

Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von natio- naler Tragweite (BT-Drs.19/18967)

Eva Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 6. Mai 2020

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Deutsche Caritasverband und seine Fachverbände Katholischer Krankenhausverband (kkvd), Caritas Behindertenhilfe Psychiatrie (CBP), Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD), die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung sowie Caritas Suchthilfe (CaSu) begrüßen die Pläne des Gesetzgebers, zentrale Punkte im Infektionsschutzgesetz anzupassen, um besser auf die epidemische Lage von nationaler Tragweite reagieren zu können. Einleitend benennen wir zusammengefasst hier einige die wichtigen Punkte:

1. Der Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die vorgesehene verstärkte Unterstützung durch das RKI werden begrüßt. Es gilt darüber hinaus Wege zu finden, das Gesundheitswesen auch langfristig nach der Pandemie strukturell zu stärken.
2. Begrüßt wird die Möglichkeit des BMG, Rechtsverordnungen zu erlassen, welche die Rahmenbedingungen für die Beschaffung und Bereitstellung von Schutzausrüstungen sicherstellen und dabei auch eine faire Preisgestaltung in den Blick nehmen. Dabei ist unbedingt sicherzustellen, dass neben der Ärzteschaft und den Pflegeeinrichtungen die Einrichtungen und Dienste, die vulnerable Gruppen betreuen, beraten und versorgen, wie z.B. im Rahmen der Behindertenhilfe und Wohnungslosenhilfe oder Flüchtlingshilfe, bei der Ausstattung mit Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln angemessen berücksichtigt werden.
3. Grundsätzlich positiv bewertet wird die Erleichterung der Rückkehr zum alten Versicherungsunternehmen für Menschen, die corona-bedingt in den günstigeren Basistarif einer anderen Krankenversicherung wechseln, weil sie als kleine Selbstständige in der Krise erhebliche Einnahmeeinbußen erlitten haben. Dass die Sozialversicherungspflicht von kleinen Selbstständigen in allen Sozialversicherungen eine dringliche Aufgabe des Sozialstaats ist, wird vom Gesetzgeber mit dieser Aufmerksamkeit bestätigt.

4. Die erweiterten Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz erscheinen grundsätzlich angemessen, um die Nachverfolgungsmöglichkeiten von Infektionswegen und Infektionsquellen und damit die frühzeitige Unterbrechungsmöglichkeit von Infektionsketten zu verbessern. Die Diskussion um die angekündigte Corona-App macht dabei deutlich, dass gerade auch in Krisenzeiten eine sorgsame Abwägung zwischen Informationsbedürfnissen der Gesundheitsbehörden und Datensouveränität der Bürgerinnen erfolgen muss.
5. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Kosten für die COVID-19 Testungen aus der GKV finanziert werden sollen. In der Rechtsverordnung ist vor allem dringend sicherzustellen, dass Beschäftigte in allen Bereichen des Gesundheitswesens und Patient/innen und Patienten - ggf. je nach medizinischem Erfordernis mehrfach- getestet werden können. Das gleiche muss für Beschäftigte in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe und in allen anderen sozialen Einrichtungen gelten, die vulnerable Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen versorgen. In der Rechtsverordnung ist sicherzustellen, dass auch Nichtversicherte Zugang zu diesen Leistungen erhalten.
6. Prävention und Gesundheitsförderung wird in und nach der Corona-Pandemie eine noch höhere Bedeutung zukommen. Daher erwarten wir, dass für den Fall , dass die Lockdown-bedingt hinter dem Sollwert der Mittel, welche die GKV und die SPV für diese Bereiche pro Versicherten aufzuwenden haben, zurückbleibenden, nicht verausgabten Mittel vollständig ins Kalenderjahr 2021 übertragen werden.
7. Der SGB XI-Bereich enthält zahlreiche Klarstellungen, für die sich die Freie Wohlfahrts-pflege in den letzten Wochen gemeinsam eingesetzt hat, wie die Kostenerstattungen für Mindereinnahmen bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Alltagsunterstützung oder die Verlängerung der Frist für die Inanspruchnahme des Entlastungs-betrags bei noch nicht in 2019 ausgeschöpften Mitteln. Hier sollte eine Fristverlängerung bis zum 31.12.2020 vorgesehen werden.
8. Mit Blick auf die vorgesehenen Pilotprojekte, die eine elektronische Verordnung von Di-gitalen Gesundheitsanwendungen erproben sollen, stellt sich die Frage, warum hierbei nicht auch Leistungsbereiche wie die häusliche Krankenpflege in den Blick genommen werden.
9. Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die psychiatrischen Kliniken nun auch Träger der Ausbildung nach dem Pflegeberufegesetz sein können, dafür hatte er sich zusammen mit seinem Krankenhausverband kkvd stets eingesetzt. Bei den wei-teren Änderungen betreffend die Pflegeausbildung, für die im Infektionsschutzgesetz pandemiebedingt Ausnahmeregelungen vorgesehen werden können, ist im Gesetzes-text bzw. in der Begründung klarzustellen, dass diese Abweichungen nur mit der Maß-gabe erfolgen dürfen, dass die Qualität der jeweiligen Maßnahmen nicht gefährdet wird. Erneut weisen wir, wie bereits im Rahmen der gemeinsamen Stellungnahme von Cari-tas und Diakonie zum Pflegeberufegesetz, auf das Erfordernis hin, die Digitalkompeten-zen der Lehrenden und Lernenden zu stärken.
10. Der Deutsche Caritasverband hat in den letzten Wochen zahlreiche Hinweise seiner Einrichtungen und Dienste in Bezug auf die nicht mehr sichergestellte ambulante Ver-sorgung insbesondere von vulnerablen Gruppen erhalten. Diese Einrichtungen konnten

und durften wegen der gebotenen Kontaktreduzierung ihre Klienten nicht mehr versorgen. Der Schutzschirm des SGB V muss für folgende Einrichtungen breiter gespannt werden für: Pflegedienste, die keinen Versorgungsvertrag nach SGB XI aufweisen, wie Psychiatrische Pflegedienste, Familienpflegedienste nach § 132, ambulante Hospizdienste und SAPV-Teams, ambulante und mobile Rehabilitationsdienste, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Psychiatrische Institutsambulanzen, Medizinische Zentren für die Versorgung von erwachsenen Menschen mit Behinderung, Einrichtungen der Soziotherapie, Einrichtungen für Funktionstrainings und Rehasport für Frauen und Mädchen mit Behinderung und die überaus wichtige sozialmedizinische Nachsorge. Die Caritas bittet, diese Bereiche dringend bei diesem Gesetzgebungsprozess in den Blick zu nehmen. Wo auch immer möglich, wurden die Leistungen digital oder telefonisch erbracht.

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 hat. 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 übertriebene Preise für Schutzausrüstung, Desinfektionsmittel und Medizinprodukte hinnehmen, weil der Markt leer gekauft war. Der Deutsche Caritasverband befürwortet, dass der Bund im Falle einer epidemischen Lage die Kompetenz zum Eingriff in den Vertrieb und in die Preisgestaltung von Schutzausrüstung erhalten soll. Die diesbezügliche Verordnungsermächtigung sollte jedoch der Zustimmung des Bundesrats bedürfen. Dies gilt auch für weiter unten genannten Verordnungsermächtigungen.

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

Die Rechtsverordnung des BMG, in der zu Nummer 4 Maßnahmen zur Beschaffung, Bevorratung, Verteilung und Abgabe von u.a. Schutzmaterialien und Medizinprodukten getroffen werden können, muss sicherstellen, dass alle Einrichtungen und Dienste, die im Rahmen der Versorgung, Betreuung, Beratung und Hilfeleistung erbracht werden, wie z.B. in Einrichtungen der

Behindertenhilfe, dem Rettungswesen und Krankentransport, in Einrichtungen der Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe und in Migrationsdiensten einschließlich Flüchtlingshilfe sowie Familienhilfe und Rehabilitation (einschließlich der Vorsorge) sowie die Pflegeeinrichtungen mit Schutzausrüstung sowie Desinfektionsmitteln ausgestattet werden.

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

Der Deutsche Caritasverband unterstützt 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 erworben werden.
- **Nutzung digitaler Unterrichtsformate:** Diese Forderung wird 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 entsprechender 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 Lagen nationalen Ausmaßes uneingeschränkt 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, auch ein digitales Format für diese Prüfungen vorzusehen.

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

Die Verbände 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 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) und der Psychologischen Psychotherapeuten.

Änderungsbedarf

Streichung des Wortes „insbesondere“

Einfügung eines neuen Spiegelstriches **f) Fehlzeiten**

Einfügung des Spiegelstriches

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

v) zur Psychologische Psychotherapeut/in und zum Psychologischen Psychotherapeuten

§ 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, 10 Infektionsweg und Infektionsquelle bei namentlicher und nichtnamentlicher Meldung

Es ist grundsätzlich positiv zu bewerten, dass die bisherige Erfassung der wahrscheinlichen Infektionsquelle dahingehend präzisiert wird, den wahrscheinlichen Infektionsweg einschließlich des Umfelds (einschließlich Namen, Anschrift und weiterer Kontaktdaten der Infektionsquelle), in dem die Exposition wahrscheinlich stattgefunden hat und wahrscheinliches Infektionsrisiko, zu erfassen (auch § 9, Absatz Nummer 1, Buchstabe k), § 10 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe 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. Der Deutsche Caritasverband begrüßt es daher, dass Überlegungen angestellt werden, 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. Gesundheitsdaten beinhalten sensible und persönliche Informationen

und genießen grundrechtlichen Schutz. Dieser Schutz darf nicht leichtfertig aufgegeben werden. Deshalb müssen Überlegungen über die weitere die Datenerfassung und -verwertung Bedingungen erfüllen: Die Daten müssen freiwillig gegeben, geeignet, nötig, verhältnismäßig sein und zeitlich befristet erfasst werden. Die Maßnahmen dürfen dabei die selbstbestimmte Entscheidungshoheit der Betroffenen nicht ersetzen oder gar manipulieren. Dies ist durch eine rechtliche Absicherung im Sinne der DSGVO sicherzustellen, in dem die besonderer Treuepflichten gegenüber den Betroffenen und entsprechende Kontrollmechanismen geregelt werden. Die Diskussion um die Corona-App macht deutlich, wie wichtig es ist, diese Anforderungen umfassend zu gewährleisten.

§ 14 Absatz 8: Rechtsverordnung für elektronisches Melde- und Informationssystem

Der Deutsche Caritasverband lehnt es ab, dass die Rechtsverordnung nach Absatz 8 ohne Zustimmung des Bundesrats erfolgen soll, weil bei einer epidemischen Lage von nationaler Bedeutung unverzüglich notwendige Vorgaben und Verfahrensanpassungen zum elektronischen Melde- und Informationssystem umgesetzt werden müssen. Angesichts der hohen Bedeutung des Melde- und Informationswesens sollte in solchen Fällen kurzfristig eine Sondersitzung des Bundesrats einberufen werden, um die Rechtsverordnung zu verabschieden.

§ 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. Es ist aus unserer Sicht dringend erforderlich, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst personell so ausgestattet wird, dass er diese Aufgaben mittelfristig selbst erfüllen kann. Eine Beauftragung Dritter sollte nur in besonderen Ausnahmefällen möglich sein. Es gilt zu verhindern, dass zentrale grundrechtssensible Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf diesem Wege grundsätzlich privatisiert werden.

Es wird begrüßt, dass die Gesundheitsämter durch künftig nicht nur bei Tuberkulose oder sexuell übertragbaren Krankheiten Beratungen und Untersuchungen anbieten können, sondern auch bei COVID-19 sowie bei anderen ähnlichen 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 handelt.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die zuständigen Behörden können **in Ausnahmesituationen, wie beispielsweise im Falle einer epidemischen Lage nationaler Tragweite**, 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 verarbeiten, sondern dies auch mit Blick auf alle weiteren übertragbaren Krankheiten, wie beispielsweise HIV, Hepatitis B und C, zu tun. Eine solche Befugnis lehnt der Deutsche Caritasverband 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 die Verarbeitung von Informationen rund um COVID-19 ermöglichen und nicht grundsätzlich Informationen zu allen übertragbaren Krankheiten.

§ 25 Absatz 4: Anordnung der inneren Leichenschau

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Blutabnahme durch Polizeibehörden, welche mit, Gefahr im Verzug bei einer Übertragung „besonders gefährlicher Krankheitserreger“ auf andere Personen legitimiert wurde, ersatzlos gestrichen wurde. Dafür hatten sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege eingesetzt.

Neu im Kabinettsentwurf ist die Möglichkeit, dass das Gesundheitsamt nicht nur die innere Leichenschau anordnen kann, wenn sie dies für erforderlich hält, sondern anordnen soll. Die Erforderlichkeit muss als Kriterium weiter erhalten bleiben.

§ 28 Schutzmaßnahmen bei Immunitätsnachweis i.d.F. Formulierungshilfe nach Kabinett

Erstfassungen der vorliegenden Formulierungshilfe enthielten in § 28 i.V. mit § 22 Infektionsschutzgesetz Überlegungen zur Einführung eines Immunitätsnachweises. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dringend dafür ein, dass der Bundesminister für Gesundheit vor Einführung eines solchen Dokuments die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats einholt.

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

§ 56 IfSG sieht unter bestimmten Voraussetzungen einen Entschädigungsanspruch bei Verdienstaustausfall vor. Erfasst sind Verdienstaustausfälle aufgrund eines nach dem IfSG angeordneten Tätigkeitsverbots oder einer Absonderung (§ 56 Abs. 1 IfSG) und Verdienstaustausfälle 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. Verdienstaustausfälle entstehen nicht nur Eltern minderjähriger Kinder, sondern auch Eltern und Angehörigen erwachsener Menschen mit Behinderung. Denn eine Vielzahl von Menschen mit Behinderung lebt auch im erwachsenen Alter bei ihren Angehörigen (z. B. Eltern, Geschwister etc.).

Aufgrund der Schließung von Schulen, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Tagesförderstätten etc., müssen Betroffene ihre erwachsenen Angehörigen mit Behinderung nun zu Hause unterstützen und betreuen. Damit können sie ihrer Erwerbstätigkeit nicht oder nur im eingeschränkten Maße nachgehen. Hierdurch kommt es auch bei ihnen zu Verdienstaufschlägen. Auch durch das Pflegeunterstützungsgeld oder die Familienpflegezeit kann der Verdienstaufschlag nicht kompensiert werden. Analog zur Regelung in § 56 Abs. 1a IfSG ist eine Entschädigung daher auch für Pflege- bzw. Betreuungspersonen erwachsener Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf einzuführen.

Zudem ist aufgrund des Beschlusses von Bund und Ländern vom 15.04.2020 zur Beschränkung des öffentlichen Lebens zur Eindämmung der Covid-19-Epidemie absehbar, dass die in § 56 Abs. 1a IfSG vorgesehene Entschädigungsregelung in zeitlicher Hinsicht nicht ausreichen wird.

Nach § 56 Abs. 2 S. 4 IfSG haben Eltern minderjähriger Kinder lediglich für maximal 6 Wochen einen Entschädigungsanspruch nach Absatz 1a. Insbesondere Kindergärten werden voraussichtlich noch längere Zeit geschlossen bleiben bzw. nicht im Normalbetrieb tätig sein, so dass Eltern noch deutlich über die 6-Wochen-Frist hinaus ihre Kinder zu Hause betreuen müssen. Auch Schulen werden mit großer Wahrscheinlichkeit mit Ablauf der in § 56 Abs. 1a IfSG geregelten 6-Wochen-Frist noch nicht zum Normalbetrieb übergegangen sein. Gleiches gilt für Werkstätten, Tagesförderstätten etc. Betroffene Angehörige brauchen daher dringend eine verlässliche Regelung, wie ihr langfristiger Verdienstaufschlag kompensiert werden soll. Die 24 h-Betreuung von Kindern und erwachsenen Menschen mit Behinderung ist ohnehin eine enorme Herausforderung. Es muss dringend verhindert werden, dass noch eine belastende finanzielle Notsituation hinzukommt. Der Gesetzgeber ist daher aufgefordert, hier zeitnah eine angemessene Regelung zu finden.

In Betracht kommt hierfür eine Verlängerung der in § 56 Abs. 2 S. 4 IfSG geregelten Frist. Alternativ werden derzeit auch andere Maßnahmen wie ein „Corona-Elterngeld“ diskutiert (vgl. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Pressemitteilung vom 16.04.2020). Wichtig ist, dass in diesem Kontext auch die Bedarfe von Angehörigen in die Lösungsfindung einbezogen werden, die erwachsene Menschen mit Behinderung wegen anhaltender Schließungen von Werkstätten etc. zu Hause betreuen.

Artikel 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 24 KHG: Unterjährige Datenübermittlung an das InEK

Zur Überprüfung der Auswirkungen der mit dem COVID-10-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen sind innerhalb von zwei Wochen zwei unterjährige Datenübermittlungen vorgesehen. Übermittelt ein Krankenhaus nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, entsteht für jeden Krankenhausstandort ein Abschlag in Höhe von 20 000 €. Die Sanktion gilt nicht, soweit für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht. Dabei soll das InEK Kriterien unbilliger Härtefälle regeln.

Die zweiwöchige Frist zur Datenübermittlung ist zu kurz bemessen und muss durch eine vierwöchige Frist ersetzt werden. Aufgrund von Anpassungen im Jahr 2019 existiert kein reguläres Verfahren, das übernommen werden kann. Auch wird die Bearbeitungszeit faktisch dadurch verringert, dass Fälle gegen Ende des Datenzeitraums zunächst noch kodiert und abgerechnet werden müssen.

Es ist außerdem nicht angemessen, den Sanktionierungsmechanismus für die reguläre jährliche Datenübermittlung auf die unterjährigen Datenübermittlungen anzuwenden. Durch die sich wiederholenden Datenlieferungen könnten im Extremfall bei dreimaliger Datenlieferung schon die Abweichung um einen einzigen Falle eine Sanktion von 60.000€ auslösen. Die Festlegung und Überprüfung sowohl eines Fehlerverfahrens als auch der Härtefallkriterien für zwei unterjährige Datenübermittlungen führt zu nicht verhältnismäßigen Aufwänden aller Beteiligten. Wir sprechen uns dafür aus, die Krankenhäuser aktuell nicht mit weiteren Sanktionsorgien zu belasten, sondern darauf zu vertrauen, dass Krankenhäuser sich darum bemühen werden, dem InEK eine Datenbasis für die notwendigen unterjährigen Auswertungen an die Hand zu geben.

Die reguläre Sanktionierung der Fehlübermittlung des endgültigen Datensatzes bleibt unbenommen.

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. Dies könnte zur Folge haben, dass die Krankenkassen den Sollwert pro Versicherten in Bezug auf die Ausgaben für die Leistungen nach §§ 20a bis c nicht erreichen. Andererseits werden angesichts der Folgen der Corona-Krise Prävention und Gesundheitsförderung sowohl in den Lebenswelten als auch am Arbeitsplatz wichtiger denn je und es gilt dringend und schnell, gemeinsam mit allen relevanten Akteuren und insbesondere gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrt neue Konzepte für Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln. Dies soll auch deshalb betont werden, da damit zu rechnen ist, dass in den nächsten Monaten der „Lockdown“ schrittweise gelockert wird. Daher müssen die nach dem SGB V vorgesehenen Mittel für Prävention für das Kalenderjahr 2020 erhalten bleiben. Sollten sie nicht vollständig verausgabt werden können, sind alle nach den §§ 20a bis c nicht ausgeschöpften Mittel vollständig ins Folgejahr 2021 zu übertragen. 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

Streichung der neuen Sätze 5 und 6 in § 20 Absatz 6

Streichung der vorgesehenen Änderung in § 20 b SGB V.

Streichung des vorgesehenen neu angefügten Satzes in § 20a Abs. 3.

Hilfsweise Formulierung:

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

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

„durch die COVID-19 Pandemie nicht verausgabte Mittel für Leistungen nach Satz 1 aus dem Jahr 2020 werden ins Jahr 2021 übertragen.“

§ 20i Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

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

die Testung auch für die Betroffenen kostenfrei ist, die keine Sozialleistungsansprüche haben, und soweit es sich um Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität handelt, kostenfrei ohne Angst vor Meldung an die Ausländerbehörde erfolgt.

Außerdem gilt es vorzusehen, dass der Anspruch von einzelnen Berufsgruppen 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 und in den meisten Fällen sicher erforderliche mehrfache Testung. Dies gilt es im Rahmen einer des BMG spezifisch zu berücksichtigen. Es muss sichergestellt sein, dass diese medizinisch erforderlichen Testungen zu Lasten der GKV finanziert werden können.

Aus Gründen des Patientenschutzes wie des Schutzes der Mitarbeitenden in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sowie den nachstationären Versorgungsstrukturen ist zudem eine prophylaktische COVID-19-Testung notwendig, auch wenn keine Symptome für COVID-19 vorhanden sind. Die Kosten für diese Tests sind in der regulären Krankenhaus- oder Rehabilitationsvergütung nicht berücksichtigt, haben aber mittlerweile eine erhebliche Größenordnung.

Auch Menschen mit Behinderung und Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung die in Wohnstätten leben, sowie das Personal dieser Wohneinrichtungen müssen systematischen und regelmäßigen Zugang zu den Testungen haben, damit die Infizierungen in Wohnangeboten mit besonders vulnerablen Gruppen egedämmt werden. Das Gleiche gilt für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten und in besonderen Lebenslagen, die zu Risikogruppen gehören, wie Wohnungslosen und für Menschen, die in einer Unterkunft für Asylbewerber leben sowie für das Personal in diesen Einrichtungen. Auch diese Tests müssen zu Lasten der GKV finanziert werden.

Sind Patienten in einer privaten Krankenversicherung versichert, muss diese die Kosten übernehmen, ansonsten käme es zu einer Lastenverschiebung zu Ungunsten der gesetzlichen Krankenkassen.

Aus der Begründung der hier vorliegenden Formulierungshilfe geht hervor, dass die in § 20i vorgesehenen Tests auch dann zu Lasten der GKV vorgenommen werden sollen, wenn keine Symptome für COVID-19 vorliegen. Begründet wird dies mit der „verbreiteten Forderung der Wissenschaft nach repräsentativen bevölkerungsmedizinischen Tests“. Der Gesetzestext selbst bleibt bezüglich der Fälle, in denen die Kosten von der GKV erstattet werden sollen, völlig unklar, indem in Satz 2 von nicht näher bezeichneten „bestimmten Tests“ gesprochen wird. Es muss klargestellt werden, dass Antikörpertests, mit denen die Bevölkerung flächendeckend auf eventuelle Immunitäten getestet werden sollen und die mithin Maßnahmen zur Gefahrenabwehr gegen übertragbare Krankheiten darstellen, nicht zu Lasten der GKV, sondern aus Steuermitteln zu finanzieren sind. In diesem Zusammenhang möchte der Deutsche Caritasverband auch darauf hinweisen, dass Testungen für Spieler der Bundesliga von den jeweiligen Sportvereinen und nicht zu Lasten der Allgemeinheit zu finanzieren sind.

Es muss auch sichergestellt sein, dass sich Personen, die zukünftig möglicherweise durch eine Tracing App informiert werden, dass sie mit infizierten Personen in Kontakt gekommen sind, zu Lasten der GKV testen lassen können. Ist die Person privat versichert, hat die PKV die Kosten zu tragen.

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 bevölkerungs-medizinisch 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. Bei privat versicherten Personen übernehmen die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Kosten. 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 sowie diese betreuen und versorgen.** 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

Weiterer Änderungsbedarf

Refinanzierung einer PCR-Diagnostik zum Erregernachweis bei Patient/innen

In § 21 KHG in der Fassung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes wird folgender Absatz 10 eingefügt:

„Zur pauschalen Abgeltung notwendiger PCR-Diagnostik zum Erregernachweis des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 rechnen zugelassene Krankenhäuser für jede Patientin und jeden Patienten, die oder der zwischen dem 01.05.2020 und einschließlich dem 31.12.2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, ein Zusatzentgelt in Höhe von 60 Euro pro PCR-Diagnostik zum Erregernachweis ab. Sobald eine Antikörpertestung zur Verfügung steht, wird auch diese mit einem Zusatzentgelt in Höhe von 60 Euro abgerechnet. Die Abrechnung des Zusatzentgeltes erfolgt gegenüber der Patientin oder dem Patienten oder ihren Kostenträgern.“

Refinanzierung einer PCR-Diagnostik zum Erregernachweis bei Mitarbeiter/innen

In § 21 KHG in der Fassung des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes wird folgender Absatz 11 eingefügt:

„Zur pauschalen Abgeltung notwendiger PCR-Diagnostik zum Erregernachweis des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern stellen zugelassene Krankenhäuser für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter zwischen dem 01.05.2020 und einschließlich dem 31.12.2020 dem Gesundheitsamt die Kosten pro PCR-

Diagnostik zum Erregernachweis in Rechnung. Sobald eine Antikörpertestung zur Verfügung steht, wird auch diese in Rechnung gestellt.“

Entsprechende Anwendung für Rehabilitationskliniken

In § 40 Absatz 5 SGB V wird ergänzt: § 21 Absätze 10 und 11 KHG gelten entsprechend.

§ 67 Elektronische Kommunikation

Der Deutsche Caritasverband begrüßt 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 Caritas auch bereits etablierte Leistungsbereiche wie z.B. die Häusliche Krankenpflege oder die SAPV in den Blick genommen werden.

§ 103 Zulassungsbeschränkungen

In der Kommentierung zu § 103 beschränken wir uns nur auf die mit diesem Gesetzentwurf vorgenommenen Änderungen. Die Möglichkeit weiterer Zulassungen in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten eines an sich überversorgten Planungsbereichs ist zu begrüßen, sie ist jedoch zeitlich zu begrenzen.

Änderungsbedarf

Die zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten sind an das nach Satz 4 bestimmte Teilgebiet und gebunden **und zeitlich zu befristen.**“

§ 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. Da heute jedoch nicht sicher eingeschätzt werden kann, dass die in § 132e vorgesehene Grenze für die Grippeimpfstoffreserven nicht doch höher als 30 Prozent liegt, sollte die in § 106b parallel zu § 132e neu eingeführte, speziell für die Grippeimpfstoffe geltende Grenze von 30 Prozent, bei deren Überschreitung Vertragsärzte in Regress genommen werden können, entfallen.

Änderungsbedarf

Streichung des neuen § 106b Absatz 1a Satz 1.

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

Die Caritas begrüßt ausdrücklich, 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. Belastbare Sozialschutzabkommen schaffen besonders günstige Bedingungen für unbürokratische Maßnahmen dieser Art.

§ 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, möchte der DCV 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 Stimmrecht eingeräumt werden sollte. Dies hatten die Verbände schon in ihrer Stellungnahme zum MDK-Gesetz gefordert.

Artikel 5: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 5 Aussetzen des Sollwerts für Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen

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

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

Änderungsbedarf

Streichung von § 5 Absatz 7

Hilfsweise Forderung

§ 5 Absatz 7 ist wie folgt zu formulieren:

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

§ 149 Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung

Absatz 1 Kurzzeitpflege in Rehaeinrichtungen und durchschnittliche Vergütung

Angesichts der großen Herausforderungen für die Anbieter ambulanter und stationärer Pflege in der Coronakrise ist es ist dringend geboten, alternative Möglichkeiten zur Kurzzeitpflege zu schaffen. Patienten können trotz nicht mehr bestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht aus den Krankenhäusern entlassen werden, weil Pflegeeinrichtungen mangels Kapazität nicht aufnahmebereit sind. Dies betrifft je nach Fallgestaltung sowohl symptomatische als auch symptomfreie, infizierte oder nicht infizierte Patienten mit und ohne festgestellten Pflegegrad. Sowohl die Versorgungsstrukturen als auch die Vorgaben und die Umsetzung von Quarantäne-Anforderungen sind regional sehr unterschiedlich.

Eine Ersatzversorgung kann nicht nur in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, sondern gerade auch in den Krankenhäusern erfolgen. Die jeweilige Inanspruchnahme ist abhängig von den jeweils lokal zur Verfügung stehenden Kapazitäten. Aufgabe des Bundesgesetzgebers ist es an dieser Stelle, Rahmenbedingungen zu ermöglichen, die den die Krise bewältigenden Akteuren vor Ort die Inanspruchnahme der jeweils zur Verfügung stehenden Kapazitäten

ermöglichen. Dazu sind neben weiteren Änderungen in § 149 SGB XI auch Ergänzungen von § 39c SGB V notwendig:

Absatz 1 regelt, dass sich die Vergütung nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung richtet. In vielen Einrichtungen wird der durchschnittliche Vergütungssatz für die pflegerische Versorgung nicht ausreichend sein. Dies betrifft insbesondere Einrichtungen, die üblicherweise überwiegend jüngere und mobile Rehabilitanden versorgen. Diese müssen ihr Angebot an Plätzen reduzieren und das vorhandene Personal zur Behandlung und Versorgung einer geringeren Anzahl von Pflege-Patienten einsetzen, als mit Rehabilitanden im Regelbetrieb. Eine Vergütung der pflegerischen Versorgung von deutlich weniger Patienten auf der Grundlage ihres durchschnittlichen Reha-Satzes kann jedoch nicht kostendeckend erbracht werden. Um auch diese Einrichtungen übergangsweise für die pflegerische Versorgung gewinnen zu können, ist ein höherer als ihr durchschnittlicher Vergütungssatz erforderlich.

Aufgrund der ärztlichen Kapazitäten in Rehabilitationskliniken können auch Versorgungslücken der hausärztlichen Versorgung geschlossen werden. Dazu ist allerdings ergänzend notwendig, diese übergangsweise entsprechend zu ermächtigen. Dabei sollten die so ermächtigten Ärzte vor möglichen Regressen geschützt werden, da von den übergangsweise zur Überbrückung eines Versorgungsnotstands herangezogenen Ärzten nicht über die entsprechenden unterstützenden Praxis-Informationssysteme verfügen und kein 100%konformes Verordnungsverhalten erwartet werden kann.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 Satz 2 wird folgendermaßen ergänzt:

„Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und beträgt mindestens 185 €. Die in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätigen Ärzte können übergangsweise zur vertragsärztlichen Versorgung der zu pflegenden ermächtigt werden.“

Absatz 2: Erhöhung des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege

Die Neuregelung des § 149 Absatz 2 SGB XI n.F. trägt dem Umstand Rechnung, dass Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ggf. zu einem höheren Tagessatz erfolgt als in einer vollstationären Einrichtung. Gleichzeitig dürfen Menschen, die Kurzzeitpflege benötigen, nicht mit den überwiegend höheren Kostensätzen für Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zusätzlich belastet werden. Die für dieses Problem getroffene Lösung der Zahlung des 1,5fachen Erstattungsbetrags für Kurzzeitpflege aus Mitteln der Pflegekasse, der auch für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten eingesetzt werden kann, ist sehr zu begrüßen.

Änderungsbedarf:

Es ist klarzustellen, dass die Rahmenbedingungen des § 149 Abs. 2 SGB XI entsprechend auch für die Kurzzeitpflege zur Versorgung von Patient/innen nach Krankenhausaufenthalt gemäß § 39c Satz 1 SGB V gelten.

Absatz 3: Anderweitige pflegerische Versorgung

Positiv zu bewerten ist auch die Neuregelung des § 149 Absatz 3 n.F., wonach nicht nur Kurzzeitpflege, sondern auch eine pflegerische Versorgung von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen, die quarantänebedingt vorübergehend in dieser Einrichtung nicht mehr geleistet werden kann, in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erbracht werden kann.

Abhängig von der jeweiligen Versorgungssituation vor Ort kann es ebenso möglich, sinnvoll oder erforderlich sein, diese Versorgung im Krankenhaus zu erbringen. Für die Krankenhäuser ist eine sachgerechte Vergütungsregelung zu treffen.

Änderungsbedarf:

Absatz 3 ist dahingehend zu ergänzen, dass die anderweitige Versorgung auch durch zugelassene Krankenhäuser erbracht werden kann.

Ergänzender Änderungsbedarf: § 39c SGB V (Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit)

Zwar besteht die Möglichkeit, dass gem. § 39c SGB V Kurzzeitpflege zur Lasten der Krankenkassen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in „anderen geeigneten Einrichtungen“ erbracht wird. Ob Krankenhäuser solche „anderen geeigneten Einrichtungen“ sind, wird jedoch im Einzelfall durch Verträge mit der Krankenkasse geregelt. Gleiches gilt für die Vergütung, die dem SGB XI-System folgend eine Beteiligung der Patienten vorsieht. Die Leistungspflicht für Kurzzeitpflegeleistungen ist auf 1.612 €/ Jahr beschränkt. Eine vorübergehende Anpassung dieser Rahmenbedingungen auf die coronabedingten Versorgungsanforderungen ist dringend notwendig.

Änderungsbedarf:

In § 39c SGB V wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:

(2) „Abweichend von Absatz 1 gelten zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V bis zum 31.12.2020 Leistungen als „andere geeignete Einrichtungen“. Die infrastrukturellen Vorgaben für Leistungen der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI finden keine Anwendung.“

§ 150 Absatz 4 Hospize nach § 39a SGB V

Die in § 150 Absatz 4 vorgesehene Finanzierung des Kostenanteils von 80 Prozent bei den Hospizen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI durch die Krankenkassen entspricht der üblichen Kostenteilung zwischen Krankenkassen und Pflegekassen und wird ebenso begrüßt wie die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in die Ausgleichszahlungen für die Hospize.

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

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 Differenz, die sich beim Vergleich der im letzten Quartal 2019 monatsdurchschnittlich betreuten Pflegebedürftigen und der Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen für den Monat ergibt, in dem die Mindereinnahmen geltend gemacht werden. Anbieter für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen aber auch Leistungen, für die Mittel der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI eingesetzt werden. Diese Mittel erhöhen sich ggf. um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, die für die Verhinderungspflege umgewidmet werden können. Außerdem erbringen sie Leistungen im Rahmen des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Abs. 4. SGB XI. Es ist erforderlich, dass die Anbieter auch Mindereinnahmen dieser Art geltend machen können, wenn sie gegenüber dem Referenzmonat Januar 2020 nachweislich wegfallen.

Änderungsbedarf

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

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

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

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass Pflegebedürftige des PG 1 den Entlastungsbetrag nach § 45b auch für anderweitige Leistungen als die Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und Unterstützungsleistungen im Alltag in Anspruch nehmen können, zumal Tagespflege und Alltagsunterstützung derzeit nicht oder nur sehr eingeschränkt angeboten werden können. Es ist positiv zu bewerten, 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.

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

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass Beschäftigte, die beispielsweise wegen Schließung einer Tagespflegeeinrichtung die Pflege ihrer Angehörigen selbst übernehmen müssen und keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber oder auf anderweitige Lohnersatzleistungen haben und die häusliche Pflege nur durch Inanspruchnahme ihres Erholungsurlaubs sicherstellen könnten, einen zusätzlichen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld erhalten. Das dafür geschätzte Kostenvolumen von 100 Mio. Euro, mit dem die Pflegeversicherung belastet wird, erscheint vertretbar.

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

Gesellschaftliche Anerkennung gebührt den Beschäftigten, die im Alltag - und erst recht jetzt in der Corona-Krise - den „Laden am Laufen“ halten: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, deren soziale Dienstleistungs-Arbeit - allzu oft nicht tariflich vergütet - unter den Vorzeichen des Lockdowns in ihrer gesellschaftlichen „Systemrelevanz“ (endlich) erkannt wird.

Was die - in ihrer Mehrzahl weiblichen - Beschäftigten in der Altenpflege, in der stationären und ambulanten Behinderten- und Jugendhilfe oder in der Wohnungslosenhilfe etc. leisten, wird in einer Gesellschaft, die vor allem in Kategorien der Messbarkeit über Arbeit zu sprechen gelernt hat, traditionell ungenügend gewertschätzt. Es bleibt zu hoffen, dass die Debatte um die Corona-Prämie einer solchen gesamtgesellschaftlich zu führenden Diskussion einen neuen Impuls gibt. Erforderlich ist eine der hohen Leistung der Pflegekräfte und anderer Beschäftigter der SAGHE-Berufe angemessene tarifliche Bezahlung.

Die Corona-Prämie für nur einen Teil der betroffenen Beschäftigten ist in einer durch Besuchsbeschränkungen und andere Maßnahmen des Infektionsschutzes politisch verantworteten Sondersituation durchaus ein deutliches politisches Signal, dass die Bewertung dieser Arbeit insgesamt jedoch gesellschaftlich umfassend neu zu diskutieren ist.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt dieses Signal. Er merkt zu den Sonderregelungen zur Corona-Prämie nach § 150a jedoch an, dass die Finanzierung einer solchen politisch verantworteten Prämie grundsätzlich aus Steuermitteln erfolgen muss. Die für die Zukunft der Pflege in Deutschland so wichtige Pflegeversicherung, deren Finanzpolster in den Corona-Wochen bereits erheblich abgeschmolzen ist, kann nur als Zwischenfinanzier angesehen werden, bis im

Herbst die Rückerstattung der Mittel an die Kassen aus dem Bundeshaushalt geregelt ist: Für die Bezahlung der in § 150a SGB XI vorgesehenen zwei Drittel der Finanzierung ist so bald wie möglich ein Bundeszuschuss in die Pflegeversicherung vorzusehen. Für die letztlich noch ungeklärte Finanzierung des letzten Drittels der Prämie ist diese Maßgabe entsprechend von den Landesparlamenten zu beachten. Eine zusätzliche Belastung der Träger der Altenhilfe ist auszuschließen.

Artikel 6: Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

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

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass Versicherte, die durch die COVID-19 Pandemie den bisherigen Tarif in ihrer privaten Krankenversicherung nicht mehr bezahlen können und auch dadurch hilfsbedürftig würden, nach Beendigung der Hilfsbedürftigkeit wieder in ihren alten Tarif zurückwechseln können. Dieses Antragsrecht gilt jedoch nur bei vorübergehender Hilfebedürftigkeit in Folge der Pandemie, sofern diese innerhalb von zwei Jahren wieder überwunden wurde. Die Caritas setzt sich dafür ein, dass ein solches Wechselrecht allen Versicherten der privaten Krankenversicherung auch außerhalb der COVID Pandemie zusteht, sofern sie ihre Hilfebedürftigkeit innerhalb von zwei 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 Caritas begrüßt, dass die Mitglieder der Fachkommission für dieses hohe Engagement eine Aufwandsentschädigung erhalten sollen, sofern sie ihre Tätigkeit nicht im Rahmen der Freistellung durch die sie entsendenden Institutionen ausüben.

§ 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3: Gliederung und Durchführung der praktischen Ausbildung

Der Deutsche Caritasverband sieht keine Notwendigkeit des Verordnungsgebers, in § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 das Nähere zur Gliederung und Durchführung der praktischen Ausbildung nach § 6 Absatz 3 zu regeln. Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Änderung des Artikels 10, der die psychiatrischen Krankenhäuser künftig zu Trägern der praktischen Ausbildung berechtigt. Da in Artikel 10 der Gesetzgeber somit selbst Regelungen zur Gliederung und Durchführung der praktischen Ausbildung nach § 6 Absatz 3 getroffen hat, ist die Regelung in Artikel 9 obsolet. Die Ergänzung zu § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist daher zu streichen.

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. Weitergehender Änderungsbedarfe

Antrag von BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN: „Die ambulante medizinische-therapeutische Versorgung von besonders vulnerablen Gruppen sichern – Die Leistungserbringer unter den Schutzschirm nehmen“ (BT Drs. 19/18956)

Der Deutsche Caritasverband setzt 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. Wir haben dazu im Deutschen Caritasverband, ebenso wie in allen Verbänden der Freien Wohlfahrts- pflege, in den letzten Wochen aus unseren Einrichtungen und Diensten Problemanzeigen erhalten, zu denen dringender Handlungsbedarf besteht. Sie sind im Antrag der GRÜNEN aufgenommen worden.

Die GRÜNEN fordern in ihrem Antrag, die Einrichtungen, die für die ambulante Versorgung von besonders vulnerablen Gruppen elementar sind, unter den Schutzschirm des SGB V zu stellen. Dies betrifft die Versorgung mit häuslicher psychiatrischer Krankenpflege, SAPV, Heil- und Hilfsmittel, Soziotherapie, ambulanter und mobiler Rehabilitation sowie die Versorgung in Institutsambulanzen. Der Deutsche Caritasverband begrüßt den Antrag der GRÜNEN sehr und unterstützt diesen uneingeschränkt.

Wir haben bereits im Rahmen unserer BAGFW-Stellungnahme zum Referentenentwurf des vorliegenden Gesetzentwurfs der Regierungsfractionen zu diesen Punkten konkrete Lösungsvorschläge unterbreitet:

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 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 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, 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 ambulanter Rehabilitation mit Versorgungsverträgen nach § 111c SGB V auf Zuschüsse angewiesen, um Erlösausfälle zu kompensieren. Neben der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, die bereits über das COVID-19 Krankenhausentlastungsgesetz erfasst sind, benötigen auch Angebote der ambulanten und teilstationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sowie der ambulanten (Reha-) Nachsorge die Möglichkeit auf Erstattung ihrer Einnahmeausfälle.

Änderungsbedarf

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

2. 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 Caritas, 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 Sicherheit aus dem Gesundheitsfonds umzusetzen, erfolgt die Meldung der Leistungserbringer gegenüber der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse. Das Bundesamt für Soziale Sicherheit zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge

an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die entsprechende Einrichtung.

Die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Trägern der Einrichtungen das Nähere zum Erstattungsverfahren und zum Verfahren der Nachweise. In die Vergütung einzubeziehen sind COVID-19 bedingte Mehraufwendungen für die Umgestaltung der Versorgung, für Schutzausrüstung und erforderliche Materialien für die Bewältigung der COVID 19 Pandemie und zusätzliche Aufwände mit Blick auf die Hard- und Softwareausstattung. Satz 1 gilt entsprechend, sofern die Vergütung der Einrichtung abweichend von den Absätzen 1a, 2 und 3 geregelt ist.“

3. 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.“

4. 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.“

5. Sozialmedizinische Nachsorge

Hierbei handelt es sich um ein Angebot, dass in der Regel im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder an eine Rehamaßnahme in Anspruch genommen wird. Auf Grund des Rückgangs der planbaren Operationen und der Belegung von Rehakliniken, brechen hier die Einnahmen weg.

Änderungsbedarf

§ 132c ist um einen Absatz 3 zu ergänzen:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger der Einrichtung verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, zu melden.

Sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann, sind dem Träger der Einrichtung alle Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, zu erstatten.

Um Ausgleichszahlungen über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, meldet der Leistungserbringer der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, hierbei den Rückgang an Fällen im Vergleich zum Vorjahr. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die entsprechende Einrichtung. Der Anspruch auf Erstattung kann jeweils zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrags hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Die Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Trägern der Einrichtungen das Nähere zum Erstattungsverfahren und zum Verfahren der Nachweise. In die Vergütung einzubeziehen sind COVID-19 bedingte Mehraufwendungen für die Umgestaltung der Versorgung, für Schutzausrüstung und erforderliche Materialien für die Bewältigung der COVID 19 Pandemie und zusätzliche Aufwände mit Blick auf die Hard- und Softwareausstattung.“

Hospiz- und Palliativversorgung

Ambulante Hospizdienste

Ehrenamtliche dürfen derzeit wegen des Betretungs- und Besuchsverbots in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ihre Tätigkeit in den ambulanten Hospizdiensten nicht ausüben. Auch bei Einsätzen in der häuslichen Umgebung ist die Begleitung derzeit aufgrund des Mangels an persönlicher Schutzausrüstung und Angst der Angehörigen und Betroffenen vor Ansteckung nahezu unmöglich. Gegebenenfalls sind auch ehrenamtliche Hospizhelfer, die einsatzbereit wären, selbst infiziert oder gefährdet. Da die Höhe des Förderzuschusses ambulanter Hospizdienste von dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zur Zahl der Sterbebegleitungen abhängig ist, führt der Ausfall der ehrenamtlichen Einsätze zu einer Senkung des Förderzuschusses, der die Existenz der ambulanten Hospizdienste gefährden kann. Weiterhin ist absehbar, dass sich die Vorfinanzierungszeiten von ambulanten Hospizdiensten verlängern, da derzeit die Fortbildungen für Koordinator/innen (z.B. die Koordinatoren- und Führungskräfte-seminare sowie die Fortbildung pädiatrische Palliative care) abgesagt werden. Dadurch verzögert sich die Anerkennung als Koordinator/in, womit sich die Zeiten verlängern, in denen Personalkosten finanziert werden müssen, die nicht förderfähig sind.

Änderungsbedarf

§ 39a Absatz 2 ist nach Satz 6 durch folgenden Satz 7 zu ergänzen:

„Abweichend von Satz 7 bezieht sich die Zahl der Leistungseinheiten für das Förderjahr 2021 auf die Zahl der Leistungseinheiten des Förderjahrs 2019. Für Neugründungen oder bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen im Förderjahr 2019 und bei geplanten, aber COVID-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. Für Ausländer_innen führen spezifische Leistungsausschlüsse und ausländerrechtliche Vorgaben (insbes. Übermittlungspflichten) zu weiteren Problemen, die eine angemessene Versorgung erschweren oder sogar verhindern. Dies führt dazu, dass Infizierte ohne Krankenversicherung nicht getestet werden, weil sie den Arztkontakt zur Feststellung der Testnotwendigkeit und den Test selbst bezahlen müssten und dies nicht können und/oder weil ihre Daten nach § 87 Aufenthaltsgesetz an die Ausländerbehörde weitergeleitet würden. Aus diesen Gründen ist die Kostenübernahme von Test und Behandlung auch bei Covid-19 Erkrankten ohne Versicherungsschutz unabhängig vom ausländerrechtlichen Status vorzusehen. Notwendig ist auch 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. Daher sollte die Bundesregierung im Rahmen der GMK auf die Länder einwirken, damit alle Bundesländer eine dem Land Berlin vergleichbare Regelung treffen.

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 geboten, dass Angehörige dieser in sich differenzierte Bevölkerungsgruppe (zu denken ist z.B. auch Wohnungslose, solo-selbständigen EU-Bürgerinnen, Leistungsberechtigte nach AsylbLG, Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität) auch behandelt werden, wenn sie nicht in der Lage sind, die Kosten zu tragen, da sonst das Risiko besteht, dass sie sich als Notfälle in den Krankenhäusern vorstellen müssen bzw. mangels Zugang zur Notversorgung unbehandelt bleiben. Ferner ist für den Fall, dass medizinische Diagnostik oder Versorgung in Anspruch genommen wird, bei Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität die Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG auszusetzen. Wohnungslosen Menschen und Menschen, die wie etwa Schutzsuchende in Massenunterkünften untergebracht sind, 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 Fixkosten bestehen, die durch Absicherungsregelungen wie das Kurzarbeitergeld nicht ausreichend abgedeckt werden können. Für all diese Bereiche bedarf es daher eines Schutzschirms an dem neben den Beitragszahlern auch die PKV und der Steuerzahler zu beteiligen sind.

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 Regelungsbedarf. Beim Submissionsmodell werden Unterdeckungen zeitversetzt durch den Leistungsträger ausgeglichen. Allerdings passiert dies in der Regel erst in sehr großem zeitlichen Abstand. Bedenkt man den enormen finanziellen Rahmen der Mindereinnahmen und Mehrausgaben, so besteht auch hier Handlungsbedarf, damit Leistungsanbieter im Rettungswesen zeitnah die notwendigen finanziellen Mittel erhalten. Dies gilt insbesondere für gemeinnützige Anbieter. Für den Krankentransport stellt sich die Problematik und der Regelungsbedarf gleichermaßen dar.

Deutscher
Caritasverband e.V.

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, 6.5.2020

Deutscher Caritasverband e.V.
Eva Welskop-Deffaa
Vorstand Sozial- und Fachpolitik

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Tel. 030 284444746, elisabeth.fix@caritas.de