

Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt die Pläne des Gesetzgebers, zentrale Punkte im Infektionsschutzgesetz anzupassen, um besser auf die epidemische Lage von nationaler Tragweite reagieren zu können. Der Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die vorgesehene verstärkte Unterstützung durch das RKI werden begrüßt. Es gilt darüber hinaus Wege zu finden, den Öffentlichen Gesundheitsdienst auch langfristig nach der Pandemie strukturell zu stärken.

Der Gesamtverband fordert, nach dem Vorbild des § 56 Abs. 1a Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch Ergänzung dieses Gesetzes einen Entschädigungsanspruch auch für Beschäftigte zu schaffen, die nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) ein höheres Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf haben, wenn sie – nach erfolgloser Ausschöpfung aller gebotener Schutzmaßnahmen - nicht mehr verantwortbar im Betrieb eingesetzt werden können.

Mit Blick auf die Daten, die laut dem Infektionsschutzgesetz von Beschäftigten gespeichert werden können, geht die vorgesehene Regelung hinsichtlich „übertragbarer Krankheiten“ zu weit und stellt eine starke Diskriminierungsgefahr dar. Die Speicherrechte sollten allein auf Krankheiten gegen die eine Immunität besteht zeitlich befristet ausgeweitet werden. Die geplante Erweiterung der Kompetenzen der Ermittlungsbehörden im Infektionsschutzgesetz wird abgelehnt.

Sehr deutlich kritisiert werden die Pläne des Gesetzgebers die Vorgaben zur Mittelverwendung im Bereich der Prävention in 2020 auszusetzen. Gerade in Zeiten der Pandemie ist der Bedarf an Präventionsmaßnahmen größer als je zuvor. Es ist davon auszugehen, dass die geplanten Regelungen auch über 2020 hinaus den Präventionsbereich nachhaltig schaden würden. Dies gilt es zu verhindern.

Die Situation in Pflegeeinrichtungen und aller, die dort im Einsatz sind, ist zu Recht in den vergangenen Wochen in den öffentlichen Fokus gerückt, da hier nachvollziehbarerweise die Krisenbewältigung zur besonderen Herausforderung wurde und auch weiterhin bleiben wird. Das Engagement der Beschäftigten muss folgerichtig auch über die nun geregelte Sonderleistung während der Coronavirus-Pandemie hinaus die Wertschätzung erfahren, die in den vergangenen Wochen in Politik und Medien so breit beschworen wurde. Der Paritätische weist im

Zusammenhang mit der Sonderleistung für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen während der Coronavirus-Pandemie darauf hin, dass gemeinnützige Träger eine Erhöhung nicht werden leisten können, da sie die dafür notwendigen Rücklagen nicht haben.

Ausdrücklich begrüßt wird, dass die nach Landesrecht zugelassenen Angebote zur Unterstützung im Alltag von den Regelungen zur Kostenerstattung bei Mindereinnahmen jetzt erfasst werden. Ebenso positiv zu bewerten ist die Fristverlängerung für die Inanspruchnahmen des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI, da die Entlastungsangebote den pflegebedürftigen Menschen und den Familien mit Kindern mit einer Behinderung wegen der durch COVID-19 erforderlichen Kontaktreduzierung zur Entlastung nicht zur Verfügung standen. Hier sollte die Frist für den Abruf der Mittel um drei weitere Monate verlängert werden. Zu begrüßen ist ebenfalls, dass auch die Hospize nun unter die Kostenerstattungsregelungen bei Leistungsausfällen fallen. Für alle drei Punkte hatte sich der Paritätische gemeinsam mit den Verbänden der BAGFW in den letzten Wochen eingesetzt. Wir setzen uns des Weiteren dafür ein, dass auch die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, die keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben, die Leistungserbringer der SAPV und die Familienpflegedienste, die Haushaltshilfe nach § 38 SGB V erbringen, unter die Kostenerstattungsregelungen des § 150 SGB XI fallen sollen.

Positiv ist, dass der Leistungsanspruch auf Testungen ausgeweitet wird. Bei der vorgesehenen Verordnung gilt es, das BMG zu verpflichten explizit Anspruchsregelungen mit Blick auf Gesundheitspersonal zu treffen und ebenso Regelungen für den Zugang zu Testungen für Nichtversicherte vorzusehen.

Weiterer Regelungsbedarf wird insbesondere bei der Sicherstellung der Finanzierung des Rettungswesens gesehen. Hier gilt es, dass das BMG Vereinbarungen mit den Ländern zur Anpassung der Rettungsdienstgesetze der Länder trifft.

B. Stellungnahme zu den Einzelvorschriften

Artikel 1: Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Es wird begrüßt, dass eine Kontaktstelle für den ÖGD beim RKI eingerichtet werden soll (§ 4) und dass das BMG eine Verordnungsermächtigung zu Regelungen der Preisgestaltung mit Blick auf Schutzausrichtung erhalten soll (§ 5 Abs. 2 Nr. 4). Darüber hinaus werden die einzelnen Regelungen wie folgt bewertet:

§ 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10 Rechtsverordnungen für Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe

Der Paritätische Gesamtverband unterstützt die Forderung, dass Rechtsverordnungen des Bundes COVID-19 verursachte Abweichungen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen regeln können, um die Ausbildung

sicherzustellen. Hierbei gilt es auch die Ausbildung von Psychotherapeuten in den Blick zu nehmen.

Änderungsbedarf

Einfügung eines neuen Spiegelstriches

f) Fehlzeiten

Einfügung des Spiegelstrichs

u) zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß Psychotherapeutengesetz

§ 6, § 7 Meldepflichtige Krankheiten/Meldepflichtige Nachweise

Für Einschätzungen zum Verlauf der Pandemie ist es von besonderer Bedeutung, neben den Informationen über positive Testergebnisse, auch Zahlen zur Anzahl von durchgeführten Tests mit negativem Ergebnis vorliegen zu haben. Vor diesem Hintergrund wird die Regelung außerordentlich begrüßt.

§ 9 Namentliche Meldung

Es ist positiv zu bewerten, dass die bisherige Erfassung der wahrscheinlichen Infektionsquelle dahingehend präzisiert wird, den wahrscheinlichen Infektionsweg einschließlich des Umfelds, in dem die Exposition wahrscheinlich stattgefunden hat und wahrscheinliches Infektionsrisiko, präzisiert wird (auch § 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer f, § 11 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e).

§ 19 Aufgaben des Gesundheitsamtes in besonderen Fällen

Insbesondere vor dem Hintergrund des akuten Fachkräftemangels im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist es nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber den Gesundheitsämtern die Möglichkeit einräumen möchte, Dritte damit beauftragen zu können, zentrale Aufgaben bei der Testung und Nachverfolgbarkeit übertragbarer Krankheiten zu übernehmen. Es handelt sich hierbei aber nicht um eine zeitlich befristete Regelung. Mittel- und langfristig ist es dringend erforderlich, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst personell so ausgestattet wird, dass er diese Aufgaben selbst erfüllen kann. Eine Beauftragung Dritter sollte daher nur in besonderen Ausnahmefällen möglich sein. Es gilt zu verhindern, dass zentrale Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf diesem Wege grundsätzlich privatisiert werden.

Es wird begrüßt, dass die Gesundheitsämter durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ in § 19 Absatz 1 Satz 1 künftig nicht nur bei Tuberkulose oder sexuell übertragbaren Krankheiten Beratungen und Untersuchungen anbieten können, sondern auch bei COVID-19 sowie bei anderen Erkrankungen. Der Begriff der „aufsuchenden“ Beratung ist allerdings durch den Begriff der „zugehenden“ Beratung

zu ersetzen, um zu verdeutlichen, dass es sich um ein Beratungsangebot und nicht um eine Verpflichtung zur Beratung handelt.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die zuständigen Behörden können **in Ausnahmesituationen, wie beispielsweise im Falle einer epidemischen Lage**, mit den Maßnahmen nach Satz 1 bis 3 Dritte beauftragen.“

§ 23a Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten

Die hier gewählte Formulierung würde Arbeitgebern nicht allein die Möglichkeit eröffnen Informationen über eine Coronaviruserkrankung ihrer Arbeitnehmer zu speichern, sondern dies auch mit Blick auf alle weiteren übertragbaren Krankheiten, wie beispielsweise HIV, Hepatitis B und C, zu tun. Eine solche Befugnis lehnt der Gesamtverband in aller Deutlichkeit ab. Sie würde chronisch Kranke schlechter stellen und eine gesetzliche Grundlage für Diskriminierungen am Arbeitsplatz bzw. bei der Arbeitssuche darstellen.

Es gilt eine Gesetzesformulierung zu finden, die neben „Krankheiten, die durch Schutzimpfungen verhütet werden können“ nur zusätzlich auch das Speichern von Informationen rund um COVID-19 ermöglichen und nicht grundsätzlich Informationen zu allen übertragbaren Krankheiten. Hierbei ist eine Befristung vorzusehen, da damit zu rechnen ist, dass es in der Zukunft eine Impfung gegen COVID-19 geben wird.

Änderungsbedarf

„Soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf ~~übertragbare~~ Krankheiten, **die durch Schutzimpfung verhütet werden können oder gegen die Immunität besteht** erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. **Die Speicherung von Daten zur Immunität ist befristet bis zum 30.06.2023 möglich.** Im Übrigen gelten die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts.“

§ 25 Ermittlungen

Entgegen dem Referentenentwurf ist nun nicht mehr explizit die Rede davon, dass Polizeibehörden eine Blutentnahme erlaubt werden soll, wenn Gefahr im Verzug sein sollte mit Blick auf die Übertragung eines besonders gefährlichen Krankheitserregers. Diese Formulierung hatte der Gesamtverband in aller Deutlichkeit abgelehnt.

Es wird allerdings die Gefahr gesehen, dass mit dem Verweis auf § 16 Abs. 1, Ermittlungsbehörden solche Maßnahmen nun ebenso erlaubt werden sollen. Dieser sieht vor, dass „notwendige Maßnahmen“ getroffen werden können, wenn die Annahme vorliegt, dass eine Gefahr aufgrund einer übertragbaren Krankheit bestehen könnte. Die in der Gesetzesbegründung dargestellte Interpretation, dass der Verweis auf § 16 Abs. 1 lediglich die Grundlage zum Erfassen personenbezogener Daten schaffen würde, wird nicht geteilt.

Aktuell bestehen bereits in manchen Polizeigesetzen der Länder Regelungen, die eine Blutabnahme durch Polizeibeamte mit Blick auf HIV, Hepatitis B und C legitimieren. Der damit verfolgte Schutz der Polizeibeamten ist durch die Maßnahme einer Testung unter Zwang nicht zu erzielen: ein positiver Bluttest auf HIV, HBV oder HCV sagt genauso wenig etwas über die Übertragungsmöglichkeit, wie das bei einem positiven Testergebnis auf das Coronavirus der Fall ist. Ein Bluttest sagt aus, dass eine Person eine bestehende Infektion zu einem zurückliegenden Zeitpunkt hatte und nicht darüber, ob eine aktive infektiöse und damit aktuell übertragbare Infektion beziehungsweise ein aktuell bestehendes Infektionsrisiko für die Polizeibeamt/innen vorliegt. Auch für die Anwendung auf Sars-CoV-2 ist dies untauglich. Wenn die Indexperson positiv ist, kann nur abgewartet werden, ob die angegriffene Person erkrankt, da es aktuell keine Vorsorgemöglichkeit gibt. Ist der Test negativ, kann die Person trotzdem bereits Überträger/-in des Virus sein, es besteht also keine Sicherheit.

Das Infektionsschutzgesetz sollte nicht die Grundlage dafür legen, dass eine Berufsgruppe, hier die Polizei, Handlungsmöglichkeiten erhält, die weder fachlich-inhaltlich noch präventiv zur Gefahrenabwehr sinnvoll, notwendig und verhältnismäßig sind. Der gewünschte Schutz der Polizei kann mit dieser Maßnahme nicht erreicht werden.

Änderungsbedarf

Streichung der vorgesehenen Änderung des § 25 des Infektionsschutzgesetzes

§ 28 Schutzmaßnahmen

Die Weltgesundheitsorganisation WHO warnt vor Immunitäts-Ausweisen und weist darauf hin, dass eine Immunität bisher nicht medizinisch nachgewiesen werden kann. Es ist wissenschaftlich nicht belegt, dass sich ein Mensch nach einer überstandenen COVID-19-Erkrankung nicht erneut anstecken kann. Bislang ist unklar, wie lange eine Immunität anhält, wenn eine COVID-19-Infektion überstanden ist. Auch Virologen warnen davor, dass positive Antikörpertests Menschen in falscher Sicherheit wiegen könnten.

Mit Blick auf die geplante Gesetzesänderung ist zu befürchten, dass sich Menschen absichtlich anstecken lassen werden, um den „Genuss der Grundrechte“ wieder zu erlangen. Dies würde das Ziel der Regierung, die Ausbreitung von COVID-19 zu verlangsamen, erheblich ad absurdum führen. Momentan ist kein Impfstoff gegen

das Virus, das COVID-19 auslöst, entwickelt und auf dem Markt. Eine sogenannte Immunisierung kann zurzeit überhaupt nur durch eine Ansteckung erreicht werden (und es ist noch nicht einmal wissenschaftlich belegt, dass eine Immunisierung tatsächlich eintritt). Daher wird die vorgesehene Regelung abgelehnt.

Änderungsbedarf

Streichung von § 28 Abs. 1 Sätze 4 bis 5

§ 56a Friständerung bei Entschädigungsanspruch, hier: Einbeziehung von Eltern und Angehörigen von erwachsenen Menschen mit Behinderung

§ 56 IfSG sieht unter bestimmten Voraussetzungen einen Entschädigungsanspruch bei Verdienstaufschlag vor. Erfasst sind Verdienstaufschläge aufgrund eines nach dem IfSG angeordneten Tätigkeitsverbots oder einer Absonderung (§ 56 Abs. 1 IfSG) und Verdienstaufschläge von sorgeberechtigten Eltern, die aufgrund der infektionsschutzbedingten Schließung von Kindertagesstätten und Schulen ihre Kinder zu Hause betreuen müssen (§ 56 Abs. 1a IfSG). Die nun mit dem vorgelegten Gesetzentwurf vorgesehene Verlängerung der sehr kurzen Frist zur Geltendmachung dieses Entschädigungsanspruchs ist zu begrüßen.

Allerdings greift die Entschädigungsregelung des § 56 IfSG insgesamt zu kurz. Verdienstaufschläge entstehen nicht nur Eltern minderjähriger Kinder, sondern auch Eltern und Angehörigen erwachsener Menschen mit Behinderung. Denn eine Vielzahl von Menschen mit Behinderung lebt auch im erwachsenen Alter bei ihren Angehörigen (z. B. Eltern, Geschwister etc.). Aufgrund der Schließung von Schulen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Tagesförderstätten etc., müssen Betroffene ihre erwachsenen Angehörigen mit Behinderung nun zu Hause unterstützen und betreuen. Damit können sie ihrer Erwerbstätigkeit nicht oder nur im eingeschränkten Maße nachgehen. Hierdurch kommt es auch bei ihnen zu Verdienstaufschlägen. Auch durch das Pflegeunterstützungsgeld oder die Familienpflegezeit kann der Verdienstaufschlag nicht kompensiert werden. Analog zur Regelung in § 56 Abs. 1a IfSG ist eine Entschädigung daher auch für Pflege- bzw. Betreuungspersonen erwachsener Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf einzuführen.

Artikel 4: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 20, 20a und 20b Vorübergehende Aussetzung der Mittelverwendung für die Prävention

Der Gesetzgeber beabsichtigt die vorübergehende Aussetzung der Mittelverwendung für die Prävention gem. § 20 a und b SGB V und begründet dies da-mit, dass viele Lebenswelten für die Primärprävention, wie z.B. vor allem Kindertagesstätten, Schulen oder Sportstätten derzeit geschlossen seien. Auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention könnten nicht stattfinden, da sich viele Erwerbstätige im Homeoffice oder in Kurzarbeit befinden und Präventionskurse derzeit allenfalls eingeschränkt stattfinden können, sofern digitale Kommunikation hierfür genutzt werden kann.

Dies mag mit einem ersten pragmatischen Blick logisch erscheinen, ist allerdings fachlich und gesundheitspolitisch der Schritt in die völlig falsche Richtung.

Nie war die Prävention in Lebenswelten dringlicher als jetzt. Die Mehrheit der Betriebe arbeitet, Arbeiter haben meist kein Homeoffice, und was dort, erst recht bei Lockerungen dringend bis zwingend notwendig ist, ist Prävention als verhältnisgestützte Verhaltensprävention zur Infektionsvermeidung. Dies gilt ebenso für Kindertageseinrichtungen, die nach Auffassung von Frau Bundesministerin Franziska Giffey vor Ende August wieder öffnen sollen, Schulen, Freizeiteinrichtungen, Stadtteile und Alteinrichtungen - also die Lebenswelten, die mit § 20 adressiert werden sollen. Genau der mit § 20 gemeinte Interventionstyp wäre gesundheitswissenschaftlich gesehen der am meisten geeignete, um hier die erforderliche Kontinuierung und Habitualisierung präventiven Verhaltens zu stützen und zu befördern. Corona-Prävention ließe sich in so gut wie alle Projekte lebensweltbezogener Prävention einbauen, und es werden auch Interventionsformen gebraucht, die primär die Infektionsprophylaxe in den Blick nehmen. Die Öffnung beginnt jetzt, die Gelder dürfen nun nicht eingefroren werden. Auch die Kurse können bei Einhaltung gehöriger Abstandsregeln bald wieder anlaufen. Auch hier ist der Einbau von Corona-Prävention möglich und geboten.

Hinzu kommt, dass viele in der Prävention tätige Gliederungen der Freien Wohlfahrtspflegen und die vielen Selbständigen durch die beabsichtigte vorübergehende Aussetzung der Mittelverwendung für die Prävention massiv in ihrer Existenz bedroht werden. Der Schaden daraus wird nicht Ende 2020 enden: bis all die Programme wieder angelaufen, Zertifizierungen, Verträge etc. wieder unter Dach und Fach sind, vergehen in 2021 wieder viele Monate.

Auch wenn wir die derzeitige Implementation des § 20 SGB V als Paritätischer Gesamtverband bislang als höchst defizitär bewertet haben, werden diese Probleme durch einen lock-down der Prävention nicht gelöst sondern verschärft.

Deshalb lehnen wir die mit Artikel 4 des "Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite" vorgesehene Änderung des SGB V §§ 20, 20a und 20b mit dem Ziel der vorübergehenden

Aussetzung der Mittelverwendung für die Prävention ab und sprechen uns für den Erhalt der bestehenden Regelung aus.

Änderungsbedarf

Streichung der vorgesehenen Änderungen der §§ 20, 20a und 20b SGB V

§ 20i Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

Der Gesamtverband begrüßt die klarstellende Regelung, dass Kosten für die Testung auf Infektion oder Immunität bevölkerungsmedizinisch bedeutsamer übertragbarer Krankheiten von den Krankenkassen übernommen werden müssen. Zu den Tests gibt und gab es immer wieder Unsicherheiten. Zentral ist, dass das BMG beauftragt wird in der Rechtsverordnung auch Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass auch Personen ohne Krankenversicherungsschutz einen Zugang zu Testungen erhalten.

Außerdem gilt es vorzusehen, dass der Anspruch von Gesundheitspersonal gesondert zu regeln ist. Berufsgruppen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens und im Bereich der Pflege tätig sind, bedürfen eines gesondert definierten Anspruchs auf eine regelmäßige Testung. Dies gilt es im Rahmen einer Verordnung zu berücksichtigen. Nur eine entsprechende Verpflichtung des BMGs stellt sicher, dass bei künftigen Regelungen Personal im Gesundheitswesen, so wie es erforderlich ist, besonders in den Blick genommen wird.

Änderungsbedarf

In Absatz 3 werden die Sätze 2 bis 5 wie folgt gefasst:

„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität im Hinblick auf bestimmte bevölkerungsmedizinisch bedeutsame übertragbare Krankheiten von den Trägern der Krankenversicherung nach dem dritten Abschnitt des dritten Kapitels getragen werden, sofern die Person bei dem jeweiligen Träger der Krankenversicherung versichert ist. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung nach den Sätzen 1 oder 2 festgelegt hat, dass die Kosten für bestimmte Schutzimpfungen, für bestimmte andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe oder für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität von den Trägern der Krankenversicherung getragen werden, haben die Versicherten einen Anspruch auf diese Leistungen. **Das Bundesministerium für Gesundheit regelt darüber hinaus durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates den Anspruch und die Übernahme der Kosten für bestimmte Testungen gemäß Satz 2 für Personen ohne Krankenversicherungsschutz. In der Rechtsverordnung regelt das Bundesministerium für Gesundheit außerdem gesondert den Anspruch auf Testungen für Personengruppen, die in der**

gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung tätig sind sowie von Personen, die Risikogruppen angehören. In der Rechtsverordnung können auch Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von anonymisierten Daten insbesondere an das Robert Koch-Institut über die auf Grund der Rechtsverordnungen nach Satz 1 und 2 durchgeführten Maßnahmen getroffen werden

§ 67 Elektronische Kommunikation

Es wird angeregt, dass bei der Ermöglichung von entsprechenden Pilotprojekten nicht allein die elektronische Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGas), sondern auch die Verordnung weiterer Bereiche, wie der Häuslichen Krankenpflege und der SAPV in den Blick genommen werden.

§ 132e Grippeimpfstoff

Die Erhöhung der Reserve für den Grippeimpfstoff gegen Influenza für die Saison 2020/21 von 10 auf 30 Prozent ist zu begrüßen, um einer Unterversorgung mit diesem Impfstoff angesichts der Doppelbelastung des Gesundheitssystems durch Influenza und COVID-19 im Winter 2020/21 entgegenzuwirken.

§ 219a Kostentragung von COVID-19 Patienten aus dem EU-Ausland in deutschen Krankenhäusern

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass Finanzierungsregelungen getroffen werden, um die Versorgung von Intensivpatienten, die mit COVID-19 infiziert sind aus anderen europäischen Ländern zu ermöglichen. Dies ist ein wichtiger Akt der Solidarität im Rahmen der Pandemie.

§ 283 Absatz 2 Richtlinien des MD nach den Nummern 6 bis 8

Der Gesamtverband regt an, neben der Fristverlängerung zum erstmaligen Erlass entsprechender Richtlinien durch den Medizinischen Dienst Bund, den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen zu erweitern. Neben den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen, gilt es auch den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen, ein Stimmrecht einzuräumen.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Aussetzen des Sollwerts für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

Der Paritätische Gesamtverband spricht sich entschieden gegen das in § 5 Absatz 7 geplante Aussetzen der Verpflichtung der Pflegekassen zur Verausgabung des Sollwerts für Mittel der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen aus. Gerade vor dem Hintergrund der Corona-Krise sind neue Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Settings bedeutsamer denn je und die entsprechenden Mittel der Pflegekassen müssen hierfür zur Verfügung stehen.

Ebenso wenig akzeptabel ist, dass die Mittel, die 2019 nicht verausgabt wurden, den Pflegekassen für das Kalenderjahr 2020 nicht zur Verfügung gestellt werden müssen. Sollte der Gesetzgeber bei seiner Intention der Aussetzung der Verausgabung der Sollwertgrenzen bleiben, ist zumindest sicherzustellen, dass die in Höhe des Sollwerts nicht verausgabten Mittel vollständig ins Kalenderjahr 2020 bzw. 2021 übertragen werden.

Änderungsbedarf

Streichung von § 5 Absatz 7

Hilfsweise Forderung

§ 5 Absatz 7 ist wie folgt zu formulieren:

„Im Jahr 2020 müssen die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 nicht dem in Absatz 2 festgelegten Betrag entsprechen. ~~Im Jahr 2019 nicht verausgabte Mittel sind abweichend von Absatz 3 Satz 2 im Jahr 2020 nicht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.~~ Sofern die Mittel entsprechend dem in Absatz 2 für 2020 festgelegtem Betrag pro Versicherten im Kalenderjahr 2020 nicht verausgabt werden, sind sie auf das Kalenderjahr 2021 zu übertragen.

§ 149 Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die Neuregelung des § 149 Absatz 2 SGB XI n.F. trägt dem Umstand Rechnung, dass Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ggf. zu einem höheren Tagessatz erfolgt als in einer vollstationären Einrichtung. Es ist dringend geboten, Kurzzeitpflege z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen anzubieten, um COVID-19 nicht in stationäre Pflegeeinrichtungen einzuschleppen. Gleichzeitig dürfen Menschen, die Kurzzeitpflege benötigen, nicht mit den überwiegend höheren Kostensätzen für Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen zusätzlich belastet werden. Die für dieses Problem getroffene Lösung der Zahlung des 1,5fachen Erstattungsbetrags für Kurzzeitpflege aus Mitteln der Pflegekasse, der auch für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten eingesetzt werden kann, ist sehr zu begrüßen. Es ist sicherzustellen, dass diese Regelung auch für Patient*innen nach Krankenhausaufenthalt gilt, die nicht dauerhaft pflegebedürftig sind, aber nach § 39c

Satz 1 Anspruch auf Kurzzeitpflegeleistungen haben. Dies sieht die geplante Regelung bisher noch nicht vor.

Positiv zu bewerten ist auch die Neuregelung des § 149 Absatz 3 n.F., wonach nicht nur Kurzzeitpflege, sondern auch eine pflegerische Versorgung von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen, die quarantänebedingt vorübergehend in dieser Einrichtung nicht mehr geleistet werden kann, in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erbracht werden kann. Da diese Fallkonstellation sich nicht nur auf eine i.d.R. 14-tägige Quarantänesituation, sondern z.B. auch auf die nicht auf 14 Tage beschränkte Isolation eines COVID-19 positiven pflegebedürftigen Menschen beziehen kann, ist es sehr zu begrüßen, dass die Versorgung in der Rehaeinrichtung im begründeten Einzelfall auch über 14 Tage hinausgehen kann. Auch hier ist dafür Sorge zu tragen, dass pflegebedürftige Menschen mit der höheren Vergütung der Vorsorge- oder Rehaeinrichtung nicht zusätzlich in ihrem Eigenanteil belastet werden. Die hierfür gefundene Lösung, wonach Pflegebedürftige und die Kostenträger (Pflegekasse, Sozialhilfeträger) die Kosten für die Freihaltung des Pflegeplatzes des abwesenden Pflegebedürftigen weiterzahlen und die Pflegekasse zusätzlich die durchschnittliche Vergütung nach § 111 Absatz 5 SGB V an die Rehaeinrichtung leistet, ist sachgerecht und ausgewogen, da sie weder die Pflegebedürftigen belastet noch Mindereinnahmen bei der Pflegeeinrichtung verursacht.

§ 150 Absatz 4 Hospize nach § 39a SGB V

Die in § 150 Absatz 4 vorgesehene Finanzierung des Kostenanteils von 80 Prozent bei den Hospizen durch die Krankenkassen entspricht der üblichen Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Pflegekassen und wird ebenso begrüßt wie die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in die Ausgleichszahlungen für die Hospize.

§ 150 Absatz 5a Kostenerstattung für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB

Der Paritätische Gesamtverband hatte sich gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege dafür eingesetzt, dass auch die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a in die Regelungen zur Kostenerstattung aufgenommen werden. Diese Einsätze können derzeit wegen der gebotenen Kontaktreduzierung nicht stattfinden, sodass die Angebote massiv von Umsatzeinbußen betroffen sind. Es ist sachgerecht, dass die Dienste die entgangenen Aufwendungen nachweisen müssen; nicht nachvollziehbar hingegen ist das zusätzliche Erfordernis des Glaubhaftmachens der Mindereinnahmen.

Die Erstattung der Mindereinnahmen soll begrenzt werden auf bis zu 125 Euro monatlich multipliziert mit der Differenz, die sich beim Vergleich der im letzten Quartal 2019 monatsdurchschnittlich betreuten Pflegebedürftigen und der Anzahl der

betreuten Pflegebedürftigen für den Monat ergibt, in dem die Mindereinnahmen geltend gemacht werden. Anbieter für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen aber auch Leistungen, für die Mittel der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI eingesetzt werden. Diese Mittel erhöhen sich ggf. um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, die für die Verhinderungspflege umgewidmet werden können. Außerdem erbringen sie Leistungen im Rahmen des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Abs. 4. SGB XI. Es ist erforderlich, dass die Anbieter auch Mindereinnahmen dieser Art geltend machen können, wenn sie gegenüber dem Referenzmonat Januar 2020 nachweislich wegfallen.

Änderungsbedarf

§ 150 Absatz 5a Satz 1 sind die Wörter „und Glaubhaftmachung“ zu streichen.

In § 150 Absatz 5a ist nach Satz 2 ein neuer Satz 3 einzufügen: Zudem werden Mindereinnahmen erstattet, wenn sie durch Wegfall von Leistungen mit Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI oder mit Mitteln des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Abs. 4 SGB XI im Vergleich zum Januar 2020 eingetreten sind.

§ 150 Absatz 5b COVID-19 bedingte Leistungen für Pflegebedürftige im PG 1

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt nachdrücklich, dass Pflegebedürftige des PG 1 den Entlastungsbetrag nach § 45b auch für anderweitige Leistungen als die Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und Unterstützungsleistungen im Alltag in Anspruch nehmen können, zumal Tagespflege und Alltagsunterstützung derzeit nicht oder nur sehr eingeschränkt angeboten werden können. Es ist sehr zu begrüßen, dass zu den anderweitigen Hilfen auch die Unterstützung durch Nachbar*innen zählt. Dies ist perspektivisch für den Weiterentwicklungsbedarf der Leistungen für PG 1 auch über die Corona-Pandemie hinaus in den Blick zu nehmen.

§ 150 Absatz 5c Verlängerung der Frist für die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b

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. Der Paritätische Gesamtverband hat sich mit den Verbänden der BAGFW daher in der gemeinsamen Stellungnahme zur SARS-CoV-2 Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung dafür eingesetzt, dass die Frist für die Abrufung von aus dem Kalenderjahr 2019 nicht verausgabten Mitteln auf den 31.12.2020 verlängert wird. Die Frist des 30. September 2020 ist zu knapp bemessen, da nicht davon auszugehen ist, dass die Angebote zur Alltagsunterstützung zeitnah ihre Dienste wiederaufnehmen können.

Änderungsbedarf

In § 150 Absatz 5c sind die Wörter „30. September 2020“ durch „31. Dezember 2020“ zu ersetzen.

§ 150 Absatz 5d Pflegeunterstützungsgeld aufgrund der SARS-CoV-2 Pandemie

Der Paritätische Gesamtverband begrüßt, dass Beschäftigte, die beispielsweise wegen Schließung einer Tagespflegeeinrichtung die Pflege ihrer Angehörigen selbst übernehmen müssen und keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber oder auf anderweitige Lohnersatzleistungen haben und die häusliche Pflege nur durch Inanspruchnahme ihres Erholungsurlaubs sicherstellen könnten, einen zusätzlichen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld erhalten. In der Corona-Krise zeigt sich abermals, dass eine Reform des Pflegegelds mehr als überfällig ist. Der Paritätische Gesamtverband fordert grundsätzlich eine bezahlte Auszeit für Menschen, die Angehörige, Freund/-innen oder Nachbar/-innen pflegen - nach dem Vorbild von Elternzeit und Elterngeld.

§ 150a Sonderleistung während der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie

Die Situation in Pflegeeinrichtungen und aller, die dort im Einsatz sind, ist zu recht in den vergangenen Wochen in den öffentlichen Fokus gerückt, da hier nachvollziehbarerweise die Krisenbewältigung zur besonderen Herausforderung wurde und auch weiterhin bleiben wird. Das Engagement der Beschäftigten muss folgerichtig die Wertschätzung erfahren, die in den vergangenen Wochen in Politik und Medien so breit beschworen wurde. Nach einem längeren Tauziehen zur Frage der Finanzierung, begrüßt der Gesamtverband die im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelungen, dass Pflege- und Krankenkassen eine Sofortzulage für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und -diensten als Sonderleistung (Corona-Prämie) in Form einer Vorauszahlung erstatten, die diese in der zweiten Jahreshälfte steuer- und sozialversicherungsabgabefrei erhalten. Ein schnelleres und vermutlich bürokratieärmeres Verfahren wäre aus unserer Sicht im Rahmen der Erstellung der Festlegungen nach § 150 Abs. 3 SGB XI möglich gewesen. Dies war nicht durchsetzbar.

Die Corona-Prämie kann darüber hinaus durch die Länder oder die zugelassenen Pflegeeinrichtungen über die im Gesetzesentwurf genannten Höchstbeträge hinaus erhöht werden. Der Paritätische Gesamtverband weist darauf hin, dass gemeinnützige Träger eine Erhöhung nicht werden leisten können, da sie die dafür notwendigen Rücklagen nicht haben. Bayern, Sachsen und Hamburg gehen mit gutem Beispiel voran und haben Zusagen gemacht, dass dort die Erhöhungen vom jeweiligen Land geleistet wird.

Es ist unwahrscheinlich, dass die Corona-Krise und die damit verbundenen Herausforderungen in Pflegeeinrichtungen nach dem 31. Oktober 2020 beendet sind. Insofern sind die im Gesetzesentwurf enthaltenen Fristen und das Instrument dieser Sonderzahlung als Ausdruck der Wertschätzung (§ 150a Abs. 1 bis 8) zu gegebener Zeit mit Blick auf eine Erneuerung zu überprüfen.

Grundsätzlich fordert der Gesamtverband, dass die in Angriff genommenen Maßnahmen zur Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, der Bezahlung und der Personalausstattung in der Pflege auch nach der Corona Krise nicht aus dem Blick geraten dürfen und zügig umgesetzt werden müssen.

Artikel 6: Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

§ 204 Absatz 2 neu VVG Tarifwechsel/Rückkehr in den Basistarif

Der Gesamtverband begrüßt, dass Versicherte, die durch die COVID-19 Pandemie den bisherigen Tarif in ihrer privaten Krankenversicherung nicht mehr bezahlen können und auch dadurch hilfsbedürftig würden, nach Beendigung der Hilfsbedürftigkeit wieder in ihren alten Tarif zurückwechseln können. Dieses Antragsrecht gilt jedoch nur bei vorübergehender Hilfebedürftigkeit in Folge der Pandemie, sofern diese innerhalb von drei Jahren wieder überwunden wurde. Der Paritätische Wohlfahrtsverband setzt sich dafür ein, dass ein solches Wechselrecht allen Versicherten der privaten Krankenversicherung zusteht, sofern sie ihre Hilfebedürftigkeit innerhalb von drei Jahren überwinden.

Artikel 9: Änderung des Pflegeberufgesetzes

§ 56 i.V. mit § 59 PflAPrV Aufwandsentschädigung für die Fachkommission

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist unter hohem Zeitdruck und viel ehrenamtlichem Engagement der Fachkommission in kürzester Zeit erarbeitet worden. Der Gesamtverband begrüßt, dass die Mitglieder der Fachkommission für dieses hohe Engagement eine Aufwandsentschädigung erhalten sollen, sofern sie ihre Tätigkeit nicht im Rahmen der Freistellung durch die sie entsendenden Institutionen ausüben.

Artikel 10: Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

§ 3 Aufteilung Pflichteinsatz in psychiatrischen Krankenhäusern und weiterer Einsätze

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass der Pflichteinsatz zum Kompetenzerwerb auch über einen geeigneten Kooperationspartner sichergestellt wird, sofern der Träger der praktischen Ausbildung den Kompetenzerwerb nicht für alle Ausbildungsinhalte sicherstellen kann. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass auch psychiatrische Krankenhäuser, die während des Pflichteinsatzes in der Akutpflege nicht alle Ausbildungsinhalte der allgemeinen Akutpflege abdecken können, Träger der praktischen Ausbildung werden können. Dies wird begrüßt.

Ferner sollen die übrigen Einsätze im Rahmen der praktischen Ausbildung jeweils ungeteilt in einer Einrichtung durchgeführt werden. Mit Blick auf die Nadelöhrbereiche, wie z.B. die Pädiatrie wäre es angemessen, davon i.d.R. auszugehen. Dies würde in begründeten Fällen auch dort eine Aufteilung ermöglichen.

Änderungsbedarf

In § 3 Abs. 2a Satz 3 soll es heißen: Die übrigen Einsätze im Rahmen der praktischen Ausbildung sind in der Regel jeweils ungeteilt in einer Einrichtung durchzuführen.

C. Ergänzende Änderungsbedarfe

Änderungsbedarf im Infektionsschutzgesetz:

Überbrückungsgeld für Beschäftigte mit höherem Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf

Der Paritätische Gesamtverband fordert, nach dem Vorbild des § 56 Abs. 1a Infektionsschutzgesetz (IfSG) durch Ergänzung dieses Gesetzes einen Entschädigungsanspruch auch für Beschäftigte zu schaffen, die nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) ein höheres Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf haben, wenn sie – nach erfolgloser Ausschöpfung aller gebotener Schutzmaßnahmen - nicht mehr verantwortbar im Betrieb eingesetzt werden können.

Der Paritätische Gesamtverband beobachtet, dass infolge erster Lockerungen von behördlich angeordneten Coronavirus-Schutzmaßnahmen die Beschäftigten seiner Mitgliedsorganisationen zunehmend an ihre Arbeitsplätze in den Einrichtungen zurückkehren. Darunter sind auch Mitarbeiter*innen, die nach den Informationen des RKI mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf zu rechnen haben. Wenn solche Beschäftigte ihre Arbeit in den Betrieben wiederaufnehmen, z.B. in Kindertagesstätten oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe, besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Die Mitgliedsorganisationen stehen nun vor der Herausforderung, im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsplätze die spezifischen Empfehlungen und Vorgaben zum Schutze vor einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus zu berücksichtigen. Insbesondere die hierzu ergangenen Verordnungen, die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie die Hinweise des RKI für Arbeitgeber sehen umfangreiche Prüfungen vor, ob und ggf. unter welchen Bedingungen eine (annähernd) sichere Beschäftigung dieser Risikogruppe zu verantworten ist.

Ergebnis dieser Prüfungen ist in nicht wenigen Fällen, dass eine Beschäftigung im Betrieb nicht mehr in Betracht kommt, nachdem alle möglichen und zumutbaren technischen und organisatorischen (Schutz-)Maßnahmen ergriffen sowie die arbeitsvertraglichen Spielräume, wie z. B. Versetzungen oder Arbeit im Homeoffice, ausgeschöpft worden sind. Die Mitgliedsorganisationen stehen dann vor der Frage, ob die betroffenen Beschäftigten bezahlt oder unbezahlt freizustellen sind, wenn ihnen ärztlich bescheinigt worden ist, dass sie zu einer Risikogruppe gehören und deshalb ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben dürfen.

Nach der gegenwärtigen Rechtslage ist davon auszugehen, dass Arbeitgeber, sofern sie alle gebotenen Fürsorgepflicht- und Arbeitsschutzmaßnahmen ergriffen haben, nicht mehr zu Gehaltszahlungen verpflichtet sind, wenn Beschäftigte aufgrund ihres höheren Risikos für einen schweren Krankheitsverlauf gleichwohl nicht mehr im Betrieb einsetzbar sind. Wenn Beschäftigte wegen ihrer individuellen gesundheitlichen Disposition ohne Gefahr für Leib und Leben nicht mehr ihre vertragliche Tätigkeit ausüben können, werden sie zwar von ihrer Leistungspflicht frei, verlieren aber auch ihren Anspruch auf Vergütung.

In der Konsequenz bedeutet dies für viele Betroffene und deren Familien, dass sie erhebliche finanzielle Einbußen, bis hin zu einer Existenzgefährdung, zu verkraften haben. Möglicherweise werden zahlreiche von ihnen auch auf Sozialleistungen, wie z. B. aufstockendes Arbeitslosengeld 2, angewiesen sein.

Gleichzeitig möchten die Einrichtungen ihre Mitarbeiter/-innen - über die Coronavirus-Krise hinaus – im Arbeitsverhältnis halten, zumal für die Betroffenen in der Regel kein Kurzarbeitergeld bezogen werden kann, und der Arbeitsmarkt im sozialen Bereich bekanntermaßen sehr angespannt ist.

Daher bedarf es dringend (befristeter) Lösungen, um den Sorgen und Nöten, die infolge dieser noch nie dagewesenen Pandemie-Krise sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch der Beschäftigten bestehen, entgegen zu wirken.

Dem Gedanken des Gesundheitsschutzes dieser besonders vulnerablen Beschäftigtengruppe folgend, sind inzwischen mehrere Bundesländer (z. B. Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) dazu übergegangen, Lehrkräfte mit Vorerkrankungen oder ab Vollendung des 60. Lebensjahres von ihrer Präsenzpflcht in der Schule zu befreien. Die Anwesenheit zum Unterricht vor Ort ist freiwillig. Die Bezüge werden weiterhin gewährt. In der Wirkung kommt dies in vielen Fällen einer (vollständigen oder teilweisen) bezahlten Freistellung gleich.

Auch im Ausland, z. B. in Österreich, gilt zum Schutze von besonders gefährdeten Beschäftigten vom 4. Mai an, dass auf Basis definierter Risikogruppen, nach ärztlicher Beurteilung und Vorlage eines Risikoattestes geeignete betriebliche Schutzmaßnahmen im Wege eines Stufenplans umzusetzen sind. Ist dies nicht möglich, erfolgt eine vollständige, bezahlte Freistellung, wobei Arbeitgeber die Lohn-(neben)kosten von der Sozialversicherung ersetzt bekommen.

Angesichts des für alle Beschäftigten, die zu einer Risikogruppe gehören, gleichen gesundheitlichen Gefährdungsrisikos, völlig unabhängig von einer Tätigkeit auf dem Sektor des öffentlichen Dienstes oder in der gemeinnützigen (oder privaten) Sozialwirtschaft, ist es nicht zu rechtfertigen, den Schutz nur auf eine bestimmte Gruppe von Beschäftigten zu begrenzen. Die Gefährdung beispielsweise von Erzieher*innen in Kindertageseinrichtungen, von Pflegekräften oder von Mitarbeiter*innen in der Eingliederungshilfe ist keine geringere als bei Lehrkräften des öffentlichen Dienstes.

Der Paritätische Gesamtverband fordert daher, etwa nach dem Vorbild des zum 30. März 2020 in Kraft getretenen § 56 Abs. 1a Infektionsschutzgesetz (IfSG), durch eine Ergänzung dieses Gesetzes ein angemessenes Überbrückungsgeld für diejenigen Personen zu schaffen, die bei Fortführung ihrer Tätigkeit einem erhöhten Infektionsrisiko mit besonders schwerem Krankheitsverlauf ausgesetzt wären.

Nach § 56 Abs. 1a IfSG wurde Erwerbstätigen eine Entschädigungsmöglichkeit in Höhe von 67% des Verdienstaufschlags (maximal 2.016 EUR mtl.) eröffnet, wenn sie aufgrund von Schul- und Kita-Schließungen einen Verdienstaufschlag erleiden, weil sie die Betreuung ihrer Kinder (bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres) selbst übernehmen müssen.

Ein Entschädigungsanspruch ist aber auch Beschäftigten zu gewähren, die aufgrund ihres höheren Risikos für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf in der konkreten betrieblichen Situation nicht mehr ohne Gefährdung von Gesundheit und Leben beschäftigt werden können und von erheblichen, bis hin zu existenzgefährdenden finanziellen Einbußen bedroht sind.

Aufgrund der derzeitigen Ungewissheit, ab wann ein Impfstoff gegen den SARS-CoV-2-Virus zur Verfügung stehen wird, ist allerdings eine Anspruchsbegrenzung auf lediglich sechs Wochen (§ 56 Abs. 2 S. 4 IfSG) nicht sachgerecht.

Anzustreben ist vielmehr ein Anspruch, der sich nach Dauer und Höhe an den Regelungen zum Kurzarbeitergeld (§§ 95ff SGB III) orientiert und im Mindestmaß 80 Prozent bzw. 87 Prozent des Verdienstausfalls betragen soll, wenn Kinder im Haushalt leben.

Kostenbeschränkend könnte die Geltungsdauer einer solchen, krisenbedingt zu schaffenden Regelung auch befristet und mit einer Verlängerungsoption versehen werden, wie dies für andere Gesetze, die im Zusammenhang mit der aktuellen Pandemie beschlossen wurden (z. B. Sozialdienstleister-Einsatzgesetz), auch geregelt wurde.

Änderungsbedarfe im SGB XI

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 abgesichert. 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 Absätze 1 bis 3 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.

Änderungsbedarf

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind.“

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

„Bei zugelassenen Leistungserbringern nach §132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen die für die zugelassenen Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V entstehenden Erstattungen vollständig. Die Privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten.“

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 oder einer Einbindung der SAPV in die Regelungen des § 150 SGB XI.

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.

Änderungsbedarf

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt: „Die Regelungen der § 150 Absätze 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.“

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
- Familienmitglied war in einem Risikogebiet oder hatte mit einer infizierten Person Kontakt
- Einsatz nicht (mehr) notwendig, da ein Elternteil wg. Corona-Krise im Home-Office oder in der Kurzarbeit
- Familien sagen aus Angst vor Ansteckung von sich aus den Einsatz ab
- Absage von Einsätzen aufgrund fehlender Schutzkleidung

Aufgrund der Krise ist ein höherer Aufwand an Absprachen, Klärungen unter den Beteiligten in der Familienpflege, Einhaltung von Hygienevorschriften und Information darüber bzw. Versorgung mit Schutzmasken, Desinfektionsmittel, etc. für die Familienpfleger/-innen, mehr Kontakt mit den Krankenkassen, etc. vonnöten.

Die Leistungserbringer der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V 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 oder einer Einbindung der SAPV in die Regelungen des § 150 SGB XI.

Im Sinne einer pragmatischen Lösung schlagen wir vor, die Leistungserbringer der Haushaltshilfe/Familienpflege nach § 132 SGB V in die Regelungen des § 150 SGB XI zu integrieren, da auch die ambulanten Pflegedienste häufig diese Leistungen erbringen.

Änderungsbedarf

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 9 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die nicht nach § 72 zugelassen sind.“

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

„Bei zugelassenen Leistungserbringern nach §132, die nicht nach § 72 zugelassen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen die für die zugelassenen Leistungserbringer der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V entstehenden Erstattungen

vollständig. Die Privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten.“

Änderungsbedarfe im SGB V

Gewährleistung der ambulanten medizinisch-therapeutischen Versorgung durch telefonische und digitale Leistungserbringung

Zur Kontaktreduzierung können viele dringend erforderliche Leistungen derzeit nur telefonisch, in digitaler Kommunikation bzw. per Videosprechstunde erbracht werden.

Die Einrichtungen haben auf Grund der Pandemie erheblich in Hard- und Software sowie Schulung ihrer Mitarbeitenden investiert, um die Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Für die Aufrechterhaltung der Versorgung ist es dringend erforderlich, dass telefonische Angebote und digitale Kommunikation durch Kranken- und Pflegekassen ebenso vergütet werden, wie die übliche Leistungserbringung.

Erste Regelungen wurden durch den G-BA bereits auf den Weg gebracht – es besteht aber weiterer Regelungs- und Handlungsbedarf. Dort wo zur Abrechnung von Leistungen die Unterschrift von Patientinnen und Patienten erforderlich ist, gilt es Regelungen anzupassen.

Mit Blick auf die Abrechenbarkeit von Leistungen ohne physischen Kontakt sieht der Gesamtverband insbesondere bei den folgenden Angeboten Regelungsbedarf: Häusliche Krankenpflege, Hochschulambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZE), Psychiatrische Institutsambulanzen, Geriatrische Institutsambulanzen, ambulante und mobile Rehabilitation, Soziotherapie, Heilmittel, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung.

Ambulante und mobile Rehabilitation

Die mobilen Rehabilitationsdienste dürfen der COVID-19-Pandemie 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 ambulanter 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.

Änderungsbedarf

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

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 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.

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 Sicherheit aus dem Gesundheitsfonds umzusetzen, erfolgt die Meldung der Leistungserbringer gegenüber der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse. Das Bundesamt für Soziale Sicherheit 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.“

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.

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.“

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.

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.“

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.

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.“

Hospiz- und Palliativversorgung

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.

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-19 bedingten Ausfällen von Fortbildungen können gesonderte Regelungen getroffen werden.“

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 bei Covid-19 Erkrankten ohne Versicherungsschutz vorzusehen. Notwendig ist die Aussetzung der Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG.

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.

Neben der Gewährleistung einer kostenfreien Testung auch von Personen ohne Krankenversicherung, ist es aus Sicht des Gesamtverbandes geboten, dass diese in Bevölkerungsgruppe auch behandelt wird, wenn sie nicht in der Lage ist, die Kosten zu tragen, da sonst das Risiko besteht, dass sie sich als Notfälle in den Krankenhäusern vorstellen muss. Ferner ist für den Fall, dass medizinische Diagnostik oder Versorgung in Anspruch genommen wird, bei Menschen ohne Papiere die Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG auszusetzen. Wohnungslosen Menschen und Menschen, die in Massenunterkünften wohnen, sind im Falle der Notwendigkeit einer Quarantäne bei Bedarf alternative Unterkünfte bereitzustellen.

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.

Generell kritisiert der Gesamtverband, 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.

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.

Finanzierung des Rettungswesens & des Krankentransportes – Handlungsbedarf im Bereich der Rettungsdienstgesetze der Länder

Hilfsorganisationen, die im Rettungswesen tätig sind, haben in den vergangenen Wochen sehr umfangreiche zusätzliche Ausgaben gehabt, da Fahrzeuge häufiger gereinigt werden mussten und um die notwendige Schutzausrüstung zu beschaffen. Gleichzeitig gab es spürbare Mindereinnahmen durch einen Rückgang an Fahrten. Die Finanzierung im Rettungswesen ist je nach Bundesland sehr unterschiedlich geregelt. Es gilt entweder das Konzessionsmodell oder das Submissionsmodell. Beim Konzessionsmodell liegt das Risiko für Minder- und Mehrausgaben allein beim Leistungsanbieter. Es gibt keine Möglichkeit für die Hilfsorganisationen diese zu kompensieren. Die aktuelle Praxis zeigt, dass dies dazu führt, dass wenn Anbieter auf die gesetzlichen Krankenkassen als Leistungsträger zugehen, diese unterschiedlich agieren. Es gibt Kassen, die bereit sind zusätzliche Kosten zu berücksichtigen und Kassen die zu entsprechend kulantem Regelungen nicht bereit sind. Daher besteht hier dringender Regelungsbedarf. Beim Submissionsmodell werden Unterdeckungen zeitversetzt durch den Leistungsträger ausgeglichen. Allerdings passiert dies in der Regel erst in sehr großem zeitlichen Abstand. Bedenkt man den enormen finanziellen Rahmen der Mindereinnahmen und Mehrausgaben, so besteht auch hier Handlungsbedarf, damit Leistungsanbieter im Rettungswesen zeitnah die notwendigen finanziellen Mittel erhalten. Dies gilt insbesondere für gemeinnützige Anbieter.

Für den Krankentransport stellt sich die Problematik und der Regelungsbedarf gleichermaßen dar.

Wir fordern das BMG dazu auf, im Austausch mit den Ländern Regelungen zu vereinbaren, die die ausreichende Finanzierung im Rettungswesen und im Krankentransport kurz-, mittel- und langfristig innerhalb der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, sicherstellen.

Ausbildungssituation und Einnahmeeinbrüche bei Psychotherapeuten in Ausbildung

Es ist zu begrüßen, dass im Gesetzentwurf für ein zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite in den Artikeln 7,8,9 und 10 Härtefallregelungen auf die erschwerten Ausbildungsbedingungen in diversen Heilberufen Berücksichtigung finden. Hier ist der Einbezug der im PsychThG und den entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelten Ausbildungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dringend angeraten. Auch in diesen Ausbildungsberufen kommt es durch die aktuelle Krisensituation zu diversen Härtefallsituationen, durch den die ordnungsgemäße Absolvierung dieser Ausbildung sowie die soziale Situation der Auszubildenden gefährdet ist. Hierauf gilt es ebenfalls mit entsprechenden Härtefallregelungen zu reagieren.

Berlin, 05. Mai 2020

Paritätischer Gesamtverband

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Dienstleistungen

Kontakt

(gesundheit@paritaet.org)