

Information der Krankenkasse an die Anspruchsberechtigten zur Abgabe von FFP2-Masken durch Apotheken

Rückfragen und Hinweise der Krankenkassen

(Stand: 16.12.2020)

***Vorbemerkung:** Die Poststraßen der Krankenkassen und deren Dienstleister verfügen über begrenzte Kapazitäten. Wenn nicht kurzfristig alle Fragen geklärt sind, kann dies dazu führen, dass Anfang Januar ggf. noch nicht alle Schreiben an die Versicherten versendet werden können. Entsprechende Verzögerungen sind nicht auf die Krankenkassen zurückzuführen.*

1. Versand an weitere, von den Krankenkassen „betreute“ Personengruppen

- Gemäß der Verordnung haben sowohl gesetzlich Versicherte als auch Personen, die nicht in der GKV versichert sind, Anspruch auf bestimmte Schutzmasken haben, wenn sie zu einer in der Rechtsverordnung festzulegenden Risikogruppe gehören und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.
- Nach § 3 Absatz 1 SchutzmV ermitteln die Krankenkassen anhand der bei ihnen bis zum 15.12.2020 vorliegenden Daten die bei ihnen *versicherten Personen*, die nach § 1 SchutzmV anspruchsberechtigt sind.
 - Es ist davon auszugehen, dass von § 1 Absatz 1 sowie § 3 Absatz 1 SchutzmV auch Personen erfasst sind, die in einem anderen Staat der EU/des EWR, in der Schweiz oder einem Abkommensstaat versichert sind und auf der Basis des über- und zwischenstaatlichen Rechts bei einer deutschen Krankenkasse eingeschrieben sind und von dieser betreut werden. Sind diese „betreuten“ Personen, ebenfalls durch die Krankenkassen zu selektieren und zu informieren?
- Um welche Gruppen von Betreuten handelt es sich konkret:
 - Betreute nach dem Bundesversorgungsgesetz,
 - Betreute nach zwischenstaatlichem Recht,
 - Betreute, nicht versicherte Sozialhilfeempfänger?
- In diesen Fällen gibt es niemanden sonst, von dem die Betroffenen die Voucher erhalten.

Antwort:

Auch bei einer deutschen Krankenkasse eingeschriebene und von dieser betreute Personen haben einen Anspruch auf die Schutzmasken, wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen



Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben und das 60. Lebensjahr vollendet haben oder bei ihnen eine der in der Verordnung genannten Erkrankungen oder einer der genannten Risikofaktoren vorliegt.

2. Versicherte mit Betreuten bzw. Bevollmächtigten

- Der nach § 1 SchutzmV definierte anspruchsberechtigte Personenkreis enthält auch Personen mit gesetzlichem Vertreter/Betreuer. Das Informationsschreiben des BMG sieht jedoch keine weitere Personalisierung vor.
 - Wie ist in Konstellationen mit gesetzlichem Vertreter/Betreuer zu verfahren? Sollen die Schreiben direkt den anspruchsberechtigten Personen zugesandt werden, obwohl rechtlich der Versand an den Betreuer zu erfolgen hat?
 - Ist es möglich, das übliche „Vorschaltsschreiben“ an den Vertreter/Betreuer mit zu versenden? Oder sind zusätzliche Felder in das Adressenfeld der Vorlage des BMG einzufügen?

Antwort:

Bei der Versendung von Informationsschreiben und Berechtigungsnachweisen für Personen mit gesetzlichem Vertreter/Betreuer ist nach den geltenden gesetzlichen Vorgaben zu verfahren. Sofern es danach erforderlich ist, den Vertreter/Betreuer anzuschreiben, kann das bei den Krankenkassen dafür vorgesehene Verfahren (z.B. „Vorschaltsschreiben“) angewandt werden. Doppelversendungen sowohl an den Anspruchsberechtigten als auch an den seinen gesetzlichen Vertreter/Betreuer sind zu vermeiden.

3. Datenanalyse/Versichertenidentifikation

- In der Datenanalyse/Versichertenidentifikation besteht insbesondere das Problem, dass die zugrundeliegenden Daten für die Ermittlung des anspruchsberechtigten Personenkreises zum Teil mit einem erheblichen Zeitverzug bei den Kassen vorliegen bzw. das 60. Lebensjahr nach dem Stichtag beendet wird. Der Zeitversatz führt u. a. dazu, dass Versicherte mit aktuell diagnostizierten Erkrankungen und Risikoschwangerschaften nicht selektiert werden können.

Antwort:

In § 3 Absatz 1 der Verordnung ist ausdrücklich festgelegt, dass die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Feststellung der Anspruchsberechtigung die Daten verwenden, die bei ihnen am 15. Dezember 2020 vorgelegen haben. Durch eine solche Stichtagsregelung wird das Verfahren vereinfacht und übermäßiger bürokratischer Aufwand bei den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen vermieden.

4. Risikogruppe „Risikoschwangerschaft“

- Gemäß der allgemeinen Literatur kann von einer Risikoschwangerschaft gesprochen werden, wenn folgende Kriterien vorliegen:
 - Alter der Schwangeren unter 18 oder über 35 Jahre
 - problematischer Verlauf früherer Schwangerschaften wie Früh- oder Fehlgeburten oder Kaiserschnitt-Entbindungen
 - Mehrlingsschwangerschaft
 - drohende Frühgeburt oder Überschreiten des Geburtstermins
 - allgemeine Erkrankungen wie Diabetes, Asthma, Hepatitis, Epilepsie, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa, schwere psychische Erkrankungen, Infektionen oder Schilddrüsenerkrankungen
 - Erbkrankheiten in der Familie
 - Rauchen oder Alkoholkonsum
 - Anwendung von Medikamenten
- Bedeutet dies, dass die Krankenkassen alle Schwangeren unter 18 oder über 35 Jahre ohne weitere Diagnosestellung mit Voucher versorgen können? Reicht die glaubhafte Eigenauskunft der Kundin aus? Die Diagnose ergibt sich nicht aus dem Mutterpass.

Antwort:

Die diesbezüglichen Festlegungen haben der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung in ihrer Bestimmung zur Auswertung der Daten nach § 3 Abs. 1 und 3 Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung (SchutzmV) vom 15.12.2020 vorgenommen. Nach dieser sind alle Versicherten, für die der Krankenkasse eine aktuell bestehende Schwangerschaft bekannt ist und die bis zum 15.12.1985 geboren wurden oder für die ab dem 1.4.2020 eine stationäre, gesicherte ambulante oder ggf. AU-Diagnose aus dem Bereich der Risikoschwangerschaft vorliegt, als Risikopersonen i.S. der SchutzmV anzusehen.

5. Priorisierung gem. § 3 Absatz 4 SchutzmV

- Die Verordnung gibt eine priorisierte Reihenfolge der Versicherteninfo vor: Was bedeutet das in der Praxis? Werden hierzu Versandtermine oder Versandzeiträume festgelegt/bekannt gegeben?

Antwort:

Die Festlegung von Terminen oder Zeiträumen für die Versendungen der Versicherteninformationen ist nicht vorgesehen. Die Krankenkassen sollen die Versendung in eigener Verantwortung im Rahmen der Vorgaben der SchutzmV umsetzen.

6. Umgang mit Rückläufen

- Nach dem Versand von Versichertenschreiben ist grundsätzlich mit Rückläufen zu rechnen, z. B. aufgrund von Wohnortwechseln. Aufgrund der fehlenden Absenderadresse im Briefkopf bzw. im Brieffenster würden diese Rückläufe zur Krankenkasse entfallen.
 - Wie soll mit berechtigten Versichertenanfragen verfahren werden, die keine Berechtigungsscheine erhalten haben, den Krankenkassen aber auch keine Voucher zur Ausgabe vorliegen?

Antwort:

Es wird auf die Antwort auf die Frage 10.2 verwiesen.

6.1

- Sind Personen, die nach aktuellem Kenntnisstand der Krankenkasse unbekannt verzogen sind, in der Datenselektion bereits ausgenommen werden? Woher erhalten diese Versicherten auf Nachfrage die Berechtigungsscheine?

Antwort:

Im Interesse eines unbürokratisch umsetzbaren Verfahrens, sind unbekannt verzogene Personen bei der Datenselektion nicht zu berücksichtigen.

7. Personalisierung des Anschreibens

- Ist davon auszugehen, dass das Informationsschreiben ausschließlich in Adressfeld und Anrede zu personalisieren ist und somit weder Anschrift oder Logo der Krankenkassen noch evtl. Ansprechpartner zu benennen sind?
 - Somit wäre der Versand des Informationsschreibens und der Voucher in einer Standardhülle C6/C5 ohne Logodruck möglich bzw. zu bevorzugen.
- Rückfrage von einzelnen Krankenkassen: Dürfen wir den Anschreibetext leicht modifizieren und dürfen wir überhaupt unser Brieflogo verwenden?

Antwort:

Die Schreiben dürfen keine Hinweise auf die jeweilige Krankenkasse enthalten. Der vorgegebene Text des Anschreibens ist verbindlich und darf nicht verändert werden.

8. Gestaltung des Brieffensters bzw. Umschlages

- Ist angedacht bzw. ist es möglich, auf den Umschlägen einen Hinweis („wichtige Informationen der Bundesregierung“ o. ä.) aufbringen zu lassen? Die Überlegung ist, dass ein „Blanko“-Umschlag mit keinerlei Hinweisen auf den Absender im Brieffenster (z. B. Bundesministerium für Gesundheit) ggf. nicht gelesen wird.

Antwort:

Nein.

9. Druckverfahren

- Reicht es im Sinne eines praktikablen Druckverfahrens aus, die Informationsschreiben im Schwarz-Weiß- Druck zu erstellen?

Antwort:

Nein, das Logo der Bundesregierung ist mehrfarbig zu drucken.

10. „Nachversorgung“ von Anspruchsberechtigten ohne postalisch übermitteltem Voucher

10.1

- Dringend zu klären ist, wie die Krankenkassen mit Anfragen von Anspruchsberechtigten umzugehen haben, die – aufgrund fehlender Datengrundlagen – kein Anschreiben erhalten haben. Diese warten ggf. auf den Voucher ihrer Krankenkasse und werden mit Sicherheit nachfragen. Wie haben die Kassen damit umzugehen?

Antwort:

Grundlage für die Feststellung der Anspruchsberechtigung sind die Daten, die der Krankenkasse oder dem Krankenversicherungsunternehmen am Stichtag 15. Dezember 2020 vorgelegen haben. Sofern keine Daten vorgelegen haben, kann die Anspruchsberechtigung auch nicht im Nachhinein festgestellt werden.

10.2

- Die Krankenkassen werden mit den Kriterien der Rechtsverordnung eine Reihe von Bezugsberechtigten nicht erfassen können, so z. B.:
 - Versicherte, deren Risikoerkrankung bei der BG geführt wird
 - Versicherte, die aus der Entsendung zurückkehren
 - Patienten, die kurzfristig (ohne vorhergehenden Krankenhausaufenthalt) immunsuppressive Therapien erhalten (Rheuma, MS, PsR, Zytostatika etc.)
 - Kassenwechsler
 - Sicherlich einige mehr, an deren Konstellation nicht gedacht wird.
- Resultierend aus dem Problem der korrekten Versichertenidentifikation stellt sich die Frage nach einer Reserve an Vouchern, die sich aus den vorgenannten und den nachfolgenden Gründen ergeben. So können Voucher auf dem Postweg oder beim Versicherten selbst verloren gehen. Es gibt Rückläufer, die dazu führen, dass der angeschriebene Versicherte (noch) nicht mit dem Voucher versorgt werden kann. Weiterhin erhalten Versicherte die Voucher durch amtliche Betreuungsverhältnisse nicht bzw. zu spät.
- Die Krankenkassen würden vor diesem Hintergrund gerne eine Reserve von X Prozent an Vouchern zusätzlich erhalten. Der Grundsatz müsste ja eigentlich sein, dass im Zweifelsfall (d. h., wenn die Verordnung nicht ganz eindeutig ist) der Versicherte einen Voucher erhält? Eine solche Interpretationsfreiheit der Kassen, die im Sinne der Versorgung wäre, müsste vom BMG eindeutig kommuniziert werden.

Antwort:

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Bundesdruckerei abgeschlossene Vertrag sieht den Druck von 27,7 Millionen Berechtigungsnachweisen vor, die jeweils 2 Berechtigungsscheine umfassen. In der Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24. November 2020 wird die Zahl der Anspruchsberechtigten mit 27,35 Millionen Personen angegeben. Das BMG hält daher die vertraglich vereinbarte Zahl von Berechtigungsnachweisen für ausreichend. Die Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen sind aufgefordert, keine Reserven anzulegen.

11. Aktuelle Versichertenanfragen

11.1

- Nach Angaben von Mitgliedskassen gehen Versicherte aktuell bereits zu ihren Ärzten und lassen sich bestätigen, dass sie zur Risikogruppe gehören. Anschließend wollen die Ärzte die Kosten für das Attest erstattet bekommen. Nach unserer Auffassung ist dies nicht Bestandteil der SchutzMV. Wir bitten das BMG um eine entsprechende Klarstellung.

Antwort:

Risikopatientinnen und Risikopatienten unterhalb der Altersgruppe der über 60jährigen werden auf Grundlage von Abrechnungs- und Diagnosedaten, die den Krankenkassen zum Stichtag 15. Dezember 2020 vorgelegen haben, ermittelt. Zusätzliche ärztliche Atteste sind von der Verordnung nicht gedeckt. Kosten für ärztliche Attests werden nicht übernommen.

11.2

- Wie erhalten Versicherte, die ihre häusliche Umgebung nicht verlassen können ihre Masken?
- Wie muss sich der Versicherte verhalten, wenn Bevollmächtigte in die Apotheke geschickt werden?

Antwort:

Der von der Krankenkassen oder dem Krankenversicherungsunternehmen versendete Berechtigungsnachweis kann in der Apotheke auch von einer anderen Person als dem oder der Anspruchsberechtigten vorgelegt werden.

12. Widerspruch

- An wen kann sich der Versicherte wenden, wenn es Probleme gibt (z. B. Apotheke erkennt Risikogruppe nicht an)? Gibt es eine Stelle beim BMG oder offiziell benannte Stelle für solche Probleme?
- Der Versicherte wird von seiner Krankenkasse nicht als Risikopatient bewertet. Wohin wendet er sich, wenn er dagegen Einspruch einlegen will? Gegen wen führt er ggf. das Rechtsverfahren?
- Können die Kassen bei nicht lösbaren Problemen an das Bürgertelefon des BMG verweisen?

Antwort:

Es handelt sich bei der Abgabe der Schutzmasken um eine Aktion der Bundesregierung. Die Bundesregierung ist keine Behörde und erlässt daher auch keine Verwaltungsakte. Die Krankenkassen unterstützen die Bundesregierung entsprechend der Regelungen in der SchutzmV durch die Datenermittlung, den Druck und Versand des Informationsschreibens mit den Berechtigungsscheinen. Bei Beschwerden von Personen, die kein Schreiben erhalten, ist bei den Krankenkassen daher kein Widerspruchsverfahren durchzuführen.

13. Zuzahlungsbefreite Versicherte

- Wie wird mit von der Zuzahlung befreiten Personen verfahren und gilt die Eigenbeteiligung in Höhe von 2 Euro als gesetzliche Zuzahlung im Sinne des SGB V (Stichwort Überforderungsklausel)?

Antwort:

Die Eigenbeteiligung in Höhe von zwei Euro je Abgabe von sechs Schutzmasken ist keine Zuzahlung i.S. von § 61 SGB V. Die Überforderungsklausel kommt deshalb nicht zur Anwendung.