



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Referentenentwurf SARS-CoV-2 Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung

A. Zusammenfassende Bewertung des Verordnungsentwurfs

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen, dass der Referentenentwurf des BMG zu einer Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung die Einrichtungen des Müttergenesungswerks unter den Schutzschirm des SGB V nimmt. Dafür hatten sie sich, gemeinsam mit dem Müttergenesungswerk, nachdrücklich eingesetzt. Weiterhin unberücksichtigt, wie schon im Krankenhausentlastungsgesetz, bleibt allerdings die ambulante und die mobile Rehabilitation. Ebenso positiv zu bewerten ist die Anhebung des Pauschalbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel. Sehr begrüßt wird ebenfalls, dass die Heilmittelerbringer, wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und andere Leistungserbringer, welche für die Versorgung vulnerabler Patientengruppen von fundamentaler Bedeutung sind, für Leistungsausfälle Ausgleichszahlungen erhalten sollen. Es wird kritisiert, dass die vorgesehene Absicherung von 40 Prozent für diesen Versorgungsbereich nicht ausreicht, um die bestehenden Strukturen zu sichern. Im Bereich der Heilmittelversorgung war die Versorgungslage bereits vor Corona vielerorts angespannt. Es verwundert, dass dieser Bereich, der durch geringe Vergütungssätze, bereits vor der Krise systematische Probleme hatte, nun im Vergleich zu anderen Bereichen eine wesentlich geringere Absicherung erfährt. Dabei bestünde gerade im Bereich der Heilmittelversorgung ein Bedarf für eine umfänglichere Absicherung.

Bei den Absicherungsmaßnahmen ist sicherzustellen, dass nicht allein die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen werden. Dies kann durch den Steuerzahler durch Zuschüsse zum Gesundheitsfonds sichergestellt werden oder indem ebenso die Private Krankenversicherung verpflichtet wird, sich an den Absicherungsmaßnahmen zu beteiligen.

B. Zu den Einzelheiten der Rechtsverordnung

§ 2 Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer

Die vorgesehene Absicherungsquote von 40 Prozent wird deutlich kritisiert. Die BAGFW bezweifelt, dass damit ein wirksamer Schutz der bestehenden Heilmittelversorgung erreicht werden kann. Auf Grund der bereits vor der Coronakrise bestehenden angespannten Versorgungssituation, sollten die Erlösausfälle umfangreicher abgesichert werden.

Änderungsbedarf

Absatz 2 Satz 1 soll wie folgt angepasst werden:

„Die Ausgleichszahlung wird als Einmalzahlung gewährt. Sie beträgt 40 **bis zu 90** Prozent der Vergütung des Leistungserbringers für Heilmittelleistungen im Sinne des § 32 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die er im vierten Quartal 2019 gegenüber den Krankenkassen abgerechnet hat, einschließlich der von den Versicherten geleisteten Zuzahlung.“

a) Heilmittelerbringung in Rehabilitationskliniken

Der § 111d SGB-V-Schutzschirm betrifft nur Erlösausfälle, die den Einrichtungen durch die Erbringung stationärer Reha-Leistungen entstehen. Der Erlöseinbruch durch den Wegfall ambulanter Heilmittelerbringung ist bislang gar nicht abgedeckt. Rehabilitationskliniken erbringen nach § 124 Absatz 5 ambulant Heilmittelversorgung. Durch die SARS-CoV -2 bedingten Belegungsrückgänge entstehen derzeit auch in der ambulanten Heilmittelerbringung Erlösausfälle. Daher müssten auch die zugelassenen Leistungserbringer nach § 124 Absatz 5 von den Ausgleichszahlungen umfasst werden.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 1 soll ergänzt werden, wie folgt:

„Nach § 124 Absatz 1 **und 5** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Leistungserbringer erhalten für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 eine Ausgleichszahlung für die Ausfälle der Einnahmen, die auf Grund eines Behandlungsrückgangs in Folge der SARS-CoV-2 Epidemie entstehen, sofern die Zulassung des Leistungserbringers zum Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz 3 besteht.“

b) Frühförderung als Komplexleistung – Leistungsbestandteile nach dem SGB V

Frühförderstellen, die heilpädagogische Leistungen nach § 79 SGB IX erbringen, fallen unter den Schutz des SodEG. Interdisziplinäre Frühförderstellen, die Komplexleistung nach § 46 SGB IX erbringen, werden auf der Basis landesvertraglicher Regelungen in der Regel durch den jeweils zuständigen Eingliederungshilfeträger

und die Gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Gegenwärtig werden viele Leistungen der Frühförderung ausgesetzt, da die Eltern Angst vor der Infizierung ihrer Kinder haben, die aufgrund ihrer komplexen Gesundheitsbeeinträchtigung zu den Hochrisikogruppen für SARS-CoV-2 gehören könnten. Auch haben Bundesländer Begehungsverbote für Frühförderstellen ausgesprochen, die eine Leistungserbringung nicht ermöglichen. Leistungsträger der Sozialen Teilhabe finanzieren die Leistung bei Leistungsausfall nur teilweise weiter; von Krankenkassen, die der zuständige Leistungsträger für die Finanzierung der medizinisch-therapeutischen Leistungen sind, wird berichtet, dass sie die Finanzierung ganz einstellen. Eine telefonische oder digitale Leistungserbringung kommt für diesen Patientenkreis nicht oder nur in Ausnahmefällen in Betracht. Derzeit gibt es keine Schutzverordnung, die die Finanzierung der SGB V-Anteile bei der Komplexleistung Frühförderung sicherstellt. Da es sich bei den medizinischen Leistungen überwiegend um Leistungen der Heilmittelerbringung handelt, die die Krankenkasse im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erbringt, sollten die Einnahmeausfälle aus dem SGB V-Bereich, die ca. 35 Prozent der Komplexleistung ausmachen, unter den Schutzschirm des § 2 dieser Verordnung gestellt werden.

Änderungsbedarf

§ 2 Absatz 1 Satz 1 soll ergänzt werden:

„Nach § 124 Absatz 1 **und 5** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Leistungserbringer sowie **Leistungserbringer nach § 46 SGB IX, die Leistungen der Frühförderung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbringen**, erhalten für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 eine Ausgleichszahlung für die Ausfälle der Einnahmen, die auf Grund eines Behandlungsrückgangs in Folge der SARS-CoV-2 Epidemie entstehen, sofern die Zulassung des Leistungserbringers zum Zeitpunkt der Antragstellung nach Absatz 3 besteht.“

§ 3 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zum COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz vehement dafür engagiert, dass auch die Einrichtungen des Müttergenesungswerks, die gleich nach Auftreten der Pandemie erhebliche Belegungseinbrüche zu verzeichnen hatten und nach und nach behördlich oder durch Landesverordnungen geschlossen wurden, für diese Erlöseinbrüche Ausgleichszahlungen erhalten. Die Rechtsverordnung schließt nun diese Lücke, was von der BAGFW mit Nachdruck begrüßt wird.

Die Einrichtungen des Müttergenesungswerks mit Versorgungsverträgen nach § 111a Absatz 1 Satz 1 SGB V sind durch ihre Personalstruktur und ergänzende Kooperationen, z.B. mit Pflegeeinrichtungen, geeignet, ihren Beitrag zur Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Versorgung zu übernehmen, z.B. durch:

- Akutkrankenhausversorgung vor allem in den Regionen, in denen die Versorgung sonst nicht gesichert ist
- Anschlussheilbehandlung

- Versorgung und Stabilisierung psychisch und psychiatrisch erkrankter Patient/innen, die gegenwärtig nicht ambulant betreut werden können
- Versorgung von Pflegebedürftigen (nicht nur Kurzzeitpflege, wie gesetzlich vorgesehen), sondern auch von Pflegebedürftigen, die wegen COVID-19-Kontakt oder nach Krankenhausentlassung isoliert werden müssen
- Physiotherapeutische Leistungen, z.B. zur Weiterversorgung von pflegebedürftigen Menschen

Die Bundesländer sollen weiterhin Einrichtungen des Müttergenesungswerks für die Akutkrankenhausversorgung bestimmen und umwidmen können, falls dies erforderlich sein sollte.

§ 4 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch

Teilweise sind die Preise für Pflegehilfsmittel, zu denen u. a. auch Schutzmaterialien und Desinfektionsmittel gehören, drastisch gestiegen. Daher begrüßen die Verbände der BAGFW, dass die monatliche Pauschale für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel zunächst bis zum 30. September und ggf. darüber hinaus, um 20 Euro auf 60 Euro aufgestockt wird. Angesichts der hohen Corona-bedingten Zusatzkosten, die für Schutzmaterialien und Hygieneartikel aufzuwenden sind, sollte alternativ die Einrichtung eines Fonds überlegt werden, mit dem Bund und Länder die Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung unterstützen.

Anhang:

Problemanzeigen der BAGFW-Verbände und weiterer Handlungsbedarf im SGB V und SGB XI

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich besonders für die Interessen sozial benachteiligter Menschen und vulnerabler Patientengruppen ein. Durch die Corona-Krise ist vor allem die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen, psychisch kranken Menschen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aufgrund der notwendigen Kontaktreduzierungen beeinträchtigt. Ihre Versorgung muss auch in der Pandemie sichergestellt sein. Die BAGFW hat dazu in den letzten Wochen aus ihren Einrichtungen und Diensten nachfolgende Problemanzeigen erhalten, zu denen Handlungsbedarf besteht. Die BAGFW unterbreitet dazu Lösungsansätze und steht gerne für weitergehende Gespräche dazu zur Verfügung.

Weitergehender gesetzgeberischer Änderungsbedarf im SGB V

Gewährleistung der ambulanten medizinisch-therapeutischen Versorgung von besonders vulnerablen Gruppen durch telefonische und digitale Leistungserbringung

Menschen mit erheblichen körperlichen, seelischen oder geistigen Beeinträchtigungen oder Abhängigkeitserkrankungen sind zwingend auch während der COVID-19-Pandemie auf eine kontinuierliche ambulante Versorgung mit medizinisch-therapeutischen Leistungen angewiesen. Zur Kontaktreduzierung können viele der dringend erforderlichen Leistungen derzeit nur telefonisch, in digitaler Kommunikation bzw. per Videosprechstunde erbracht werden.

Die Einrichtungen haben gleich zu Beginn der COVID-19-Pandemie erheblich in Hard- und Software sowie Schulung ihrer Mitarbeitenden investiert, um die Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Es muss sichergestellt sein, dass Kranken- und Pflegekassen die Leistungserbringung durch den Leistungserbringer bzw. ggf. durch alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in einem multiprofessionellen Team mittels Telefonie, digitaler Kommunikation oder Videokommunikation in gleicher Weise vergüten wie den Direktkontakt. Erste Regelungen wurden durch den G-BA bereits auf den Weg gebracht – es besteht aber weiterer Regelungs- und Handlungsbedarf. So ist z.B. die physiotherapeutische Leistung KG ZNS Kinder nach Bobath/Vojta nicht abrechnungsfähig. An vielen Stellen ist es zudem erforderlich, Abrechnungsregelungen anzupassen, weil aktuell die Unterschrift von Patientinnen oder Patienten eine Grundvoraussetzung für die Abrechnung ist.

Eine Klarstellung, dass Leistungen, welche telefonisch, in digitaler Kommunikation oder per Videosprechstunden erbracht werden, vom Leistungsträger vergütet werden, muss für folgende Leistungen geregelt werden:

- Häusliche Krankenpflege
- SAPV
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Soziotherapie

- Ambulante und mobile Rehabilitation
- Ambulanzen: Psychiatrische Institutsambulanzen, Geriatrische Institutsambulanzen,
- Hochschulambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, MZEB

Quartalsweise Aktualisierung VSDM für eGK

Nach § 291 Absatz 2b müssen die Ärzte jedes Quartal für die Leistungsanspruchnahmen der Versicherten einen Online-Abgleich und eine Online-Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Daten des VSDM vornehmen. Das setzt voraus, dass der Arztpraxis die eGK vorliegt, was der unbürokratischen Handhabung der Ausstellung von Verordnungen, welche der GBA Ende März geregelt hat, im Wege steht. Daher ist die Regelung des § 291 Absatz 2b Sätze 2 und 3 für die COVID-19-Pandemie vorübergehend auszusetzen.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

"Satz 3 gilt mit der Maßgabe, dass der Online-Abgleich und die Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 zunächst befristet bis zum 30.9. ausgesetzt wird."

Ausgleichszahlungen für Erlösausfälle für medizinisch erforderliche Leistungen für Menschen mit Behinderungen und psychisch kranke Menschen

Sofern das ärztliche und pflegerische Personal dieser Einrichtungen nicht in der Akutkrankenhausversorgung oder bei der Behandlung von COVID-19 Intensivpatient/innen eingesetzt werden kann, sind **Erlösausfälle, sobald deren Umfang mehr als 15 Prozent der durchschnittlichen Fallzahlen ausmachen**, durch Einbeziehung in den Schutzschirm zu refinanzieren.

1. Ambulante und mobile Rehabilitation

Die mobilen Rehabilitationsdienste, um deren gesetzliche Verankerung und möglichst breite Institutionalisierung sich neben der Diakonie vor allem das BMG und zahlreiche Politikerinnen und Politiker aller Parteien engagiert haben, dürfen der COVID-19-Pandemie-Corona-Krise nicht zum Opfer fallen. Sie stellen eine Rehaform dar, die besonders für die Menschen geeignet ist, die ihre Häuslichkeit nicht oder kaum verlassen. Zu nennen sind insbesondere geriatrische und pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit komplexen Behinderungen. Ebenso sind die Anbieter ambulanten Rehabilitation mit Versorgungsverträgen nach § 111c SGB V auf Zuschüsse angewiesen, um Erlösausfälle zu kompensieren. Neben der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, die bereits über das COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz erfasst sind, benötigen auch Angebote der ambulanten und teilstationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sowie der ambulanten (Reha-) Nachsorge die Möglichkeit auf Erstattung ihrer Einnahmeausfälle.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

„111d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend für Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.“

2. SPZ, PIA, Hochschulambulanzen, MZEB

Da viele der Patientinnen und Patienten zu den hochvulnerablen und besonders risikobehafteten Personengruppen zählen, die jede Ansteckungsgefahr vermeiden müssen, kommt es derzeit zu erheblichen Leistungsausfällen bei den Hochschulambulanzen, PIAs, SPZ und MZEB. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege schließen sich zur Lösung dieses Problems dem Formulierungsvorschlag der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland an. Die Krankenkassen haben zwar die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung nach § 120 Absatz 2 Satz 3 zu gewährleisten. Die Sondersituation eines pandemisch verursachten Leistungsausfalls ist jedoch mit dieser Formulierung nicht gedeckt. Daher bedarf es einer gesetzgeberischen Grundlage für die Änderung der Vergütungsregelungen.

Den Vorschlag der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland ergänzt die BAGFW, um die Situation der SPZ in Rheinland-Pfalz zu berücksichtigen. Dort erfolgt die Vergütung der medizinisch-therapeutischen Leistungen nicht in Form von Pauschalen, wie nach § 120 Absätze 1a und 3 vorgesehen, sondern als Einzelleistung.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

In § 120 ist nach Absatz 5 folgender neuer Absatz 6 einzufügen:

„Soweit es in Einrichtungen mit Vergütung gemäß Absatz 1a, Absätze 2 und 3 aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie seit dem 16. März 2020 zu Ausfällen von Patiententerminen kommt, erhalten die Einrichtungen zunächst befristet bis zum 31.12.2020 auf Grundlage der durchschnittlichen Patientenzahlen des Vorjahres Ausgleichszahlungen. Die Einrichtungen ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Satz 1, indem sie quartalsweise, erstmals für das 1. Quartal 2020 von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 abgerechneten Fälle der Krankenkassen (Referenzwert) pro Quartal die Zahl der im jeweiligen Quartal abgerechneten Fälle für ambulant behandelte Patientinnen und Patienten der Krankenkassen abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der für die jeweilige Einrichtung aktuell vereinbarten Vergütung zu multiplizieren und der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannte Krankenkasse, zur Abrechnung zu melden. Um eine Abrechnung über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds umzusetzen, erfolgt die Meldung der Leistungserbringer gegenüber der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die entsprechende Einrichtung. Die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Trägern der Einrichtungen das Nähere zum Erstattungsverfahren und zum Verfahren

der Nachweise. In die Vergütung einzubeziehen sind COVID-19 bedingte Mehraufwendungen für die Umgestaltung der Versorgung, für Schutzausrüstung und erforderliche Materialien für die Bewältigung der COVID 19 Pandemie und zusätzliche Aufwände mit Blick auf die Hard- und Softwareausstattung. Satz 1 gilt entsprechend, sofern die Vergütung der Einrichtung abweichend von den Absätzen 1a, 2 und 3 geregelt ist.“

3. Soziotherapie

Viele Leistungen der Soziotherapie werden derzeit telefonisch oder digital erbracht. Dies ist jedoch bei vielen der spezifischen Patientengruppen, die aufgrund der Schwere ihrer psychischen Erkrankung auf Anleitung und Motivation durch direkten Personenkontakt angewiesen sind, nicht möglich. Die Leistungen der Soziotherapie, die nicht telefonisch oder digital erbracht werden können, sind den Einrichtungen als Erlösausfälle aus dem Gesundheitsfonds zu vergüten.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

§ 132b ist um einen neuen Absatz zu ergänzen:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger der Einrichtung verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, zu melden. Sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann, sind dem Träger der Einrichtung alle Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, zu erstatten. Um Ausgleichszahlungen über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, meldet der Leistungserbringer der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, hierbei den Rückgang an Fällen im Vergleich zum Vorjahr. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die entsprechende Einrichtung. Der Anspruch auf Erstattung kann jeweils zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrags hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Trägern der Einrichtungen das Nähere zum Erstattungsverfahren und zum Verfahren der Nachweise. In die Vergütung einzubeziehen sind COVID-19 bedingte Mehraufwendungen für die Umgestaltung der Versorgung, für Schutzausrüstung und erforderliche Materialien für die Bewältigung der COVID 19 Pandemie und zusätzliche Aufwände mit Blick auf die Hard- und Softwareausstattung.“

4. Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (Funktionstraining & Rehabilitationssport)

Die Leistungen der ergänzenden Rehabilitation sind im SGB V und im SGB IX geregelt (§ 43 SGB V und § 64 Abs. 1 SGB IX und §§ 73 und 74 SGB IX). Dies führt dazu, dass Leistungen des Rehabilitationssportes größtenteils nicht abgesichert sind,

obwohl laufende Kosten (wie Mietzahlungen) weiterhin anfallen. Die Angebote werden derzeit zur Kontaktreduzierung ausgesetzt, da sie Gruppenangebote darstellen. Die Erstattung erfolgt neben der Rentenversicherung durch die Krankenkassen auf der Grundlage des § 43 Absatz 1. Daher gilt es diesen Bereich der Rehabilitationsleistungen, die im Verantwortungsbereich des SGB V liegen, abzusichern.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

§ 43 SGB V ist um einen Absatz 3 zu ergänzen:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Leistungserbringer verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, zu melden. Sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann, sind dem Leistungserbringer alle Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, zu erstatten. Um Ausgleichszahlungen über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, meldet der Leistungserbringer der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, hierbei den Rückgang an Fällen im Vergleich zum Vorjahr. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die entsprechende Einrichtung. Der Anspruch auf Erstattung kann jeweils zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrags hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Leistungserbringern das Nähere zum Erstattungsverfahren und zum Verfahren der Nachweise. In die Vergütung einzubeziehen sind COVID-19 bedingte Mehraufwendungen für die Umgestaltung der Versorgung, für Schutzausrüstung und erforderliche Materialien für die Bewältigung der COVID 19 Pandemie und zusätzliche Aufwände mit Blick auf die Hard- und Softwareausstattung.“

5. Sozialmedizinische Nachsorge

Hierbei handelt es sich um ein Angebot, dass in der Regel im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder an eine Rehamaßnahme in Anspruch genommen wird. Auf Grund des Rückgangs der planbaren Operationen und der Belegung von Rehakliniken, brechen hier die Einnahmen weg.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

§ 132c ist um einen Absatz 3 zu ergänzen:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger der Einrichtung verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, zu melden. Sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann, sind dem Träger der Einrichtung alle Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, zu erstatten.“

Um Ausgleichszahlungen über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, meldet der Leistungserbringer der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, hierbei den Rückgang an Fällen im Vergleich zum Vorjahr. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die entsprechende Einrichtung. Der Anspruch auf Erstattung kann jeweils zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrags hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Trägern der Einrichtungen das Nähere zum Erstattungsverfahren und zum Verfahren der Nachweise. In die Vergütung einzubeziehen sind COVID-19 bedingte Mehraufwendungen für die Umgestaltung der Versorgung, für Schutzausrüstung und erforderliche Materialien für die Bewältigung der COVID 19 Pandemie und zusätzliche Aufwände mit Blick auf die Hard- und Softwareausstattung.“

Familienpflegerische Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Derzeit entfallen die meisten familienpflegerischen Einsätze von Haushaltshilfen. Bedingt ist dies durch:

- COVID-19 bedingter Ausfall von elektiven OPs, ambulantem Operieren und Reha- und Vorsorgeleistungen
- Versorgung der Kinder durch Partner im Homeoffice oder in Kurzarbeit
- Absage von Einsätzen aufgrund fehlender Schutzkleidung

Sofern das Personal der Familienpflegedienste mit seinen sozialpflegerischen und sozialpädagogischen sowie hauswirtschaftlichen Kompetenzen nicht anderweitig in der Versorgung eingesetzt werden kann, sind die Dienste mit Versorgungsvertrag nach § 132 unter den Schutzschirm des SGB V zu stellen.

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf

§ 132 SGB V ist um einen neuen Absatz 3 zu ergänzen:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 sind die Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, gegenüber anzuzeigen. Sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann, sind den Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie alle Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, zu erstatten. Um Ausgleichszahlungen über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, meldet der Leistungserbringer der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, hierbei den Rückgang an Fällen im Vergleich zum Vorjahr. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an den Leistungserbringer. Der Anspruch auf Erstattung kann jeweils zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrags hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Das Nähere zu den

Erstattungen soll entsprechend der Festlegungen nach § 150 Absatz 3 SGB XI erfolgen.“

Häusliche Krankenpflege bei Leistungserbringern mit Versorgungsvertrag nach § 132a SGB V

Die Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege, die keine SGB XI-Leistungen erbringen und keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben, sind derzeit noch nicht durch einen Schutzschirm gedeckt sind. Diese Lücke muss geschlossen werden. Es handelt sich hierbei insbesondere um ambulante Pflegedienste, die psychiatrische häusliche Krankenpflege oder ambulante Intensivpflege erbringen.

Im Sinne einer pragmatischen Lösung schlagen wir vor, die Leistungserbringer nach § 132 a SGB V in die Regelungen des § 150 SGB XI zu integrieren, da auch die ambulanten Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben in der Regel auch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach den §§ 37 und 132a SGB V erbringen.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

Die Regelungen der § 150 Abs. 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a.

§ 150 Absatz 2 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

(2) Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen **und den Leistungserbringern nach § „132a SGB V** werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet.“

Hospiz- und Palliativversorgung

1. Ambulante Hospizdienste

Ehrenamtliche dürfen derzeit wegen des Betretungs- und Besuchsverbots in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ihre Tätigkeit in den ambulanten Hospizdiensten nicht ausüben. Auch bei Einsätzen in der häuslichen Umgebung ist die Begleitung derzeit aufgrund des Mangels an persönlicher Schutzausrüstung und Angst der Angehörigen und Betroffenen vor Ansteckung nahezu unmöglich. Gegebenenfalls sind auch ehrenamtliche Hospizhelfer, die einsatzbereit wären, selbst infiziert oder gefährdet. Da die Höhe des Förderzuschusses ambulanter Hospizdienste von dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zur Zahl der Sterbebegleitungen abhängig ist, führt der Ausfall der ehrenamtlichen Einsätze zu einer Senkung des Förderzuschusses, der die Existenz der ambulanten Hospizdienste gefährden kann. Weiterhin ist absehbar, dass sich die Vorfinanzierungszeiten von ambulanten Hospizdiensten verlängern, da derzeit die Fortbildungen für Koordinator/innen (z.B. die Koordinatoren- und Führungskräfte-seminare sowie die Fortbildung pädiatrische Palliative care) abgesagt werden. Dadurch verzögert sich die Anerkennung als Koordinator/in, womit sich die Zeiten verlängern, in denen Personalkosten finanziert werden müssen, die nicht förderfähig sind.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf:

§ 39a Absatz 2 ist nach Satz 6 durch folgenden Satz 7 zu ergänzen:

„Abweichend von Satz 7 bezieht sich die Zahl der Leistungseinheiten für das Förderjahr 2021 auf die Zahl der Leistungseinheiten des Förderjahrs 2019. Für Neugründungen oder bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen im Förderjahr 2019 und bei geplanten, aber COVID-10 bedingten Ausfällen von Fortbildungen können gesonderte Regelungen getroffen werden.“

2. SAPV

Die Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, haben Mindereinnahmen und Mehraufwendungen zu verzeichnen, die derzeit noch nicht durch einen Schutzschirm gedeckt sind. Diese Lücke muss geschlossen werden. Hierzu gibt es die Möglichkeit einer eigenen Regelung im SGB V (Alternative 1) oder einer Einbindung der SAPV in die Regelungen des § 150 SGB XI. (Alternative 2) Im Sinne einer pragmatischen Lösung schlagen wir vor, die Leistungserbringer nach § 132d SGB V in die Regelungen des § 150 SGB XI zu integrieren, da auch die ambulanten Pflegedienste häufig über Kooperationsregelungen Leistungen der SAPV erbringen

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

Alternative 1

In § 132d wird ein neuer Absatz 4 ergänzt:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der SAPV-Leistungserbringer verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, gegenüber anzuzeigen. Den zugelassenen Leistungserbringern in der SAPV nach § 132d werden die ihnen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet, sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann. Um Ausgleichszahlungen über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, meldet der Leistungserbringer der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, hierbei den Rückgang an Fällen im Vergleich zum Vorjahr. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an den Leistungserbringer. Der Anspruch auf Erstattung kann jeweils zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrags hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Für nach § 132d Abs. 1 Satz 6 zugelassene Leistungserbringer in der SAPV sind bei Unterschreitungen der vereinbarten Personalausstattung, der vereinbarten Qualifikationsanforderungen und der Personalmindestvorhaltung keine Vergütungskürzungsverfahren durchzuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene vereinbaren das Nähere für das Erstattungsverfahren und der Nachweise. Dabei sind gemessen an der besonderen

Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung.“

Alternative 2

Die Regelungen der § 150 Abs. 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d.

§ 150 Absatz 4 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

„Bei den Leistungserbringern der SAPV nach §132d tragen die gesetzlichen Krankenkassen die für Leistungserbringer der SAPV nach §132d entstehenden Erstattungen vollständig. Die Privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten.“

Darüber hinaus möchten wir noch zwei weitere Probleme adressieren:

Gesundheitssicherung von Menschen ohne Krankenversicherung

Wohnungslose Menschen, Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus und andere Gruppen ohne Krankenversicherung gehören in Zeit der COVID-19-Pandemie zu den besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Auch wenn § 69 in Verbindung mit § 25 Infektionsschutzgesetz die Kostenübernahme des Tests auf den Covid-19-Virus durch öffentliche Stellen vorsieht, ist die Umsetzung in der Praxis vielen Akteuren unklar. Dies führt dazu, dass Infizierte ohne Krankenversicherung nicht getestet werden, sie den Test selbst bezahlen müssen oder ihre Daten nach § 87 Aufenthaltsgesetz an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden. Aus diesen Gründen ist die Kostenübernahme von Test und Behandlung auch der Covid-19 Erkrankten ohne Versicherungsschutz sowie die Aussetzung der Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG vorzusehen.

Das Land Berlin hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin eine Vereinbarung zur Kostenübernahme für die hausärztliche Versorgung von Nichtversicherten für die Dauer des zweiten Quartals 2020 geschlossen. Dies zeigt wie wichtig es ist, dass hierfür bundesweit Regelungen getroffen werden.

Die Bundesregierung hat dafür Sorge zu tragen, dass die Gesundheitsversorgung für alle gewährleistet wird und zugänglich ist. Sie ist ein Menschenrecht. Es gilt die Einschränkungen beim Anspruch auf Gesundheitsleistungen gemäß § 4 und 6 AsylbLG auszusetzen und einen vollumfänglichen Zugang zum Gesundheitssystem auch für Personen, für die das AsylbLG Anwendung findet, gesetzlich zu regeln.

Erlösausfälle aus der Rehabilitation Privatversicherter

In keinem der Schutzschirme, die für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation greifen (SodEG, § 111d SGB V), werden Erlösausfälle durch den Wegfall der Rehabilitation privat Versicherter berücksichtigt. Vor dem Hintergrund, dass der bundesweite Anteil Privatversicherter bei 8% liegt, diese aber nicht gleichmäßig auf alle Einrichtungen verteilt sind, trifft diese Lücke einzelne Einrichtungen empfindlich.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

§ 111d SGB V ist so zu ergänzen, dass auch Erlösausfälle der privaten Versicherungsunternehmen berücksichtigt werden. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind an den Ausgleichszahlungen zu beteiligen.

Generell kritisieren die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, dass während für die Absicherung der Sozialleistungen in anderen Bereichen der Steuerzahler herangezogen wurde, die bisher getroffenen Absicherungsmechanismen alleine von den Beitragszahlern zu leisten sind. Auch wenn sich die private Krankenversicherung bei der Absicherung der Krankenhäuser an den finanziellen Kosten beteiligt, ist dies im Krankenhausentlastungsgesetz nicht vorgesehen. Es gilt sicherzustellen, dass bei weiteren Absicherungsmaßnahmen, die mit Blick auf die ambulante und stationäre Versorgung im Gesundheitswesen bislang getroffen wurden, die Private Krankenversicherung mit in den Blick genommen wird. Sie trägt ebenso zur Finanzierung des Gesundheitswesens mit bei und sollte ihren Beitrag zur Absicherung bestehender Versorgungsstrukturen leisten. Es ist davon auszugehen, dass für alle Leistungserbringer weiterhin Fixkosten bestehen, die durch Absicherungsregelungen wie das Kurzarbeitergeld nicht ausreichend abgedeckt werden können. Für all diese Bereiche bedarf es daher eines Schutzschirms an dem neben den Beitragszahlern auch die PKV und der Steuerzahler zu beteiligen sind.

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf im SGB XI

Covid-19 bedingte Verschiebung der Frist für die Ausschöpfung nicht verausgabter Leistungen nach § 45b im Kalenderjahr 2020

Aufgrund der Corona-Krise konnten Pflegebedürftige und auch Angehörige von Menschen mit Behinderung die familienentlastenden Unterstützungsangebote im Alltag nicht in Anspruch nehmen. Insbesondere Familien mit Kindern mit Behinderung planen oft langfristig, sodass sie im Frühjahr 2020 noch Mittel aus 2019 zur Verfügung hatten, die sie nun nicht mehr bis Ende Juni 2020 abrufen können, da die Angebote derzeit wegen Kontaktreduzierung ausgesetzt werden. Die Verbände der BAGFW setzen sich daher dafür ein, dass die Frist für die Abrufung von aus dem Kalenderjahr 2019 nicht verausgabten Mitteln auf den 31.12.2020 verlängert wird.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

§ 45b Absatz 1 wird um einen neuen Satz 6 ergänzt:

„Der im Kalenderjahr 2019 in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 nicht verbrauchte Betrag kann abweichend von Satz 5 zweiter Halbsatz bis zum 31.12.2020 in Anspruch genommen werden.“

Einbeziehung der von den Ländern anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a in die Kostenerstattung nach § 150

Die von den Ländern anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag sind bisher nicht vom Schutzschirm des SGB XI umfasst. Da diese Angebote derzeit wegen der erforderlichen Kontaktreduzierung ebenso wenig wie die Angebote der Tagespflege angeboten werden, sollten sie auch bezüglich ihrer Mindereinnahmen erfasst werden.

Gesetzgeberischer Änderungsbedarf

§ 150 Absatz 2 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen **und den nach § 45a Absatz 1 Satz 3 nach Landesrecht anerkannten Angeboten** werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet.“

Berlin, 20.04.2020

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix, Deutscher Caritasverband (elisabeth.fix@caritas.de)
Verena Holtz, Der Paritätische Gesamtverband (gesundheit@paritaet.org)
Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland (tomas.steffens@diakonie.de)