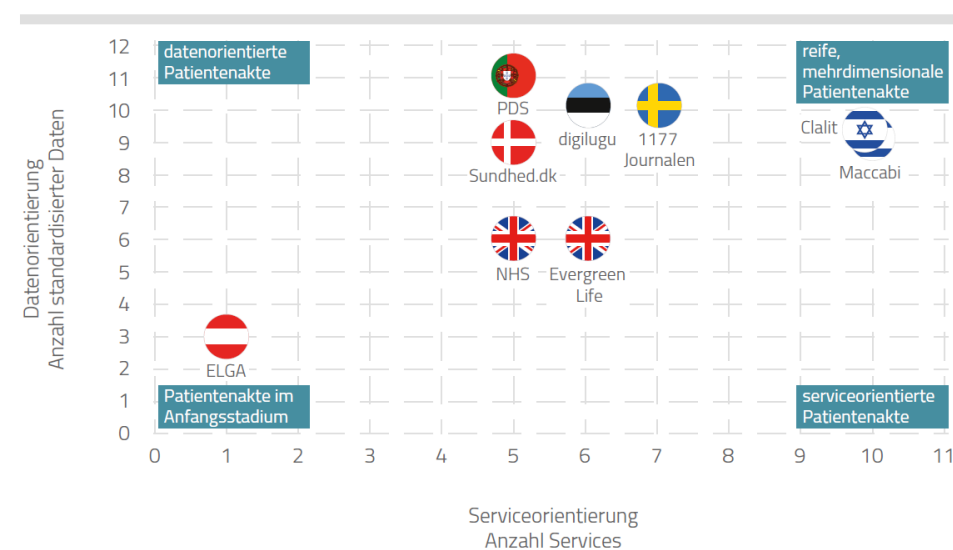
K. Koch: Digitale Gesundheitsinformationen: Wege durch den Dschungel

Ein grundlegendes Problem besteht nach Auffassung von Klaus Koch beim Angebot von Gesundheitsinformationen im Internet. Für Nutzerinnen und Nutzer sei oft nicht zu erkennen, ob es sich dabei um verlässliche Informationen handle oder nicht. Gute Gesundheitsinformationen basieren laut Koch auf zwei Grundsätzen: Sie müssten Menschen bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen unterstützen – also dazu befähigen, ihre Erkrankung zu verstehen und die Vor- und Nachteile von Eingriffen realistische einzuschätzen. Zudem müssten die Inhalte und die Kommunikation von Informationen wissenschaftlich fundiert, also evidenzbasiert, sein.

R. Vettters, A. Akbik: Die Entwicklung der elektronischen Patientenakte im internationalen Kontext

Zum 01.01.2021 sind die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland verpflichtet, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass verschiedene Länder unterschiedliche Lösungen für die Patientenakte wählen. Ähnlich wie Österreichs ELGA ist die deutsche ePA bislang als Plattform zum Informationsaustausch angelegt, so die Einschätzung der Autoren Regina Vettters und Alexander Akbik. Hingegen gibt es Länder, allen voran Israel, die bereits einen anderen Weg gehen: Hier besitzen die beiden Produkte Clalit und Maccabi bereits zahlreiche serviceorientierte Funktionalitäten – wie zum Beispiel einen Termin zu vereinbaren oder ein Rezept zu erneuern. Um Akzeptanz bei den Nutzern zu finden, müsse Deutschland von erfolgreichen Lösungen anderer Länder lernen und diese auf die Entwicklung der Patientenakten übertragen, so die Autoren.

Übersicht der internationalen elektronischen Patientenakten



Quelle: eigene Darstellung

[Zum Download](#)
„Gesundheitswesen
aktuell 2020“



L. Sundmacher,
T. Brechtel, I. Weinhold,
D. Wende: Vorschlag zur Neuberechnung der Verhältniszahlen bei der regionalen Bedarfsplanung

W. Quentin, R. Busse,
V. Vogt, T. Czihal,
M. Offermanns, T. Grobe,
K. Focke: System zur Klassifikation des morbiditätsbezogenen Versorgungsbedarfs (PopGroup)

N. Schmitt: Arzneimittelimporte – Ein gesundheitspolitischer Irrweg?

Weitere Themen in „Gesundheitswesen aktuell“ 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte ein wissenschaftliches Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung in Auftrag gegeben. Ein Konsortium von Wissenschaftlern um Leonie Sundmacher hat Vorschläge dazu unterbreitet. Der Beitrag der vier Autoren stellt die möglichen Maßnahmen zur Neuberechnung der Verhältniszahlen bei der regionalen Bedarfsplanung dar.

Soll die medizinische Versorgung sektorenübergreifend organisiert werden, sind verlässliche Daten über den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung notwendig. Bislang fehlen in Deutschland aber die entsprechenden Analyseinstrumente dazu. Mit dem Innovationsfondsprojekt „PopGroup“ will ein Konsortium von Wissenschaftlern ein bevölkerungsbezogenes Klassifikationssystem entwickeln, mit dem eine empirische Grundlage für eine sektorenübergreifende Versorgungsstrukturplanung geschaffen werden soll.

Um die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel einzudämmen, hat der Gesetzgeber die Apotheken dazu verpflichtet, einen Teil ihres Umsatzes mit preisgünstigen Importarzneimitteln zu realisieren. Es stellt sich die Frage, ob diese Förderung der Importindustrie die gewünschte wirtschaftliche Wirkung für die GKV tatsächlich erbracht hat. Ein Beitrag in „Gesundheitswesen aktuell 2020“ kommt zu dem Ergebnis, dass die erzielten Einsparungen für die GKV relativ niedrig ausfallen und in den letzten Jahren zudem gesunken sind, durch Anpassungen der Importklausel jedoch erhöht werden könnten.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren