

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

Eva Welskop-Deffaa
Präsidentin

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

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284447-46
elisabeth.fix@caritas.de
www.caritas.de

Datum 28.06.2022

A. Zusammenfassung und einleitende Bemerkungen

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit einer Stellungnahme zur Formulierungshilfe eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor Covid 19, die er gemeinsam mit seinen Fachverbänden Katholischer Krankenhausverband (kkvd), dem Verband Katholischer Altenhilfe (VKAD), dem Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP), dem Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha, der Caritas Suchthilfe (CaSu), der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, dem Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe (BVKE), dem Sozialdienst katholischer Frauen (SkF), dem Sozialdienst katholischer Männer (SKM), der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (KAGW) sowie dem Katholischen Forum Leben in der Illegalität, abgibt.

Aufgrund der Kurzfristigkeit der Zuleitung dieser Formulierungshilfe und der damit eingeschränkten Möglichkeit einer intensiven Prüfung des Entwurfs behält sich die Caritas eine ausführlichere Stellungnahme nach Fristablauf für die Abgabe dieser Stellungnahme vor.

Zusammengefasst bewertet die Caritas die zentralen Inhalte der Formulierungshilfe, wie folgt:

1. Die Caritas begrüßt die neue Gliederung des IfSG im Bereich der Hygienevorschriften, die nach medizinischen Einrichtungen (§ 34 IfSG), Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe (§ 35 IfSG) sowie Gemeinschaftseinrichtungen (§ 36 IfSG) differenziert und die entsprechenden Vorschriften des IfSG umstrukturiert.
2. Bei den medizinischen Einrichtungen (§ 34 IfSG) werden die Anforderungen an die Hygienevorschriften nach stationären und ambulanten Einrichtungen differenziert, was die Caritas als sachgerecht bewertet. Jedoch müssen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, soweit sie keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung

erbringen, nach dem Gleichheitsgrundsatz („Gleiches gleich, Ungleiches ungleich“) anders behandelt werden als Krankenhäuser.

3. Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 35 IfSG) unterliegen bereits gegenwärtig umfangreichen Hygienevorschriften, die in Qualitätsprüfungen nach dem jeweiligen Sozialgesetzbuch sowie ordnungsrechtlich geprüft werden. Auch gelten bereits heute die relevanten Empfehlungen der KRINKO nach § 23 Absatz 1 IfSG. Die Caritas unterstützt jedoch ausdrücklich die Verankerung von Vorschriften zur Etablierung von hygienebeauftragten Fachpersonen und Verfahrensweisen im Infektionsschutzgesetz. So haben die Ergebnisse aus dem Personalbemessungsinstrument nach § 113c SGB XI, die noch vor Ausbruch der Pandemie veröffentlicht wurden, gezeigt, dass den Pflegeeinrichtungen faktisch zu wenig Personalkapazität zur Verfügung steht, da die Kostenträger die Freistellung der Hygienefachkraft nicht zugestanden haben. Dies muss im Rahmen der Umsetzung des § 113c SGB XI ebenso geändert werden wie die pflegegrad-unabhängige Bemessung der Personalkapazität. Es war allein dem Pflegeschutzschirm zu verdanken, dass die Pflegeeinrichtungen, die in der Pandemie erheblich gestiegenen Anforderungen an die Hygiene und Infektionsprävention bewältigen konnten. Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten nicht von einem solch komfortablem Schutzschirm profitieren, sondern mussten die Hygienemaßnahmen jeweils mit dem Kostenträger vereinbaren. Auch in der Eingliederungshilfe muss das hygieneverantwortliche Fachpersonal künftig finanziert werden. Die Caritas weist des Weiteren darauf hin, dass die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit einer Behinderung mit antiviralen Therapeutika im Rahmen der regulären Durchführungsverantwortung für die ärztliche Versorgung durch die entsprechende verantwortliche Pflegefachperson bzw. Bezugsfachperson bzw. Bereichsleitung erfolgt. Diese Aufgabe kann nicht an eine Hygienefachkraft übertragen werden. Daher ist die Regelung aus § 35 IfSG zu streichen.
4. Zu § 36 IfSG a.F. und in weiten Teilen auch n.F. hat die Caritas vielfach im Rahmen der Test- und Impfverordnung Stellung genommen. Sie hat nicht dabei eine Novellierung der aus den 60er Jahren stammenden Terminologie der Einrichtungsformen angemahnt. So sollte z.B. der Begriff „Heim“ nicht mehr verwendet werden. Auch ist immer wieder unklar, ob und wie die Einrichtungen und Dienste im Rahmen der hospizlichen und Palliativversorgung im Infektionsschutzgesetz abgebildet sind. Ein weiteres Beispiel ist der Begriff der „Obdachlosenunterkunft“. Diese Einrichtungsform stellt nur einen Teilausschnitt der Einrichtungen und Dienste der Wohnungslosenhilfe dar, umfasst aber nicht die für wohnungslose Menschen in der Mehrzahl so wichtigen Einrichtungen der Hilfen nach § 67 SGB XII, in Einrichtungen mit existenzunterstützenden Angeboten zur Versorgung, Hygiene oder medizinischen Versorgung Wohnungsloser. Die Caritas hat ebenfalls in ihren Stellungnahmen zur Impf- und Testverordnung immer wieder darauf hingewiesen, dass die Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität teils in prekären Wohn- und Lebensverhältnissen ebenfalls zu den hochvulnerablen Personengruppen zählen und gefordert, dass für die Impfungen und Testungen die Meldepflichten nach § 87 AufenthG nicht zur Anwendung kommen dürfen. Neben diesen wichtigen Hinweisen für eine grundlegende Novellierung des § 36 IfSG, die jedoch nicht im Rahmen dieses Gesetzes vorgenommen

wird, sieht die Caritas an § 36 IfSG keinen Änderungsbedarf betreffend die Hygienevorschriften

5. Die Caritas begrüßt nachdrücklich, dass die Vereinbarungen von Vergütungen der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen nach dem SGB V, die den pandemiebedingten Mindererlösen und Mehraufwendungen Rechnung tragen sollen, nunmehr sowohl entfristet als auch als Sonderregelungen für künftige Sondersituationen im Rahmen von bedrohlichen übertragbaren Krankheiten mit epidemischem Potenzial gelten sollen. Die Entfristung soll zum 24. September 2022 erfolgen. Gleichzeitig endet der durch Verordnung auf dieser gesetzlichen Grundlage geregelte Vergütungsanspruch mit Ablauf des 30. Juni 2022. Die Caritas und ihre Fachverbände für die Rehabilitation setzen sich daher seit Wochen vehement für eine Verlängerung dieser Verordnung ein. Wird die Verordnung nicht verlängert, entsteht eine Vergütungslücke zwischen dem 1. Juli und dem 23. September 2022, die Einrichtungen von Insolvenz bedrohen kann.
6. Die Entfristung der Entschädigungsregelungen für die Betreuung von Kindern und Menschen mit Behinderung in § 56 Absatz 1a IfSG wird begrüßt. Allerdings sollte überdacht werden, ob Schulschließungen oder die Aufhebung des Präsenzunterrichts, die niemand beabsichtigt und angesichts der Schäden für die Kinder und Jugendliche, die dadurch entstanden sind, auch nicht beabsichtigen darf, nicht prophylaktisch als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Regelung erhalten bleiben sollte.
7. Die Caritas begrüßt die Verlängerung der Impfverordnung, die auch eine Aufrechterhaltung der Basisstruktur der Impfzentren ermöglicht, bis zum 30. April 2023 nachdrücklich. Nach dem Scheitern der Ausweitung der Impfpflicht über die einrichtungsbezogene Impfpflicht hinaus, gilt es, die Impfquoten mit allen verfügbaren Mitteln zu steigern. Des Weiteren waren die mobilen Impfteams eine wichtige Ressource, um die Impfungen in den stationären Pflegeeinrichtungen und in der Eingliederungshilfe durchzuführen.
8. Die Caritas lehnt die Streichung des Anspruchs auf COVID-19 Impf-, Genesenen- und Testzertifikate ab, die möglich ist, wenn nationale oder europäische Regelungen die Zertifikate nicht mehr vorschreiben. Die Zertifikate sind wichtig, um den Zugang von Menschen zu Diensten und Einrichtungen vulnerabler Personengruppen und damit soziale Teilhabe zu ermöglichen. Zudem ist der Impfnachweis in Deutschland bislang nicht mit Gebühren verbunden gewesen. Dies muss auch in Zukunft gewährleistet sein.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 7 Absatz 4 i.V. mit § 10 Absatz 3 Satz 1: Tagesgenaue elektronische Vollerfassung durchgeführter PCR-Testungen

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine zusätzliche elektronische Meldepflicht für die Anzahl der insgesamt durchgeführten PCR-Tests, die zusammen mit der bereits existierenden Pflicht der Labore, die Anzahl der Positivergebnisse zu melden, eine tagesgenaue Vollerfassung der Testpositivrate erlaubt. Damit wird eine Forderung des Expert_innenbeirats der Bundesregierung zu Covid 19 hinsichtlich der dringend erforderlichen Verbesserung der Datenlage umgesetzt.

§ 13 Absatz 2: Spezifizierung der Sentinel-Erhebung um Abwasserproben

Epidemiolog_innen fordern schon seit längerem eine systematische Untersuchung der Abwässer zur Erfassung der Infektionsdynamik und zur Identifizierung von Hotspots, aber auch zur Analyse der Immunisierung der Bevölkerung. Die Caritas begrüßt daher die mit diesem Gesetzentwurf vorgenommene konkrete Verankerung einer Abwassersurveillance. Die Surveillance-Studien sollen in Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen erfolgen. Nach Satz 7 wird das BMG in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats ermächtigt festzulegen, dass und auf welche Weise bestimmte Gesundheitseinrichtungen verpflichtet sind, an der Sentinel-Erhebung mitzuwirken. Es fehlt jedoch an der Benennung von Kriterien, anhand derer die auszuwählenden Einrichtungen bestimmt werden sollen. Das Nähere soll eine Verordnung regeln. Die für die Auswahl maßgeblichen Kriterien müssen jedoch aus Sicht der Caritas gesetzlich festgelegt werden. Kriterien könnten z.B. sein Vorliegen eines Hotspots oder Genesenquote.

§ 13 Absatz 7: Feststellung der Auslastung der Krankenhauskapazitäten (Krankenhaussurveillance)

Dem Grundsatz der Subsidiarität folgend wie auch im Sinne der katholischen Soziallehre verankert, unterstützt der kkvd Versorgungsentscheidungen auf regionaler Ebene. Demnach sind Versorgungsfragen auf Ebene der sach nächsten Einheit zu entscheiden. Umso mehr als nur so in pandemischen Krisenzeiten Behandlungskapazitäten beeinflusst werden können. Informationspflichten sollten daher auf der Ebene erfolgen, auf der auch die direkten Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden können.

Vor diesem Hintergrund sehen wir die Etablierung eines bundeseinheitlichen Meldesystems kritisch – insbesondere in der Verknüpfung mit systematisierten Strafzahlungen. Die Erfahrungen mit der Pandemie haben gezeigt, dass es sachgerecht ist, Entscheidungen über die Ausgestaltung der Versorgung in regionalen Krisenteams bzw. innerhalb der etablierten Kleeblätter zu treffen. Nur auf regionaler Ebene können zeit- und sachgerechte Krisenentscheidungen getroffen werden. Auf dieser Ebene setzen sich der Deutsche Caritasverband und der kkvd generell für Maßnahmen ein, in denen die betroffenen Krankenhäuser aufwandsarm zur Schaffung notwendiger und vor allem praxistauglicher Transparenz als Entscheidungsgrundlage für Versorgung-

sentscheidungen beitragen können. Die Notwendigkeit einer bundeszentralen Datenerhebung und Meldepflicht auch in nicht-pandemischen Zeiten erfüllt diese Kriterien nicht.

Die vorgeschlagene Norm ist als Grundlage einer delegierbaren Verordnungsermächtigung für weitgehende bundesweit anwendbare Datenerhebung auch nicht ausreichend konkretisiert. Dies gilt erst recht, wenn die Nichtmeldung, wie vorgesehen, den Tatbestand einer bußgeldbewerten Ordnungswidrigkeit erfüllen soll.

Notwendig ist zunächst die Konkretisierung des Zwecks der Datenübermittlung. Der derzeit pauschal in Absatz 1 genannte Zweck der „Auslastung der Krankenhauskapazitäten“ grenzt die Verordnungsermächtigung nicht ausreichend ein. Hier wären Entscheidungen zu nennen, für die eine bundesweite Datenerhebung notwendig ist.

Ebenfalls kritisiert wird die uneingeschränkte Möglichkeit, in der vorgesehenen Rechtsverordnung auch die Erfassung und Übermittlung „weiterer Angaben“ anzuordnen. Dies ist umso mehr zu kritisieren, als die Ermächtigung zum Erlass der Rechtsverordnung auch vollständig auf die zuständige Bundesoberbehörde übertragen werden kann. Notwendig sind mindestens bundesgesetzliche Kriterien zu den Bedingungen, unter denen die Verordnungskompetenz übertragen werden kann. Ebenfalls dringend erforderlich ist eine inhaltliche Eingrenzung welche weitergehenden Daten für welchen Zweck erhoben und übermittelt werden sollen.

§ 22a Streichung des Anspruchs auf COVID-19 Impf-, Genesenen- und Testzertifikat

§ 22a sieht die Streichung des Anspruchs auf kostenlose Ausstellung eines Impf-, Genesenen – oder Testzertifikats vor, wenn nationale oder europäische Regelungen, wie z.B. die Impfverordnung oder die Reiseverordnungen dies nicht vorschreiben. Für die Ausstellung dieser Zertifikate können künftig Gebühren erhoben werden. Die Caritas lehnt diese Neuregelung entschieden ab. Die Erfassung des Impfstatus oder Teststatus ist gerade mit Blick auf den Schutz vulnerabler Gruppen, welchem sich dieser Gesetzentwurf verschrieben hat, von eminenter Bedeutung. So müssen beispielsweise Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder auch Krankenhäuser unbürokratisch Informationen über den Impf- oder Teststatus als Voraussetzung für den Zugang zu der Einrichtung erlangen können. Das Infektionsgeschehen wird voraussichtlich dynamisch bleiben. Die TestV i.d.F. vom 24. Juni 2022 hat geregelt, dass Besuchende dieser beispielhaft genannten Einrichtungen weiterhin Anspruch auf kostenlose Bürgertests haben. Diese Personengruppen müssen somit auch weiterhin niedrigschwellig die entsprechenden Nachweise erhalten können, um den Besuch bei ihren Angehörigen sicherstellen zu können. Auch der Impfnachweis muss weiterhin kostenfrei erfolgen. Die Dokumentation gehört zudem zu den Obliegenheiten der behandelnden Gesundheitsfachpersonen.

Änderungsbedarf

Streichung der Neuregelung

§ 23 Nationale Programme zur Prävention übertragbarer Krankheiten

Es ist zunächst positiv zu bewerten, dass Präventionsmaßnahmen bei übertragbaren Krankheiten mit klinisch schweren Verlaufsformen und erwartbarer epidemischer Verbreitung in einem eigenständigen, neuen Paragraphen zusammengefasst werden. Positiv zu bewerten ist auch,

dass die Präventionsmaßnahmen Schutzimpfungen, das Zurverfügungstellen von persönlicher Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel sowie Testungen, Beratungen und Untersuchungen umfassen. Im Sinne eines public-health-Ansatzes ist es jedoch nicht nachvollziehbar, dass diese Maßnahmen ggf. auch gegen Gebühr vom Bund angeboten werden können. Schutzimpfungen sind Kernbestandteil und zentrale Säule jeglicher Prävention gegen bedrohliche übertragbare Erkrankungen, die in jedem Fall bundesgesetzlich kostenfrei zur Verfügung zu stellen sind. Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen mit dem pandemischen Ausbruchsgeschehen von SARS-CoV-2 gehört auch die Bevorratung von PSA zu den Lehren, die wir aus der Situation des Jahres 2019 gelernt haben sollten. Auch das Testen ist eine wesentliche Basisschutzmaßnahme, die bei akutem und dynamischem Ausbruchsgeschehen aktiviert werden muss. Die Maßnahmen der drei Säulen Impfen, Testen und Schutzausrüstung sind somit im Falle eines epidemischen oder pandemischen Geschehens unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.

Des Weiteren stellt sich die Frage, warum in der Definition einer „übertragbaren Krankheit“ in § 23 Absatz 1 Satz 1 von den Begriffsbestimmungen des IfSG, die in § 2 grundgelegt sind, abgewichen wird. Nach § 2 Nummer 3a ist eine „bedrohliche übertragbare Krankheit“ eine „übertragbare Krankheit, die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit verursachen kann“. Genau diese Fallkonstellation will § 23 regeln, wie der Wortlaut nahelegt. Daher sollten die Begriffsbestimmungen des § 23 Absatz 1 Satz 1 mit denen in § 2 IfSG harmonisieren.

Die Präventionsregelung soll auch den Fall umfassen, dass wegen Impfstoffknappheit, z.B. bei einer neu auftretenden übertragbaren Erkrankung, eine Impfpriorisierung erforderlich sein könnte. Satz 3 des Absatzes 1 benennt in nicht abschließender Aufzählung Priorisierungskriterien, die im Fall von nur beschränkt zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Anwendung kommen sollen. Dies sind Alter, Gesundheitszustand, behinderungs-, tätigkeits- oder aufenthaltsbedingtes Expositionsrisiko sowie die Systemrelevanz in zentralen staatlichen Funktionen und der Kritischen Infrastruktur. Die Caritas bewertet die gesetzliche Fundierung von Prioritätskriterien im Falle knapper Ressourcen als positiv, dies gebietet die Wesentlichkeitstheorie. Wie der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags in seiner Ausarbeitung vom 4. Dezember 2020 zur „Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen bei der Verteilung eines Impfstoffs gegen COVID-19“ darlegt, hat auch die Gemeinsame Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der STIKO, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina eine „hinreichend präzise gesetzliche Regelung“ der Verteilungsempfehlung angesichts ihrer „erheblichen Auswirkungen auf ethisch wie grundrechtlich relevante Werte“ für erforderlich gehalten und eine Regelung in Anlehnung an die Verordnungsermächtigung des Art. 61 Schweizer Epidemienverordnung empfohlen (WD 3 - 3000 - 271/20 Seite 11). Dieser Empfehlung schließt sich die Caritas an. Es sollte dabei jedoch nicht auf Alter oder Gesundheitszustand oder den diskriminierenden Begriff des behinderungsbedingten Expositionsrisikos abgestellt werden, sondern auf Personengruppen, für die die jeweilige Erkrankung mit der Gefahr eines schweren oder tödlichen Krankheitsverlaufs einhergeht. Zusätzlich sollte das Versorgungs- und Betreuungspersonal von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen für vulnerable Personengruppen zur Verfügung stellen sowie das Personal der kritischen Infrastruktur priorisiert werden.

Absatz 2 des § 23 sieht Regelungsinhalte der Rechtsverordnung vor zu, die als „Kann“-Elemente ausgestaltet werden. Nummer 2 stellt auf die Leistungserbringung in Test- und Impfzentren ab,

Nummer 3 sieht vor, dass die Regelungsinhalte der Verträge über die Schutzimpfungen nach § 132e SGB V für anwendbar erklärt werden können. In Bezug auf die COVID-19-Krankheit stellt sich die Frage, wozu es neuer Rechtsverordnungen bedarf, deren Verhältnis zu bestehenden Verordnungen, wie zur Impfverordnung, Testverordnung oder auch Verordnungen über Schutzmasken etc. dann unklar ist. Auch beziehen sich die Verträge nach § 132e SGB V auf Schutzimpfungen gemäß § 2 Nummer 9 IfSG (Schutzimpfungen gegen übertragbare Erkrankungen), die in § 20i SGB V spezifiziert sind und zu denen nach § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a) SGB V z.B. auch die Coronaimpfung zählt. Es gibt somit keinen Regelungsbedarf, der von bereits erlassenen Regelungen nicht abgedeckt ist. Absatz 2 ist im Ergebnis zu streichen.

Änderungsbedarf

Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt – in Anwendung des Wortlauts aus § 2 Nummer 3a – zu ändern:

„Wenn eine übertragbare Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen ~~und mit ihrer epidemischen Verbreitung zu rechnen ist~~ **auftritt oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit verursachen kann**, ~~auftritt~~, wird das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats zu bestimmen, dass Stellen des Bundes oder die Länder zum Schutz der Allgemeinheit vor der die öffentliche Gesundheit bedrohenden übertragbaren Krankheit

1. Bestimmte Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe
 2. Gegenstände der persönlichen Schutzausrüstung und Produkte zur Desinfektion, und
 3. Beratung und Untersuchung einschließlich Testungen
- unentgeltlich ~~oder gegen Gebühr~~ anzubieten haben.

Absatz 1 Satz 2, der die Priorisierungskriterien benennt, soll sich an Art. 61 Satz 3 der Schweizer Epidemienverordnung anlehnen:

„Insbesondere folgende Personen können prioritär berücksichtigt werden:

- a. Medizinalpersonal oder Pflegefachpersonen
- b. Personen, für die eine Erkrankung mit der Gefahr eines schweren Krankheitsverlaufs oder einem erhöhten Komplikationsrisiko verbunden ist.
- c. Personen, die im Bereich der Bereitstellung von öffentlichen Gütern, der Gesundheit, der inneren oder äußeren Sicherheit, des Transports, der Kommunikation oder der Versorgung mit Energie, Trinkwasser oder Nahrungsmitteln tätig sind“

Absatz 2 ist ersatzlos gestrichen.

§ 34 Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen

Die Regelungsinhalte des § 23 a.F. sowie des § 23a a.F. werden im Wesentlichen in § 34 IfSG überführt, dessen neue Überschrift „Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen“ lautet. Auffälligerweise werden die ambulanten Intensivpflegedienste, die bislang von § 23 a.F. umfasst werden, aus § 34 n.F. herausgenommen und in § 35 im Rahmen des Infektionsschutzes für Pflege- und Eingliederungshilfeinrichtungen geregelt. Dem mag man folgen. Gleichzeitig wird jedoch in Absatz 1 Satz 2 normiert, dass die Empfehlungen der KRINKO sich auch auf die

Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe erstrecken sollen. Der Infektionsschutz für diese beiden Einrichtungsformen wird jedoch im nachfolgenden § 35 separat geregelt. Dies ist ein Widerspruch in sich. Die Regelung des Absatzes 1 Satz 2 ist in § 35 zu verankern.

In jedem Fall sollten die Bundesverbände der Träger von Einrichtungen und Diensten der Pflege und Eingliederungshilfe sowie die Betroffenenverbände in Pflege und Eingliederungshilfe beim Entwurf der Empfehlungen der KRINKO sowie in der Kommissionsarbeit nach § 34 Abs.1 beteiligt werden. Dies kann im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens erfolgen.

§ 34 differenziert in Absatz 3 Sätzen 3 und 4 in Bezug auf die Hygienepläne zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen, sieht aber bei Arztpraxen und anderen Praxen humanmedizinischer Heilberufe nur dann Regelungen vor, 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 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 pflegebedürftiger und behinderter Menschen 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“.~~

Redaktioneller Änderungsbedarf:

In Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 sind die Wörter „einschließlich bis längsten zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften“ wegen Rechtsablaufs zu streichen.

§ 35 Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe

In den Qualitätsprüfungen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wird 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 keinen Hygienebeauftragten gibt bzw. kein Hygienemanagement betrieben wird.

Anzumerken ist, dass in § 35 Absatz 1 unter Nummer 3 zwar die Pflegedienste genannt sind, aber nicht die ambulanten Betreuungsdienste, die nach § 71 Absatz 1a zugelassen ist, 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.

So hatten zwar die Pflegeeinrichtungen schon immer nominell bestimmte Personen mit dem Hygienemanagement beauftragt bzw. waren die Mitarbeitende zur Einhaltung und Umsetzung von Hygienestandards verpflichtet, aber die Expertisen zur Umsetzung eines Personalbemessungsinstrument 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 und 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.

Die Pandemie hat wie unter dem Brennglas gezeigt, dass bei virulentem Infektionsgeschehen alle Mitarbeitenden der Einrichtung im besonderen Maße Hygienemaßnahmen anwenden und durchführen müssen und dass die Mitarbeitenden durch die hygieneverantwortliche Fachkraft auch systematisch begleitet und geschult werden müssen. Des Weiteren kommt der hygienebeauftragten Fachkraft eine herausragende Rolle im organisatorischen Bereich und zur Absicherung der Verfahren zu. Es ist dem nun auslaufenden Pflege-Rettungsschirms nach § 150 SGB XI zu verdanken, dass die erheblichen personellen und sächlichen Mehraufwendungen, die den Einrichtungen allein im Zusammenhang mit Hygienethemen entstanden sind, auch geschultert 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, wie vom Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) wiederholt beklagt.

Der Deutsche Caritasverband und seine Fachverbände VKAD und CBP sind der festen Überzeugung, dass Pflegeeinrichtungen sowie die Einrichtungen der Eingliederungshilfe und deren Mitarbeitenden in Wahrnehmung Ihrer Verantwortung beim Infektionsschutz von Beginn an schnell und richtig gehandelt haben, wodurch trotz der zeitweilig hohen Inzidenzen der Bevölkerung, Schlimmeres verhindert werden konnte. Caritas, VKAD und CBP 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, es keine Testungen und Impfungen gab, eingedämmt werden konnte. Der Stellenwert des Hygienemanagements kann somit nicht hoch genug eingeschätzt werden. Allerdings wurde Einrichtungen sehr oft 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 können. Es ist jedoch zu konstatieren, dass auch die besten Hygieneschutzkonzepte dort keinen hundertprozentigen Schutz garantieren können.

Für den Bereich der Pflege soll der Qualitätsausschuss Pflege die fachlichen Grundlagen und Verfahrensweisen für die Koordinierungsaufgabe in den voll- und teilstationären Einrichtungen regeln. Der Qualitätsausschuss Pflege kann jedoch keine Maßgaben in Bezug auf die Eingliederungshilfe treffen. Vor diesem Hintergrund des Erfordernisses einer bundeseinheitlichen Regelung fordern wir für die Eingliederungshilfe eine Rahmenempfehlung, die zwischen den Leistungsträgern und den maßgeblichen Spitzenverbänden der Träger der Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe unter Beteiligung der Verbände der Menschen für Behinderung geschlossen wird. Des Weiteren war und ist die hygieneverantwortliche Fachperson in der Eingliederungshilfe auch in der Pandemie nicht oder nur unzureichend finanziert. Sofern die geplanten Regelungen einer verbindlichen Einführung einer verantwortlichen benannten Hygienefachperson umgesetzt werden, ist daher ihre Finanzierung sicherzustellen.

Kritisch bewertet die Caritas die in Absatz 1 Satz 7 vorgesehene Aufgabe der für die Hygiene als verantwortlich benannten Person oder der Personen in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, dass diese die Versorgung mit antiviralen Therapeutika sicherzustellen haben. 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 Therapeutik - eingeleitet wird. Sie verantworten jedoch nicht die ärztliche Behandlung oder Therapie.

Des Weiteren ist die Koordination der ärztlichen Versorgung grundsätzlich auch keine Aufgabe der hygieneverantwortlichen Fachperson, sondern in der Pflege 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 der Deutsche Caritasverband, der VKAD und der CBP aus den genannten Gründen keine Notwendigkeit, die antivirale Versorgung gesondert von der allgemeinen ärztlichen Versorgung zu regeln. Zudem lehnen sie die Übertragung dieser Aufgabe an das hygieneverantwortliche Personal ab.

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 „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.

§ 56 Absatz 1a: Entschädigungsregelung für die Betreuung von Kindern oder Menschen mit Behinderung

Die Caritas begrüßt, dass die Entschädigungsregelung künftig für Verdienstausfall, wenn erwerbstätige Personen die Kinderbetreuung oder die Begleitung und Betreuung von Menschen mit Behinderung aufgrund von Einrichtungsschließungen, Betretungsverboten oder Absonderung sicherstellen müssen, unabhängig von der Geltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite gelten soll und mithin entfristet wird.

Auch wenn gegenwärtig weder Schulschließungen noch die Aufhebung des Präsenzunterrichts geplant ist, sollte diese Fallkonstellation prophylaktisch als Entschädigungsgrund erhalten bleiben. Dies ist auch unschädlich, da die Regelung nur im Falle des Vorliegens der entsprechenden Voraussetzung zum Tragen käme.

Artikel 2: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 20i Absatz 1: Schutzimpfungen

Die Caritas begrüßt, dass die Schutzimpfmittel-Richtlinie des GBA durch die Erweiterung des Absatzes 1 Satz 3, nach der auch Schutzimpfungen mit zugelassenen Arzneimitteln erfolgen können, die nach dem Arzneimittelgesetz noch nicht zugelassen sind, sofern die STIKO die Impfung mit diesen Impfstoffen empfiehlt. Wichtig ist auch die vorgesehene Änderung des Absatzes 3 Satz 2, wonach die Ermächtigung für den Erlass und Änderungen der Impfv, TestV und

Schutzmaskenverordnung auch unabhängig von der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag bis zum 30. April 2023 verlängert werden kann.

§§ 111 und 111c: Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der stationären und ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an pandemiebedingte und andere durch bedrohliche Übertragungserkrankungen bedingte Sondersituationen

Es wird nachdrücklich begrüßt, dass die aufgrund der Coronapandemie geschaffene Möglichkeit der Vereinbarung von Vergütungen, die den Mindererlösen und Mehraufwendungen Rechnung tragen und die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen sicherstellen sollen, nunmehr entfristet werden soll und auch für andere epidemische Sondersituationen außerhalb der Coronapandemie gelten soll. Die aktuell vereinbarten Grundsätze sind gut geeignet und könnten - wie in der Vergangenheit bereits mehrfach geschehen - kurzfristig fortgeschrieben werden. Insofern ist die erneute Fristsetzung bis zum 31. Dezember 2022 nicht notwendig. Weiterhin gilt, dass das BMG nach § 111 Absatz 5 Satz 6 bzw. § 111c Absatz 5 Satz 6 die Rechtsverordnung zur „Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“, die mit Wirkung vom 19. März in Kraft getreten ist und gegenwärtig bis zum 30. Juni befristet ist, bis zum 23. September 2022 verlängern kann. Da die hier vorgesehenen Regelungen erst ab dem 24. September 2022 in Kraft treten sollen, würde ohne Verlängerung dieser Verordnung eine erhebliche Lücke in der pandemiebedingten Absicherung der Vorsorge- und Rehaeinrichtungen entstehen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich daher schon seit Wochen gemeinsam mit der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, dem Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha (CKR), der Caritas Suchthilfe (CaSu) und dem Katholischen Krankenhausverband (kkvd) für eine Verlängerung der Verordnung ein.

Die wirtschaftliche Lage der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist derzeit sehr angespannt; die Einrichtungen benötigen Sicherheit in Bezug auf die Finanzierung der pandemiebedingt weiterhin erforderlichen Mehraufwendungen, wie z.B. Testungen von Patient_innen und Besuchenden, Masken oder für Prozessanpassungen (z. B. Neuordnung der Speiseversorgung). Während der Hochphase von Omikron in den Varianten BA 1 und 2 kam es zu vielen Mindererlösen in Folge von erkrankungsbedingten Nichtanreisen oder Abbruch. Auch wenn sich die Versorgung gegenwärtig wieder stabilisiert, ist gerade mit Blick auf ansteigende Infektionszahlen eine Regelung notwendig, die eine wirtschaftliche Betriebsführung auch bei pandemiebedingten Mindererlösen sicherstellt.

Des Weiteren sollte der in § 111 und 111c SGB V verwendete Begriff der „übertragbaren Krankheit mit klinisch schweren Verlaufsformen und mit deren epidemischen Verbreitung zu rechnen ist“, im Infektionsschutzgesetz einheitlich verwendet werden. Auch die Verwendung dieser Begrifflichkeit in § 111 und 111c SGB V, die auf § 23 Absatz 1 Satz 1 verweist, ist daher mit der Begriffsbestimmung in § 2 Nummer 9 IfSG zu harmonisieren (vgl. auch Stellungnahme zu § 23 IfSG).

Änderungsbedarf

In § 111 Absatz 5 wird nach Satz 5 folgender Satz 6 eingefügt:

„Die nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 bereits für die Zeit bis zum 30.06.2022 vereinbarten Grundsätze sind fortzuschreiben.“

In § 111c Absatz 5 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Die in Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 bereits für die Zeit bis zum 30.06.2022 vereinbarten Grundsätze sind fortzuschreiben.“

§ 111 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 sowie § 111c Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sollen nicht geändert werden.

Weitergehender dringender Änderungsbedarf:

Neuer Artikel X:

Verlängerung der „Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ **bis zum 23. September 2022.**

§ 125b: Hygienezuschlag für die Heilmittelerbringenden

Die Caritas begrüßt, dass die Heilmittelerbringenden wie z.B. Physiotherapiepraxen, die pandemiebedingt einen höheren Bedarf an PSA, Mundschutz und Handschuhen haben, diesen geltend machen können. Hierfür wird eine Vereinbarungsregelung vergleichbar der Regelung für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entsprechend der §§ 111 und 111c SGB V geschaffen und die Sonderregelung soll auch für andere sich epidemisch ausbreitende übertragbare Erkrankungen als Corona künftig gelten.

Artikel 11: Änderung der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung

Die Caritas begrüßt, dass die Verordnung, die die Sicherstellung des medizinischen Bedarfs, z.B. für die Beschaffung von Impfstoffen und antiviralen Arzneimitteln bis zum 25.11.2023 verlängert wird. Das trägt der Tatsache Rechnung, dass die Pandemie noch nicht vorüber ist.

Artikel 13: Änderung der monoklonalen Antikörper-Verordnung

Da die vom BMG beschafften monoklonalen Antikörper-Arzneimittel noch nicht verbraucht sind, ist es sachgerecht, die Abgabe auch über den 25. November 2022 hinaus sicherzustellen. Andernfalls müssten die Arzneimittel vernichtet werden.

Artikel 14: Änderung der Coronavirus-Impfverordnung

Hohe Impfquoten sind weiterhin ein zentraler Schlüssel zur erfolgreichen Bekämpfung der Coronapandemie. Daher muss die Impfverordnung auch weiterhin in Kraft bleiben und entsprechend den ~~der~~ jeweiligen Anforderungen angepasst werden können. Eine Verlängerung bis zum 30. April 2023 ist daher sehr zu begrüßen.

C. Weitergehender Handlungsbedarf

Artikel X: Verlängerung von Maßnahmen der „Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (EpiGesAusSichV)

Mit dem Außerkrafttreten der epidemischen Lage von nationaler Tragweite am 25.11.2021 war gleichzeitig auch die Außerkraftsetzung der EpiGesAusSichV 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 EpiGesAusSichV zum 25.11.2022, was wir angesichts erwartbarer Entwicklungen der Pandemie im Herbst mit Sorge sehen. Doch selbst wenn sich das epidemische Geschehen 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.

Viele Maßnahmen der EpiGesAusSichV haben sich in der Pandemie bewährt und sollten darüber hinaus als „good practise“ verstetigt werden. Dies betrifft z.B. die digitale Unterrichtsgestaltung oder andere geeignete alternative Unterrichtsformate wie die Skill-Labs, die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, die Durchführung der staatlichen Prüfung, oder aber auch die Eignungs- und Kenntnisprüfung. Um diese Maßnahmen fortführen zu können, bitten wir um eine Verlängerung der EpiGesAusSichV.

Freiburg/Berlin, 28. Juni 2022
Eva M. Welskop-Deffaa

Präsidentin
Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakte

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Gesundheitspolitik, Pflege und Behindertenpolitik, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, Elisabeth.Fix@caritas.de