

Stand: 23.03.2020

**Stellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der
Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-
Krankenausentlastungsgesetz)**

I. Art. 1 - § 22 KHG - Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Änderungsvorschlag:

(1) Die Länder können Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen, vollstationär behandelt werden können, wenn mit diesen Einrichtungen

1. ein Versorgungsvertrag nach §§ 111 Absatz 2 oder 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. ein Vertrag nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch besteht oder wenn sie von der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden, oder
3. ein Vertrag nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch besteht.

~~(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum ... [Einsetzen: Datum des dreißigsten Tages nach dem Tag der Verkündung] Pauschalbeträge für die Vergütung der von den in Satz 1 genannten Einrichtungen erbrachten Behandlungsleistungen sowie das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütungen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren vier Wochen fest.~~

~~(2) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 1 erhalten für die Behandlung von Akutpatienten einen Ausgleich der analog der Regelungen in § 21 ausgestaltet wird. Die weiteren Vergütungsregelungen und Ausgleichs in § 21 finden analog Anwendung. Für die Schaffung zusätzlicher Intensivbetten erhalten sie die gleiche Vergütung wie Krankenhäuser.~~

~~(3) Alle Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach §§ 111, 111a, 111c SGB V, die nicht nach Absatz 1 in Anspruch genommen werden, erhalten ab dem 16.03.20 einen finanziellen Ausgleich in Höhe von 90% der durchschnittlichen Tagessätze~~

pro Bett für nicht belegte Betten und zur Sicherstellung ihrer Betriebs- und Versorgungsbereitschaft.

(4) Absatz 1 bis 3 gelten ebenfalls für Privatkliniken nach § 30 GewO.

(5) Die Kliniken nach diesem Paragraphen werden in die Materialversorgung eingebunden und erhalten dafür den Zuschlag nach § 21 Abs. 6 von 50 Euro pro Patienten.

Begründung:

Zu Abs. 1 und 4

In Bayern beispielsweise ist in der Allgemeinverfügung (s. Anlage) geregelt, dass auch Vorsorge- und Reha-Kliniken für Mütter, Väter und Kinder mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V sowie Privatkliniken nach § 30 GewO in Anspruch genommen werden sollen. Die Legitimation dieser Einrichtungen für Akutbehandlungen muss deshalb im Gesetz ebenfalls geregelt werden.

Die 111a-Kliniken halten wie alle anderen Reha-Kliniken Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten vor. Die § 30-Kliniken sind laut Gewerbeordnung als Krankenhaus anerkannt, in den Zulassungen werden auf die gleichen Grundlagen wie im gesetzlichen Krankenhaus zurückgegriffen (Personalverordnung wird angewandt, Hygiene usw.). In den Privatkliniken werden auch gesetzlich Versicherte im Rahmen der Gestaltungsleistungen der Krankenkassen behandelt. Teilweise behandeln Kliniken in ihren Einrichtungen mehr als die Hälfte GKV-Versicherte und sichern so (vor allem im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich) mit die Versorgung.

Zu Abs. 2 und 3.

Die Vergütung der Behandlung der Akutpatienten soll erst nach einer Vereinbarung zwischen DKG und GKV erfolgen. Die DKG vertritt Krankenhäuser und keine Vorsorge- und Reha-Kliniken. Zudem dauert es viel zu lange bis hier eine Vereinbarung erfolgt, ggf. muss noch die Schiedsstelle angerufen werden. Die Vorsorge- und Reha-Kliniken haben seit mindestens zwei Woche keine volle Auslastung mehr (letzte Woche etwa 50%) und keine Rücklagen. Sie können nicht warten, bis eine Einigung erfolgt. Zudem mussten in einigen Bundesländern die Kliniken bereits ihre Rehabilitanden nach Hause schicken bzw. durften keine mehr einladen. D.h., sie haben jetzt gar keine Einnahmen mehr. Diese fehlenden Einnahmen können sie nicht kompensieren. Deshalb müssen sie wie die Krankenhäuser, die elektive Eingriffe absagen mussten, einen Ausgleich erhalten. (s. auch BDPK-Pressemitteilung vom 22.03.20).

Im Sozialdienstleister-Einsatzgesetz werden keine Sicherstellungszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen

gezahlt. Auch Einrichtungen, die zunächst nicht nach Absatz 1 in Anspruch genommen werden, sollten in der Lage sein, ihren Betrieb aufrecht zu erhalten, um für einen späteren Zeitpunkt zur Verfügung zu stehen. Andernfalls müsste das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz um Leistungen nach dem SGB V erweitert werden.

Zu Abs. 5

Es muss sichergestellt werden, dass die Kliniken in die Materialversorgung einbezogen werden, damit sie ihre Aufgaben nach Absatz 1 erfüllen können.

II. Art. 4 § 149 SGB XI Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

Änderungsvorschlag:

Bis zum 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, auch ohne, dass die in § 42 Absatz 4 Satz 1 genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gem. § 111 Abs. 5, **111a** des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

Begründung:

Die Vorsorge- und Reha-Kliniken für Mütter, Väter und Kinder mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V halten wie alle anderen Reha-Kliniken Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten vor. Sie sind genauso geeignet, Kurzzeitpflege zu erbringen.