

Berlin, 28.06.2022

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes e.V. zum Entwurf einer Formulierungshilfe für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG)

Hier: Im Besonderen zu den Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)

Präambel

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist als Nationale Rotkreuz-Gesellschaft Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung. Es ist die größte Hilfsorganisation Deutschlands und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Die Arbeit des DRK wird von den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität getragen.

Als Wohlfahrtsverband ist das DRK mit seinen Einrichtungen, Angeboten und Diensten in allen Feldern der Wohlfahrts- und Sozialarbeit sowohl mit ehrenamtlich als auch hauptamtlich Tätigen aktiv. Wie keine andere soziale oder humanitäre Bewegung in Deutschland kann das DRK durch seine einzigartige Stellung eine Vielzahl vernetzter Hilfen, Beratungen und Leistungen anbieten – lokal, regional, national und international. Das Deutsche Rote Kreuz nimmt in seiner anwaltschaftlichen Funktion die Interessenvertretung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen wahr.

In der Altenhilfe ist das Deutsche Rote Kreuz als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ein Anbieter vielfältiger Dienst- und Hilfeleistungen. In den über 500 stationären Pflegeeinrichtungen des DRK werden aktuell über 40.000 Pflegebedürftige versorgt, mehr als 500 ambulante Pflegedienste kümmern sich zudem um über 51.000 Pflegebedürftige in der Häuslichkeit. In der Eingliederungshilfe hält das DRK etwa 170 Wohnangebote in besonderen Wohnformen für ca. 5.000 Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen und ca. 660 tagesstrukturierende Angebote (u.a. WfbM, Tagesförderstätten, Inklusionsfirmen) für etwa 64.000 Menschen vor. Zudem ist das DRK Träger von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen und ein wichtiger Akteur im Feld der Prävention und Gesundheitslandschaft in Deutschland.

A Zusammenfassende und grundsätzliche Anmerkungen

Der Infektionsschutz der Bevölkerung und insbesondere der vulnerabler Personengruppen vor Covid-19 ist weiterhin ein wichtiges Thema. Das DRK begrüßt daher die Initiative des Bundesgesundheitsministeriums mit dem COVID-19-SchG eine Grundlage für die weitere Pandemiebekämpfung legen zu wollen. Aus Sicht des DRK muss der Aufrechterhaltung der Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen, im Interesse vulnerabler Personengruppen, eine hohe Priorität eingeräumt werden.

DRK weist auf die exzellente Arbeit und den hohen Einsatz der Pflege-, Betreuungs-, Hauswirtschafts-, Verwaltungs- und Leitungskräfte in den Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen während der Covid-10-Pandemie hin, dem es zu verdanken ist, dass das Ausbruchsgeschehen in den hochvulnerable Personengruppen versorgenden Einrichtungen eingedämmt werden konnte. Der Stellenwert des damals bereits vorhandenen Hygienemanagements kann somit nicht hoch genug eingeschätzt werden. So hatten beispielsweise Pflegeeinrichtungen schon immer nominell bestimmte Personen mit dem Hygienemanagement beauftragt bzw. waren die Mitarbeitende zur Einhaltung und Umsetzung von Hygienestandards verpflichtet. Jedoch haben die Einrichtungen faktisch zu wenig Personalkapazität bzw. Zeit für die Hygiene zur Verfügung, was die Expertisen zur Umsetzung eines Personalbemessungsinstrument in vollstationären Einrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM) zeigen. Aus Sicht des DRK ist diese Situation nicht haltbar und fordert eine Veränderung. **Das DRK vertritt den Standpunkt, dass diese Funktionsstelle nicht in den pflegegradabhängigen Personalanhaltswerten für Pflege- und Betreuung enthalten sein darf.**

Das Deutsche Rote Kreuz sieht im Besonderen folgende Notwendigkeiten:

Hinsichtlich der Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

- Die Maßnahmen der „Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ sind zu verlängern.
- Für den Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 35 IfSG ist eine bundeseinheitliche Rahmenempfehlung zu schließen, die zwischen den Leistungsträgern und den maßgeblichen Bundesverbänden der Träger der Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe unter Beteiligung der Verbände der Menschen für Behinderung verhandelt wird.
- Das Verstehen der Inanspruchnahme von Leistungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten mit klinisch schweren Verlaufsformen als öffentliches Gut. Das DRK begrüßt daher die Schaffung von nationalen Programmen zur Prävention übertragbarer Krankheiten.

Hinsichtlich der Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bringt das DRK ferner zum Ausdruck, dass

- ohne eine Verlängerung der Verordnung „Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ eine nicht zu akzeptierende Leistungslücke entsteht.

B Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 5 Epidemische Lage von nationaler Tragweite

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

Das Deutsche Rote Kreuz sieht eine hohe Notwendigkeit, dass die epidemiologisch relevanten Maßnahmen aus der „Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ (*EpiGesAusbSichV*) unbedingt den Veränderungen des COVID-19 Pandemieverlaufs angepasst werden können, um auch bei lokaleren Ausbruchsgeschehen handlungsfähig zu bleiben.

Denn zur Resilienzsteigerung des Gesundheitswesens sind die Gesundheitsfachberufe essenziell wichtig, das hat gerade SARS-CoV-2 gezeigt. **Insofern sollte die Stabilität der Ausbildungskapazitäten in diesen Berufszweigen eine hohe Priorität genießen.**

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

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

Demnach endet die Geltungsdauer der *EpiGesAusbSichV* zum 25.11.2022, was wir angesichts der immer noch Kritischen – und keineswegs beherrschten Pandemiedynamik mit großer Sorge sehen. Doch selbst wenn sich das 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.

Gleichzeitig, und das ist vielleicht das Positive, das der COVID-19 Pandemie entnommen werden kann, haben sich zahlreiche Maßnahmen der *EpiGesAusbSichV*, die ursprünglich aus der sprichwörtlichen Not heraus geboren waren, etwa zur alternativen Unterrichtsgestaltung, während der Pandemie bewährt. Ebenso haben sich viele, der im Vorfeld als unmöglich angesehenen Flexibilisierungen in diesem unfreiwilligen „*Praxistest*“ als funktional erwiesen und in den Alltag der schulischen und betrieblichen Ausbildung integriert. Dies betrifft z.B. die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse, die Durchführung der staatlichen Prüfung, oder aber auch die Eignungs- und Kenntnisprüfung.

Lösungsvorschläge

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

§ 23 Nationale Programme zur Prävention übertragbarer Krankheiten

Die Inanspruchnahme von Leistungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten mit klinisch schweren Verlaufsformen ist ein öffentliches Gut.

Die Schaffung von nationalen Programmen zur Prävention übertragbarer Krankheiten mit klinisch schweren Verlaufsformung – und den damit verbundenen Ausbau des öffentlichen Gesundheitsdienstes begrüßt das Deutsche Rote Kreuz ausdrücklich. Dies stellt eine Kernforderung aus unserer Stellungnahme zu dem Deutschen Aufbau- und Resilienzplan dar.¹

Gleichzeitig sollten alle Menschen Zugang zu diesen Leistungen haben, unabhängig von sozioökonomischem oder aufenthaltsrechtlichem Status. Genau das sehen wir in der aktuellen Entwurfsfassung jedoch gefährdet, insbesondere durch die Aussage, dass diese „unentgeltlich oder gegen Gebühr“ anzubieten sind. Ferner sind die Angehörigen der Pflegefachberufe für die Erbringung dieser Leistungen zu autorisieren.

Das BMG soll eine Verordnungsermächtigung erhalten, um mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass Stellen des Bundes oder der Länder (definierte) Leistungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten mit klinisch schweren Verlaufsformen anzubieten haben. Dies können beispielsweise Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der Primärprävention sein, aber auch die Abgabe von Schutzausrüstung und Hygieneprodukten, sowie die Beratung und Testdiagnostik sollen möglich sein.

Im internationalen Kontext werden diese Aufgaben häufig durch speziell dafür qualifizierte Pflegefachpersonen übernommen, die je nach Herkunftsland und Kontext mal als *Disaster Nurses*, mal als *Community Health Nurses* – und mal als *Public Health Nurses* bezeichnet werden. **Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen, die unsere Schwesterngesellschaften als Träger solcher Public Health Angebote gemacht haben, sprechen wir uns als Deutsches Rotes Kreuz ebenfalls für die Autorisierung von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen zur Durchführung dieser Aufgaben in den jeweiligen Stellen aus.** Dies gilt insbesondere auch für die Impfangebote. So ist es kaum nachvollziehbar, weshalb die nicht-approbierten Gesundheitsfachberufe aus dem Gesetz zur

¹ https://drk-wohlfahrt.de/uploads/tx_ffpublication/DRK_Stellungnahme_DARP.pdf

Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 ausgelassen wurden, gerade weil sie an der "vordersten Front" des Versorgungsgeschehens stehen.

Aufgrund dessen, dass Bundesminister Prof. Dr. Lauterbach in seiner Rede zum erweiterten Bundeshaushalt vom 02.06.2022 einen entsprechenden **Vorschlag zur Etablierung der Community Health Nurses in Deutschland** noch vor der Sommerpause angekündigt hat², gilt es unserer Ansicht nach diese beiden Prozesse zusammenzudenken. Und die grundlegende Infrastruktur für die Leistungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten mit klinisch schweren Verlaufsformen, die per Rechtsverordnung eingerichtet und vorgehalten werden kann, als ein Arbeits- und Andockfeld für die *Community Health Nurses* zu begreifen.

Sollten diese Leistungen in Teilen oder aber auch vollumfänglich gebührenpflichtig sein, sehen wir die Wirksamkeit dieser Angebote in Gefahr, da es dann möglich sein könnte, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht erreicht werden - was aber gerade die Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsdienste wäre - und sich für eine wirksame Epidemieprävention als unverzichtbar darstellt.

Lösungsvorschläge

1. *Die Leistungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten mit klinisch schweren Verlaufsformen werden grundsätzlich entgeltfrei und unabhängig von dem Aufenthaltsstatus erbracht.*
2. *Die Angehörigen der Pflegefachberufe werden für die Leistungserbringung autorisiert, sofern sie die dafür notwendigen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Hierzu gehören insbesondere auch die Impfangebote.*
3. *Bei Aufbau und Betrieb der grundlegenden Infrastruktur wird der Etablierungsprozess der Community Health Nurses mitbedacht und integriert.*

§ 33 Maßnahmen im Reiseverkehr, Verordnungsermächtigung

Eine Absonderung auf eigene Kosten ist nur zumutbar, wenn jemand über die finanziellen Ressourcen verfügt.

Eine Absonderung auf eigene Kosten, wie in Absatz 1 beschrieben, ist nur zumutbar, wenn jemand über die finanziellen Ressourcen verfügt. Auf Nachweis sollten die Kosten vom Sozialleistungsträger übernommen werden, z.B. für Menschen im KdU-Bezug nach SGB XII.

Weiterhin ist eine Nutzung des Meldesystems des RKI durch die Betroffenen nur möglich, wenn dies barrierefrei gestaltet, mehrsprachig und für alle verständlich und zugänglich ist. Zudem muss eine Lösung gefunden werden für Analphabeten, Menschen, die keinen Zugang zum Internet haben bzw. nicht computerliterat sind, es muss Barrierefreiheit des Systems beispielsweise für blinde und sehbehinderte Menschen oder lernbehinderte Menschen, Menschen mit mangelhaften Deutschkenntnissen und weitere Zielgruppen gegeben sein.

Der Begriff der Barrierefreiheit in Absatz 3 Nr. 3 und Nr. 4 ist genauso zu verstehen wie bei den Ausführungen zu Absatz 1.

Grundsätzlich gilt bei der Einschränkung von Grundrechten, dass der Eingriff verhältnismäßig und individuell abgewogen werden muss. Insbesondere einbezogen werden muss in diese Abwägung eine evtl. Behinderung oder psychische Erkrankung. Die Selbstbestimmung der Person muss soweit wie möglich gewahrt werden und die angestrebten Maßnahmen dürfen

² <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975954/2047404/e4fbc8b56ceef3e46ac4c58cee80b13/73-4-bmg-haushalt-bt-data.pdf?download=1>

außer in begründeten Ausnahmefällen nur mit Zustimmung der jeweiligen Person umgesetzt werden. Die Aufklärung über die Maßnahmen muss in einer für die Person zugänglichen und verständlichen Art und Weise erfolgen und die Zustimmung muss in wahrnehmbarer Weise erfolgen.

§ 34 Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen

Der Infektionsschutz ist einheitlich in § 35 zu verankern.

Die Regelungsinhalte des § 23 a.F. sowie des § 23a a.F. werden im Wesentlichen in § 34 IfSG überführt, dessen neue Überschrift „Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen“ lautet. Auffälligerweise werden die ambulanten Intensivpflegedienste, die bislang von § 23 a.F. umfasst werden, aus § 34 n.F. herausgenommen und in § 35 im Rahmen des Infektionsschutzes für Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen geregelt. Dem mag man folgen. Gleichzeitig wird jedoch in Absatz 1 Satz 2 normiert, dass die Empfehlungen der KRINKO sich auch auf die Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe erstrecken sollen. Der Infektionsschutz für diese beiden Einrichtungsformen wird jedoch im nachfolgenden § 35 separat geregelt. Dies ist ein Widerspruch in sich. Die Regelung des Absatzes 1 Satz 2 ist in § 35 zu verankern.

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

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

Änderungsbedarfe

In Absatz 1 soll als neuer Satz 7 eingefügt werden:

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

In Absatz 3 Satz 3 ist der Halbsatz zu streichen:

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

§ 35 Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe

Erfordernis einer bundeseinheitlichen Rahmenempfehlung, die zwischen den Leistungsträgern und den maßgeblichen Bundesverbänden der Träger der Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe unter Beteiligung der Verbände der Menschen für Behinderung zu schließen ist.

In den Qualitätsprüfungen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wird bereits auf die für diese Einrichtungen relevanten Empfehlungen der KRINKO nach § 23 Absatz 1 IfSG a.F. verwiesen. Diese sind für die Pflegeeinrichtungen bereits heute verpflichtend und die Empfehlungen werden auch in den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst geprüft. Des Weiteren müssen die Einrichtungen auch gegenwärtig schon nach dem Ordnungsrecht der Länder Hygienevorschriften einhalten, die ebenfalls von den entsprechenden Prüfbehörden und -instanzen in den Qualitätsprüfungen geprüft werden. In den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI wird als gute Ergebnisqualität normiert, wenn Standards zur Hygiene eingehalten werden. Insofern ist mit aller Deutlichkeit klarzustellen, dass wiederum eine gesetzliche Normierung nicht bedeutet, dass es in diesen Einrichtungen bisher keinen Hygienebeauftragten gibt bzw. kein Hygienemanagement betrieben wird.

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

Auch die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe verfügen über Hygienepläne und haben entsprechende hygienebeauftragte Fachpersonen, die für die Einhaltung der Hygienepläne und -vorschriften sowie die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals zur Infektionsprävention verantwortlich sind. Die hygienischen Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtung werden ebenfalls heute schon überprüft. Es ist nachvollziehbar, dass geltende ordnungs- bzw. sozialrechtliche Vorschriften zum Hygienemanagement jetzt auch ausdrücklich im Infektionsschutzgesetz normiert werden.

So hatten zwar die Pflegeeinrichtungen schon immer nominell bestimmte Personen mit dem Hygienemanagement beauftragt bzw. waren die Mitarbeitende zur Einhaltung und Umsetzung von Hygienestandards verpflichtet, aber die Expertisen zur Umsetzung eines Personalbemessungsinstrument in vollstationären Einrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM), die noch vor Ausbruch der Pandemie – veröffentlicht wurden, haben gezeigt, dass die Einrichtungen faktisch zu wenig Personalkapazität bzw. Zeit für die Hygiene zur Verfügung haben. Dies muss sich ändern. I.d.R. wird bis heute seitens der Kostenträger keine Freistellung für Hygienebeauftragte akzeptiert. Dies ist spätestens seit den Ergebnissen aus PeBeM nicht mehr haltbar und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern schon länger, dass diese Funktionsstelle nicht in den pflegegradabhängigen Personalanhaltswerten für Pflege- und Betreuung enthalten sein darf. Da in der geplanten Ausbaustufe für höhere Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI zunächst nur ein Teil der Ergebnisse aus PeBeM umgesetzt werden kann, ist nicht gesichert, dass allen Mitarbeitenden genügend Zeit zur Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen zur Verfügung steht.

Die Pandemie hat wie unter dem Brennglas gezeigt, dass bei virulentem Infektionsgeschehen alle Mitarbeitenden der Einrichtung im besonderen Maße Hygienemaßnahmen anwenden und

durchführen müssen und dass die Mitarbeitenden durch die hygieneverantwortliche Fachkraft auch systematisch begleitet und geschult werden müssen. Des Weiteren kommt der Hygienebeauftragten eine herausragende Rolle im organisatorischen Bereich und zur Absicherung der Verfahren zu. Es ist dem nun auslaufenden Pflege-Rettungsschirms nach § 150 SGB XI zu verdanken, dass die erheblichen personellen und sächlichen Mehraufwendungen, die den Einrichtungen allein im Zusammenhang mit Hygienethemen entstanden sind, auch geschultert werden konnten. Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten leider nicht von einem solch komfortablen Schutzschirm profitieren, sondern mussten die Mehraufwendungen für Hygiene mit den Kostenträgern einzeln verhandeln. Die personellen und sachlichen Aufwendungen für die Installation eines Hygienemanagements bzw. aufgrund der Pandemie nun aufwendigeren Hygienemanagements – Träger haben dafür z.T. zwei Vollzeitstellen geschaffen – sind vom Kostenträger zu übernehmen.

Das DRK ist der festen Überzeugung, dass Pflegeeinrichtungen sowie die Einrichtungen der Eingliederungshilfe 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. Das DRK weist auf die exzellente Arbeit und den hohen Einsatz der Pflege-, Betreuungs-, Hauswirtschafts-, Verwaltungs- und Leitungskräfte in den Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen hin, dem 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 damals bereits vorhandenen Hygienemanagements kann somit nicht hoch genug eingeschätzt werden. Trotzdem wurde Einrichtungen sehr oft mangelnde Hygiene vorgeworfen, ohne dass dies belegt werden konnte. Es wurde damit suggeriert, dass mit der richtigen Umsetzung von Hygienemaßnahmen, keine Coronainfektionen in Einrichtungen eingetragen werden können. Es ist jedoch zu konstatieren, dass auch die besten Hygieneschutzkonzepte dort keinen hundertprozentigen Schutz garantieren können.

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

Kritisch bewertet das DRK die in Absatz 1 Satz 7 vorgesehene Aufgabe der für die Hygiene als verantwortlich benannten Person oder der Personen in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe, dass diese die Versorgung mit antiviralen Therapeutika sicherzustellen haben. Die Entscheidung über die Verordnung dieser Therapeutika, erfordert ein differenziertes medizinisches Wissen. Der Einsatz der Therapeutika ist vielfach nur dann erfolgsversprechend, wenn sie in der Frühphase der Erkrankung eingesetzt werden. Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben im Rahmen ihrer ohnehin gegebenen Durchführungsverantwortung sicherzustellen,

dass die ärztliche Versorgung – auch die mit antiviralen Therapeutik - eingeleitet wird. Sie verantworten jedoch nicht die ärztliche Behandlung oder Therapie. Des Weiteren ist die Koordination der ärztlichen Versorgung auch keine Aufgabe der hygieneverantwortlichen Fachperson, sondern eine Aufgabe der Pflegedienstleitung. In der Eingliederungshilfe ist die Einleitung der ärztlichen Versorgung Aufgabe der jeweiligen Bezugsbetreuungsfachkraft. Die Durchführungsverantwortung liegt bei der Leitung des Wohnbereichs oder der Einheit.

Aus den genannten Gründen sieht das DRK keine Notwendigkeit, die antivirale Versorgung gesondert von der allgemeinen ärztlichen Versorgung zu regeln. Zudem lehnen wir die Übertragung dieser Aufgabe an das hygieneverantwortliche Personal ab.

Des Weiteren scheint eine Differenzierung der Anforderungen hinsichtlich der Fachlichkeit der zuständigen Hygienekraft notwendig. Die Hygienefachkraft setzt eine staatlich anerkannte Qualifizierung voraus und ist bundesweit anerkannt, während die hygienebeauftragte Pflegekraft einem schmaleren Qualifikationszuschnitt unterliegt und die ihr zugewiesenen Aufgaben i.d.R. während der Arbeitszeit des originären Tätigkeitsauftrags als Pflegefachkraft umzusetzen hat. Nach Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 sollen "Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen hygienebeauftragten Pflegefachkräfte oder Hygienefachkräfte" per Rechtsverordnung durch die Landesregierung bestimmt werden. Diese Voraussetzungen der Qualifikation und die dieser Qualifikation zugeordneten Kompetenzen sind für die Fachkraft Hygiene jedoch bereits bundeseinheitlich definiert. Daher erscheinen die Zielrichtungen der Absätze 3 und 4 nicht folgerichtig zu sein. Sollten die bereits bestehenden Kompetenzen der Fachkräfte Hygiene in die verschiedenen Versorgungssettings beständig integriert sein, so muss die Refinanzierbarkeit – unabhängig der pflegegradabhängigen Personalbemessung – in der Rahmenempfehlung definiert werden.

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

Änderungsbedarf:

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

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

Artikel 2 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

Ohne Verlängerung der Verordnung „Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ entsteht eine nicht zu akzeptierende Leistungslücke

Das DRK begrüßt, dass die aufgrund der Covid-19-Pandemie geschaffene Möglichkeit der Vereinbarung von Vergütungen, die den Mindererlösen und Mehraufwendungen Rechnung tragen und die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen sicherstellen sollen, nunmehr entfristet werden soll und auch für andere epidemische Sondersituationen außerhalb der Coronapandemie gelten soll. Die aktuell vereinbarten Grundsätze sind gut geeignet und könnten - wie in der Vergangenheit bereits mehrfach geschehen - kurzfristig fortgeschrieben werden. Insofern ist die erneute Fristsetzung bis zum 31. Dezember 2022 nicht notwendig.

Weiterhin gilt, dass das BMG nach § 111 Absatz 5 Satz 6 bzw. § 111c Absatz 5 Satz 6 die Rechtsverordnung zur „Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“, die mit Wirkung vom 19. März in Kraft getreten ist und gegenwärtig bis zum 30. Juni befristet ist, bis zum 23. September 2022 verlängern kann. Da die hier vorgesehenen Regelungen erst ab dem 24. September 2022 in Kraft treten sollen, würde ohne Verlängerung dieser Verordnung eine erhebliche Lücke in der pandemiebedingten Absicherung der Vorsorge- und Rehaeinrichtungen entstehen, die nicht akzeptabel ist. **Das DRK setzt sich daher für eine Verlängerung der Verordnung ein.**

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

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

Änderungsbedarf

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

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

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

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

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

Weitergehender dringender Änderungsbedarf:

Neuer Artikel X:

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

Artikel 6 – Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen, die unsere Schwester-Rotkreuzgesellschaften als Träger solcher Public Health Angebote gemacht haben, sprechen wir uns als Deutsches Rotes Kreuz ebenfalls für die Autorisierung von speziell qualifizierten Pflegefachpersonen zur Durchführung dieser Aufgaben in den jeweiligen Stellen aus. Dies gilt insbesondere auch für die Impfangebote. So ist es nicht nachvollziehbar, weshalb die nicht-approbierten Gesundheitsfachberufe nicht in das Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 miteinbezogen wurden, gerade weil sie an der “vordersten Front” des Versorgungsgeschehens stehen.

Ansprechpersonen:

Christian Hener, DRK, C.Hener@drk.de, 030/85404-244

Verena Wertmüller, DRK, V.Werthmueller@drk.de, 030/85404- 301

Benjamin Fehrecke-Harpke, DRK, B.Fehrecke@drk.de, 030/85404-356