

Eva Welskop-Deffaa
Präsidentin

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
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 25.8.2022

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stär- kung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personen- gruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) BT-Drs. 20/2573

A. Zusammenfassung und einleitende Bemerkungen

Der Deutsche Caritasverband übermittelt fristgerecht seine Stellungnahme zum Entwurf von Formulierungshilfen für Änderungsanträge zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor Covid 19, die er gemeinsam mit seinen Fachverbänden Katholischer Krankenhausverband (kkvd), Verband Katholischer Altenhilfe (VKAD), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha, Caritas Suchthilfe (CaSu), Bundesverband Caritas Kinder- und Jugendhilfe (BVKE), Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e.V. (SkF), Sozialdienst katholischer Männer (SKM), der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (KAGW), der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft Straffälligenhilfe im Deutschen Caritasverband (KAGS) sowie dem Katholischen Forum Leben in der Illegalität und der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, abgibt.

Aufgrund der sehr kurzfristigen Zuleitung der 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. Die Kurzfristigkeit von Beteiligungsverfahren, die in den ersten Monaten der Pandemie erklärlich war und im Einvernehmen genutzt und gestaltet wurde, um trotz der großen Herausforderungen gute Lösung zu finden, ist nun – mehr als zwei Jahre nach Beginn der Covid 19-Pandemie – nicht mehr erklärbar. Sie schwächt das demokratische Verfahren, belastet die zu beteiligenden Verbände und das gesetzgeberische Vorhaben als solches.

In der zusammenfassenden Bewertung der Änderungsanträge sind folgende Punkte besonders hervorzuheben:

- Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der Rehaschutzschirm in Form der Möglichkeit von Vergütungsvereinbarungen, die den pandemiebedingten Mehraufwänden und Mindererlösen Rechnung tragen, wiederaufleben soll. Durch das Auslaufen dieser Regelungen zum 30. Juni d.J. sind den Einrichtungen aufgrund des dynamischen

Infektionsgeschehens im Sommer bereits erhebliche Finanzierungslücken entstanden. Es ist nicht absehbar, dass die Covid-bedingten Belastungen im Herbst überwunden sein werden, so dass diese Regelung dringend benötigt wird. Allerdings soll sie nur gelten, wenn der Bundestag die epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG festgestellt hat. Grundsätzlich ist eine Verknüpfung des Schutzschilds mit dem Infektionsgeschehen richtig. Eine unmittelbare Verknüpfung mit der „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ erscheint allerdings zu eng, da die Kriterien für die „nationale Tragweite“ in den letzten Monaten sehr unterschiedlich beschrieben und ausgelegt wurden. In diesem Lichte betrachtet erscheint es vielen Einrichtungen ungewiss, ob der Bundestag diese Feststellung bei starkem Ausbruchsgeschehen überhaupt treffen wird; entsprechend ist zu befürchten, dass diese gut gemeinte Regelung vollständig ins Leere läuft. Das würde die Existenz der Einrichtungen gefährden. Die Regelung ist daher unabhängig vom Vorliegen der genannten Feststellung bis zum 7. April 2023 zu verlängern. Die bestehenden Rahmenempfehlungen zu Grundsätzen für eine Berücksichtigung der Corona-Sondersituation haben sich bewährt und sollten fortgeschrieben werden; eine erneute Beschränkung bis zum 31. Dezember 2022 ist daher nicht sinnvoll und bindet unnötig Verhandlungsressourcen.

- Für die Pflegeeinrichtungen und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe wird das Hygienemanagement, das ordnungs- wie leistungsrechtlich bereits heute von den entsprechenden Prüfinstanzen kontrolliert wird, in § 35 IfSG kodifiziert, was die Caritas begrüßt. Der Deutsche Caritasverband ist der festen Überzeugung, dass es nur der exzellenten Arbeit und dem hohen Einsatz - bis weit über die Grenzen der Belastbarkeit der Mitarbeitenden hinaus – namentlich in den Pflegeeinrichtungen sowie den Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu verdanken ist, dass das Infektionsgeschehen in den Einrichtungen trotz hoher Inzidenzen schnell eingedämmt werden konnte und dies zu einer Zeit, in der es weder Masken noch Tests noch Impfstoffe gab. Bislang konnten Mehraufwendungen für Hygiene im Bereich der Pflege über den Pflegeschutzschirm nach § 150 SGB XI finanziert werden. In der Eingliederungshilfe gab es vergleichbare Kompensationen nicht. Diese Ungleichgewichtigkeit spiegelt sich auch in den vorliegenden Änderungsanträgen wider, wenn die Pflegeeinrichtungen, jedoch nicht die Einrichtungen der Eingliederungshilfe Sonderzahlungen für das zusätzliche Hygienemanagement erhalten sollen. Das als individueller Bonus ausgestaltete Modell der Sonderzahlungen für zusätzliche Hygienemaßnahmen in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 150c SGB XI bewertet die Caritas jedoch kritisch. Da nicht nur hygienebeauftragte Personen, sondern alle Mitarbeitende in der Pandemie erhebliche Zusatzaufgaben durch das Hygienemanagement bewältigen mussten, wird die Verteilung des Bonus in den Einrichtungen zu hoher Unzufriedenheit führen. Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, sollte der Bonus einrichtungsbezogen und gestaffelt nach Größe der Einrichtung ausgezahlt werden. Weitaus wichtiger ist es, das Hygienemanagement in der Pandemie und unabhängig davon in der Personalbemessung zu verankern, die Hygieneverantwortlichen freizustellen und bei der Finanzierung zu gewährleisten, dass durch die zusätzlichen Personalaufwendungen die Eigenanteile im vollstationären Bereich nicht weiter steigen.
- Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Verankerung von spezifischen Schutzmaßnahmen für vulnerable Personengruppen in § 28b IfSG. Nachbesserungsbedarf sieht er

allerdings in der verpflichtenden Masken- und Testpflicht nicht nur in Rehaeinrichtungen, sondern auch in Vorsorgeeinrichtungen, wie z.B. denen des Müttergenesungswerks. Des Weiteren sollten Selbsttests als negativer Testnachweis nicht nur in ambulanten Pflegediensten, sondern auch in stationären Pflegeeinrichtungen weiterhin möglich sein, um Zeit für die Versorgung zu sparen und das Infektionsrisiko noch mehr zu minimieren. Die Caritas begrüßt die Normierung von Testungen in den Obdachlosen- und Wohnungsloseneinrichtungen, den Geflüchteteinrichtungen, Massenunterkünften und Justizvollzugsanstalten sehr. Die Testpflichten sollten jedoch auch Frauenhäuser, Gemeinschaftseinrichtungen für Mutter/Vater und Kind nach § 19 SGB VIII, Gewaltschutzwohnungen für Männer, sowie ambulante und stationäre Einrichtungen der Hilfe zur Erziehung umfassen. Maskenpflichten in Gemeinschaftsunterkünften wie Obdachlosenunterkünften und Geflüchteteinrichtungen sieht die Caritas als sinnvoll an, sie müssen sich jedoch auf gemeinschaftlich genutzte Flächen beschränken und dürfen nicht den Wohn- und Schlafraum der Menschen umfassen, denn die Einrichtungen sind auch Lebenswelten.

- Die Caritas begrüßt nachdrücklich die Verlängerung des Maßnahmenbündels für die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Sehr bewährt haben sich die Regelungen zur Erhöhung der Tage für die Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgelds, die flexible Verwendung des Entlastungsbetrags für Pflegebedürftige des PG 1 sowie die Flexibilisierung der Regelungen zur Pflegezeit und Familienpflegezeit. Die Caritas setzt sich für eine Verstetigung letztgenannter Regelungen im Rahmen einer einheitlichen Pflegekarenz ein. Auch die Fortgewährung der Sonderregelungen zum verlängerten Kinderkrankengeld und der Entschädigungsregelungen nach § 56 IfSG begrüßt die Caritas ebenso wie die Klarstellung, dass der Urlaubsanspruch der Arbeitnehmenden bei behördlicher Anordnung von Absonderung nicht verfällt.
- Nachsteuerungsbedarf sieht die Caritas bei der Umsetzung der Regelungen zum Pflegebonus: So fehlt es an einer klaren Verfahrensregelung, die es Auszubildenden mit einem Ausbildungsvertrag mit einem Krankenhausträger ermöglicht, in den Genuss des Bonus zu kommen, wenn sie Pflichteinsätze in der ambulanten und stationären Langzeitpflege absolviert haben. Diese Lücke gilt es dringend zu schließen. Um diese Auszubildenden nicht zu benachteiligen, muss eine Sonderfrist für die Beantragung des Bonus gewährt und gesetzlich normiert werden.

B. Zu den Regelungen des Kabinettsentwurfs 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 Genesenenquote.

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

Dem Grundsatz der Subsidiarität folgend unterstützt der kkvd Versorgungsentscheidungen auf regionaler Ebene als der Ebene der sach nächsten Einheit. Umso mehr als nur dort 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 bußgeldbewehrten bundeseinheitlichen Meldesystems kritisch. 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. Deutscher Caritasverband und kkvd setzen sich generell für Maßnahmen ein, mit Hilfe derer die betroffenen Krankenhäuser aufwandsarm zur Schaffung notwendiger praxistauglicher Transparenz als Entscheidungsgrundlage für Versorgungsentscheidungen beitragen können. Eine auch in nicht-pandemischen Zeiten bundeszentrale Datenerhebung und Meldepflicht erfüllt diese Kriterien nicht.

Die vorgeschlagene Norm halten wir nach wie vor für nicht ausreichend konkretisiert. Dies gilt erst recht, wenn die Nichtmeldung, wie im Änderungsantrag 2 Nr. 4 vorgesehen, den Tatbestand einer bußgeldbewehrten Ordnungswidrigkeit erfüllen soll. Der Zweck der Datenübermittlung sollte konkretisiert werden. Der derzeit pauschal in Absatz 1 genannte Zweck der „Auslastung der Krankenhauskapazitäten“ grenzt die Verordnungsermächtigung nicht ausreichend ein und macht nicht deutlich, welche Maßnahmen das Robert-Koch-Institut aufgrund der Information über die Auslastung ergreifen soll. Insoweit ist es nicht möglich zu überprüfen, ob der Inhalt der nach Abs. 8 erlassenen Verordnung verhältnismäßig ist.

Änderungsbedarf

Streichung der Regelung

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

§ 22a sieht die Streichung des Anspruchs auf Ausstellung eines digitalen Impf-, Genesenen – oder Testzertifikats vor, wenn nationale oder europäische Regelungen, wie z.B. die Impfverordnung oder die Reiseverordnungen dies nicht vorschreiben. Die Caritas lehnt diese Neuregelung entschieden ab. Die Erfassung des Impf-, Genesenenstatus 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 digitale Informationen insbesondere über den Impf- oder Genesenenstatus als Voraussetzung für den Zugang zu der Einrichtung erlangen können. Das Infektionsgeschehen wird voraussichtlich dynamisch bleiben. Der Anspruch auf digitale Bescheinigung des Impf- oder Genesenenstatus muss daher erhalten bleiben.

Änderungsbedarf

Streichung der Neuregelung

§ 23 Absatz 1: Erweiterung der Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention auf Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe

Die Caritas begrüßt, dass sich die Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention künftig nicht nur auf die medizinischen Einrichtungen, sondern auch auf die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe erstrecken sollen. Dabei 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 § 23 Absatz 1 Satz 3 beteiligt werden. Dies kann im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens erfolgen.

Änderungsbedarf:

„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.“

C. Änderungsanträge

Änderungsantrag 3: Impfnachweise

§§ 20, 20a IfSG: Echtheit oder inhaltliche Richtigkeit des Immunitätsnachweises gegen Masern oder Covid 19

Die Caritas hat sich immer dafür ausgesprochen, dass Aussagen zur Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des Impfnachweises nur von Personen getroffen werden können, die über entsprechende Kompetenzen verfügen. Dazu zählen beispielsweise nicht die Einrichtungsleitungen beispielsweise von Kindertagesstätten oder bei anderen Einrichtungen, entgegen der bestehenden gesetzlichen Verpflichtung. Daher begrüßt die Caritas die Ergänzung, dass Personen, die über die entsprechenden Kompetenzen verfügen, nun bei Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit verpflichtet werden, die Auskünfte über die Tatsachen des Nachweises zu geben, Unterlagen vorzulegen oder Einsicht zu gewähren.

§ 20i Absatz 3 Satz 2 SGB V: Verlängerung der Verordnungsermächtigungen für Testen, Impfen, Schutzmaßnahmen und Anspruch von Nichtversicherten in der GKV auf die Covid-19 Schutzimpfung

Die Caritas begrüßt, dass das BMG auch ohne Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gemäß § 5 IfSG bis zum 7. April 2023 ermächtigt wird, die Impfverordnung, Testverordnung und Schutzmaskenverordnung zu verlängern. Sehr wichtig und richtig ist, dass auch Nichtversicherte in der GKV weiterhin Anspruch auf die Schutzimpfung gegen Covid 19 haben. Verlängert wird auch die hälftige Finanzierung der Impfzentren und der mobilen Impfteams aus Bundesmitteln. Der Einsatz der mobilen Impfteams hat sich insbesondere in den Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe, aber auch als Maßnahme der Steigerung der Impfbereitschaft bewährt, sodass deren Finanzierung ebenso wie die der Impfzentren auch weiterhin sichergestellt bleiben muss.

Änderungsantrag 4: Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe

§ 35 IfSG: Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe

In den Qualitätsprüfungsrichtlinien 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. Die Caritas begrüßt, dass die Hygienemaßnahmen mit dem Änderungsantrag nicht mehr nur auf den Stand des medizinischen Wissens, sondern explizit auch der Pflegewissenschaften abstellen. 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 die hier vorgenommene 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 sind, 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 und auch die Eingliederungshilfeeinrichtungen 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 grundsätzlich ändern, auch unabhängig vom gegenwärtigen pandemischen Geschehen. 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. 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 auch ihre Finanzierung sicherzustellen.

Die Pandemie hat wie unter dem Brennglas gezeigt, dass bei aktivem 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 ausgelaufenen Pflege-Rettungsschirm nach § 150 SGB XI zu verdanken, dass die erheblichen personellen und sächlichen Mehraufwendungen, die den Einrichtungen allein im Zusammenhang mit der Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen entstanden sind, auch geschultert werden konnten.

Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten leider nicht von einem solch komfortablen Schuttschirm profitieren, sondern mussten die Mehraufwendungen für Hygiene mit den

Kostenträgern einzeln verhandeln. Nun wird mit dem neuen § 150c SGB XI in den stationären Pflegeeinrichtungen eine Sonderzahlung statuiert, nicht jedoch in der Eingliederungshilfe und in der ambulanten Pflege. Diese Ungleichbehandlung ist nicht nachvollziehbar und bedarf einer dringenden Korrektur.

Der Deutsche Caritasverband ist 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. Die Caritas stellt damit die exzellente Arbeit und den hohen Einsatz der Pflege-, Betreuungs-, Hauswirtschafts-, Verwaltungs- und Leitungskräfte in den Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen heraus, der es zu verdanken ist, 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 allein durch die richtige Umsetzung von Hygienemaßnahmen Coronainfektionen in Einrichtungen hätten verhindert werden können. Es ist jedoch zu konstatieren, dass auch die besten Hygieneschutzkonzepte dort keinen hundertprozentigen Schutz garantieren können.

Gegenüber dem Entwurf der Änderungsanträge sind in der Kabinettsfassung nun in Absatz 1 Satz 7 die Aufgaben der hygieneverantwortlichen Personen präzisiert worden. Danach müssen die benannten Personen die Hygieneanforderungen gemäß den Empfehlungen der Kommission sowie Organisations- und Verfahrensabläufe beim Impfen und Testen ihrer Bewohner_innen und Gäste sicherstellen. Die Regelung bezieht sich alle Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2. Das bedeutet, dass auch die Tagespflege nach dem SGB XI sowie z.B. WfbM von dieser Regelung umfasst wären. Den Einbezug der teilstationären Einrichtungen in die Regelungen zum Impfen nach Satz 7 Nummer 2a lehnt der Deutsche Caritasverband ab. Denn die Tagespflegegäste leben im häuslichen Bereich. Ihre Impfungen werden durch ihre jeweiligen Hausärzte außerhalb der Einrichtungen durchgeführt. Damit unterscheidet sich ihre Impfsituation grundlegend von der der in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen. Ähnliches gilt auch für die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Die dort arbeitenden Menschen kommen teilweise aus der eigenen Häuslichkeit, teilweise leben sie in besonderen Wohnformen. In jedem Fall kann die WfbM nicht für die Sicherstellung des Impfstatus verantwortlich gemacht werden. Nummer 2a ist daher auf vollstationäre Einrichtungen bzw. besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe und mithin auf Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu begrenzen. Auch ist klarzustellen, dass die Mitarbeitenden in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nicht verpflichtet werden sollten, die niedergelassene Ärzte und mobilen Impfteams praktisch bei der Durchführung der Impfungen zu unterstützen, da sie nur in begrenzterem Umfang über Pflegekräfte in ihrer Einrichtung verfügen.

Die Allgemeinverfügung zum Bezug und zur Anwendung monoklonaler Antikörper und zum Bezug und zur Abgabe antiviraler, oral einzunehmender Arzneimittel gegen COVID-19 verpflichtet die vollstationären Pflegeeinrichtungen ausdrücklich nicht zur Bevorratung von Paxlovid, was die Caritas als sachgerecht ansieht, sondern ermöglicht die Abgabe von bis zu 5 Packungen

Paxlovid bzw. 10 Packungen bei einer Platzzahl von mehr als 150. Daher sollte in Absatz 1 Satz 7 Nummer 3 auch vorgesehen werden, dass die Regelung nur greift, falls Paxlovid bevorratet wird.

Für den Bereich der Pflege soll der Qualitätsausschuss Pflege die fachlichen Grundlagen und Verfahrensweisen für die Koordinierungsaufgabe in den voll- und teilstationären Einrichtungen regeln. Die fachlichen Grundlagen und Verfahrensweisen sollen unserer Ansicht nach dazu dienen, die bisherigen Konzepte und Verfahren der Einrichtungen und Dienste wiederzugeben, zu überprüfen und ggf. anzupassen sowie deren Umsetzung zu unterstützen. Hier ist zwingend darauf zu achten, dass sich der Dokumentations- und Nachweisaufwand im Vergleich zum Status quo keinesfalls erhöht. Darauf ist der Gesetzesbegründung hinzuweisen.

Der Deutsche Caritasverband weist darüber hinaus darauf hin, dass die mit 14 Tagen bemessene Frist des 1. November 2022 zur Umsetzung der vom Qualitätsausschuss mit Zustimmung des BMG erstellten Grundlagen und Verfahrenshinweise für die Aufgaben der Hygieneverantwortlichen sehr kurz bemessen ist. Für die Umsetzung sollte eine Frist bis zum 15. November 2022 eingeräumt werden.

Kritisch gesehen wird von der Caritas, dass mit dem Kabinettsentwurf und den hier vorliegenden Änderungsanträgen die ambulanten Intensivpflegedienste sowohl aus § 20a als auch aus § 23 IfSG ausgenommen wurden, mit der Begründung einer Neuregelung in § 35 IfSG. Die Caritas lehnt ab, dass sich nach § 35 Absatz 1 Satz 5 die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege erbringen, auch auf Orte, an denen Intensivpflege erbracht wird, erstreckt. Die ambulanten Intensivdienste werden nach Satz 6 verpflichtet, Namen und Kontaktdaten der von ihnen auch im Privathaushalt versorgten Personen sowie ggf. ihrer gesetzlichen Vertreter_innen auf Anforderung dem Gesundheitsamt mitzuteilen. Diese Regelung lehnt die Caritas vehement als - auch datenschutzrechtlich - hochbedenklichen Eingriff in die Privatsphäre der Patient_innen ab. Die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 sind bei allen ambulanten Diensten nur im Rahmen ihrer Leistungserbringung beachtlich. Somit kann, darf und will der Pflegedienst nicht die Verantwortung dafür übernehmen und kontrollieren, dass die infektionshygienischen Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit eines Privathaushalts oder einer WG sowie in der Schule oder am Arbeitsplatz des Versicherten eingehalten wurden. Zudem hat ein ambulanter Intensivpflegedienst – wie jeder andere ambulante Pflegedienst auch – keinerlei Einfluss auf die infektionshygienischen Bedingungen vor Ort. § 35 Absatz 1 Sätze 5 und 6 sind im Ergebnis zu streichen und der ursprüngliche Regelungsort in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 ist zu restituieren.

Noch in der Entwurfsfassung der Änderungsanträge war eine Refinanzierung der pandemiebedingten Sonderleistung durch den Bund vorgesehen, diese ist im Kabinettsentwurf entfallen. Der Deutsche Caritasverband spricht sich dafür aus, diese pandemiebedingte Sonderleistung ebenso wie den Corona-Pflegebonus als gemeinschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln zu refinanzieren, zumal die Pflegeversicherung in schwerem finanzpolitischem Fahrwasser ist.

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 sind die Sätze 5 und 6 (ambulante Intensivpflegedienste) zu streichen.

Satz 7 ist wie folgt zu formulieren:

„Die benannten Personen stellen die Einhaltung folgender Maßnahmen sicher:

1. Von Hygieneanforderungen unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Satz 2 und der Hygienepläne nach Satz 3,
2. 2. Von Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem
 - a. Impfen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 von Bewohnern ~~sowie Gästen~~, insbesondere die regelmäßige Kontrolle des Impfstatus sowie der organisatorischen und **in vollstationären Pflegeeinrichtungen** der praktischen Unterstützung von Impfungen durch niedergelassene Ärzte und mobile Impfteams,
 - b. Wie Gesetzestext
 - c. Von Maßnahmen zur Unterstützung der Versorgung von Bewohnern von vollstationären Pflegeeinrichtungen mit antiviralen Therapeutika, insbesondere der Benachrichtigung von behandelnden Ärzten im Falle eines positiven Testergebnisses auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Bewohnern sowie **im Falle** der Bevorratung von oralen antiviralen Arzneimitteln in der Einrichtung.“

In Satz 9 sollen die Wörter „bis zum 1. November 2022“ durch die Wörter „bis zum 15. November 2022“ ersetzt werden.

§ 73 IfSG: Bußgeldregelungen zur Umsetzung von § 35 IfSG

Die Neuregelungen des § 35 Absatz 1 zur Sicherstellung der infektionshygienischen Verfahrensvorschriften in den Einrichtungen, Mitteilung von Kontaktdaten von Patient_innen durch ambulante Intensivdienste, Benennung von Hygieneverantwortlichen, Einhaltung von Organisations- und Verfahrensabläufen bei Impfen, Testen und der Paxlovid-Versorgung werden im Rahmen der Nummer 18 bis 18e des § 73 Absatz 1 IfSG mit dem vorliegenden Änderungsantrag bußgeldbewehrt. Diese Form der Sanktionierung ist unangemessen und wird strikt abgelehnt. Bislang sind Verstöße gegen amtliche Nachweise (Impfnachweise, Testnachweise), Zutrittsverbote, Verweigerung ärztlicher Untersuchungen oder Verstöße gegen die Impfpflicht bußgeldbewehrt. Mit der Neuregelung werden nun klassische, dem normalen Ordnungsrecht unterworfenen und von Gesundheitsämtern und anderen Kontrollinstanzen geprüfte Verfahrensabläufe bußgeldbewehrt, obwohl dem Ordnungsrecht im Infektionsgeschehen ein angemessenes Sanktionsinstrumentarium in Form von Auflagen bis zur Schließung von Einrichtungen zur Verfügung steht. Daher lehnt der Deutsche Caritasverband gemeinsam mit dem VKAD diese Regelung strikt ab. Die Einrichtungen und Dienste sind im dritten Pandemiejahr, in dem sie die ihr anvertrauten Klient_innen und Klienten unter hohem Einsatz, mit hohem Verantwortungsbewusstsein bis an die Grenze und über die Grenze der Erschöpfung der Mitarbeitenden gebracht haben, endlich durch Entbürokratisierung zu entlasten. Weitere Sanktionsinstrumentarien sind ein kontraproduktives und verhängnisvolles Signal an die Pflegekräfte und an das Personal der Eingliederungshilfeeinrichtungen und geeignet, den Fachkräftemangel durch Abwanderung noch weiterhin unnötig zu verschärfen.

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

Der Deutsche Caritasverband begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber erkannt hat, dass die im Rahmen der Pandemie zu bewältigenden Aufgaben in der Pflege zu honorieren sind. Allerdings ist ein Sonderleistungssystem hierfür keine adäquate Lösung.

Die Übernahme der Verantwortlichkeiten im Rahmen der Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Vorgaben zu Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem Impfen, Testen und der Unterstützung der Versorgung von stationär versorgten Pflegebedürftigen mit antiviralen Therapeutika stellt eine zusätzliche Aufgabe dar.

Die genannten Tätigkeiten sind notwendig, dürfen aber nicht zu Lasten der Pflege und Betreuung der Bewohner*innen gehen. Hierzu müssen also zusätzliche Personalressourcen zu den vereinbarten und finanzierten Personalschlüsseln geschaffen werden.

Das Hygienemanagement ist dabei eine Daueraufgabe, die nicht pandemiegebunden ist, in einer pandemischen Situation ggf. aber einen Arbeitsumfang erreicht, der weit über das sonst übliche Maß hinausgeht. I.d.R. wird bis heute aber seitens der Kostenträger keine Freistellung für Hygienebeauftragte akzeptiert. Von daher ist sicherzustellen, dass die Aufgaben in Bereich der Hygiene dauerhaft und zusätzlich zum Stellenschlüssel und ab Juli 2023 im GVWG-Schlüssel nach § 113c zur Pflege und Betreuung finanziert werden und nicht nur vom Oktober 2022 bis April 2023.

Die Maßnahmen erfordern allerdings keinen Bonus für die ausführenden Personen, sondern eine Refinanzierung der entsprechenden Stellenanteile außerhalb des Pflegesatzes um zum einen nicht einseitig die Bewohner*innen mit den Kosten zu belasten und zum anderen damit diese Aufgaben nicht zu Lasten der Pflege und Betreuung der Bewohner*innen gehen.

Die vorliegende Regelung sieht vor, dass jede Einrichtung 1000 Euro monatlich aus der Pflegekasse zur Verfügung erhält, um mit 750 Euro die hygieneverantwortliche(n) Person(en) zu gratifizieren; 250 Euro werden für die Unterstützung der Umsetzung der Koordinierungsaufgaben als monatlicher Overhead zur Verfügung gestellt. Wie oben dargelegt, verfügen die meisten Pflegeeinrichtungen nicht über eine hygieneverantwortliche Person, sondern über mehrere, Dem trägt auch der Änderungsantrag Rechnung, indem er den Einrichtungen in § 150c Absatz 2 Satz 3 aufgibt, die 750 Euro unter den hygieneverantwortlich 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.

Legt man zudem einen Bruttostundenlohn von 60 Euro zugrunde, können pro Monat mit diesem Betrag 16,7 Stunden und pro Woche somit ca. 4 Stunden finanziert werden.

Der Änderungsantrag berücksichtigt jedoch in keiner Weise die Größe der Einrichtungen, die zwischen 20 Plätzen und 150-200 Plätzen schwanken kann. Es ist daher nicht hinnehmbar, dass hygieneverantwortliche Pflegekräfte in kleinen Einrichtungen gegenüber solchen in großen Einrichtungen erheblich bevorzugt würden.

Die Sonderleistung bildet die tatsächlichen Kosten für den pandemiebedingten Mehraufwand, die bis Ende Juni 2022 durch den Schutzschirm refinanziert werden konnten, zudem in keinsten Weise ab, sondern stellt einen weiteren Akt von Symbolpolitik dar, der zudem Unzufriedenheit in den Einrichtungen erzeugen wird.

Die Summe von 1.000 Euro monatlich sollte 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, der vormals über den Pflegeschutzschirm geltend gemacht werden konnte.

Der geschätzte Mehraufwand für pandemiebedingte Hygienemaßnahmen kann mit 1 Stunde pro Tag pro 10 Bewohnenden veranschlagt werden. 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. Die Höhe des konkreten Zuschlags für das Hygienemanagement hinge bei diesem Modell von der Größe der Einrichtung ab. Allerdings ist Hygienemanagement, wie oben zu § 35 IfSG ausgeführt, eine Daueraufgabe, die auch pandemieunabhängig anfällt. Daher ist sicherzustellen, dass der Personalaufwand für das Hygienemanagement dauerhaft zusätzlich zum Stellschlüssel und ab Juli 2023 nach § 113c SGB XI kalkuliert wird und so finanziert wird, dass die Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Menschen nicht noch weiter steigt.

Bleibt der Gesetzgeber beim individuellen Sonderleistungsmodell, muss der Gesetzgeber die Summe von monatlich im vorliegenden Entwurf einheitspauschalierte Summe, welche die Einrichtung für die benannten hygieneverantwortlichen Personen auszahlen soll, nach Größe der Einrichtung staffeln.

Änderungsbedarf:

Der vorliegende § 150c SGB XI wird gestrichen. In einem neuen § 150c wird die Finanzierung der genannten Aufgaben im Sinne von Zuschlägen außerhalb des Pflegesatzes für alle Pflegeeinrichtungen geregelt.

Hilfsweise werden Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 wie folgt formuliert:

„(2) Die Höhe der Sonderleistung beträgt je Pflegeeinrichtung und Monat insgesamt 750 Euro **für je 10 Bewohnerinnen und Bewohner**, gestaffelt nach der Einrichtungsgröße, sofern es sich um mehrere Personen handelt, ist die Sonderleistung von der jeweiligen Pflegeeinrichtung entsprechend aufzuteilen.

(5) Aus finanziellen Mitteln des Ausgleichsfonds wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 30. April 2023 ein monatlicher Förderbetrag in Höhe von 250 Euro, **gestaffelt nach der Einrichtungsgröße für je 10 Bewohnerinnen und Bewohner** für jede zugelassene voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die Umsetzung der Aufgaben im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes sachgerecht zu unterstützen.

Änderungsantrag 5: Entschädigung und Kinderkrankengeld

§ 56 IfSG Entschädigungsregelungen

Die Caritas begrüßt, dass die Entschädigungsregelung auch künftig für Verdienstausschlag, 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.

Auch wenn gegenwärtig weder Schulschließungen noch die Aufhebung des Präsenzunterrichts geplant sind und die Caritas von der Politik erwartet, dass diese Maßnahmen unbedingt vermieden werden, sollte die Fallkonstellation prophylaktisch als Entschädigungsgrund erhalten bleiben.

§ 59 IfSG: Urlaubsanspruch bei behördlich angeordneter Absonderung

Die klarstellende Änderung in § 59 Abs. 1 IfSG, dass eine behördlich angeordnete Absonderung während des Urlaubs nicht auf den Jahresurlaub des Arbeitnehmers anzurechnen ist, ist grundsätzlich zu begrüßen und dient der Rechtssicherheit. Der Urlaubsanspruch dient in erster Linie der Erholung des Arbeitnehmers und zur selbstbestimmten Nutzung seiner Freizeit. Während eines Urlaubs besteht auch keine Arbeitspflicht. Ähnlich wie bei einer arbeitsunfähigen Erkrankung des Arbeitnehmers, ist die Erholung nicht mehr gegeben, wenn der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin sich aufgrund einer behördlichen Anordnung während des Urlaubs in Quarantäne geben muss. Auch die selbstbestimmte Nutzung der Freizeit ist nicht mehr gegeben.

§ 45 SGB V: Erweitertes Kinderkrankengeld

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass der auf 30 Arbeitstage für jedes Kind, bei alleinerziehenden Versicherten für 60 Tage bestehende Anspruch auf Kinderkrankengeld bis zum 7. April 2023, weiterhin pandemiebedingt, verlängert wird und durch einen ergänzenden Bundeszuschuss von 150 Mio. Euro gegenfinanziert wird. Dafür hatte sich die Caritas in der Entwurfsfassung dieser Änderungsanträge eingesetzt.

Änderungsantrag 6: Unterstützungsmaßnahmen für Leistungserbringer

§§ 111 und 111c SGB V: Anpassung der Vergütungsvereinbarungen der stationären und ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an pandemiebedingte bedingte Sondersituationen

Die Caritas begrüßt, dass der Änderungsantrag die im Kabinettsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf vorgesehene Streichung der Regelungen zur gesonderten Möglichkeit einer Vereinbarung von Vergütungen, die den Mindererlösen und Mehraufwendungen Rechnung tragen und die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen sicherstellen sollen, wenigstens teilweise rückgängig macht. Allerdings soll ausweislich des AA eine Vereinbarung nur möglich sein, wenn der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG feststellt. Angesichts der Tatsache, dass die Ampelregierung die Feststellung der

epidemische Lage von nationaler Tragweite im Winter 2021 trotz hoher Infektionszahlen aufgehoben hat, befürchtet der Deutsche Caritasverband und seine Fachverbände Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (kkvd), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha, Caritas Suchthilfe (CaSu) sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, dass eine solche Feststellung auch bei stark steigenden Infektionszahlen im Herbst/Winter 2022 erneut nicht mehr getroffen wird. Dann würde diese dringend benötigte Regelung für pandemiebedingte Sondervereinbarungen komplett ins Leere laufen und das Risiko vieler Insolvenzen von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nach sich ziehen. Dies ist nicht hinnehmbar.

Die wirtschaftliche und personelle Lage der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist derzeit wieder sehr angespannt; die Aufwendungen der Einrichtungen für Hygienemaßnahmen und eingeschränkte Belegungsmöglichkeiten waren durchgängig, 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. Nach kurzer Atempause ab Anfang Mai hat die ansteigende Sommerwelle von BA 5 zu den gleichen Entwicklungen geführt. Die krankheitsbedingten Ausfälle im Personal der Einrichtungen haben mit den Omikron-Varianten deutlich zugenommen, was verbunden mit einer wirtschaftlich prekären Situation die Gesamtlage der Einrichtungen weiter verschärft. Die Dynamik des Infektionsgeschehens und die von allen Expertinnen und Experten erwartete Coronawelle im Herbst/Winter 2022/23 zeigen, dass zur langfristigen Sicherung der Reha- und Vorsorgeangebote für die Versicherten weiterhin Regelungen notwendig sind, die eine wirtschaftliche Betriebsführung auch bei pandemiebedingten Mindererlösen und Mehraufwänden sicherstellt.

Durch die fehlende Verlängerung der 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 und bis zum 30. Juni befristet war, klafft in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen bereits eine Finanzierungslücke. Der Deutsche Caritasverband setzt sich daher schon seit April 2022 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, bislang vergebens.

Die auf deren Grundlage bis Ende Juni zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene vereinbarten Grundsätze bieten eine gute Grundlage für eine Vereinbarung für die Zukunft. Sie könnten - wie in der Vergangenheit bereits mehrfach geschehen - kurzfristig fortgeschrieben werden. Insofern ist die erneute Fristsetzung bis zum 31. Dezember 2022 nicht notwendig. Auch die sinnvolle Bündelung des Verhandlungsgeschehen wäre weiter gewährleistet.

Änderungsbedarf

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

„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen 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.

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 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene fortzuschreiben.“

In § 111c Absatz 3 wird nach Satz 5 folgender Satz 6 eingefügt:

„Die in Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 bereits für die Zeit bis zum 30.06.2022 vereinbarten Grundsätze sind zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene fortzuschreiben.“

Damit korrespondierend sollten § 111 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 sowie § 111c Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 nicht geändert werden.

§ 125b SGB V: Hygienezuschlag für die Heilmittelerbringenden

Die Caritas begrüßt, dass die im Kabinettsentwurf gegenüber dem RefE wieder entfallene Regelung eines Hygienezuschlags für die Heilmittelerbringenden wie z.B. Physiotherapiepraxen, die pandemiebedingt einen höheren Bedarf an PSA, Mundschutz und Handschuhen haben, mit dem ÄA wieder eingeführt wird. Hierfür wird eine Vereinbarungsregelung vergleichbar der Regelung für die Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entsprechend der §§ 111 und 111c SGB V geschaffen, die allerdings im Unterschied zu den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen nicht auf die Festlegung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite beschränkt ist, wenngleich sie insbesondere für diese Situation gelten soll. Sie soll aber auch zum Tragen kommen, wenn es gilt, nosokomiale Infektionen nach § 2 Nummer 8 zu verhüten und ist somit grundsätzlich weiter gefasst als vergleichbare Vereinbarungsregelungen für Hygienezuschläge bei den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Daher wiederholen wir an dieser Stelle unser obiges Petition, dass die Vereinbarungsregelung für pandemische Hygienezuschläge auch unabhängig von der Feststellung der epidemischen Lage nationaler Tragweite gelten muss.

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.

Änderungsantrag 12: Schutzmaßnahmen

§ 28b: Besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) unabhängig von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bei saisonal hoher Dynamik

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass mit dem § 28b IfSG auch unabhängig von der Feststellung des Bundestags zum Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite grundlegende Schutzmaßnahmen im Allgemeinen sowie für vulnerable Personengruppen im Besonderen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 getroffen werden. Eine zentrale und basale Schutzmaßnahme ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands das Tragen von Masken, insbesondere von FFP2-Masken.

§ 28b sieht zur Verhinderung der Ausbreitung von Covid-19 eine Kaskade aus bundesweit verpflichtenden Schutzmaßnahmen (Absatz 1), bundesweit möglichen „Kann“-Maßnahmen (Absatz 2 und 3) sowie aus Maßnahmen, die die Länder insgesamt oder für einzelne Gebietskörperschaften treffen können (Absatz 4) vor, wenn die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens oder der kritischen Infrastrukturen gefährdet ist. Problematisch im Sinne der Rechtsklarheit ist, dass präzise Unterscheidungskriterien, wann bundesweit verpflichtende Maßnahmen und wann „Kann“-Maßnahmen ergriffen werden, nicht genannt werden.

Positiv bewertet wird, dass verpflichtende Maßnahmen insbesondere den Schutz der vulnerablen Personengruppen zum Ziel haben. Nachdrücklich begrüßt wird, dass das Tragen von FFP2-Masken sowie ein negativer Testnachweis Voraussetzung ist, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen sowie voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu betreten. Die Regelung muss sich allerdings auch auf Vorsorgeeinrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach §§ 111 und 111a haben, erstrecken. Nur auf diese Weise ist z.B. gewährleistet, dass die Einrichtungen des Müttergenesungswerks lückenlos von der Regelung umfasst sind. Zu begrüßen ist ebenfalls, dass die Beschäftigten von ambulanten Pflegediensten und Intensivpflegedienste ebenfalls FFP2-Masken tragen müssen und sich testen lassen müssen.

Nachdrücklich begrüßt wird auch, dass Mitarbeitende in ambulanten Pflege- oder Intensivpflegedienste sich weiterhin vor Dienstantritt selbst testen können, um den negativen Testnachweis zu erbringen. Diese Regelung muss dringend auch auf die Mitarbeitenden in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie auf ambulante Einrichtungen sowie besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe ausgeweitet werden. Begleitend muss die Refinanzierung dieser Selbsttests in der TestV sichergestellt sein. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass entgegen ersten Entwürfen des § 28b Ausnahmen von der Testpflicht entfallen sind, welche vorsahen, dass bei einer nicht mehr als drei Monate zurückliegenden Auffrischungsimpfung die Testung der Mitarbeitenden entfallen könne. Eine solche Regelung wäre aus Sicht der Caritas epidemiologisch problematisch zu bewerten gewesen, denn auch geimpfte Mitarbeitende können andere anstecken. Der Kabinettsentwurf sieht nun aber in § 28b Absatz 1 Satz 8 vor, dass die Landesregierungen zu abweichenden Regelungen in Bezug auf solche Ausnahmen ermächtigt werden. Basale Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Personengruppen sollten jedoch aus Sicht der Caritas bundeseinheitlich und nicht unterschiedlich nach Bundesländern statuiert werden. Abgelehnt wird vor diesem Hintergrund auch die Regelung des Satzes 9, wonach die

Bundesländer die Ermächtigung sogar auf andere Stellen, d.h. z.B. die Kommunen, übertragen könnten.

„Kann“-Maßnahmen nach Absatz 2 sind das Tragen von FFP2-Masken in öffentlich zugänglichen Innenräumen, in denen sich mehrere Personen aufhalten, im ÖPNV, aber auch in Obdachlosen- und Geflüchtetenunterkünften.

Testungen sollen in Geflüchtetenunterkünften, Obdachlosen- und Wohnungslosenunterkünften, Massenunterkünften, Schulen und Kitas sowie Justizvollzugsanstalten, Abschiebungshafteinrichtungen, Maßregelvollzug und Einrichtungen, wenn und soweit in diesen dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringen erfolgen, wie z.B. Psychiatrien, aber auch Heime der Jugendhilfe und Senioreneinrichtungen, angeordnet werden können. Dies ist unbedingt zu begrüßen. Testmöglichkeiten muss es auch für Frauenhäuser und den Frauenhäusern vergleichbare Schutzunterkünfte wie Gemeinschaftseinrichtungen für Mutter/Vater und Kind nach § 19 SGB VIII, Gewaltschutzwohnungen für Männer, sowie ambulante und stationäre Einrichtungen der Hilfe zur Erziehung geben. Es ist sicherzustellen, dass die Testungen und Masken in den genannten Einrichtungen auch refinanziert werden.

Der Deutsche Caritasverband spricht sich dafür aus, das Tragen von Masken in nicht-privaten Innenräumen, in denen sich mehrere Personen aufhalten sowie im ÖPNV verpflichtend zu machen. Eine Beschränkung der Maskenpflicht auf den Bahnfern- und Flugverkehr ist vor dem Hintergrund der zu erwartenden Infektionslage im Winter zum Schutz der Bevölkerung vor Ausbreitung des Virus nicht verantwortbar.

Obdachlosen- und Wohnungsloseneinrichtungen sind Lebensorte und nicht nur vorübergehende Aufenthaltsorte. Masken in diesen Gemeinschaftsunterkünften sollten daher nur in Gemeinschaftsräumen und auf den Fluren verpflichtend sein, nicht jedoch in den Wohn- und Schlafräumen. Begrüßt wird die Verpflichtung zu Testungen, denn gerade in Gemeinschaftseinrichtungen kann sich das Virus schnell ausbreiten, sodass häufigere Testungen sinnvoll sind. Insgesamt setzt sich der Deutsche Caritasverband dafür ein, dass gerade für die hochvulnerablen Personengruppen geflüchteter Menschen oder von wohnungslosen Menschen Masken kostenfrei und refinanzierte Testungen zur Verfügung gestellt werden.

Für in der Praxis nicht kontrollierbar hält der Deutsche Caritasverband die Regelung, wonach Getestete oder Personen, deren letzte Einzelimpfung nicht länger als drei Monate zurückliegt oder die einen Genesenenstatus aufweisen, von der Maskenpflicht befreit werden, wenn sie Kultur-, Freizeit- oder Sportveranstaltungen besuchen. Denn nach dem Einlass, z.B. in die Konzerthalle oder ins Kino ist nicht mehr kontrollierbar, ob eine nicht-getestete oder nicht frisch geimpfte Person die Maske während der Veranstaltung trägt oder nicht. Für sachgerecht erachten wir die Regelungen, dass, sofern Testungen die Zugangsvoraussetzung zu bestimmten Einrichtungen sind, vollständig geimpfte Personen mit entsprechenden Auffrischungsimpfungen nicht geimpften, getesteten Personen gleichgestellt werden, wenn es darum geht, von der Maskenpflicht zu befreien, etwa in der Gastronomie. Es ist gegenwärtig nicht bekannt, wie lange die im Herbst neu auf den Markt kommenden Impfstoffe zuverlässig vor eigener Ansteckung schützen und zuverlässig Übertragungsschutz bieten, wie auch die Begründung auf Seite 71 ausweist. Daher begrüßen wir nachdrücklich, dass Absatz 8 Nummer 2 regelt, dass die Abstände von 3 Monaten ggf. entsprechend angepasst werden können, wenn neue Erkenntnisse für eine längere Wirksamkeit vor Ansteckung und Übertragungsschutz vorliegen. Insgesamt ist jedoch die

Konstruktion des Absatzes 1 Sätze 3 bis 5 insoweit problematisch, als nicht differenziert genug zwischen Situationen unterschieden wird, wo einzelne Personen auf engerem Raum zusammentreffen, wie in der Gastronomie, und Situationen, in denen Massen in großen Räumen zusammentreffen, wie z.B. in Konzerthallen, sodass einzelne Infizierte zu „Superspreadern“ werden können. Der Verweis des Satzes 5, dass die Betreiber von Einrichtungen von ihrem Hausrecht Gebrauch machen können, um z.B. auch Maskenpflicht für Getestete und Geimpfte zu statuieren, verschiebt die beschriebene Problematik lediglich in den privatrechtlichen Bereich.

Der Aufrechterhaltung des Präsenzunterrichts und der Möglichkeit, die Kita zu besuchen, kommt eine hohe Bedeutung zu. Kinder und Jugendliche haben stark unter den Folgen der Schul- und Kitaschließungen der ersten beiden Coronajahre gelitten und tragen teilweise schwere psycho-soziale Folgen aus dieser Situation davon. Es ist daher sachgerecht, dass Absatz 3 das Tragen von Masken für Kinder und Jugendliche ab dem 5. Schuljahr sowie für Beschäftigte in Schulen, Kitas, Kinderhorten, Heimen oder in der Kindertagespflege vorsieht. Bei den Heimen ist klarzustellen, dass das Tragen von Masken nur in gemeinschaftlich genutzten Räumen erforderlich ist, nicht in der Privatsphäre der Wohnbereiche. An dieser Stelle wiederholt der Deutsche Caritasverband sein Petition, den nicht mehr zeitgemäßen Begriff der Heime im Infektionsschutzgesetz endlich zu modernisieren. Die Regelung muss auch ambulante Angebote zur Hilfe zur Erziehung umfassen. Dies ist nachzubessern. Für Beschäftigte der genannten Bildungseinrichtungen sollten nicht nur medizinische Gesichtsmasken (MNS), sondern wegen der zuverlässigen Schutzwirkung FFP2-Masken verpflichtend sein. Auch Jugendliche und junge Erwachsene können sich durch eine FFP2-Maske wirkungsvoller schützen als durch MNS. Daher sollte MNS als Mindeststandard empfohlen werden, über den auch hinaus gegangen werden kann.

Des Weiteren können die Länder zusätzliche Infektionsschutzmaßnahmen ergreifen, ggf. auch für konkret zu benennende Kommunen, wie die Anordnung des Abstandsgebots auch bei Veranstaltungen im Außenbereich sowie im öffentlichen Raum, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen oder die Festlegung von Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen. Sie können Geschäfte, Betriebe, Einrichtungen oder auch Freizeit-, Kultur- und Sporteinrichtungen zu Hygieneschutzkonzepten verpflichten, die auch z.B. Lüftungskonzepte. Diese Maßnahmen hält der Deutsche Caritasverband für sinnvoll.

Die jeweils zu erlassenden Schutzmaßnahmen des gesamten § 28b haben zur Voraussetzung, dass entweder die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens oder der kritischen Infrastruktur gefährdet ist. Dabei weist der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass es an einer Legaldefinition der „kritischen Infrastruktur“ fehlt. Aus Sicht der Caritas sind davon alle Bereiche der Daseinsvorsorge umfasst. Dazu gehören auch die sozialen Einrichtungen, wie Pflege-, Eingliederungs- oder Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Die Gefährdungslage wird in Absatz 7 näherhin, aber nicht ausreichend bestimmt. Sehr sachgerecht ist, dass das Abwassermonitoring zur Identifizierung von Hotspots herangezogen wird. Unklar ist jedoch, ab welchem Schwellenwert je 100.000 Einwohner innerhalb von 7 Tagen eine Überlastung festgestellt wird.

Änderungsbedarf:

Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a ist wie folgt zu formulieren (Pflicht zum Maskentragen und Testen in Vorsorgeeinrichtungen)

„Krankenhäuser **und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen**, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“

Absatz 1 Satz 7 ist wie folgt zu ändern (Eigentests vor Dienstantritt auch in voll- oder teilstationären Einrichtungen)

„Bei Personen, die in einer oder einem in Satz 1 Nummer **3b und 4** oder Unternehmen tätig sind und die ihrer Tätigkeit von ihrer Wohnung aus antreten, kann die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung abweichend von § 22a Absatz 3 auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen.“

Absatz 1 Sätze 8 und 9 (Ausnahmeregelungen von der Testpflicht in Einrichtungen, die vulnerable Gruppen gemäß Nummern 3 und 4 versorgen) werden gestrichen.

Absatz 2 Satz 1 Nummer 3:

Einfügung eines neuen Buchstabens: „Frauenhäusern, Gemeinschaftseinrichtungen für Mütter/Väter und Kind nach § 19 SGB VIII, Gewaltschutzwohnungen für Männer“;

Ergänzung des Buchstaben b) „Schulen, Kindertageseinrichtungen sowie ambulante und stationäre Einrichtungen der Hilfe zur Erziehung“

In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 ist am zu ergänzen: „Obdachlosenunterkünfte und Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern **„in gemeinschaftlich benutzen Räumlichkeiten“** (keine Maskenpflicht in Wohn- und Schlafräumen)

In Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und 2 ist nach dem Wort „Heim“ zu ergänzen, „in den gemeinschaftlich benutzten Räumlichkeiten“ (keine Maskenpflicht in stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in Wohn- und Schlafräumen)

Änderungsantrag 13: Pandemiebedingte Sonderregelungen im SGB XI; Akuthilfe für pflegende Angehörige

§ 150 SGB XI: Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Verlängerung des § 150 Absatz 1, der eine Anzeigemöglichkeit der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegekassen bei wesentlichen Beeinträchtigungen bei der pflegerischen Versorgung vorsieht und den Einrichtungen und Pflegekassen die Möglichkeit der Abweichung von gesetzlichen und vertraglichen Vorlagen zubilligt, um in Abhängigkeit von der pandemischen Lage flexible Lösungen zur Sicherstellung der Versorgung umsetzen zu können.

Sehr wichtig ist auch die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige nach Absatz 5 pflegerische Hilfen flexibel im Wege der Kostenerstattung bis zur Höhe der Pflegesachleistung in Anspruch nehmen können, pflegebedürftige Menschen mit PG 1 den Entlastungsbetrag nach Absatz 5b weiterhin flexibel einsetzen können. Sehr begrüßt wird auch die Möglichkeit der Verdopplung der Anzahl von 10 Tagen für die Inanspruchnahme des Pflegeunterstützungsgelds bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung auf 20 Arbeitstage im Kalenderjahr.

Alle genannten Maßnahmen werden bis zum 30. April 2023 verlängert, was die Caritas sehr begrüßt.

Der Deutsche Caritasverband setzt sich dringend dafür ein, über eine Reaktivierung des Pflegegeschuttschirms für die Refinanzierung der pandemiebedingten Mehraufwendungen sowie möglicher Mindererlöse einzusetzen, etwa wenn Tagespflegen oder Unterstützungsangebote im Alltag wegen hohen Ausbruchsgeschehens oder Abstandsgebots wieder eingeschränkt werden müssen. Der in § 150c SGB XI mit diesem Gesetz neu eingeführte Hygienezuschlag ist kein Äquivalent für die Refinanzierung der hygienebedingten Mehraufwendungen in den Einrichtungen, etwa für Masken oder Schutzausrüstung. Diese Kosten dürfen die Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Familien im Teilleistungssystem des SGB XI nicht weiter erhöhen. Gleichzeitig dürfen sie auch die Beitragssätze in der Pflegeversicherung nicht belasten. Sie sind daher grundsätzlich aus Steuermitteln zu refinanzieren.

Änderungen des Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetzes

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass Beschäftigte Pflegezeit und Familienpflegezeit pandemiebedingt flexibel in Anspruch nehmen können, ohne dass die jeweiligen Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen. Die Regelungen sind bis zum 30. April 2023 befristet. Der Deutsche Caritasverband setzt sich darüber hinaus dafür ein, dass diese in der Pandemie bewährten Regelungen über die Pandemie hinaus in einer künftigen Regelung zur „Pflegekarenz“ verstetigt werden, Pflegezeit und Familienpflegezeit zu einer einheitlichen Pflegekarenz zusammengeführt werden und überdies eine Freistellung für die Sterbephase gewährt wird, welche nicht auf die max. 24 Monate Freistellung für beide Freistellungsphasen angerechnet wird.

D. Weitergehender Handlungsbedarf

Pflegebonus für Auszubildende mit Ausbildungsvertrag mit einem Krankenhausträger

Auch die Auszubildenden, die einen Ausbildungsvertrag nach § 16 PflBG mit einem Krankenhausträger geschlossen haben, haben Anspruch auf Zahlung eines Pflegebonus nach § 150a Absatz 3, da sie praktische Einsätze in der Langzeitpflege zu absolvieren haben. Antragsberechtigt für die Auszahlung eines Pflegebonus gegenüber Auszubildenden sind laut Gesetz jedoch nur die Pflegeeinrichtungen, bei denen die Auszubildenden im Bemessungszeitraum mindestens 3 Monate tätig waren. Die Voraussetzung der Tätigkeit für mindestens 3 Monate ist nur erfüllbar, wenn der Auszubildende je einen Praxiseinsatz bei einem ambulanten Pflegedienst und einer stationären Pflegeeinrichtung absolviert hat. Pflegeeinrichtungen können daher ihre Pflicht zur Auszahlung des Bonus nach Absatz 1 nur erfüllen, wenn sie vom Ausbildungsträger entsprechende Informationen erhalten haben. Damit Auszubildende in den Genuss des Bonus kommen können, muss daher das Krankenhaus als Träger der praktischen Ausbildung verpflichtet sein, den beteiligten Einrichtungen die Einsätze zu bescheinigen und diejenige Pflegeeinrichtung, die den Bonus beantragen muss, mit den dafür erforderlichen Angaben und Informationen auszustatten. Nur so wird diese sie in die Lage versetzt, den Antrag stellen zu können.

Dem Deutschen Caritasverband sind in den letzten Wochen zahlreiche Problemanzeigen zu dieser Konstellation aus den Diensten und Einrichtungen übermittelt worden, sodass es hier dringend einer zeitnahen und praxisgerechten Lösung der Problematik bedarf. Neben der erforderlichen gesetzlichen Regelung der Verfahrensweise bedarf es zwingend auch einer Fristverlängerung für die Beantragung des Bonus. Die Auszubildenden, die gerade während der Coronapandemie Hervorragendes geleistet haben, um unter diesen erschwerten Bedingungen

ihre Ausbildung zu absolvieren, müssen unter allen Umständen in die Lage versetzt werden, diesen Bonus, der Wertschätzung und Anerkennung signalisieren soll, erhalten zu können.

Änderungsbedarf

§ 150a Absatz 3 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Sofern die Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag mit einem Krankenhaus als Träger der praktischen Ausbildung gemäß § 16 PflBG geschlossen haben, ist dieser verpflichtet, die zur Auszahlung des Bonus verpflichtete Pflegeeinrichtung im Einvernehmen mit dieser zu bestimmen und dieser alle für die Antragstellung erforderlichen Angaben und Informationen bis zum 23.09.2022 zu übermitteln. In Falle des Satzes 4 erfolgt der Antrag der auszahlungsverpflichteten Pflegeeinrichtung als Ergänzungsantrag.“

§ 150a Absatz 7 wird nach Satz 5 um folgenden Satz ergänzt:

„In Ausnahmefällen des Satzes 4 wird die in Satz 5 genannte Frist bis zum 30. September 2022 verlängert.“

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, 25. August 2022

Eva M. Welskop-Deffaa

Präsidentin

Deutscher Caritasverband e.V.

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referatsleitung (Tandemleitung) Kontaktstelle Politik, Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875, Elisabeth.Fix@caritas.de