
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

zum Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 05. Mai 2020

07. Mai 2020

Das erklärte Ziel der am 27. März 2020 verabschiedeten Gesetzespakete liegt darin, das Funktionieren des Gesundheitssystems während der Corona-Krise sicherzustellen und die mit dieser besonderen Situation verbundenen negativen finanziellen Folgewirkungen in der Gesundheitsversorgung abzumildern. Mit dem „COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz“ sollen die wirtschaftlichen Folgen für Krankenhäuser und Vertragsärzte aufgefangen und mit dem "Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite" die Reaktionsfähigkeit auf Epidemien verbessert werden.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt ausdrücklich die Intention, die bisher getroffenen Regelungen und Maßnahmen mit einem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite weiterzuentwickeln bzw. zu konkretisieren. Insbesondere die erweiterten Regelungen zur Ausnahme von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen sowie zur Verschiebung des Prüfquotensystems führen zu einer Entlastung der Krankenhäuser hinsichtlich der bestehenden Bürokratie.

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sind die zusätzlich geplanten Regelungen und Konkretisierungen in der aktuellen Fassung jedoch nicht ausreichend, um die Herausforderungen der Corona-Krise sicher bewältigen zu können. Bereits bei der Umsetzung der am 27. März 2020 verabschiedeten Regelungen zeigt sich in der Versorgungspraxis u.a. ein dringender Konkretisierungsbedarf. Eindeutige Regelungen zur praktischen Umsetzung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 149 SGB XI sind an dieser Stelle exemplarisch zu benennen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. spricht sich daher eindringlich für eine Konkretisierung bereits verankerter Regelungen aus und nimmt zu ausgewählten Inhalten des vorliegenden Entwurfs eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wie folgt Stellung:

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nummer 1 b): § 24 Abs. 3 KHG

Die Neuregelung des § 24 Abs. 2 KHG sieht vor, dass Krankenhäuser zusätzlich zwei unterjährige Datenübermittlungen nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geführte Datenstelle auf Bundesebene zu tätigen haben. Um eine möglichst vollständige und korrekte Datenlieferung zu erreichen, enthält der neue Absatz 3 eine Sanktionsregelung. Bei Verletzung der Verpflichtung zur Datenlieferung

beträgt der Abschlag gemäß § 24 Abs. 3 S. 1 KHG pro Standort des Krankenhauses mindestens 20.000 Euro. Der Bundesverband Geriatrie e.V. schließt sich der Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft an und lehnt derartige Sanktionsregelungen grundsätzlich ab. Dies gilt umso mehr angesichts der gegenwärtigen besonderen Herausforderungen für die Krankenhäuser und in Anbetracht der zu erwartenden Aufwände für die Einrichtungen als Folge der noch zu entwickelnden Details bei der Datenlieferung.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV)

Konkretisierung der Regelungen zur Subsidiarität der Ausgleichszahlungen für stationäre Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 111d Abs. 6 SGB V

Der mit dem COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 neu gefasste § 111d Abs. 6 SGB V soll richtigerweise eine Überkompensation der Rehabilitationskliniken verhindern. Es ist normiert, dass „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen [...] dem Land oder der benannten Krankenkasse die nach dieser Vorschrift erhaltenen Ausgleichszahlungen [erstaten], soweit sie vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen beanspruchen können.“ In der Gesetzesbegründung wird dabei auf den „tatsächlichen Zufluss von vorrangigen Mittel“ abgestellt. Der Gesetzestext lässt jedoch auch die Interpretation zu, dass auf Mittel verwiesen wird, die „theoretisch“ von der Rehabilitationseinrichtung hätten angefordert werden können – egal ob diese andere Förderungsoption bekannt bzw. tatsächlich realisierbar war. Der Bundesverband Geriatrie e.V. empfiehlt, hierzu eine eindeutige Klarstellung vorzunehmen, inwieweit Förderungsmaßnahmen unterschiedlicher Quellen anzurechnen sind und in welchem Umfang etwa das Subsidiaritätsprinzip greift.

Zur Konkretisierung des § 111d SGBV wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

§ 111d Abs. 6 SGB V

(6) Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erstatten dem Land oder der benannten Krankenkasse die nach dieser Vorschrift erhaltenen Ausgleichszahlungen, soweit sie vorrangige Mittel aus Vergütungen oder Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen erhalten haben ~~beanspruchen können~~. Das Land oder die benannte Krankenkasse leiten die Zahlungen an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben auch bei Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen Anspruch auf anteilige Zahlungen gemäß § 111d Abs. 1 sofern eine Differenz zwischen den nach § 111d Abs. 2 ermittelten Ausgleichszahlungen und den Ausgleichszahlungen aus anderen Rechtsverhältnissen besteht.

Artikel 5 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Konkretisierung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege gemäß § 149 SGB XI

Der mit dem COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 neu gefasste § 149 XI regelt den temporären Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, ohne dass gleichzeitig eine

Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Bisher fehlt es jedoch an konkretisierenden Regelungen zur Umsetzung von Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 149 SGB XI. Offen sind in diesem Zusammenhang insbesondere Fragen zur zeitlichen Befristung solcher Übernahmen der Kurzzeitpflege und die näheren Abrechnungsmodalitäten. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Bundesverband Geriatrie e.V. ausdrücklich die mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geplanten Konkretisierungen des § 149 SGB XI.

Der neue Absatz 2 des § 149 SGB XI soll die Abrechnungsmodalitäten zur Kurzzeitpflege in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen konkretisieren. Die aktuelle Ausformulierung steht jedoch im Widerspruch zu den bereits mit dem COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz in Kraft getretenen Regelungen. Der geplante neue § 149 Abs. 2 SGB XI sieht vor, dass „ Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 2 die Pflegekassen bei Kurzzeitpflege in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020 in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2 418 Euro übernehmen.“ Da sich die Vergütung gemäß § 149 Abs. 1 S. 2 SGB V jedoch ausdrücklich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Abs. 5 SGB V der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu richten hat, ist die geplante Begrenzung der Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2.418 Euro nicht sachgemäß.

Der geplante neue § 149 Abs. 3 SGB XI zur Konkretisierung der pflegerischen Versorgung von bereits vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist grundsätzlich zu begrüßen. Des Weiteren stellt sich in der Versorgungspraxis jedoch die Frage, ob die Rehabilitationseinrichtungen im Zeitraum der Kurzzeitpflege auch die medizinische Betreuung übernehmen dürfen, um so die Vertragsärzte zu entlasten und zusätzliche Kontakte außerhalb der Klinik mit Infektionsrisiko zu minimieren. Hier muss kurzfristig durch eine entsprechende Ergänzung des Paragraphen der Wille des Gesetzgebers konkretisiert und entsprechend normiert werden.

Zur Konkretisierung des § 149 SGB XI werden die folgenden Formulierungen vorgeschlagen:

§ 149 Abs. 2 SGB XI

„Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 2 übernehmen die Pflegekassen bei Kurzzeitpflege in dem Zeitraum vom ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 20 Absatz 1] bis einschließlich 30. September 2020 in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, ~~Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2 418 Euro~~ die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Absatz 5 des Fünften Buches für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

§ 149 Abs. 4 SGB XI

Außerdem wird die Einfügung des folgenden Absatzes 4 in § 149 SGB XI vorgeschlagen:

„Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen können in der Zeit der Kurzzeitpflege die Patienten im notwendigen Umfang ärztlich betreuen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des vierzehnten Tages nach dem Tag der Verkündung] das Nähere zum Verfahren des Nachweises sowie zur Vergütung dieser Leistungen.“

Artikel 9 Änderungen des Pflegeberufgesetzes (PflBG)

Zusätzliche Berücksichtigung von nach § 37 Abs. 3 des SGB IX zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger (Öffnung des Pflichteinsatzes/Einsatz in einer zweiten Einrichtung)

Der Begründung zu Artikel 10 Nr. 2 (Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung) ist zu entnehmen, „dass eine Einrichtung nicht nur die formalen Anforderungen gemäß § 7 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 des Pflegeberufgesetzes erfüllen muss, um Träger der praktischen Ausbildung sein zu können, sondern insbesondere auch in der Lage sein muss, wesentliche Teile der praktischen Ausbildung selbst durchzuführen. Für den Fall, dass während eines beim Träger der praktischen Ausbildung durchzuführenden Pflichteinsatzes nach § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes nicht gewährleistet ist, dass die zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen Kompetenzen nach Anlage 1 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vollständig erworben werden können, wird nunmehr zugelassen, dass der Kompetenzerwerb auch über einen geeigneten Kooperationspartner sichergestellt werden kann, der seinerseits die Voraussetzungen nach derselben Trägerkategorie des § 7 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes erfüllt wie der Träger der praktischen Ausbildung. Gleichzeitig wird klargestellt, dass in diesem Fall die Einbeziehung mehrerer Kooperationspartner ausgeschlossen ist und die für diesen Ausnahmefall zugelassene Aufteilung eines Einsatzes auf mehrere Einrichtungen nicht für die übrigen Einsätze nach dem Pflegeberufgesetz gilt.“

Bereits aus diesem Begründungszusammenhang der Erweiterung und Öffnung der Pflegeausbildung für „geeignete Kooperationspartner“ bei gleichzeitiger Sicherstellung des Kompetenzerwerbs ist abzuleiten, dass auch Träger und Einrichtungen der stationären Rehabilitation hier Berücksichtigung finden müssen. Erfahrungen aus der Versorgungspraxis zeigen, dass auch (geriatriische) Rehabilitationseinrichtungen geeignete Kooperationspartner in diesem Sinne sind und die Durchführung wesentlicher Teile der praktischen Ausbildung durch diese Einrichtungen regelhaft gewährleistet und verantwortet werden kann.

Zur Änderung und Ergänzung des § 7 PflBG werden die folgenden Formulierungen vorgeschlagen:

§ 7 Abs. 1 S. 1 PflBG

Hier werden nach den Worten „in stationären Einrichtungen“ die Worte „[Komma] Einrichtungen der stationären Rehabilitation“ eingefügt.

§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 PfIBG

Außerdem wird die Einfügung des folgenden Absatzes 1 Satz 1 Nummer 4 in § 7 vorgeschlagen: „4. zur Versorgung nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen und zertifizierten stationären Rehabilitationseinrichtungen.“