

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zum Entwurf einer Formulierungshilfe für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG)

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. vertritt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege die Interessen von über 10.800 Einrichtungen, die in den Bereichen Gesundheit, Eingliederungshilfe, Pflege und Soziale Arbeit tätig sind. Daher steht der Schutz sowie gleichermaßen die Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe insbesondere vulnerabler Personengruppen für den Paritätischen ebenso im Fokus wie auch die Belange von Einrichtungen und Diensten der Freien Wohlfahrtspflege, die sich tagtäglich und professionell für Teilhabe, Wohlergehen und die Gesundheit dieser Menschen einsetzen. Vor diesem Hintergrund und aufgrund der wiederholt äußerst knappen Fristsetzung, die ein umfassendes demokratisches Beteiligungsverfahren der Leistungserbringer- und Betroffenenverbände nahezu verunmöglicht, nimmt der Paritätische Gesamtverband im Folgenden nur zu einigen wesentlichen Punkten des Gesetzentwurfs Stellung:

A – Allgemeine Vorbemerkungen

Den Schutz vulnerabler Gruppen lediglich über die Einrichtungsebene zu adressieren, ist aus Sicht des Paritätischen weder epidemiologisch zielführend noch entspricht es unserem Verständnis von gesellschaftlicher Teilhabe. Längst nicht alle vulnerablen Personen leben in Einrichtungen oder werden von Diensten gepflegt, betreut oder versorgt. Sie bewegen sich im öffentlichen Leben, gehen einkaufen oder zum Friseur, fahren mit Bus und Bahn.

Zudem erhärtet sich zunehmend das Spannungsfeld, dass sich bei der gegenwärtigen Inzidenzlage und dem Wegfall weitgehender Schutzmaßnahmen in der Öffentlichkeit die Gefahr des Eintrags von Infektionen in Einrichtungen erhöht. Dies können die Einrichtungen alleine mit dem hohen weiterzuführenden Aufwand zum Schutz vulnerabler Gruppen nicht kompensieren. Zudem ist zu erwarten, dass die Akzeptanz für einrichtungsbezogene Vorgaben in dem Maße schwinden, in dem ebensolche

Maßnahmen im öffentlichen Leben aufgehoben werden. Der Schutz bleibt auch weiterhin eine gesellschaftliche Aufgabe.

Insbesondere sollten daher künftig die Anliegen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen stärker mitgedacht und Leistungserbringer- wie auch Betroffenenverbände aus den Bereichen der Pflege und Eingliederungshilfe verbindlicher an der Erarbeitung von Richtlinien und Empfehlungen beteiligt werden.

B – Spezifische Anmerkungen

Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 13 Absatz 7 (neu):

Krankenhäuser sollen dazu verpflichtet werden, regelmäßige Meldungen über die Anzahl der belegten und aufgestellten Betten auf Normalstationen sowie die vorgehaltenen intensivmedizinischen Kapazitäten zu tätigen. Aus Sicht des Paritätischen muss ein solches Verfahren für die Kliniken handhabbar gestaltet werden, Doppelerhebungen und der damit verbundene immense Arbeitsaufwand müssen in jedem Fall verhindert werden. Eine einheitliche und übergreifende Nutzung des DEMIS sollte die Kliniken vor zusätzlichen Meldeverpflichtungen bewahren.

Zudem fehlt aus unserer Sicht eine umfassende Strategie mit Blick auf mögliche Behandlungsmethoden, sprich neue Medikamente zur Behandlung von COVID-19. Dies ist insbesondere für die Gruppe der Vulnerablen von Bedeutung. Im Gesetzentwurf werden lediglich die Behandlungskapazitäten adressiert, die Optionen verbesserter medizinischer/ pflegerischer Behandlung werden dahingegen nicht ausgeleuchtet.

§ 34 Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI (KRINKO) zukünftig auch für Empfehlungen für Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe zuständig sein soll. Die neue Aufgabe soll in der Aufgabenbeschreibung explizit benannt werden. Bei der Besetzung sollen neu auch Mitglieder mit professioneller Kenntnis der Verhältnisse und Aufgaben in den Bereichen Pflege und Eingliederungshilfe einbezogen werden. Aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes sollten Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen bei der Erarbeitung von Empfehlungen verbindlich beteiligt werden, um sicherzustellen, dass die Anliegen der Betroffenen und ihre Expertise im Prozess Berücksichtigung finden. Leistungserbringer- und Betroffenenverbände

der Pflege und Eingliederungshilfe sind beim Entwurf der Empfehlungen der KRINKO und bei der Kommissionsarbeit nach § 34 Abs.1 daher explizit zu beteiligen.

Die Mitglieder der beim RKI angesiedelten Kommission für Infektionsprävention und Hygiene in Krankenhäusern und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und der Eingliederungshilfe sollen zudem vom Bundesgesundheitsministerium im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden unter Berücksichtigung des gesamten Aufgabenspektrums berufen werden (§ 34 Absatz 1). Das BMG sollte sich nicht nur mit den obersten Landesgesundheitsbehörden, sondern mit Blick auf das gesamte Aufgabenspektrum der Kommission ebenfalls mit den obersten Landessozialbehörden ins Benehmen setzen.

In § 34 sind zudem bislang die Leistungserbringer der SAPV unberücksichtigt. Diese gilt es, dort mit aufzunehmen.

In Bezug auf die Hygienepläne wird in § 34 Absatz 3 in den Sätzen 3 und 4 zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen differenziert. Bei Arztpraxen und anderen Praxen humanmedizinischer Heilberufe werden jedoch nur dann Regelungen vorgesehen, wenn in diesen Praxen auch invasive Eingriffe vorgenommen werden. In diesem Fall können die Länder von ihrer Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen Gebrauch machen. Gleichzeitig werden Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, in denen keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, denselben Hygieneanforderungen unterworfen wie Krankenhäuser. Dies stellt einen Widerspruch in sich dar. Bislang war in § 23 Absatz 5 Satz 1 a. F. in Bezug auf Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nicht normiert, dass die Regelungen auch dann gelten, wenn diese Einrichtungen keine den Krankenhäusern vergleichbaren Leistungen erbringen. Dieser (alte) Rechtszustand sollte aus unserer Sicht erhalten bleiben.

Änderungsbedarf

In Absatz 1 soll als neuer Satz 7 eingefügt werden:

„Bei der Erstellung der Empfehlungen nach Satz 3 sind die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und/ oder Pflegebedarf zu berücksichtigen. Ihnen ist unter barrierefreier Übermittlung der entsprechenden Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

In Absatz 3 Satz 3 ist der Halbsatz zu streichen:

„das gilt bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch dann, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“.

§ 35 Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe

In den Qualitätsprüfungen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wird bereits auf die für diese Einrichtungen relevanten Empfehlungen der KRINKO nach § 23 Absatz 1 IfSG a. F. verwiesen. Diese sind für die Pflegeeinrichtungen bereits heute verpflichtend und die Empfehlungen werden auch in den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst geprüft. Des Weiteren müssen die Einrichtungen auch gegenwärtig schon nach dem Ordnungsrecht der Länder Hygienevorschriften einhalten, die ebenfalls von den entsprechenden Prüfbehörden und -instanzen in den Qualitätsprüfungen geprüft werden. In den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI wird als gute Ergebnisqualität normiert, wenn Standards zur Hygiene eingehalten werden. Insofern ist mit aller Deutlichkeit klarzustellen, dass wiederum eine gesetzliche Normierung nicht bedeutet, dass es in diesen Einrichtungen bisher keine:n Hygienebeauftragte:n gibt bzw. kein Hygienemanagement betrieben wird. Auch andere Vorschriften führen zur Umsetzung von hygienerelevanten Themen, wie z. B. die Vorgaben der BGW oder im Bereich des Arbeitsschutzes. Hier sei lediglich darauf hingewiesen, dass diese Vorgaben zusammengenommen in der Corona-Pandemie nicht in allen Fällen in der konkreten Umsetzung widerspruchsfrei waren. Es wird also insgesamt für eine Harmonisierung der unterschiedlichen Vorgaben geworben.

Anzumerken ist, dass in § 35 Absatz 1 unter Nummer 3 zwar die Pflegedienste genannt sind, nicht aber die ambulanten Betreuungsdienste, die nach § 71 Absatz 1a zugelassen sind und deren Regularien den Vorschriften des SGB XI folgen, die für ambulante Pflegedienste gelten. Die Betreuungsdienste sind daher entsprechend in Nummer 3 zu ergänzen.

Auch die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe verfügen über Hygienepläne und haben entsprechende hygienebeauftragte Fachpersonen, die für die Einhaltung der Hygienepläne und -vorschriften sowie die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals zur Infektionsprävention verantwortlich sind. Deren hygienische Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtung werden ebenfalls auch heute schon überprüft.

Dennoch ist es nachvollziehbar, dass geltende ordnungs- bzw. sozialrechtliche Vorschriften zum Hygienemanagement jetzt auch ausdrücklich im Infektionsschutzgesetz normiert werden sollen. So hatten zwar Pflegeeinrichtungen schon immer nominell bestimmte Personen mit dem Hygienemanagement beauftragt bzw. waren die Mitarbeitenden zur Einhaltung und Umsetzung von Hygienestandards verpflichtet, aber die Expertisen zur Umsetzung eines Personalbemessungsinstruments in vollstationären Einrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM), die noch vor Ausbruch der

Pandemie veröffentlicht wurden, haben gezeigt, dass die Einrichtungen faktisch zu wenig Personalkapazität bzw. Zeit für die Hygiene zur Verfügung haben. Dies muss sich ändern. I.d.R. wird bis heute seitens der Kostenträger keine Freistellung für Hygienebeauftragte akzeptiert. Dies ist spätestens seit den Ergebnissen aus PeBeM nicht mehr haltbar. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern schon länger, dass diese Funktionsstelle nicht in den pflegegradabhängigen Personalanhaltswerten für Pflege- und Betreuung enthalten sein darf. Da in der geplanten Ausbaustufe für höhere Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI zunächst nur ein Teil der Ergebnisse aus PeBeM umgesetzt werden kann, ist nicht gesichert, dass allen Mitarbeitenden genügend Zeit zur Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen zur Verfügung steht. Dies kann zumindest bis zu der vom Paritätischen geforderten vollständigen Umsetzung der Personalbemessung nicht ignoriert werden.

Die Pandemie hat wie unter dem Brennglas gezeigt, dass bei virulentem Infektionsgeschehen alle Mitarbeitenden der Einrichtung im besonderen Maße Hygienemaßnahmen anwenden und durchführen und dass die Mitarbeitenden durch die hygieneverantwortliche Fachkraft auch systematisch begleitet und geschult werden müssen. Des Weiteren kommt der Hygienebeauftragten eine herausragende Rolle im organisatorischen Bereich und zur Absicherung der Verfahren zu. Es ist dem nun leider auslaufenden Pflege-Rettungsschirms nach § 150 SGB XI zu verdanken, dass die erheblichen personellen und sächlichen Mehraufwendungen, die den Einrichtungen alleine im Zusammenhang mit Hygienethemen entstanden sind, auch bewältigt werden konnten. Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten leider nicht von einem solch komfortablen Schutzschirm profitieren, sondern mussten die Mehraufwendungen für Hygiene mit den Kostenträgern einzeln verhandeln.

Wir sind der festen Überzeugung, dass Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeitende in Wahrnehmung Ihrer Verantwortung beim Infektionsschutz von Beginn an schnell und richtig gehandelt haben, wodurch trotz der zeitweisen hohen Inzidenzen der Bevölkerung Schlimmeres verhindert werden konnte. Wir stellen damit die exzellente Arbeit und den hohen Einsatz der Pflege-, Betreuungs-, Hauswirtschafts-, Verwaltungs- und Leitungskräfte in den Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen heraus und danken, dass das Ausbruchsgeschehen in den hochvulnerable Personengruppen versorgenden Einrichtungen auch in der Anfangsphase der Pandemie, als jegliche Schutzausrüstung fehlte und es keine Testungen und Impfungen gab, eingedämmt werden konnte. Der Stellenwert des Hygienemanagements kann somit nicht hoch genug eingeschätzt werden. Allerdings wurde Einrichtungen häufig mangelnde Hygiene vorgeworfen, ohne dass dies belegt werden konnte. Es wurde damit suggeriert, dass mit der richtigen Umsetzung von Hygienemaßnahmen keine Coronainfektionen in Einrichtungen eingetragen werden könnten. Das ist jedoch unrealistisch. Hygieneschutzkonzepte können auch dort keinen hundertprozentigen Schutz bieten.

Nach Beendigung des Pflege-Rettungsschirmes wird die Berücksichtigung von Mehraufwendungen für Hygiene im Bereich der Langzeitpflege nun den Kräften des Marktes und dem Preisdiktat überlassen bzw. werden die Kosten schlussendlich auf die Eigenanteile der Pflegebedürftigen drücken. Es muss bezweifelt werden, dass dies richtig ist und im Ergebnis funktioniert. Das Auslaufen des Pflege-Rettungsschirmes und die gesetzliche Normierung von Hygienethemen ziehen zwangsläufig einen einrichtungsbezogenen, angemessenen „Hygienezuschlag“ nach sich, der den Einrichtungen schnell, unbürokratisch und ohne Belastung der Eigenanteile Pflegebedürftiger aus Mitteln der GKV zugehen muss. Hierrüber sind aus unserer Sicht Festlegungen der Trägervereinigungen auf Bundesebene mit dem GKV-SV zu vereinbaren. Freilich muss sich dies auch auf den ambulanten Bereich beziehen. Des Weiteren ist die hygieneverantwortliche Fachperson in der Eingliederungshilfe nicht oder nur unzureichend finanziert. Sofern die geplanten Regelungen einer verbindlichen Einführung einer benannten verantwortlichen Hygienefachperson umgesetzt werden, ist die Finanzierung sicherzustellen.

Für den Bereich der Pflege soll der Qualitätsausschuss Pflege die fachlichen Grundlagen und Verfahrensweisen für die Koordinierungsaufgabe in den voll- und teilstationären Einrichtungen regeln, allerdings stellt sich aus fachlicher Sicht die Frage, warum die Regelungen nicht für die ambulanten Pflegedienste getroffen werden sollen? Zudem ist unklar, wie die beabsichtigte Regelung mit Absatz 3 korrespondieren soll, nach dem die Länder eine Ermächtigungsgrundlage erhalten, um nun auch im Pflegebereich Regelungen zur Hygiene und zum Infektionsschutz zu treffen. Diese richtete sich im bisherigen § 23 nur an medizinische Einrichtungen. Neu ist dabei insbesondere die Möglichkeit zur Bestellung von hygienebeauftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen.

Kritisch bewerten wir die in Absatz 1 Satz 7 vorgesehene Aufgabe der für die Hygiene als verantwortlich benannten Person oder Personen in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die Versorgung mit antiviralen Therapeutika sicherzustellen. Die Entscheidung über die Verordnung dieser Therapeutika erfordert ein differenziertes medizinisches Wissen. Der Einsatz der Therapeutika ist vielfach nur dann erfolgsversprechend, wenn sie in der Frühphase der Erkrankung eingesetzt werden. Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben im Rahmen ihrer ohnehin gegebenen Durchführungsverantwortung sicherzustellen, dass die ärztliche Versorgung – auch die mit antiviralen Therapeutika – eingeleitet wird. Sie verantworten jedoch nicht die ärztliche Behandlung oder Therapie. Des Weiteren ist die Zusammenarbeit in Bezug auf die ärztliche Versorgung in der vollstationären Pflege auch nicht die Aufgabe der hygieneverantwortlichen Fachperson:en, sondern eine Aufgabe der Pflegedienstleitung. In der Eingliederungshilfe ist die Einleitung der ärztlichen Versorgung Aufgabe der

jeweiligen Bezugsbetreuungsfachkraft. Die Durchführungsverantwortung liegt bei der Leitung des Wohnbereichs oder der Einheit. Im Ergebnis sehen wir aus den genannten Gründen keine Notwendigkeit, die antivirale Versorgung gesondert von der allgemeinen ärztlichen Versorgung zu regeln. Zudem lehnen wir die Übertragung dieser Aufgabe an das hygieneverantwortliche Personal ab. Wir weisen an dieser Stelle nicht nur cursorisch darauf hin, dass allerdings die ärztliche Versorgung in diesen Einrichtungen offensichtlich nicht überall sichergestellt werden kann. Es ist also zu prüfen, wie diese Lücke seitens der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Kasernenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden kann.

Angesichts der Unterschiede zwischen den Settings der Pflegeeinrichtungen einerseits und der Einrichtungen der Eingliederungshilfe andererseits regen wir an, die Absätze des § 35 stärker nach Regelungsinhalten, die nur die Pflegeeinrichtungen oder nur die Einrichtungen der Eingliederungshilfe betreffen, zu gliedern.

Änderungsbedarf:

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Pflegedienste“ die Wörter „und nach dem SGB XI zugelassene ambulante Betreuungsdienste“ eingefügt.

In Absatz 1 Satz 7 werden die Wörter „sowie die Versorgung mit antiviralen Therapeutika“ gestrichen.

Redaktioneller Hinweis: Absatz 1 Satz 9 (Überwachung der Festlegungen der Einrichtungen durch das Gesundheitsamt) ist gedoppelt. Die Regelung findet sich bereits in Absatz 1 Satz 3.

Sonstiges:

§ 5 Absatz 5 Satz 1 Epidemische Lage von nationaler Tragweite

Verlängerung von Maßnahmen der „Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“

Der Paritätische sieht eine hohe Notwendigkeit darin, dass die epidemiologisch relevanten Maßnahmen aus der „Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ (*EpiGesAusbSichV*) unbedingt den Veränderungen des COVID-19 Pandemieverlaufs angepasst werden können, um auch bei lokaleren Ausbruchsgeschehen handlungsfähig zu bleiben. Denn zur Resilienzsteigerung des Gesundheitswesens sind die Gesundheitsfachberufe essenziell wichtig, das hat gerade SARS-CoV-2 gezeigt. Insofern sollte die Stabilität der Ausbildungskapazitäten in diesen Berufszweigen eine hohe Priorität genießen.

Darüber hinaus sprechen wir uns dafür aus, dass diejenigen Maßnahmen der *EpiGesAusbSichV*, die sich während der vergangenen epidemischen Notlage als „*Good Practice*“ Beispiele bewährt haben, fortgeführt werden können. Nicht nur, um dem allgegenwärtigen Fachkräftemangel in den Gesundheitsfachberufen entgegenzuwirken, sondern auch, um die mittlerweile vorhandenen Personallücken in der Ausbildung und Lehre aufzufangen.

Mit dem Außerkrafttreten der *epidemischen Lage von nationaler Tragweite* am 25.11.2021 war gleichzeitig auch die Außerkraftsetzung der *EpiGesAusbSichV* verbunden, die aufgrund einer Übergangsregelung in § 8 Abs. 2 der Verordnung jedoch noch ein Jahr nach Aufhebung der epidemischen Notlage weiterhin gültig ist.

Demnach endet die Geltungsdauer der *EpiGesAusbSichV* zum 25.11.2022, was wir angesichts der immer noch kritischen – und keineswegs beherrschten – Pandemiedynamik mit großer Sorge sehen. Doch selbst wenn sich das Infektionsgeschehen bis zum Herbst von einer Pandemie in eine Endemie wandelt, so müssen die jeweils betroffenen Regionen bei lokalen epidemischen Notlagen handlungsfähig sein, um die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen, auch unter endemischen Bedingungen, weiterhin sicherstellen zu können.

Gleichzeitig haben sich zahlreiche Maßnahmen der *EpiGesAusbSichV*, die ursprünglich aus der sprichwörtlichen Not heraus geboren waren, etwa zur alternativen Unterrichtsgestaltung, während der Pandemie bewährt. Ebenso haben sich viele der im Vorfeld als unmöglich angesehenen Flexibilisierungen in diesem unfreiwilligen „Praxistest“ als funktional erwiesen und in den Alltag der schulischen und betrieblichen Ausbildung integriert. Dies betrifft z. B. die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, die Durchführung der staatlichen Prüfung oder aber auch die Eignungs- und Kenntnisprüfung.

Änderungsbedarf:

1. Die zuständigen Behörden in den Bundesländern werden dazu in die Lage versetzt, dass sie das Nähere zu den in der *EpiGesAusbSichV* geregelten Inhalten für die Landesebene bestimmen können, sofern es die epidemiologische Lage vor Ort erfordert.
2. Des Weiteren sollten insbesondere die digitalen und die anderen geeigneten Formate zur Unterrichtsgestaltung, wie z. B. die Skills-Labs, auch in nicht-pandemischen Zeiten weiterhin genutzt werden können – beispielsweise, um die knappen Ressourcen des Lehrkörpers in den Gesundheitsfachberufen zielgerichteter einsetzen zu können.
3. Ebenso empfehlen wir die Prüfung zur Verstetigung weiterer Ausnahmeregelungen, die sich während der COVID-19-Pandemie bewährt haben, beispielsweise hinsichtlich der Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, der staatlichen Prüfung wie auch der Eignungs- oder Kenntnisprüfung, wenn dadurch eine Erhaltung/ Steigerung der Ausbildungskapazitäten erreicht werden kann.

Artikel 2 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 85a, 111, 111c, 125b SGB V

Die Bundesregierung will für Vertragszahnärztinnen und -ärzte, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Heilmittelerbringer Regelungen treffen, sodass die Kostenträger und Leistungserbringer für den Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bzw. sofern gem. § 23 Absatz 1 IfSG eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen auftritt und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist, Vergütungsvereinbarungen schließen, welche die pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehrausgaben berücksichtigen.

Der Paritätische begrüßt diese Regelungen, die zur Aufrechterhaltung der Versorgung dienen, fordert aber nach wie vor eine Berücksichtigung aller Rehabilitationsdienste sowie insbesondere auch der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation für entsprechende Ausgleichsmaßnahmen. Während der ersten beiden Jahre sind lediglich von einem Teil der Krankenkassen Hygieneszuschläge gezahlt worden. Ein Ausgleich der Mindereinnahmen der Leistungserbringer aufgrund der pro Teilnahme abgerechneten Vergütungen, die aufgrund der Anforderungen an den Mindestabstand reduziert werden mussten, ist nicht erfolgt, aber zwingend notwendig, damit die Leistung auch langfristig erbracht werden kann.

Berlin, den 28.06.2022

Paritätischer Gesamtverband e. V.
Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

gesundheit@paritaet.org