

Berlin, den 20. April 2020



**Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.**

Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de

Stellungnahme

der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zum Referentenentwurf der SARS-CoV-2 Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17.04.2020

Vorbemerkung

Die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung repräsentieren ca. 90% der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in Deutschland. Ethisches Fundament der Zusammenarbeit der Fachverbände für Menschen mit Behinderung ist das gemeinsame Bekenntnis zur Menschenwürde sowie zum Recht auf Selbstbestimmung und auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft. Ihre zentrale Aufgabe sehen die Fachverbände in der Wahrung der Rechte und Interessen von Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in einer sich immerfort verändernden Gesellschaft. Diese Aufgabe stellt während der Pandemie eine erhebliche, teilweise kaum lösbare Herausforderung dar.

Durch die Corona-Krise ist die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Menschen mit psychischer Erkrankung und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aufgrund der notwendigen Kontaktreduzierungen erheblich beeinträchtigt. Ihre Versorgung muss auch während der Pandemie sichergestellt sein. Ferner muss dafür gesorgt werden, dass die Strukturen der Eingliederungshilfe, der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung und der Komplexleistungen wie z.B. Frühförderung für



Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Herrmann-Blankenstein-Str. 30
10249 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de



**Bundesverband anthroposophisches
Sozialwesen e.V.**

Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 81-217
bundesverband@anthropoi.de



**Bundesverband evangelische
Behindertenhilfe e.V.**

Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de



**Bundesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen e.V.**

Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

Kinder mit Behinderung auch über die Zeit der Pandemie hinaus bestehen bleiben können und die Erfüllung des sich aus dem Sozialstaatsprinzip ergebenden Sicherstellungsauftrages nicht nachhaltig gefährdet wird.

Durch den Ausfall von Leistungen aufgrund von Betretungsverboten und Kontaktbeschränkungen sind die Auswirkungen auf Dienste und Einrichtungen bereits erheblich und führen zur akuten Bedrohung der Versorgungsstrukturen. Die Einrichtungen wurden geschlossen oder für die Akutversorgung umgewidmet. Auch während der Pandemie muss primär die Aufrechterhaltung der notwendigen Strukturen der Versorgung der Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung mit Leistungen der Krankenbehandlung und der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation gewährleistet werden. Dies gilt insbesondere für die Frühförderung, Sozialpädiatrische Zentren und Leistungen in Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung.

Die bisherigen Maßnahmen der Bundesregierung:

- Das Gesetz für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz-Paket) vom 27. März 2020, das allerdings Leistungen aus dem SGB V und XI nicht umfasst
- Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27.03.2020
- Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Infektionsschutzgesetz) vom 27.03.2020

erfassen die gesundheitsbezogenen Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung bisher nicht. Weiterhin besteht eine erhebliche Regelungslücke, die Leistungsangebote im Bereich der Rehabilitation und der Sozialpsychiatrie im Geltungsbereich des SGB V betrifft und die unbedingt zu schließen ist.

I. Zusammenfassung

Die Fachverbände sehen einen dringenden gesetzgeberischen Regelungsbedarf für Versorgungsbereiche, die bisher sowohl vom Referentenentwurf der Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung als auch von oben genannten Gesetzen unberücksichtigt sind und zwar für:

- Frühförderung,
- Sozialpädiatrische Zentren
- Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB)

- Medizinische und sozialpsychiatrische Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Menschen mit Behinderung
- Sozialpsychiatrische Leistungen, Stationsäquivalente Behandlung
- Psychiatrische Institutsambulanzen
- Psychiatrische Pflege
- Therapien / Heilmittelerbringung, die nicht über die Zulassung nach § 124 SGB V erfolgen
- Dienste der ambulanten und mobilen Rehabilitation
- Tagespflege
- Familienpflege
- Soziotherapie

Für die o.g. Versorgungsstrukturen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Ausgleichsleistungen für Dienste/Einrichtungen bei Ausfall von Leistungen
- Finanzierung bei Weiterversorgung u.a. durch Tele- und Videokommunikation und Sicherung der Vergütung unter Berücksichtigung von Mehraufwendungen wegen Schutzkleidung und Senkung der Behandlungsfrequenzen etc.
- Sicherung der Weiterversorgung durch ausreichende Zuteilung der persönlichen Schutzausrüstungen

Die Fachverbände begrüßen Ausgleichszahlungen für Leistungsausfälle bei den Heilmittelerbringern. Die Regelung erfasst allerdings nur einen Teil der Heilmittelerbringung. Die ambulante Heilmittelerbringung erfolgt ebenfalls in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und muss auch berücksichtigt werden.

Die Fachverbände begrüßen, dass die Mutter-Kind-Einrichtungen nun einbezogen werden sollen.

Die Anhebung des Pauschalbetrags für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ist ein begrüßenswerter Schritt. Es wird allerdings bezweifelt, dass die pauschale Erhöhung um 20,- EUR ausreichend ist, um den tatsächlichen Mehraufwand angesichts der aktuellen Preissituation abzudecken.

II. Zu den Vorschriften der Rechtsverordnung im Einzelnen

1. Heilmittelerbringer

§ 2 Ausgleichszahlungen an Heilmittelerbringer

§ 2 sieht eine Ausgleichzahlung für Heilmittelerbringer nach § 124 Abs. 1 SGB V vor, die 40 % der im 4. Quartal abgerechneten Vergütung beträgt. Solche Ausgleichszahlungen sind ebenfalls für Heilmittelerbringung an

Rehabilitationseinrichtungen und Einrichtungen und Dienste für Menschen mit Behinderung erforderlich, die ambulante Heilmittelversorgung (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie etc.) gewährleisten. Durch die Pandemie sind erhebliche Ausfälle entstanden. Daher müssen auch die zugelassenen Leistungserbringer nach § 124 Abs. 5 SGB V sowie Einrichtungen und Dienste für Menschen mit Behinderung nach SGB IX von den Ausgleichszahlungen umfasst werden.

Frühförderung – Erforderlichkeit der Ausgleichszahlungen für Leistungsbestandteile nach dem SGB V

Interdisziplinäre Frühförderstellen, die Komplexleistung nach § 46 SGB IX erbringen, werden auf der Basis landesvertraglicher Regelungen in der Regel durch den jeweils zuständigen Eingliederungshilfeträger und die Gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Gegenwärtig werden viele Leistungen der Frühförderung aufgrund von Betretungsverboten und Untersagungsanordnungen ausgesetzt. Die Finanzierung durch die Träger der Eingliederungshilfe ist bundesweit nicht sichergestellt. Die Krankenkassen haben die Finanzierung der medizinisch-therapeutischen Leistungen häufig bereits eingestellt. Teilweise wird eine telefonische oder digitale Beratung noch durchgeführt. Für die Finanzierung der Leistungsbestandteile des SGB V besteht kein Schutzschirm, da das Sozialdienstleistungsgesetz die Leistungen nach SGB V ausgeschlossen hat. Da es sich bei den therapeutisch-medizinischen Leistungen überwiegend um Leistungen der Heilmittelerbringung handelt, sollten die Einnahmeausfälle aus dem SGB V-Bereich unter den Schutzschirm des § 2 dieser Verordnung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

§ 2 Absatz 1 Satz 1 soll wie folgt ergänzt werden:

*„Nach § 124 Absatz 1 **und 5** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und **nach § 46 oder nach § 123 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Leistungserbringer, die Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, erhalten für den Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 eine Ausgleichszahlung für die Ausfälle der Einnahmen, die auf Grund eines Behandlungsrückgangs in Folge der SARS-CoV-2-Epidemie entstehen, sofern die Zulassung des Leistungserbringers zum Zeitpunkt der Antragstellung besteht.“***

Darüber hinaus sind aber auch die Leistungen abzudecken, die nicht der Heilmittelerbringung zugeordnet sind. Wie schon ausgeführt erbringen IFF neben heilpädagogische Leistungen auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere medizinisch-therapeutische Leistungen wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie (§ 5 und 6 Frühförderungsverordnung). § 46 Abs. 3 SGB IX sieht diesbezüglich vor, dass medizinische Leistungen nach § 46 Abs. 1 SGB IX in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung zu erbringen sind.

Die Besonderheit einer Komplexleistung besteht darin, dass es sich dabei um ein interdisziplinär abgestimmtes System ärztlicher, medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sozialpädagogischer Leistungen handelt. Daher werden medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Leistungen im Rahmen einer Komplexleistung um weitere Leistungen ergänzt wie eine offenes, niedrigschwelliges Beratungsangebot für Eltern und Leistungen zur Sicherstellung der Interdisziplinarität (§ 6a Frühförderungsverordnung). Wichtiger Teil des Angebots einer IFF sind zudem die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik.

Die von der IFF erbrachten Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden von der Krankenkasse als zuständigen Rehabilitationsträger finanziert. Auch an den Kosten der Diagnostik und an den weiteren Leistungen der Komplexleistung nach § 6a Frühförderungsverordnung beteiligen sich die Krankenkassen. § 46 Abs. 5 SGB IX sieht grundsätzlich eine pauschale Kostenteilung zwischen Krankenkasse und Träger der Eingliederungshilfe vor. Das Landesrecht kann allerdings andere als pauschale Abrechnungen vorsehen.

Über das Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) können IFF derzeit nur Zuschüsse für den Vergütungsanteil erhalten, der vom Träger der Eingliederungshilfe finanziert wird. Nicht vom SodEG erfasst sind hingegen die von der Krankenkasse finanzierten Anteile, da die Krankenkassen vom Anwendungsbereich des SodEG ausgenommen worden sind. Allein mit den Zuschüssen der Eingliederungshilfeträger wird es nicht gelingen, die Existenz der IFF zu sichern. Denn der Anteil der Finanzierung durch die Krankenkasse ist erheblich und daher für den Fortbestand der IFF essentiell. Ohne diese Anteile kann diese wichtige Struktur nicht gesichert werden.

Auch die vorgeschlagene Änderung des § 2 der Verordnung wird das Problem nur zum Teil lösen, da § 2 der Verordnung lediglich eine Ausgleichszahlung für Heilmittelleistungen i. S. d. § 32 SGB V vorsieht. Nicht davon erfasst sind damit die von der IFF erbrachten und anteilig von der Krankenkasse finanzierten Diagnostikleistungen, da es sich dabei nicht um Heilmittelleistungen i. S. d. SGB V handelt. Zudem ist fraglich, ob die im Rahmen der Komplexleistung vorgesehenen weiteren Leistungen nach § 6a Frühförderungsverordnung, die anteilig von der Krankenkasse finanziert werden, von dieser Vorschrift umfasst sind. Denn auch dabei handelt es sich nicht um klassische Heilmittelleistungen.

Aus den genannten Erwägungen wird deutlich, dass die Regelungen in § 2 der Verordnung nicht geeignet sind, die IFF während der Corona-Pandemie in Bezug auf die von den Krankenkassen finanzierten Vergütungsbestandteilen abzusichern.

Es handelt sich bei den IFF, die Komplexleistung Frühförderung erbringen, um ein eigenes Leistungs(erbringungs)system nach dem SGB IX. Um sicherzustellen, dass diese wichtigen interdisziplinären Strukturen für Kinder mit Behinderung und ihre

Familien erhalten bleiben, braucht es daher in Bezug auf die von den Krankenkassen finanzierten Vergütungsbestandteile der IFF eigene Regelungen zum finanziellen Schutz. Nur so kann die GKV ihrer Verantwortung als Rehabilitationsträger gegenüber der IFF ausreichend nachkommen und die notwendigen finanziellen Mittel zur Sicherung ihres Vergütungsanteils bereitstellen.

2. Pauschale für Pflegehilfsmittel

§ 4 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch

Grundsätzlich begrüßen die Fachverbände, dass die monatliche Pauschale für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel zunächst bis zum 30. September und ggf. darüber hinaus, um 20 Euro auf 60 Euro aufgestockt wird. Allerdings sind die Preise für Pflegehilfsmittel, zu denen u.a. auch Schutzmaterialien und Desinfektionsmittel gehören, drastisch gestiegen, so dass diese Erhöhung nicht ausreichend ist. Angesichts der hohen Corona-bedingten Zusatzkosten, die für Schutzmaterialien und Hygieneartikel aufzuwenden sind, sollte alternativ die Einrichtung eines Fonds geprüft werden, mit dem Bund und Länder die Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung unterstützen. Gerade Angehörige von Menschen mit Behinderungen, die derzeit deren Pflege und Betreuung vielfach allein sicherstellen müssen und deshalb Entgeltausfälle haben, sind mit diesen Kosten zusätzlich und unverhältnismäßig belastet.

III. Weitergehender gesetzgeberischer Regelungsbedarf im SGB V

Für die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderung sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Finanzierung bei ambulanten medizinisch-therapeutischen Versorgung von Menschen mit Behinderung oder Menschen mit psychischer Erkrankung und Sicherung der Vergütung unter Berücksichtigung von Mehraufwendungen
- Ausgleichsleistungen für Dienste/Einrichtungen bei Ausfall von Leistungen
- Sicherung der Weiterversorgung durch ausreichende Zuteilung der persönlichen Schutzausrüstungen

1. Finanzierung der ambulanten medizinisch-therapeutischen Versorgung von Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung bei alternativer Leistungserbringung unter Berücksichtigung der Mehraufwendungen

Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung sind auch während der Pandemie auf eine kontinuierliche ambulante Versorgung mit medizinisch-therapeutischen Leistungen angewiesen. Viele Leistungen werden weiterhin telefonisch oder in digitaler Form als Videosprechstunden erbracht. Pandemiebedingt ist häufig eine hausärztliche Betreuung nicht ausreichend. Die fortlaufenden Behandlungen wie z.B. in der Epilepsitherapie dürfen nicht unterbrochen werden. Gerade bei Menschen mit Behinderung und ihren Familien dürfen wichtige Unterstützungsleistungen und Behandlungsangebote auf Dauer nicht vorenthalten werden. Deshalb bieten viele Einrichtungen und Dienste, oft unter hohem Aufwand, Notsprechstunden oder Notversorgungsprogramme an. Dabei wird im Einzelfall geprüft, ob und in welchem Umfang eine alternative Leistungserbringung möglich ist und eine Weiterversorgung gelingen kann.

Solche Behandlungs- und Beratungsformen sollen als zulässige Form der Leistungserbringung anerkannt und angemessen vergütet werden. Bei der Vergütung ist nicht nur der einzelne telefonische Kontakt zu würdigen, sondern die Gesamtleistung der Weiterversorgung durch die Dienste und Einrichtungen sowie Mehraufwendungen durch Schutzkleidung oder organisatorische Maßnahmen. Aus diesem Grunde sollte durch den Verordnungsgeber klargestellt werden, dass zur Aufrechterhaltung der Versorgung die Vergütung der Leistungen befristet bis zum 30. September 2020 auch dann in voller Höhe erfolgt, wenn diese telefonisch oder mittels sicherer digitaler Kommunikation erfolgt.

Dies sollte für Leistungen der folgenden Einrichtungen und Dienste gelten:

- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) einschl. Leistungen nach § 43 a SGB V
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)
- Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schweren mehrfachen Behinderungen (MZEB) einschl. Leistungen nach § 43 b SGB V sowie Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- Einrichtungen der ambulanten und mobilen Rehabilitation,
- Träger von Funktionstraining und den Rehasport und ggf. anderen Leistungserbringern nach § 43 SGB V, sofern entsprechende Anleitungen zu Übungen methodisch und didaktisch angemessen zur Verfügung gestellt werden,
- Leistungserbringer der Soziotherapie

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. Eine Klarstellung, dass Leistungen, welche telefonisch, in digitaler Kommunikation oder per Videosprechstunden erbracht werden, ist gesetzlich erforderlich.

2. Ausgleichszahlungen beim Ausfall von medizinisch-therapeutischen Leistungen für Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung

Folgende Dienste und Einrichtungen müssen aufgrund der pandemiebedingten Leistungsausfälle über die Schutzverordnung finanziert werden.

a) Sozialpädiatrische Zentren / Psychiatrische Institutsambulanzen / Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung

Der pandemiebedingte Wegfall der Leistungen ist in den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ § 119 SGB V i.V.m. § 43 a SGB V), Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA, § 118 SGB V) und den Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB, 119c SGB V) in erheblichem Umfang erfolgt. Diese Versorgungsstrukturen sind ohne entsprechende Ausgleichszahlungen in ihrer Existenz bedroht. Der pandemiebedingte Leistungswegfall ist in § 120 Abs. 2 S. 3 SGB V nicht erfasst. Aus diesem Grunde ist eine Rechtsgrundlage für die Weiterfinanzierung erforderlich.

Durch die Ergänzung des § 120 SGB V soll geregelt werden, dass auch Leistungsträger nach den §§ 119, 43 a, 118 und 119 c SGB V für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 16. März 2020 dadurch entstehen, dass Behandlungen nichtstattfinden können, in Höhe der geplanten Inanspruchnahme wie sie vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten können. Bei den MZEB ist zu berücksichtigen, dass bei einigen Zentren auf Grund einer Neugründung noch keine Vorjahresquartale zu Vergleich herangezogen werden können. Bei Wiederaufnahme der Leistungen sind ggf. erforderliche Zusatzkosten, die durch Schutzkleidung oder organisatorische Maßnahmen entstehen, bei den Vergütungsregelungen zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

In § 120 ist nach Absatz 5 folgender neuer Absatz 6 einzufügen:

„Soweit 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 abgerechnete 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. Für MZEB, die erst im letzten Quartal 2019 oder erst im Jahre 2020 ihre Tätigkeit aufgenommen haben, sollte eine Vergütung auf der Grundlage der Erlösprojektion erfolgen. Video- und Telefonsprechstunden in MZEB sollen ohne Abschläge in der Vergütung ermöglicht werden.

Um eine Abrechnung über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus dem Gesundheitsfonds umzusetzen, erfolgt die Meldung der Leistungserbringer gegenüber der Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der Meldungen die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die entsprechende Einrichtung.

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

b) Ambulante und mobile Rehabilitation

Die mobilen Rehabilitationsdienste sind besonders wichtig für Menschen mit Behinderung, die ihre Häuslichkeit nicht oder kaum verlassen. Pandemiebedingt können die Anbieter ambulanten Rehabilitation mit Versorgungsverträgen nach § 111c SGB V ihre Leistungen nicht erbringen und sind auf Ausgleichszahlungen angewiesen.

Ferner benötigen auch Angebote der ambulanten und teilstationären medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung sowie der ambulanten (Reha-) Nachsorge die Ausgleichszahlung für ihre Einnahmeausfälle.

Änderungsvorschlag

§ 111c Abs. 3 SGB V ist wie folgt zu ergänzen:

Am Ende des Satzes 1 wird ein Semikolon gesetzt und der folgende Satz angefügt:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger der zugelassenen

Rehabilitationseinrichtung verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, gegenüber anzuzeigen. Sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann, sind dem Träger der Rehabilitationseinrichtung alle Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, zu erstatten. Um Ausgleichszahlungen über das Bundesamt für Soziale Sicherheit 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 Sicherheit 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 Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Träger der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbaren 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.“

c) Soziotherapie

Die Leistungen der Soziotherapie, die z. B. aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung nicht telefonisch oder digital erbracht werden können, müssen refinanziert werden. Für Erlösausfälle müssen Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds geregelt werden.

Änderungsvorschlag:

§ 132b SGB V ist wie folgt 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 Sicherheit 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 Sicherheit 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.“

d) Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (Funktionstraining & Rehabilitationssport)

Die Leistungen des Rehabilitationssportes sind aufgrund von Kontaktbeschränkungen ausgesetzt und finanziell auch nicht abgesichert. 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). Die Finanzierung erfolgt neben der Rentenversicherung durch die Krankenkassen auf der Grundlage des § 43 Abs. 1 SGB V).

Änderungsvorschlag

§ 43 SGB V ist um einen Abs. 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.“

e) Familienpflegerische Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

Pandemiebedingt entfallen die meisten familienpflegerischen Einsätze von Haushaltshilfen. Wenn das Personal der Familienpflegedienste nicht anderweitig in der Akutversorgung eingesetzt werden kann, sind die Dienste mit Versorgungsvertrag nach § 132 unter den Schutzschirm des SGB V zu stellen.

Änderungsvorschlag

§ 132 SGB V ist um einen neuen Absatz 3 zu ergänzen:

„Im Falle einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 sind die Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 verpflichtet, diese umgehend der zuständigen Aufsichtsbehörde, oder einer durch diese benannten Krankenkasse, gegenüber anzuzeigen. Sofern das Personal nicht unter Nutzung aller bestehenden Instrumente und Mittel flexibel in anderen Versorgungsbereichen eingesetzt werden kann, sind den Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie 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 den Leistungserbringer. Der Anspruch auf Erstattung kann jeweils zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrags hat innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen. Das Nähere zu den Erstattungen soll entsprechend der Festlegungen nach § 150 Absatz 3 SGB XI erfolgen.“

Ferner setzen sich die Fachverbände für Menschen mit Behinderung noch für die möglichst zügige Behebung zweier weiterer Probleme ein:

IV. Einbeziehung von Angehörigen erwachsener Menschen mit Behinderungen in die Entschädigungsleistung nach § 56 IfSG

Aufgrund vielfacher Schließungen bzw. Betretungsverbote von z.B. Angeboten der WfbM oder der Tagespflege sind pflegende Angehörige derzeit häufig damit gefordert, die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen und/oder Pflegebedarf

ohne diese Hilfen sicher zu stellen. Hierfür müssen sie nicht selten ihre Erwerbstätigkeit einschränken oder ganz aufgeben. Analog zur Regelung in § 56 Abs. 1 a IfSG ist eine Entschädigung daher auch für Pflege-bzw. Betreuungspersonen erwachsener Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf einzuführen.

Änderungsvorschlag:

§ 56 IfSG ist um einen Absatz 1b) zu ergänzen:

„Werden Einrichtungen zur Pflege und Betreuung von erwachsenen Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf von der zuständigen Behörde zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen oder übertragbaren Krankheiten auf Grund dieses Gesetzes vorübergehend geschlossen oder deren Betreten untersagt und müssen erwerbstätige Pflegepersonen in diesem Zeitraum die Menschen mit Behinderung oder Pflegebedarf selbst betreuen, weil sie keine anderweitige zumutbare Betreuungsmöglichkeit sicherstellen können, und erleiden sie dadurch einen Verdienstausfall, erhalten sie eine Entschädigung in Geld. Anspruchsberechtigte haben gegenüber der zuständigen Behörde, auf Verlangen des Arbeitgebers auch diesem gegenüber, darzulegen, dass sie in diesem Zeitraum keine zumutbare Betreuungsmöglichkeit für den zu pflegenden bzw. zu betreuenden Angehörigen sicherstellen können.“

V. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf im SGB XI

1. Pandemiebedingte Verschiebung der Frist für die Ausschöpfung nicht verausgabter Leistungen nach § 45b im Kalenderjahr 2020

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 Fachverbände setzen sich gemeinsam mit der BAGFW setzen dafür ein, dass die Frist für die Abrufung von aus dem Kalenderjahr 2019 nicht verausgabten Mitteln auf den 31.12.2020 verlängert wird.

Änderungsvorschlag

§ 45b Absatz 1 wird um einen neuen Satz 6 ergänzt:

„Der im Kalenderjahr 2019 in Folge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 nicht verbrauchte Betrag kann abweichend von Satz 5 zweiter Halbsatz bis zum 31.12.2020 in Anspruch genommen werden.“

2. Finanzierung der Investitionskosten der Tagespflege

Es wird darauf hingewiesen, dass die Investitionskosten der Tagespflege durch Krankenhausentlastungsgesetz nicht refinanziert werden, obwohl die Leistungen pandemiebedingt ausfallen.

VI. **Versorgung der Dienste und Einrichtungen mit Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln im gesamten Rehabilitationssystem zur Behandlung während Pandemie**

Während der Pandemie werden weiterhin dringende Bedarfe an Rehabilitation erfordern, dass z.B. die Frühförderung durchgeführt wird. Zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen benötigen die o.g. Dienste und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung eine Ausstattung mit Schutzkleidung. Die dazu notwendigen Ressourcen sind derzeit bundesweit nicht bzw. nicht flächendeckend verfügbar. Bei der Schaffung der Ressourcen ist der Bereich der Rehabilitation vollumfänglich zu berücksichtigen und darf gegenüber den anderen Bereichen nicht vernachlässigt werden.

VII. **Systematische Testung auf den Covid-19-Virus in Wohnangeboten für Menschen mit Behinderung**

Die Träger der Eingliederungshilfe machen die Weiterzahlung von Vergütungen auch bei eingeschränkter Leistungserbringung derzeit vielfach vom träger- und einrichtungsübergreifenden Personaleinsatz abhängig.

Gleichwohl steht weder dem einzusetzenden Personal noch den Bewohnerinnen und Bewohnern von Wohnangeboten für Menschen mit Behinderung der Weg zu systematischen und regelmäßigen Tests auf das Covid-19-Virus offen. Dies ist jedoch eine unerlässliche Voraussetzung, um die Ausbreitung des Virus in diesen Einrichtungen zu verhindern.