

05.05.2020

Stellungnahme
zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage
von nationaler Tragweite

A. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf sollen die bereits beschlossenen und dringend notwendigen Maßnahmen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes sowie des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite weiterentwickelt und ergänzt werden.

Folgende Maßnahmen müssen aus Sicht des BDPK darüber hinaus ergänzt/angepasst werden:

- 1. Finanzierung von symptomunabhängigen COVID-19-Testungen in Krankenhäusern und Vorsorge- und Reha-Einrichtungen**
- 2. Vergütung von coronabedingten Mehrkosten, die den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen entstehen**
- 3. Erweiterung des Rettungsschirms auf Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag und Ambulante Rehabilitationseinrichtungen**
- 4. Finanzieller Ausgleich der Behandlungsausfälle von PKV-Versicherten und beihilfeberechtigten Beamten und Rentnern in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen**
- 5. Finanzierung des Leerstands von Entlastungskrankenhäusern**
- 6. Regelungen zur Kurzzeitpflege/Pflege in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen**
- 7. Zulassung der Rehabilitationseinrichtungen als Träger der praktischen Pflegeausbildung**
- 8. Unterjährige Datenlieferung durch die Krankenhäuser**

Ad. 1.: COVID-19-Testungen

Bewertung

Dringend benötigte Testungen und Screenings auf COVID-19 in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden derzeit nicht finanziert. Der Entwurf sieht vor, dass das BMG ermächtigt wird, nach Anhörung des GKV-SV durch Rechtsverordnung zu bestimmen, dass die Kosten für Testungen von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Es sollte unabhängig davon, gesetzlich klargestellt werden, dass die Testung auf Covid-19-Infektionen für Patienten und Mitarbeiter in Krankenhäusern mit und ohne Versorgungsvertrag und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen finanziert werden. Hierzu muss ein kurzfristig umsetzbarer Abrechnungsmodus der Kosten gefunden werden (bspw. Abschlagszahlung, Kostennachweis Laborrechnungen).

Änderungsvorschlag:

§ 21 KHG Abs. 10 (neu)

„Die Kosten für die symptomunabhängige Testung von Patienten und Mitarbeitern auf COVID-19 können Krankenhäuser nach § 2 Nr. 1 KHG gegenüber den Kostenträgern geltend machen.“

§ 111d Abs. 9 (neu)

„Die Kosten für die symptomunabhängige Testung von Patienten und Mitarbeitern auf COVID-19 können Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111a und 111c SGB V gegenüber dem Kostenträger geltend machen.“

Ad. 2.: Coronabedingten Mehrkosten Vorsorge- und Rehabilitation

Bewertung

Für Krankenhäuser ist in § 21 Abs. 6 zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen in Folge des Coronavirus ein Zuschlag in Höhe von 50 Euro für jeden Patienten und jede Patientin vorgesehen. Analog zu dieser Regelung, muss auch für Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen ein Zuschlag ergänzt werden, denn in diesen Einrichtungen fallen ebenfalls erhöhte Kosten aufgrund der Pandemie an (Kosten für Mundschutz, Schutzkleidung, besondere Auflagen beim Fahrdienst, etc.).

Änderungsvorschlag

§ 111d Abs. 10 (neu)

„Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, rechnen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111a und 111c SGB V für jeden

Patienten und jede Patientin, der oder die ab dem 1. April 2020 zur Behandlung in die Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 15 Euro pro Tag ab. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber ihren Kostenträgern.“

Ad. 3: Erweiterung Rettungsschirm

Viele **Privatkliniken nach § 30 GewO** ohne Versorgungsvertrag wurden von den Ländern bereits aufgefordert, ihre Patienten zu entlassen und keine weiteren Patienten mehr aufzunehmen, um alle Kapazitäten für die Versorgung von akutstationären Patienten - darunter auch COVID-19-Patienten - aus nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern bereit zu stellen. Mit diesen Maßnahmen bricht die Vergütungsgrundlage der Kliniken weg, sodass Personalkosten und Fix-Kosten zur Aufrechterhaltung der Infrastruktur nicht mehr gedeckt werden können. Aufgrund der Nichtberücksichtigung im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz agieren die Kliniken nach § 30 GewO derzeit im rechtsfreien Raum, wenn sie Patienten aus § 108-Krankenhäusern auf Anordnung ihrer zuständigen Landesministerien übernehmen.

Ambulante Reha-Einrichtungen stellen neben den stationären Reha-Einrichtungen bundesweit die rehabilitative Weiterversorgung von Patienten nach Krankenhausaufenthalten sicher. Sie erbringen neben diesen Anschlussheilbehandlungen (AHB) aber auch weitere Reha-Leistungen als sogenannte Heilverfahren. Heilverfahren können auf Grund aktueller dringender Empfehlungen der Leistungsträger derzeit nicht durchgeführt werden, sodass nahezu sämtliche diesbezügliche Einnahmen wie auch die Erlöse im Präventions- und Heilmittelbereich für diese Einrichtungen wegfallen. Mit Anschlussheilbehandlungen allein sind ambulante Rehaeinrichtungen jedoch nicht wirtschaftlich zu führen. Ihnen droht damit die kurzfristige Komplettschließung. Die Folgewirkungen für die zuweisenden Krankenhäuser wären in der derzeitigen Situation dramatisch.

Änderungsvorschlag

Erweiterung des Rettungsschirms auf Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag sowie ambulante Reha-Einrichtungen entsprechend § 21 KHG bzw. § 111d SGB V.

Ad. 4: Behandlungsausfälle PKV-Versicherten und Beihilfe in Vorsorge und Rehabilitation

In ambulanten und stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen werden Behandlungsausfälle von PKV-Versicherten und beihilfeberechtigten Beamten und Rentnern bislang nicht berücksichtigt. Wie es auch für die abgesagten Krankenhausbehandlungen von PKV-Versicherten vorgesehen ist, muss auch der den Reha-Einrichtungen entstehende Behandlungseinbruch im PKV-Bereich dringend ausgeglichen werden.

Änderungsvorschlag

Ergänzung eines Ausgleichs für Behandlungsausfälle von PKV-Versicherten für ambulante und stationäre Vorsorge- und Reha-Einrichtungen entsprechend § 111d SGB V.

Ad. 5: Leerstand Entlastungskrankenhäuser

Vorsorge- und Rehabilitations-Kliniken, die als Entlastungskrankenhäuser bestimmt wurden, benötigen eine eigene Leerstandspauschale für vorgehaltene Betten nach § 22 KHG. Die Ausgleichszahlung nach § 111d SGB V sieht eine Vergütung von 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes vor. Je nach Fachrichtung der Klinik entspricht dies einem Betrag von 75 bis 140 Euro. Das ist zur Gegenfinanzierung des hohen Aufwands als Entlastungskrankenhaus nicht ausreichend. Entlastungskrankenhäuser müssen notwendiges Personal vorhalten und zum Teil auch ausleihen. Da Kurzarbeit nicht möglich ist, ist eine anteilige Ausgleichszahlung im Sinne der Reha-Regelung nach § 111d SGB V nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Vorsorge- und Rehabilitations-Kliniken, die als Entlastungskrankenhäuser nach § 22 KHG bestimmt wurden, erhalten eine angemessene Ausgleichszahlung für die Vorhaltung der Akut-Betten.

Ad. 6: Regelungen zur Kurzzeitpflege/Pflege in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen

Wir begrüßen die Vereinfachungen und die Erhöhung des Leistungsbetrags im § 149 SGB XI. Grundsätzlich muss klargestellt werden, dass der überwiegende Teil der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Erbringung von Pflegeleistungen nicht geeignet ist. In Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sind hauptsächlich Ärzte und Therapeuten beschäftigt und nur in einem geringen Maß Pflegekräfte. Die Aufnahme von Pflegebedürftigen ist insofern für viele Einrichtungen nur mit einem hohen organisatorischen und personellen Aufwand umsetzbar, der durch die getroffene Vergütungsregelung nicht finanziert werden kann.

Ad. 7: Reha-Einrichtungen für Pflegeausbildung zulassen

Die Pflegeausbildung wurde mit dem Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehabilitationseinrichtungen werden darin nicht als Ausbildungsträger genannt. Mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf wird klargestellt, dass Träger der praktischen Ausbildung auch über einen geeigneten Kooperationspartner den Kompetenzerwerb sicherstellen können. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass auch Psychiatrische Krankenhäuser Träger der praktischen Ausbildung werden können, die während eines Pflichteinsatzes nicht alle Ausbildungsinhalte der allgemeinen Akutpflege vermitteln können. Reha-Einrichtungen sind in einer vergleichbaren Situation, können bisher aber nicht als Ausbildungsträger auftreten. Reha-Einrichtungen sollten als Ausbildungsträger für relevante Berufsgruppen

zugelassen und die Rehabilitation eine verpflichtende Station in der Ausbildung werden. Nur so können Reha-Einrichtungen Personal gewinnen und binden und die Anzahl von ausgebildeten Pflegekräften erhöht werden.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 1 PflBG wird eine Ziffer 4 hinzugefügt:

„4. zur Versorgung nach §§ 111, 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen.“

Ad. 8: Unterjährige Datenlieferung durch die Krankenhäuser

Durch zwei zusätzliche Datenübermittlungen nach § 21 KHEntgG der Krankenhäuser an das InEK sollen die Wirkungen der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Ausgleichszahlungen überprüft werden.

Änderungsvorschlag

Um den entstehenden Erfassungsaufwand zu reduzieren wird die Erfassung (§ 24 KHG Neufassung) auf die notwendigen Daten mit Fallbezug beschränkt (Datei-OPS, Datei-Fall, Datei-ICD, Datei-FAB). Von der Datenlieferung ausgenommen werden müssen, Entlastungskrankenhäuser nach § 22 Abs. 1 KHG.