

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum Referentenentwurf einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-COV-2

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, der 29. Mai 2020

Die Diakonie Deutschland nimmt gerne die Möglichkeit wahr, zum Referentenentwurf einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-COV-2 Stellung zu nehmen.

Allgemeine Bewertung

Die Verordnung soll die Bestimmungen des § 20i Abs. 3 SGB V umsetzen und ohne Zustimmung des Bundesrats erlassen werden. Die Diakonie Deutschland möchte an dieser Stelle zunächst, bevor auf die Inhalte des Entwurfs eingegangen wird, betonen, dass die weitreichenden Ermächtigungen, die im Zuge der Reform des Infektionsschutzgesetzes bzw. des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite beschlossen wurden, Thema einer breiten öffentlichen Diskussion sein sollten. Einerseits macht eine epidemische Lage von nationaler Tragweite eine Stärkung exekutiver Funktionen dringlich; andererseits ist auch unter Krisenbedingungen die Einschränkung von Rechten unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit zu betrachten. Dies wurde bereits in Stellungnahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) und der Diakonie Deutschland kritisiert, insbesondere die Ermächtigungen des BMG, Rechtsverordnungen ohne Zustimmung des Bundesrats zu erlassen. Unser Land hat in der gegenwärtigen Pandemie bei allen Problemen im Detail gute Erfahrungen mit dem Föderalismus gemacht. Um föderale Partizipation, sachlichen Austausch und Legitimität zu sichern, spricht sich die Diakonie dafür aus, die Ermächtigungen des BMG nach dem Infektionsschutzgesetz kritisch zu erörtern. Die rechtlichen Grundlagen für die hier thematisierte Verordnung ist dahingehend zu verändern, dass die Verordnung die Zustimmung des Bundesrats bedarf.

Inhaltlich begrüßt die Diakonie Deutschland ausdrücklich den mit dem Entwurf der Verordnung beschrittenen gesundheits- und präventionspolitischen Weg, die Testungen deutlich auszuweiten auf asymptomatische Kontaktpersonen, im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen und zur Verhütung der Verbreitung des Virus. Die Strategie soll, und dies wird ausdrücklich begrüßt, insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen und Personen, die für Behandlung, Betreuung, Pflege und weitere personennahe Dienstleistungen mit und für diese Personengruppen tätig sind – auch präventiv – schützen, Infektionen früh erkennen und ihre Ausbreitung verhüten. Die Maßnahmen fügen sich ein in eine Strategie der Lockerung des „Lock-downs“, also einer gesellschaftlichen Öffnung. Neben anderen Maßnahmen ist eine systematische Impfstrategie ein wichtiges Element, dass die soziale Teilhabe

gerade besonders vulnerabler Personengruppen unterstützt. Gemeinsam mit den anderen Verbänden der BAGFW hat die Diakonie Deutschland in einem Positionspapier ausgeführt, dass Testungen in Einrichtungen der Pflege, Eingliederungs-, Kinder- und Jugendhilfe, Sucht- und Wohnungslosenhilfe und in Einrichtungen für Geflüchtete von großer Bedeutung für das Management des Infektionsgeschehens sind. Diese Strategie wird nur erfolgreich sein, wenn die ambulanten Strukturen (einschließlich der ambulanten Strukturen in Pflege, Eingliederungshilfe und Rehabilitation) einbezogen werden. Hierzu sind Klarstellungen notwendig.

Die Impfstrategie ermöglicht auch, dass die zahlreichen Einrichtungen und Dienste (auch) der Diakonie, etwa im Gesundheitswesen, in der Kinder- und Jugendhilfe, in Pflege und Eingliederungshilfe oder in der Arbeit mit wohnungslosen Menschen, mit Geflüchteten oder mit Menschen ohne Papiere ihre Arbeit mit mehr Sicherheit (wieder) wahrnehmen können.

Zugleich plädieren wir dafür, dass der individuelle Rechtsanspruch von Personen gestärkt wird: Das heißt, die Verordnung sollte so ausgestaltet werden, dass, wenn die betroffenen Personen plausibel machen, dass die Voraussetzungen für eine Testung (nach § 2) vorliegen, der Test durchgeführt und finanziert werden muss. Ebenso muss die Möglichkeit eröffnet werden, dass die Leitung von Einrichtungen im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen (nach § 3) oder der Verhütung der Verbreitung des Virus (nach § 4) auslöst, dass der öffentliche Gesundheitsdienst prüft und entscheidet ob und welche entsprechende Maßnahmen auf der Grundlage einer Risikoabschätzung bzw. den Empfehlungen des RKI durchgeführt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass es in der Praxis keine maßgeblichen Änderungen im Bereich der Testungen geben wird.

Sichergestellt werden muss, dass (auch im Hinblick auf die Öffnung der Einrichtungen), der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) flächendeckend die Testungen nach den im Entwurf genannten Kriterien vornimmt. Dazu sind auf Landesebene verbindliche Regelungen festzulegen, wie die in § 1 der Verordnung formulierten „Leistungen bei Testungen“ umgesetzt werden.

Zu einzelnen Regelungen

Im Einzelnen nimmt die Diakonie Deutschland zu den Inhalten des Entwurfs Stellung:

Zu § 1 Leistungen bei Testungen

Die Diakonie Deutschland hält die Unterscheidung der drei Fallgestaltungen und ihre Begründung für plausibel. Es wird ebenfalls begrüßt, dass - und dies liegt ganz auf der Linie der im Zuge der Pandemie beschlossenen Gesetze zum Schutz der Bevölkerung – der öffentliche Gesundheitsdienst die wichtige Aufgabe der (Früh-)Erkennung und Prävention wahrnimmt.

In Umsetzung eines individuellen Rechtsanspruchs sollte eine asymptomatische Kontaktperson einen Anspruch auf Testung haben. Ferner muss die Möglichkeit eröffnet werden, dass die Leitung von Einrichtungen im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen (nach § 3) oder der Verhütung der Verbreitung des Virus (nach §4) auslöst, dass der öffentliche Gesundheitsdienst entsprechende Maßnahmen prüft und veranlasst.

Die Bestimmung in Absatz 2, wonach die Testungen auch für Personen bezahlt werden, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, ist differenziert zu bewerten: Nicht einsichtig ist, dass Testungen für Personen, die privat versichert sind, von der gesetzlichen Krankenkasse finanziert werden. Dass in der Gesetzesbegründung formulierte Argument, dass die privaten Kassen die Testung nicht finanzieren, ist nicht tragfähig, denn die privaten Versicherungsunternehmen können mit einer Änderung gesetzlicher Bestimmungen (Versicherungsvertragsgesetz) dazu verpflichtet werden.

Hingegen begrüßt es die Diakonie, dass auch für Personen, nicht krankenversichert sind, die Aufwendungen bezahlt werden. Es wird an dieser Stelle betont, dass für Menschen ohne Papiere die Anonymität gesichert sein muss, d.h. ihre persönlichen Daten sind nicht an andere staatliche Stellen weiterzugeben. Eine rechtlich naheliegende Lösung wäre es, die in § 87 Abs. 1, Satz 1 AufenthG enthaltene Ausnahme der Übermittlungspflicht für Bildungseinrichtungen auf den Sozial- und Gesundheitsbereich auszuweiten.

Grundsätzlich zu hinterfragen ist die Finanzierung der Testungen nach dem Verordnungsentwurf durch die GKV. Nach Auffassung der Diakonie sollten Aufgaben der öffentlichen Gesundheit grundsätzlich durch den Staat und nicht bzw. nur in eng definierten Grenzen (z. B. im Rahmen einer aufgabenbezogenen *Beteiligung* an der Finanzierung lebenslagenbezogener Prävention und Gesundheitsförderung) durch die Sozialversicherung finanziert werden. Es muss beachtet werden, dass die Testungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst angeordnet werden; dies ist ein deutliches Abgrenzungskriterium gegenüber Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung. Letztere werden auch nach dem Entwurf durch die Krankenversicherung finanziert. Sollte das BMG dabeibleiben, dass die Abrechnung über den Gesundheitsfonds erfolgt, ist dieser um den Betrag, den die gesetzlichen Krankenkassen für die Umsetzung der Verordnung verausgaben, durch Steuermittel auszugleichen.

Änderungsvorschlag:

Absatz 1 ist um die folgenden Sätze zu ergänzen:

Darüber hinaus kann die Leitung von Einrichtungen und Unternehmen nach § 3 Abs. 1 im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen (nach § 3) oder der Verhütung der Verbreitung des Virus (nach § 4) anregen, dass der öffentliche Gesundheitsdienst entsprechende Maßnahmen prüft und veranlasst.

Kontaktpersonen haben einen Rechtsanspruch auf Testungen nach § 2.

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

Die Aufwendungen nach Absatz 1 werden auch für Personen gezahlt, die nicht gesetzlich krankenversichert sind und die nicht in der privaten Krankenversicherung versichert sind. Für Versicherte der privaten Krankenversicherung trägt das zuständige Versicherungsunternehmen die Aufwendungen.

Zu § 2 Testungen von Kontaktpersonen

Im § 2 wird der Begriff des „Haushalts“ (Nummer 2) bzw. der „Häuslichkeit“ (Nummer 3) verwendet.

Änderungsvorschlag:

Angesichts der Veränderung der Wohn- bzw. Betreuungsformen in der Eingliederungshilfe und in der Pflege ist, um Unklarheiten zu vermeiden, eine Erläuterung der Begriffe in der Begründung der Verordnung sinnvoll, die auch neue Wohnformen und Betreuungsformen nach SGB IX und XI einschließt.

Zu § 3 Testungen von Personen im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen.

Die Diakonie Deutschland macht darauf aufmerksam, dass die Definition des räumlichen und institutionellen Anwendungsbereichs der Regelungen der §§ 3 und 4 mit Verweis auf die Einrichtungen,

die das Infektionsschutzgesetz umfasst, in den herangezogenen Paragrafen einige Problem mit sich bringt. Schon anlässlich der Umsetzung des Masernschutzgesetzes wurde deutlich, dass die Auflistungen der Einrichtungen, auf die im Infektionsschutzgesetz verwiesen wird, unvollständig sind, und nicht den Begrifflichkeiten und den sozialrechtlichen Definitionen in den Sozialgesetzbüchern entsprechen und ambulante Settings weitgehend außer Acht lässt.

Beispielhaft soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es in der Praxis (anlässlich der Umsetzung des Masernschutzgesetzes) immer wieder zu Irritationen dahingehend kam, ob Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge durchgängig (etwa auch Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V) von der Aufzählung in § 23 Abs. 3 Satz 1 umfasst sind. Auch in Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, bei denen aufgrund ihrer teilhabeorientierten Ausrichtung (nach § 4 SGB IX bzw. den Vereinbarungen mit bzw. Empfehlungen der Kostenträger) nicht die Behandlung einer Krankheit im Vordergrund steht, ist es notwendig, im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen des Virus, asymptomatische Personen zu testen.

Klarstellungen sind u. E. erforderlich u.a. zu den stationären Hospizen, den ambulanten Hospizdiensten, den Leistungserbringern der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, den ambulanten betreuten Wohngemeinschaften und dem Betreuten Wohnen sowie den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI, zu den Besonderen Wohnformen nach SGB IX, (bisherige stationäre Wohneinrichtungen), Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Tagesstrukturierende Angebote, Betreutes Einzelwohnen, Wohngemeinschaften, etc. Wir regen an, auch die vielfältigen Beratungsstrukturen zu beachten.

Zu § 4 Testung zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2

Die Ausführungen zur Problematik der Einrichtungen, auf die verwiesen wird, gelten auch für den § 4. Auch hier sind Klarstellungen für alle in unserer Stellungnahme zu § 3 genannten Einrichtungen und Diensten erforderlich.

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, in der Gesetzesbegründung mit Verweis auf SGB V, SGB IX und XI und VIII zu erläutern, auf welche sozialrechtlich definierten Einrichtungen sich die infektionsrechtlichen Regelungen beziehen.

Zu § 5 Umfang der Testungen

Absatz 2 formuliert die Frequenz der Testungen nach § 4 Absatz 2 Nummer 3, er bezieht sich auf Beschäftigte in bestimmten Einrichtungen. Die Formulierung „ansonsten bis zu alle zwei Wochen“ ist missverständlich. Je nach örtlicher Risikolage muss es auch möglich sein, dass wöchentliche Tests durchgeführt werden.

Absatz 3 formuliert, dass Testungen nach § 4 Abs. 2 Nummer 2, also asymptomatische Personen, die in bestimmten stationären oder ambulanten Settings betreut, behandelt oder gepflegt werden, nur stichprobenartig getestet werden.

Es kann durchaus medizinisch sinnvoll sein, alle in Frage kommenden Personen einer Einrichtung zu testen. Die Rechtsverordnung sollte diesen Fall ermöglichen.

Änderungsvorschläge

Absatz 2 und 3 sind wie folgt zu fassen:

(2) „Testungen nach § 4 Absatz 2 Nummer 3 können für jeden Einzelfall bis zu einmal bei Aufnahme oder Tätigkeitsbeginn und ansonsten **bei Vorliegen einer begründeten Risikokonstellation bis zu alle zwei Wochen mindestens wöchentlich oder im Abstand von zwei Wochen** wiederholt werden.“

(3) Testungen nach § 4 Absatz Nummer 2 können als Vollerhebung oder stichprobenartig erfolgen.

Zu § 6 Leistungserbringung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst

§ 6 des Entwurfs regelt, dass der öffentliche Gesundheitsdienst der ausschließliche Veranlasser des Tests ist. Damit die Verordnung Wirksamkeit entfaltet ist es notwendig, dass in den Ländern für alle zuständigen Stellen eine einheitliche Regelung erfolgt. Dabei ist sicherzustellen, dass sowohl der individuelle Rechtsanspruch auf Testung (nach § 2) als auch das Recht von Trägern von Einrichtungen und Unternehmen Tests (nach den § 3 und 4) anzuregen, gewahrt ist. Der öffentliche Gesundheitsdienst prüft auf Grundlage einer Risikoeinschätzung bzw. der Empfehlungen des RKI, ob und in welchem Rhythmus Testungen durchgeführt werden.

Änderungsvorschlag:

Neufassung des § 6: Die labordiagnostischen Leistungen nach § 1 Absatz 1 werden durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder **gemäß einer Landesverordnung mit für alle zuständigen Stellen einheitlich geltenden Regelungen** erbracht. Dritte können durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder mit der Erbringung der Leistungen nach Satz 1 beauftragt werden.

Ferner wird § 6 um folgende Sätze ergänzt:

„Die Ansprüche einzelner auf Tests (nach § 2) und das Recht von Einrichtungen und Unternehmen Test (nach den § 3 und 4) anzuregen, bleibt unberührt. Der öffentliche Gesundheitsdienst prüft die angeregten Testungen auf Grundlage einer Risikoeinschätzung bzw. der Empfehlungen des RKI und entscheidet über die Maßnahmen. Im Falle der Testungen in Einrichtungen und Unternehmen ist der lokale öffentliche Gesundheitsdienst zuständig. Sämtliche Kosten im Zusammenhang mit den Leistungen nach § 1 übernimmt der anordnende öffentliche Gesundheitsdienst.“

Berlin, den 29. Mai 2020

Gez.

Maria Loheide