

Stellungnahme des Paritätischen Gesamtverbandes zu Formulierungshilfen für Änderungsanträge zum Entwurf 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. Aufgrund der äußerst knappen Fristsetzung, nimmt der Paritätische Gesamtverband im Folgenden nur zu einigen wesentlichen Punkten der Formulierungshilfe für Änderungsanträge zum Entwurf des COVID-19-SchG Stellung:

A – Allgemeine Vorbemerkungen

Der Änderungsantrag zu weiteren Schutzmaßnahmen (insbesondere den §§ 28a und 28b IfSG) ist aufgrund derzeit laufender Ressort- und Länderabstimmungen nicht Gegenstand der vorliegenden Änderungsanträge. Die Kabinetttbefassung des geänderten COVID-19-Schutzgesetzes ist für den 24. August 2022 angekündigt. Wir bitten daher um erneute Verbändebeteiligung nach dem 24. August 2022, wenn möglich, mit angemessener Rückmeldefrist.

Den Schutz vulnerabler Gruppen überwiegend 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.

Die neuen Regelungen des § 35 IfSG und § 150c SGB XI, mit denen der Infektionsschutz, Hygienemaßnahmen, Impfungen, Testungen und fakultativ medikamentöse Behandlung bei COVID-Erkrankungen abgesichert werden sollen, führen abermals bei Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur Frage, ob bei der Unterstützung und Würdigung der nunmehr jahrelangen Leistungen dieser Einrichtungen der richtige Maßstab angesetzt wird. Einerseits wird ein Aufgabenspektrum nochmals gesetzlich geregelt, welches die Einrichtungen grundsätzlich bereits erfüllen. Wenn dies der Konnotation und Hervorhebung dient, ist dies zumindest nachvollziehbar. Andererseits wird dazu – aber auch nur für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen – ein befristetes Bonussystem etabliert, das in quantitativer sowie bürokratischer Hinsicht und hinsichtlich der Zielbestimmung an dem tatsächlichen Bedarf vollständig vorbei geht und das es nicht vermag, alle im Fokus stehenden Einrichtungen einzubinden.

B – Stellungnahme zu ausgewählten Änderungsanträgen

Artikel 2 – § 20i SGB V

Der Paritätische begrüßt die Verlängerung der Verordnungsermächtigung des Bundesgesundheitsministeriums zur Corona-Impf- und Testverordnung bis zum 07. April 2023.

Artikel 5 – Artikel 23 Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Der Paritätische begrüßt die Verlängerung der Berechtigung zur Durchführung einer Schutzimpfung gegen COVID-19 durch Apotheker*innen, Zahnärzt*innen und Tierärzt*innen bis zum 07. April 2023.

Artikel 8 – Corona-Impfverordnung

Der Paritätische begrüßt die vorgenommenen Anpassungen einschließlich der Verlängerung der Verordnung bis zum 07. April 2023.

Zu Änderungsantrag 4 Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe

Artikel 1 – §§ 23, 23a, 35, 73, 74 IfSG (Änderungen des IfSG)

Zu § 35 IfSG (neu): Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe, Verordnungsermächtigung

Der neue § 35 soll eine Grundlage für nachhaltige Hygienekompetenz und Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe schaffen. Zu den vollstationären Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zählen aus dem Bereich der Pflege vor allem nach dem SGB XI zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen und aus dem Bereich der Eingliederungshilfe insbesondere besondere Wohnformen für Menschen mit Behinderung, aber auch betreute Wohngruppen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen. Als „vergleichbare Einrichtungen“ nach Nummer 3 sind insbesondere auch besondere ambulante Wohnformen wie Pflegewohngemeinschaften oder andere neue Wohnformen in die Umsetzung einbezogen.

Die Vorschrift soll insbesondere einen Handlungsrahmen für die unmittelbare Umsetzung wichtiger Elemente der Konzepte und der praktischen Arbeit in den Einrichtungen darstellen, um den Herausforderungen der SARS-CoV2-Pandemie im Herbst/Winter 2022/23 zu begegnen. Daher haben die Leitungen von voll- und teilstationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis einschließlich 7. April 2023 insbesondere sicherzustellen, dass die Umsetzung von im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 stehenden Regelungen und Maßnahmen zum Impfen, Testen und zu Hygieneanforderungen sowie die Unterstützung der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit antiviralen Therapeutika in der Einrichtung auf der Grundlage festgelegter Verantwortlichkeiten nach Satz 6 und Satz 7 vollzogen werden kann. Diese Aufgabe kann durch die Einrichtungsleitung selbst, aber auch durch Benennung von hierfür ausgewählten Beschäftigten – beispielsweise auch durch eine hygienebeauftragte Pflegekraft – wahrgenommen werden. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben soll von den hierfür benannten Koordinierungspersonen basierend auf den pflegfachlichen Hinweisen des Qualitätsausschusses nach Satz 8 erfolgen.

Zur Koordinierungsaufgabe im Bereich Impfen gehört insbesondere die regelmäßige Sichtung von Impfunterlagen der Bewohnerinnen und Bewohner, um Impflücken zu erkennen, die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, die von der Einrichtung versorgte Bewohnerinnen und Bewohner versorgen, und mit Impfzentren und Impfteams, um erforderliche Impfungen in die Wege zu leiten und Impfaktionen in der Einrichtung zu organisieren.

Im Bereich Testen setzen die Koordinierungspersonen das einrichtungsspezifische Testkonzept um, das auf der Teststrategie der Bundesregierung und den Empfehlungen des RKI basiert und die landesspezifischen Vorgaben berücksichtigt. Hierzu gehört insbesondere die Organisation der Testung von Bewohnern, von in der Einrichtung tätigen Personen sowie von Besuchspersonen.

Die Versorgung mit antiviralen Therapeutika meint in diesem Zusammenhang die Vornahme insbesondere organisatorischer Tätigkeiten, die beispielsweise bei einem Ausbruchsgeschehen in einer Einrichtung notwendig werden. So sind neben pflegenden Angehörigen oder auch die die Heimbewohnerinnen und -bewohner behandelnden Ärztinnen und Ärzte schnellstmöglich durch die Pflegeeinrichtung zu informieren, damit diese bei einem positiven Testergebnis die Versorgung mit antiviralen Therapeutika zügig einleiten können

Den Rahmen und die Grundlage für entsprechende Festlegungen stellen die Hygienepläne dar, zu deren Erstellung die Einrichtungen wie schon bisher verpflichtet sind. Die Umsetzung der Hygienemaßnahmen vor Ort soll sich insbesondere an den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts orientieren.

Um eine zügige und fachlich fundierte Umsetzung zu gewährleisten, soll der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Oktober 2022 pflegefachliche Verfahrenshinweise für diese Koordinierungsaufgaben in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erstellen.

Die Einrichtungen haben basierend auf den pflegefachlichen Verfahrenshinweisen zu dokumentieren, welche koordinierenden bzw. mit der Koordinierung zusammenhängenden Tätigkeiten durchgeführt bzw. – hinterlegt mit einer Begründung – nicht durchgeführt wurden.

Die Gesundheitsämter prüfen in den Einrichtungen vor Ort neben den Hygieneplänen auch die Festlegungen der Einrichtungen und deren Umsetzung im Rahmen ihrer infektionshygienischen Überwachung.

Nach Absatz 3 haben die Länder durch eine Rechtsverordnung nun auch im Pflegebereich Regelungen zur Hygiene und zum Infektionsschutz zu treffen. Diese richtet sich im § 23 nur an medizinische Einrichtungen. Neu ist dabei insbesondere die Möglichkeit zur Bestellung von hygienebeauftragten Pflegefachkräften in vollstationären Einrichtungen.

Der Paritätische weist erneut darauf hin, dass in den Qualitätsprüfungen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bereits auf die für diese Einrichtungen relevanten Empfehlungen der KRINKO nach § 23 Absatz 1 IfSG a. F. verwiesen wird.

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.

Die Verantwortung liegt in der Regel bei den Leitungen (PDL, Heimleitung). Alle Pflegeeinrichtungen verfügen über entsprechende Hygienepläne, die den Vorgaben des Arbeitsschutzes (TRBA 250, TRBA 255), den Empfehlungen der Berufsgenossenschaften einschließlich Gefährdungsbeurteilungen und ggf. den Regelungen der jeweiligen Bundesländer entsprechen. Geprüft wird das Vorhandensein und die Umsetzung der Hygienepläne von den Gesundheitsämtern, Berufsgenossenschaften, der Gewerbeaufsicht, den MDen bei den Qualitätsprüfungen und den Heimaufsichten bei den Begehungen. Auch Hygienebeauftragte sind etabliert - auch in fachlichen Standards im Rahmen des Qualitäts- und Hygienemanagements entsprechend den Vorschriften aus dem Heimgesetz und den Verordnungen des Landes. Es finden Schulungen in- und extern, Beratung durch externe Hygienefachberatung, regelmäßige Besprechungen von Hygienekommissionen träger- bzw. einrichtungsintern statt. Es erfolgen Überprüfungen in internen Audits und extern durch das örtliche Gesundheitsamt (ambulant nur stichprobenartig und anlassbezogen) und die Heimaufsicht.

Notwendig und richtig ist es daher aus unserer Sicht, künftig die unterstützenden Rahmenbedingungen zur Umsetzung vor Ort zu verbessern:

- Einheitliche Kriterien zur fachlichen Anforderung an Hygienebeauftragte und entsprechende vergleichbare (bundeseinheitliche) niederschwellige Schulungsangebote
- Klare Regelungen zu den Meldepflichten an die Gesundheitsämter und zeitnahe Reaktionen der Gesundheitsämter darauf
- Bei Bedarf zugehende Beratung durch Gesundheitsämter oder andere auf Landesebene zuständige Fachstellen
- Umfassende anpassbare praktikable Vorlagen zur Arbeitserleichterung – sofern notwendig – weitere Dokumente, idealerweise als Word-Dokument durch übergeordnete Fachstellen
- Einheitliche und praxisnahe Quarantäneregelungen
- Alle Neuerungen sollten mit ausreichend Vorlauf für eine Kommunikation und deren Umsetzung eingeführt werden.

Insofern ist mit aller Deutlichkeit klarzustellen, dass wiederum eine gesetzliche Normierung gerade im Bereiche Hygiene nicht bedeutet, dass es in diesen Einrichtungen bisher keine Hygienebeauftragte / keinen Hygienebeauftragten gibt bzw. kein Hygienemanagement betrieben wird.

Anzumerken ist ferner, 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 Komplex Testungen, Impfen, Schutzvorkehrungen, ärztliche Abstimmung und schließlich Hygienemanagement jetzt auch ausdrücklich im Infektionsschutzgesetz normiert werden sollen. Aber gerade im Bereich Hygiene zeigten die Expertisen zur Umsetzung eines Personalbemessungsinstruments in vollstationären Einrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM), die noch vor Ausbruch der Pandemie veröffentlicht wurden, dass die Einrichtungen faktisch zu wenig Personalkapazität bzw. Zeit für die Hygiene zur Verfügung haben. Dies konnte im Rahmen der Corona Pandemie nur durch Mehraufwände, die über den Pflege-Rettungsschirm refinanziert wurden, kompensiert werden. Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten im Übrigen leider nicht von einem Schutzschirm profitieren, sondern mussten die Mehraufwendungen für Hygiene mit den Kostenträgern einzeln verhandeln. Dies muss sich ändern. In der Regel wird bis heute seitens der Kostenträger keine Freistellung für Hygienebeauftragte akzeptiert. Dies ist spätestens für den Pflegebereich seit den Ergebnissen aus PeBeM nicht mehr haltbar. Wir 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. Dass die Sonderleistungen für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher

Aufgaben nach diesen Regelungen in § 150c SGB XI diesbezüglich eine Kompensation bringen sollen, ändert nichts an dieser Tatsache – auch weil § 150c SGB XI befristet ist. Das Grundproblem bleibt bestehen. Abgesehen davon geht die Ausgestaltung des § 150c SGB XI aus Paritätischer Sicht nicht in die richtige Richtung (s.u.).

Wir sind der festen Überzeugung, dass Pflege- wie auch Eingliederungshilfeeinrichtungen 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.

Ohne Pflege-Rettungsschirm (und auch nach Beendigung der beabsichtigten Sonderregelungen gem. § 150c SGB XI) wird die Berücksichtigung von Mehraufwendungen für Hygiene im Bereich der Langzeitpflege in Zukunft wieder 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. Die gesetzliche Normierung von Hygienthematen zieht zwangsläufig einen einrichtungsbezogenen, angemessenen „Hygienezuschlag“ nach sich, der allen Einrichtungen schnell, unbürokratisch und ohne Belastung der Eigenanteile Pflegebedürftiger aus Mitteln der GKV/SPV zugehen muss. Freilich muss sich dies auch auf den ambulanten Bereich beziehen. Durch die explizit erwähnte Möglichkeit zur Einbindung der Pflegefachkräfte in das Impfgeschehen wird das Aufgabenspektrum nochmals erweitert. Grundsätzlich kann diese Vorgehensweise sehr sinnvoll sein, wenn es mit einem neuen Impfstoff in der Fläche zu einer breit angelegten Kampagne kommt. Abhängigkeiten von mobilen Impfteams reduzieren sich zumindest, Prozesse werden beschleunigt. Ein gesondertes Vergütungssystem für eine derartige Einbindung muss nicht erforderlich sein, wenn die Überlegungen dazu in den o.g. Hygienezuschlag bzw. auch in den Sonderregelungen nach §

150c SGB XI (neu, s.u.) enthalten sind. 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 in beiden Bereichen und unbedingt dauerhaft 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, weshalb die Regelungen nicht für die ambulanten Pflegedienste getroffen werden sollen? Zudem ist unklar, wie die beabsichtigte Regelung damit korrespondieren soll, wonach 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.

Änderungsbedarf:

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

Artikel 3 – §§ 114, 150c SGB XI (Änderungen des SGB XI)

§ 150c SGB XI (neu): Sonderleistung für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Absatz 1 IfSG

Auf Grundlage festgelegter Verantwortlichkeiten sollen die Einrichtungen die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Vorgaben zu Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem Impfen (theoretisch auch die Durchführung – ärztliche Aufklärung ausgenommen), zum Testen und zur Unterstützung der Versorgung von stationär versorgten Pflegebedürftigen mit antiviralen Therapeutika im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 7. April 2023 sicherstellen. Befristete Sonderleistungen sollen Beschäftigten im Sinne eines Koordinierungsbonus einen Anreiz bieten, für einen befristeten Zeitraum zusätzliche Aufgaben zu übernehmen.

Sofern die Umsetzung nicht durch die Einrichtungsleitung selbst erfolgt, sondern in der Verantwortung einer oder mehrerer ausgewählter Mitarbeitenden – beispielsweise einer zu Hygieneanforderungen bereits beauftragten Pflegekraft – steht, hätte die stationäre Pflegeeinrichtung nach Absatz 1 dafür Sorge zu tragen, diesen

benannten und beschäftigten Beauftragten im Zeitraum von 1. Oktober 2022 bis 7. April 2023 einen so genannten Koordinierungsbonus regelhaft auszuzahlen.

Anspruch auf Bonuszahlung haben mit Ausnahme der Leitung der Einrichtung jeweils die in der Pflegeeinrichtung beschäftigten Personen, die dort nachweislich mit den Aufgaben nach § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 IfSG betraut worden sind. Den Pflegeeinrichtungen werden daher monatlich 750 Euro von den Pflegekassen zur entsprechenden Weitergabe an diese Personen ausgezahlt. Werden von einer Pflegeeinrichtung mehrere Personen mit den Aufgaben nach § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetz verantwortlich beauftragt, ist der Koordinierungsbonus unter diesen angemessen aufzuteilen.

Die zugelassenen voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen haben die von den Pflegekassen erhaltenen Koordinierungsboni unverzüglich, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung an die gemäß § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 IfSG benannten und beauftragten Personen weiterzugeben. Diese Boni sind diesen in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszuzahlen. Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung gegen die Mitarbeitenden ist ausgeschlossen.

Im Weiteren wird ausführlich geregelt, was Pflegeeinrichtungen zu unterschiedlichen Fristen zu melden bzw. anzuzeigen haben, zu welchen Zeitpunkten die Pflegekassen jeweils aktiv werden müssen und Leistungen zahlen und wie diese wiederum vom Bund entsprechende Ausgleichszahlungen für dieses Sonderprogramm erhalten. Neben den mit den Koordinierungsaufgaben nach § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetz betrauten Beschäftigten sollen auch die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen für die im Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben gemäß § 35 Absatz IfSG entstehenden Aufwendungen eine finanzielle Unterstützung erhalten. Vorgesehen ist eine befristete monatliche Zahlung in Höhe von 250 Euro von den Pflegekassen an diese Pflegeeinrichtungen entsprechend des in Absatz 3 geregelten Verfahrens.

Grundsätzlich sieht der Paritätische in dem in § 150c SGB XI vorgesehenen Koordinierungsbonus eine richtige Weichenstellung hin zu der dringend erforderlichen pandemieunabhängigen Anerkennung des im PeBeM festgestellten zusätzlichen Personalbedarfs für Hygieneverantwortliche, der regelhaft nicht mehr in den pflegegradabhängigen Personalanhaltswerten für Pflege und Betreuung enthalten sein sollte.

Die vorliegende Regelung sieht vor, dass jede Einrichtung – mit entsprechender Aufteilung für die koordinierenden Personen und für den Overhead – 1000 Euro monatlich aus der Pflegekasse zur Verfügung gestellt wird. Die meisten Pflegeeinrichtungen verfügen nicht über eine hygieneverantwortliche Person, sondern über mehrere

verantwortlichen Personen. Dem trägt auch der Referentenentwurf Rechnung, indem er den Einrichtungen in § 150c Absatz 2 Satz 3 aufgibt, den entsprechenden Betrag von 750 Euro unter den verantwortlichen Beschäftigten „angemessen“ aufzuteilen. Dies wird in den Einrichtungen zu hoher Unzufriedenheit führen, vor allem, da sich in der Pandemie alle Mitarbeitenden dem Hygieneschutz verpflichtet fühlen. Der gewählte Bonusansatz ist zudem abermals bürokratisch und führt nicht dazu, dass Einrichtungen Kapazitäten „aufbauen“ können. Das Misstrauen gegenüber den Einrichtungen scheint so groß, dass jeder Cent minutiös in ein umfassendes und viele Personen beschäftigendes Nachweisgeschäft eingebunden wird. Wie dieses Vorgehen bewertet werden kann, wird insbesondere dann deutlich, wenn man auf die großzügigen und bürokratiearmen Bonuszahlungen für Apotheken zur Abgabe von Paxlovid® blickt: Bis zu 30 Euro zur Abgabe jeder einzelnen Bestellung – und zwar, ohne dass es eines überbordenden und personengebundenen Nachweisgeschäftes braucht. Die Unverhältnismäßigkeit wird hier offensichtlich. Das Bonussystem in der Pflege geht am Bedarf vorbei. Schließlich geht es hierbei um Maßnahmen, welche die Pflegeeinrichtungen bereits durchführen. Hierfür bedarf es – insbesondere nach Wegfall des Pflege-Rettungsschirms – eines unbürokratischen Zuschlages.

Legt man zudem einen Bruttostundenlohn von 60 Euro zugrunde und löst man sich vom Gedanken des Bonus, können pro Monat mit diesem Betrag 12,5 Stunden und pro Woche somit 3 Stunden finanziert werden. Das ist für viel zu wenig. Der Änderungsantrag berücksichtigt dabei in keiner Weise die Größe der Einrichtungen, die zwischen 20 Plätzen und 150-200 Plätzen variieren kann. Es ist daher nicht hinnehmbar, dass hygieneverantwortliche Pflegekräfte in kleineren Einrichtungen gegenüber solchen in großen Einrichtungen erheblich bevorzugt würden.

Der Koordinierungsbonus bildet die tatsächlichen Kosten für den pandemiebedingten Mehraufwand, die bislang durch den Schutzschirm refinanziert werden konnten, in keiner Weise ab, sondern stellt einen weiteren Akt von Symbolpolitik dar, der zudem Unzufriedenheit in den Einrichtungen erzeugen wird. Die Summe von 1000 Euro monatlich sollte daher stattdessen, skaliert nach Anzahl der Plätze pro Einrichtung, den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, um wenigstens einen Bruchteil des erhöhten hygienebedingten Personalmehraufwands finanzieren zu können.

Eine sehr zurückhaltende Schätzung für den Mehraufwand für pandemiebedingte Hygienemaßnahmen führt zur Annahme, dass dieser mit 1 Stunde pro Tag pro 10 Bewohnenden veranschlagt werden muss. Diese Größenordnung dient an dieser Stelle einer gewissen Einordnung, die mit Sicherheit niemand in Frage stellen würde. Tatsächlich ist davon auszugehen, dass der Aufwand wesentlich größer ist.

Bezogen auf die 818.717 vollstationär versorgten pflegebedürftigen Menschen, die an 30,42 Tagen im Jahr versorgt werden müssen, ergäbe sich bei einem

Bruttostundensatz von 60 Euro monatlich eine Summe von ca. 14,6 Mio. Euro bzw. ca. 90 Mio. Euro für den hier gewählten Bemessungszeitraum von 1. Oktober 2022 bis zum April 2023 alleine für alle stationären Pflegeeinrichtungen. Die Höhe des konkreten Zuschlags hinge bei diesem Modell von der Größe der Einrichtung ab.

Bleibt der Gesetzgeber beim individuellen Bonusmodell, wäre eine Staffelung nach Einrichtungsgröße unerlässlich – aber auch die bürokratischen Folgen wären dann zu bedenken.

Im Übrigen muss es nach Auslaufen des Programms ab Mai 2023 eine flächendeckende Berücksichtigung der Freistellung und somit auch der Refinanzierung dieser Personen für die skizzierten Aufgaben geben, was vertraglich zu Regeln ist. Besser noch wäre eine Regelung außerhalb des Pflegesetzes.

Zum Schluss stellt sich die Frage, weshalb in § 35 IfSG auch explizit ambulante Pflegestrukturen umfasst, diese jedoch auf der Ebene von Boni oder Zuschlägen gar keine Rolle spielen sollen. Dies ist ein Schlag ins Gesicht der Pflegedienste und ihrer Mitarbeitenden. Wir fordern, dass hier der gleiche Maßstab angesetzt wird, denn auch sie führen die Leistungen durch und haben das Problem der Refinanzierung. Abermals ist auch offen, wie in diesem Kontext mit den Einrichtungen im Bereich der Eingliederungshilfe umgegangen werden soll. Hier muss es zu einer adäquaten Lösung hinsichtlich der Anerkennung und Refinanzierung der Leistungen kommen.

Änderungsbedarf:

Der neue § 150c wird gestrichen.

In einem neuen § 150c wird die Finanzierung der genannten Aufgaben im Sinne von Zuschlägen wie o.g. außerhalb des Pflegesetzes für alle Pflegeeinrichtungen geregelt.

Zu Änderungsantrag 5

Artikel 2 – §§ 45, 221a SGB V

Der Paritätische begrüßt die Verlängerung der Regelungen zur Inanspruchnahme von Kinderkrankengeld im Falle von Betreuungsbedarf auch bei nicht-erkrankten Kindern bis zum 07. April 2023.

Zu Änderungsantrag 6

Artikel 2 – §§ 85a, 111, 111c, 125b SGB V

Der Paritätische begrüßt die Verstärkung der Regelungen zur coronabedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausdrücklich. Laut Änderungsantrag haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen jedoch im Zeitraum der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 Absatz 1 IfSG an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Hier regt der Paritätische dringend an, diese Rechtsgrundlage nicht auf die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gem. § 5 Absatz 1 IfSG zu begrenzen, da wir trotz derzeit bereits hohen und für den Herbst prognostizierten weiter steigenden Zahlen nicht von einer Feststellung ausgehen. Die coronabedingten Mehrausgaben und Mindereinnahmen insbesondere von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind auch abseits einer festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite für eine Vielzahl an Einrichtungen eine betriebswirtschaftlich existenzbedrohende Herausforderung, der es entsprechend Rechnung zu tragen gilt.

Änderungsbedarf:

§ 111 Absatz 5 Satz 5 sowie § 111c Absatz 3 Satz 5 werden wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen ~~im Zeitraum der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes an diese Sondersituation~~ für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum ~~31. März 2021~~ **7. April 2023** an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.

Zu Änderungsantrag 10

Artikel 6a – § 18 Arb-SchG

Der Paritätische begrüßt die Verlängerung der Verordnungsermächtigung für die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung im Arbeitsschutzgesetz bis zum 07. April 2022.

Berlin, den 19.08.2022

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

Kontakt

gesundheit@paritaet.org

altenhilfe@paritaet.org