

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft 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, das Gesundheits- und Sozialwesen auch langfristig nach der Pandemie strukturell zu stärken.

Mit Blick auf die Daten, die laut dem Infektionsschutzgesetz von Beschäftigten gespeichert werden können, geht die vorgesehene Regelung mit Blick auf „übertragbare Krankheiten“ zu weit und stellt eine starke Diskriminierungsgefahr dar. Die Speicherrechte sollten allein auf Krankheiten gegen die Immunität besteht ausgeweitet werden. Sehr deutlich wird die vorgesehene Regelung abgelehnt, die Bluttests durch Polizeibeamte ermöglichen würde. Es handelt sich hierbei um Maßnahmen, 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.

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.

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 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, die keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI haben, nun unter die Kostenerstattungsregelungen bei Leistungsausfällen fallen. Für alle drei Punkte hatte sich die 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.

Die Freie Wohlfahrtspflege begrüßt ausdrücklich die Regelungen zum Grippeimpfstoff sowie zur Kostentragung durch den Bund für die Behandlung von COVID-19 Patienten aus dem EU-Ausland in der Bundesrepublik. Dies ist ein wichtiger Akt der europäischen Solidarität.

Mit Blick auf die vorgesehenen Pilotprojekte, die eine elektronische Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen erproben sollen, stellt sich die Frage, warum hierbei nicht auch Leistungsbereiche wie die häusliche Krankenpflege in den Blick genommen werden. 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

§ 4 Einrichtung einer Kontaktstelle für den ÖGD beim RKI

Die COVID-19 Pandemie hat gezeigt, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in den Ländern dringend ausgebaut werden muss. Darauf haben die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege seit vielen Jahren verwiesen. Zur besseren Verzahnung und Unterstützung des elektronischen Melde- und Informationssystems des RKI soll nun beim RKI eine Kontaktstelle für die Zusammenarbeit mit dem ÖGD eingerichtet werden, was die BAGFW unterstützt. Entsprechend wird auch die in § 5 Absatz 2 Satz 1 Nummer 8 vorgesehene Finanzhilfe für Investitionen von Ländern, Gemeinden und Gemeindeverbänden in den ÖGD nachdrücklich befürwortet.

§ 5 Absatz 2 Nummer 4 Verordnungsermächtigung des BMG u.a. zu Regelungen zur Preisgestaltung

Die Einrichtungen und Dienste, aber auch die Versicherten mussten in den ersten Wochen der COVID-19 Pandemie überhöhte Preise für Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel und Medizinprodukte hinnehmen, weil der Markt leer gekauft war. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege befürworten, dass der Bund im Falle einer epidemischen Lage die Kompetenz zum Eingriff in den Vertrieb und in die Preisgestaltung erhalten soll.

§ 5 Absatz 2 Nummer 4c) Rechtsverordnung des BMG u.a. zur Sicherstellung von Schutzausrüstung

Die Rechtsverordnung des BMG, in der zu Nummer 4c) Maßnahmen zur Beschaffung, Bevorratung, Verteilung und Abgabe von u.a. Schutzmaterialien und Medizinprodukten getroffen werden können, müssen sicherstellen, dass alle Einrichtungen und Dienste, die im Rahmen der Versorgung und Betreuung von vulnerablen Gruppen tätig sind, wie z.B. Einrichtungen der Behindertenhilfe, das Rettungswesen und der Krankentransport, Einrichtungen der Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe und Migration sowie Familienhilfe und

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

Rehabilitation sowie die Pflegeeinrichtungen prioritär mit Schutzausrüstung sowie Desinfektionsmitteln ausgestattet werden.

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

Die Verbände der BAGFW unterstützen die Forderung, dass Rechtsverordnungen des Bundes COVID-19 verursachte Abweichungen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen regeln können, um die Ausbildung sicherzustellen. Dabei muss gewährleistet sein:

- Dauer der Ausbildungen: Auch bei Abweichungen muss gewährleistet sein, dass die in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vorgesehenen Kompetenzen nachweislich erworben werden.
- Nutzung digitaler Unterrichtsformate: Diese Forderung wird von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich unterstützt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass nicht alle Auszubildenden in gleicher Weise Zugang zu digitalen Medien einschließlich Hardware und Software haben. Erneut weisen wir darauf hin, dass die Digitalkompetenzen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bislang unzureichend abgebildet sind, was in der derzeitigen Krise sichtbar werden wird. Auch sind die Ausbildungsstätten teilweise nur unzureichend auf digitale Unterrichtsformate vorbereitet. Der Auf- und Ausbau des digitalen Lehr- und Lernangebots, der Erwerb von Medienkompetenz sowie die erforderliche Schulung und Fortbildung des Lehrpersonals für den Einsatz digitaler Lehrmaterialien ist zu fördern.
- Besetzung der Prüfungsausschüsse: Wir befürworten flexible Anpassungen an die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse. Bei der Besetzung der Prüfungsausschüsse muss jedoch sichergestellt sein, dass ein fachlicher Bezug zu dem jeweiligen Prüfungsthema und den zu prüfenden Ausbildungsinhalten besteht.
- Staatliche Prüfungen: Es muss garantiert sein, dass Prüfungen, die unter diesen Bedingungen abgenommen wurden, auch nach Beendigung der pandemischen Lage nationalen Ausmaßes ihre Gültigkeit haben. Es sollten grundsätzlich die gleichen Möglichkeiten bestehen, wie bei den Prüfungen der (Zahn-)Ärztinnen und Ärzte. Der Wortlaut in der Gesetzesbegründung sollte bei allen Gesundheitsfachberufen identisch sein. Letztlich sollten für die praktische Prüfung simulierte Prüfungssituationen erlaubt sein, z.B. in Form von Skills-Labs, Simulationspatienten, Simulatoren, Fallbesprechungen oder anderen geeigneten Medien und Modellen. Die theoretische Prüfung sollte hingegen auch beispielsweise in Form von Online-Prüfungen und weiteren E-Prüfungskonzepten möglich sein.
- Eignungs- und Kenntnisprüfungen: Wir regen an, hierfür auch ein digitales Format für diese Prüfungen vorzusehen.

Wir bitten, diese Punkte als Maßgabe in die Begründung aufzunehmen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, dass die Abweichungen in § 5 Absatz 2 Nummer 10 durch die „insbesondere-Aufzählung“ nicht abschließend sind. Dies ist nicht hinnehmbar; sollte das BMG noch weitere Bereiche im Blick haben, ist im Infektionsschutz eine abschließende Aufzählung vorzusehen. So sollte die Rechtsverordnung Härtefallregelungen in Bezug auf Fehlzeiten vorsehen. Die Länder haben sich auf

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

eine großzügige Auslegung der Härtefallregelung verständigt. Diese sind in den Berufsgesetzen geregelt, können aufgrund der Corona-Pandemie aktuell jedoch schnell überschritten werden.

Wir weisen darauf hin, dass die hochschulische Ausbildung in den Pflegeberufen nach dem PfbG an dieser Stelle nicht bedacht wird. Da es sich hierbei um einen akademischen Abschluss handelt, sollten hier auch die gleichen Modalitäten gelten, wie bei den Ärztinnen und Ärzten. Ebenso wenig erwähnt ist die Ausbildung und die der Operations- und Anästhesietechnischen Assistent/innen (OTA/ATA).

Änderungsbedarf

Streichung des Wortes „insbesondere“

Einfügung eines neuen Spiegelstriches **f) Fehlzeiten**

Einfügung des Spiegelstriches

u) zur Operationstechnischen Assistent/in und zur Anästhesietechnischen Assistent/in

§ 6, § 7 Meldepflichtige Krankheiten/Meldepflichtige Nachweise

Für Erkenntnisse über den Verlauf der Pandemie ist es sehr wichtig, Informationen über genesene Personen sowie über negative Testergebnisse im Verhältnis zu positiven Testergebnissen in einer Region zu haben. Daher werden die Änderungen 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).

Dabei muss auch der Prozess der Datenerfassung, Datenaufbereitung, Standardisierung und Integration in prognostische Modelle substantiell beschleunigt werden. Es ist daher richtig Überlegungen anzustellen, wie traditionelle epidemiologische Melde- und Monitoringsysteme, die systembedingt nur mit erheblicher Zeitverzögerung und lückenhaft Daten liefern, durch innovative Methoden aus der digitalen Epidemiologie ergänzt werden können. Zur grundrechtskonformen Absicherung der besonders schutzwürdigen Sozial- und Gesundheitsdaten erscheint es der BAGFW dringlich, eine treuhänderische Verwaltung (Datentreuhänder), wie sie auch von der Leopoldina und der Datenethikkommission empfohlen wird, zu prüfen, um - gerade im Kontext der aktuell diskutierten App-Lösungen – epidemiologische Fortschritte und Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger an eine freiheitliche Ordnung zu versöhnen.

Stellungnahme der BAGFW

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

§ 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 die Freie Wohlfahrtspflege 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.

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. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts.“

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

§ 25 Ermittlungen

Die Blutabnahme durch Polizeibehörden, die im neuen Absatz 5 vorgesehen ist, wird durch Gefahr im Verzug bei einer Übertragung „besonders gefährlicher Krankheitserreger“ auf andere Personen durch die Einfügung des neuen Absatzes 5 legitimiert. Dies wird von der BAGFW in aller Deutlichkeit abgelehnt.

Eine entsprechende Regelung ist bisher aus den Polizeigesetzen der Länder mit Anwendung auf HIV, Hepatitis B und C bekannt. 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-CoV2 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 Überträgerin des Virus sein, es besteht also keine Sicherheit. Mit der Regelung durch das IfSG bekommt zum ersten Mal eine Berufsgruppe, hier die Polizei, Handlungsmöglichkeiten auf Grundlage des IfSG, 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 des § 25 Abs. 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 Verdienstausschlag vor. Erfasst sind Verdienstausschläge aufgrund eines nach dem IfSG angeordneten Tätigkeitsverbots oder einer Absonderung (§ 56 Abs. 1 IfSG) und Verdienstausschläge 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. Verdienstausschläge 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.

Stellungnahme der BAGFW

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

Hierdurch kommt es auch bei ihnen zu Verdienstaussfällen. Auch durch das Pflegeunterstützungsgeld oder die Familienpflegezeit kann der Verdienstaussfall 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

Durch die COVID-19 Pandemie sind viele Lebenswelten für die Primärprävention, wie z.B. vor allem Kindertagesstätten, Schulen oder Sportstätten derzeit geschlossen. Auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention können nicht stattfinden, da sich viele Erwerbstätige im Homeoffice oder in Kurzarbeit befinden. Auch Präventionskurse können derzeit allenfalls eingeschränkt stattfinden, sofern digitale Kommunikation hierfür genutzt werden kann. Es ist daher sachgerecht, den Sollwert für die Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2020 für die Leistungen entsprechend auszusetzen. Die Aussetzung der pauschalen Vergütung der Krankenkassen an die BzG ist folgerichtig. Auch wenn derzeit noch nicht absehbar ist, wann die COVID-19 bedingten Einschränkungen der Leistungen für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung aufgehoben werden können, sollte der Gesetzgeber eine Übertragung der nicht ausgeschöpften Mittel ins Folgejahr vorsehen. Die Erfahrungen mit der Pandemie werden auch weitreichende gesellschaftliche Folgewirkungen für die Gestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention haben, sodass in 2021 von einem erhöhten Mittelbedarf auszugehen ist.

Änderungsbedarf

§ 20 Absatz 6 Satz 4 ist, wie folgt zu ergänzen.

Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt. Angefügt wird folgende Formulierung:

„die durch die COVID-19 Pandemie nicht verausgabten Mittel aus dem Jahr 2020 werden ins Jahr 2021 übertragen.“

§ 20i Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

Die Verbände der BAGFW begrüßen 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.

Auch Menschen mit Behinderung und Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, oder Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten und in besonderen, die zu Risikogruppen gehören, Zugang zu Testung auf das Covid-19-Virus haben. Dazu müssen

Stellungnahme der BAGFW

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

Regelungen getroffen werden die vorsehen, dass Personal und die Menschen mit Behinderung, die in Wohnstätten leben, systematischen und regelmäßigen Zugang zur Testung auf das Covid-19-Virus haben, damit langfristig die Infizierungen in Wohnangeboten mit besonders vulnerablen Gruppen egedämmt werden.

Die Testungen, für welche das BMG zu einer Rechtsverordnung ermächtigt wird, beziehen sich auf „bestimmte bevölkerungsmedizinisch bedeutsame übertragbare Krankheiten“. Dies ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der unbedingt einer Präzisierung bedarf. Sind darunter nur Krankheiten zu verstehen, die pandemische Ausmaße angenommen haben oder auch Erkrankungen, die durch Impfung zu verhüten sind, aber bisher nur wenig Teile der Bevölkerung infiziert haben? Dies geht auch aus der Begründung, die sich auf COVID-19 konzentriert, nicht hervor. Aus Sicht der BAGFW sollte bei fraglicher Infektion oder Immunität gegenüber ansteckenden gefährlichen Erkrankungen grundsätzlich die GKV für die Kosten von medizinisch erforderlichen Tests leisten müssen.

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 mit 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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die vorgesehenen Testverfahren zur elektronischen Verordnung von Leistungen zu den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGas), indem in Pilotprojekten zum Ersatz von papiergebundenen Prozessen Verordnungen und Leistungsabrechnung in elektronischer Form erprobt werden sollen. Sehr hinterfragbar ist, warum sich diese Pilotvorhaben nur auf den jüngsten Bereich der verordnungsfähigen Leistungen, die DiGas, beschränken sollen. Sofern die Krankenkassen jetzt Pilotvorhaben durchführen, sollten aus Sicht der BAGFW auch bereits etablierte

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

Leistungsbereiche wie z.B. die Häusliche Krankenpflege oder die 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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen es ausdrücklich als Akt der notwendigen Solidarität, dass COVID-19 infizierte Intensivpatient/innen aus anderen europäischen Ländern, die aufgrund mangelnder Kapazitäten in ihrem Heimatland nicht versorgt werden konnten, in deutschen Krankenhäusern versorgt werden und dass der Bund hierfür die Kosten übernimmt.

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

Ergänzend zu den vorgesehenen Änderungen, die eine Fristverlängerung für den erstmaligen Erlass der Richtlinien zur systematischen Qualitätssicherung, zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeiten des MD sowie des dafür eingesetzten Personals um ein halbes Jahr vorsehen, möchten die Verbände der BAGFW darauf hinweisen, dass bei den Stellungnahmen zu den Richtlinien neben den maßgeblichen Organisationen für die Wahrung der Interessen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auch den Organisationen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen ein Stellungnahmerecht eingeräumt werden sollte. Dies hatten die Verbände schon in ihrer Stellungnahme zum MDK-Gesetz gefordert.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 150 Absatz 4 Hospize nach § 39a SGB V

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen die Klarstellung, dass auch Hospize, die Leistungen nach § 39a Absatz 1 SGB V erbringen, aber keinen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben, in die Regelungen des § 150 SGB XI zur Kostenerstattung bei Mindereinnahmen und Mehrausgaben einbezogen werden. Hier sahen die Verbände eine Regelungslücke, die nun geschlossen wird. Die Finanzierung des Kostenanteils von 80 Prozent durch die Krankenkassen entspricht der üblichen Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Pflegekassen und wird ebenso begrüßt wie die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in die Ausgleichszahlungen.

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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hatten sich 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 Anzahl der im laufenden Monat im Vergleich zu der Anzahl im Januar 2020 weniger betreuten Pflegebedürftigen. 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

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen 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 Nachbarn 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. Die Verbände der BAGFW haben sich daher in ihrer 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.

Artikel 6: Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag § 204 Absatz 2 neu VVG Tarifwechsel/Rückkehr in den Basistarif

Die Verbände der BAGFW begrüßen, 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. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich dafür ein, dass ein solches Wechselrecht alle 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. Die Verbände begrüßen, 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 Pflichteinsatz in psychiatrischen Krankenhäusern

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 kann. Dafür hatten sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stets eingesetzt. Allerdings könnte der Wortlaut „Aufteilung“ suggerieren, dass es mit dieser Regelung möglich sei, einen einzelnen Pflichteinsatz in seiner Ganzheit in der Ursprungseinrichtung zu unterbrechen und in einer Kooperationseinrichtung fortzusetzen. Da der Gesetzestext jedoch ausdrücken soll, dass Pflichteinsätze, die durch den Träger der praktischen Ausbildung nicht vorgehalten werden, in Kooperationseinrichtungen durchgeführt werden können, bitten wir den Gesetzgeber dies sprachlich zu konkretisieren, um Missverständnisse auszuschließen.

C. Ergänzende Änderungsbedarfe

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.

Weitergehende 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 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 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 Info darüber bzw. Versorgung mit Schutzmasken, Desinfektionsmittel, etc. für die Familienpflegerinnen, 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.“

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.

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.

Änderungsbedarf

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

2. 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.

Wir weisen nochmals auf unseren diesbezüglichen Änderungsvorschlag zur SARS-CoV-2 Versorgungsstrukturen Schutzverordnung hin:

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.“

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

3. 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.

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.“

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

4. 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.“

5. 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.“

6. 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 inner-

halb 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-10 bedingten Ausfällen von Fortbildungen können gesonderte Regelungen getroffen werden.“

Darüber hinaus möchten wir noch drei 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

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

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 der BAGFW geboten, dass diese in sich differenzierte Bevölkerungsgruppe (zu denken ist z.B. auch Wohnungslose) 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 und 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.

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

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

Fixkosten bestehen, die durch Absicherungsregelungen wie das Kurzarbeitergeld nicht ausreichend abgedeckt werden können. Für all diese Bereiche bedarf es daher eines Schutzschilds an dem neben den Beitragszahlern auch die PKV und der Steuerzahler zu beteiligen sind.

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, dass 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 Handlungsbedarf. 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 Handlungsbedarf 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,

Berlin, 22.04.2020

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:

Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)

Verena Holtz (gesundheit@paritaet.org)

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