

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)160(15)
gel. VB zur öAnh am 11.5.2020 - 2.
Bevölk.schutzg.
6.5.2020



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Fraktion von CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

zur öffentlichen Anhörung am 11. Mai 2020

Berlin, 05. Mai 2020
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Erstmals in der Geschichte hat der Deutsche Bundestag am 25. März 2020 eine epidemische Lage nationaler Tragweite festgestellt. Der Gesetzgeber hat im Eilverfahren u. a. mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite sowie dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19-bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) erste Maßnahmen getroffen, die darauf abzielen, ein funktionierendes Gesundheitswesen während der Pandemie sicherzustellen und die wirtschaftlichen Folgen für das Gesundheitswesen abzumildern. Bereits im laufenden Gesetzgebungsverfahren zeichnete sich die Notwendigkeit des Nachstuerns ab. Nun sollen mit dem Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Bevölkerungsschutzgesetz II) die getroffenen Regelungen weiterentwickelt und ergänzt werden. So wird u. a. vorgelegt:

- Die Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) weiterzuentwickeln und im Rahmen einer gesetzlichen Meldepflicht in Bezug auf COVID-19 und SARS-CoV-2 zu präzisieren
- Die Testungen in Bezug auf COVID-19 auch symptomunabhängig in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen. Zukünftig sollen diese auch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) abgerechnet. Außerdem sollen Tierärzt*innen im Falle einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite labordiagnostische Untersuchungen zum Nachweis von Erregern durchführen dürfen.
- Insgesamt soll der öffentliche Gesundheitsdienst durch Maßnahmen des Bundes während der epidemischen Lage von nationaler Tragweite unterstützt werden.
- Die Krankenhäuser, die Covid-19-Patient*innen versorgen, werden von der Einhaltung bestimmter Mindestmerkmale aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) vorübergehend von der Prüfung der Abrechnung ausgenommen. Zudem wird die Einführung des Prüfquotensystems um ein Jahr auf das Jahr 2022 verschoben. Um die Auswirkungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu prüfen, wird eine unterjährige Datenübermittlung der Krankenhäuser vorgesehen.
- Es wird eine Rechtsgrundlage für die Durchführung von Pilotprojekten zur Ermöglichung der Verwendung elektronischer Verordnungen von digitalen Gesundheitsanwendungen geschaffen.
- Im Bereich der Langzeitpflege, hier insbesondere häusliche Pflege, werden befristet Hilfsmaßnahmen und Vereinfachungen vorgesehen.

- Für Ausbildungen in Gesundheitsberufen wird eine Verordnungsermächtigung geschaffen und Härtefallregelungen im Ergotherapeutengesetz sowie im Gesetz über den Beruf des Logopäden ergänzt.
- In der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird u. a. eine Klarstellung vorgenommen, die auch psychiatrischen Einrichtungen die Trägerschaft der praktischen Ausbildung erleichtern soll.
- Pflegeeinrichtungen werden zur Zahlung von gestaffelten Sonderleistungen (Corona-Prämien) an ihre Beschäftigten verpflichtet.

Bereits mit den verabschiedeten Corona-Schutzschirmen tragen die Beitragszahler*innen der GKV den ganz überwiegenden finanziellen Anteil an den pandemiebedingten Kosten im Gesundheitswesen. Dies äußert sich bereits in den negativen Haushaltsabschlüssen 2019 und führte zu einer Unterdeckung des Gesundheitsfonds. Die Schätzungen für 2020 weichen noch deutlicher von der tatsächlichen Ausgabenentwicklung ab. Mit den jetzt entstehenden zusätzlichen Kostenbelastungen einerseits sowie den erkennbaren Einnahmeverlusten durch die Corona-Epidemie andererseits entstehen weitere extreme Kostenbelastungen für die GKV. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und der bestehenden Fondsunterdeckung besteht bereits eine Finanzierungslücke der GKV von ca. 11 Mrd. Euro. Weitere Schutzschirme für Leistungserbringer sollen z. T. von der GKV finanziert werden. Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung ist durch die jüngsten Entwicklungen mit den deutlich gestiegenen Leistungsausgaben, denen spürbar geringere Beitragseinnahmen entgegenstehen, in einer Situation, in der eine finanziellen Absicherung und Stabilisierung durch einen Schutzschirm seitens des Bundes für die gesetzliche Krankenversicherung unerlässlich wird. Bei den Maßnahmen zur Bewältigung der Coronavirus-Krise handelt es sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die durch den Bundeshaushalt zu finanzieren sind. Dringend erforderlich ist daher kurzfristig die Erhöhung der Bundeszuschüsse in diesem und folgenden Jahr an den Gesundheitsfonds. Daneben ist die Private Krankenversicherung angemessen an der Finanzierung zu beteiligen. Zur Bewältigung der laufenden Aufgaben muss die Liquidität der GKV sichergestellt sein. Dazu sind durch das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) die monatlichen Kassenzuweisungen pünktlich zu gewährleisten. ver.di kritisiert in die aktuell bestehenden Verzögerungen, die die Kassenliquidität während der Coronavirus-Krise gefährden können.

Auch mit dem Bevölkerungsschutzgesetz II ergeben sich Lücken im Schutzschirm für das Gesundheitswesen. ver.di setzt sich dafür ein, dass DRG-System während der Pandemie auszusetzen. In der Krise ist ein nachvollziehbares und einfach handhabbares System auf der Grundlage

des Vorjahresbudgets unter Hinzuziehung der Veränderungsrate und pandemiebedingter Zuschläge sachgerecht, welches verhindert, dass es „Krisengewinner“ und „Krisenverlierer“ aufgrund der wirtschaftlichen Wirkungen auf die Krankenhäuser gibt. Die im Entwurf vorgelegten Maßnahmen genügen nicht, um die Bewältigung der Coronavirus-Krise für alle Krankenhäuser zu gewährleisten.

Zu begrüßen ist die Verpflichtung für Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten eine Sonderprämie zu bezahlen. ver.di hatte am 27. März öffentlich Bonuszahlungen für Beschäftigte in „systemrelevanten“ Bereichen für die Dauer der Krise gefordert¹. Die Beschäftigten u.a. im Gesundheits- und Sozialwesen halten dieses Land für uns alle am Laufen. Sie stehen unter extremen Belastungen und gefährden zum Teil in besonderer Weise ihre eigene Gesundheit. ver.di hatte die Arbeitgeber aufgefordert, in Gespräche über Bonuszahlungen einzutreten. Der Druck, der durch die ver.di-Tarifinitiative aufgebaut wurde, hat Wirkung gezeigt. Jetzt braucht es noch eine verbindliche Finanzierungszusage für den Teil der Prämie, der von Ländern/Arbeitgebern erbracht werden muss.

Nicht alle der im Entwurf enthaltenen Maßnahmen haben einen Bezug zur Coronavirus-Pandemie. Mehrfach wird der Verordnungsgeber ermächtigt, weitere Regelungen im Rahmen einer Rechtsverordnung zu erlassen. ver.di bekräftigt, dass die vorgesehenen Maßnahmen grundsätzlich eindeutiger gesetzlicher Vorgaben und der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Verordnungsermächtigungen sind lediglich für die Maßnahmen vorzusehen, für die aufgrund absoluter Eilbedürftigkeit die parlamentarische Beteiligung nicht sichergestellt werden kann. Darüber hinaus sind alle Maßnahmen mit Bezug auf die Coronavirus-Pandemie bis spätestens zum 31.03.2021 zu befristen.

¹ Vgl. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/coronavirus/++co++ea32dbee-7011-11ea-a8fd-525400f67940>

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Nummer 3

Zu Doppelbuchstabe ee

Ziffer 9

ver.di begrüßt ausdrücklich die Bereitstellung von Finanzhilfen des Bundes für die 375 kommunalen Gesundheitsämtern in Höhe von bis zu 150.000 €. Sollte darüber hinaus weiterer Bedarf bestehen, dann braucht es ein unkompliziertes Verfahren für ergänzende finanzielle Unterstützungen im ÖGD. Langfristig ist eine deutliche Stärkung und personeller Ausbau im öffentlichen Gesundheitsdienst erforderlich. Viele Gesundheitsämter sind aufgrund der personellen Unterdeckung und z.T. mangelhafter Ausstattung kaum mehr in der Lage, ihren hoheitlichen Aufgaben nachzukommen. Dazu zählen neben den Aktivitäten im Infektionsschutz z.B. auch der Impfschutz von Kindern, Schuleingangsuntersuchungen, die Unterbringung von psychisch Kranken, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Gesundheitsberichterstattung und die Sicherstellung der Überwachung des Trinkwassers.

Bereits bei den vergangenen epidemiologischen Herausforderungen wie Ebola, EHEC, der Vogel- und Schweingrippe sowie SARS hat sich gezeigt, dass der ÖGD in die Grenzen der Belastbarkeit gestoßen ist. Zwischenzeitlich hat sich die Situation in den Gesundheitsämtern weiter verschärft, entscheidender Grund dafür sind die mangelnden personellen Ressourcen. Dies wird derzeit nur durch vorübergehende besondere personelle Maßnahmen, wie z. B. Abordnungen aus anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung und zusätzliche befristete Beschäftigung bewältigt. Hier braucht es jedoch eine dauerhafte Verbesserung der personellen und technischen Ausstattung.

Ziffer 10

Die Auszubildenden von heute sind die Fachkräfte von morgen. Aufgrund des hohen Fachkräftebedarfs sind alle Anstrengungen zu unternehmen, auch während der Corona-Pandemie Aus-

bildung in den Gesundheitsfachberufen zu ermöglichen. Es braucht dafür an der jeweiligen Situation orientierte Lösungen, um den Herausforderungen in verschiedenen Phasen der Corona-Pandemie gerecht werden zu können.

Es muss alles dafür getan werden, dass die Prüfungsvorbereitung der Auszubildenden im Hinblick auf das Examen sichergestellt wird. Die Erlangung des Abschlusses in der vorgesehenen Ausbildungszeit darf nicht in Gefahr geraten. Vom Bestehen der Prüfung hängt die Berufszulassung ab und von der Bewertung oft die weitere Berufskarriere.

Hinsichtlich der laufenden Ausbildungen sind Möglichkeiten des E-Learning zu schaffen und zu nutzen. Die Auszubildenden sollten von den Lehrenden in der Bearbeitung des theoretischen Wissens betreut werden. Um die Ausbildung während der Corona-Pandemie sicherzustellen, können Lehrkräfte durch persönliche Erreichbarkeit und Erhöhung der Praxisbegleitung unterstützen. Auszubildende, die während der Corona-Pandemie die Ausbildung neu beginnen, brauchen verstärkt Orientierung und Unterstützung. Sie dürfen nicht unvorbereitet in die praktische Ausbildung starten, ggfs. ist die theoretische Ausbildung auch über E-Learning sicherzustellen. Um die Abstandsregeln auch im Präsenzunterricht einzuhalten, sind kleinere Klassen notwendig. Auf den theoretischen Unterricht anrechenbare Selbstlernzeiten sind zu gewährleisten. Soweit eine Vorbereitung durch theoretischen Unterricht nicht ausreichend erfolgen kann, kommen der praktischen Anleitung und Unterweisung eine besondere Bedeutung zu.

Mit der geplanten Gesetzesänderung soll eine Verordnungsermächtigung geschaffen werden, um Flexibilisierungen im Bereich der Ausbildungen in Gesundheitsberufen vornehmen zu können. Es ist gut, dass die Voraussetzungen dafür geschaffen werden sollen, um die Ausbildung und die Prüfungen in den Gesundheitsfachberufen auch während der Phase der epidemischen Lage von nationaler Tragweite weiterhin zu ermöglichen. ver.di spricht sich jedoch dafür aus, die in der Rechtsverordnung regelbaren Tatbestände in der Ermächtigungsgrundlage abschließend aufzuführen. Das Wort „insbesondere“ ist daher zu streichen.

Die Dauer der Ausbildung ist im weit überwiegenden Teil der Ausbildungen im jeweiligen Berufszulassungsgesetz geregelt (vgl. z.B. § 4 DiätAssG, § 4 PodG, § 11 HebG, § 4 Abs. 2 und § 9 Abs. 1 MPHG, § 4 OrthoptG, § 5 NotSanG, § 4 MTAG, § 6 Abs. 1 PfIBG). Soweit eine Verkürzung oder Verlängerung der Ausbildungen im Rahmen von Maßnahmen des Infektionsschutzes erforderlich sein sollte, bedarf sie der eindeutigen gesetzlichen Vorgabe und der Zustimmung des Bundesrats.

Zu Nummer 17

Durch die vorgesehene Änderung in § 23a soll es Gesundheitseinrichtungen zur Erfüllung der Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 künftig ermöglicht, nicht nur Daten ihres Personals zum Impf- und Serostatus in Bezug auf impfpräventable Erkrankungen zu verarbeiten, sondern auch dann, wenn es sich – wie bei Covid-19 – nicht um eine impfpräventable Erkrankung handelt. Im Fall von SARS-CoV-2 scheint es sinnvoll, den Einsatz von Personal in Gesundheitseinrichtungen so zu planen, dass in der Betreuung Covid-19-erkrankter Personen bevorzugt Personal eingesetzt wird, das aufgrund selbst durchgemachter Erkrankung bereits eine Immunität gegen das Virus aufweist. Die vorgesehene Formulierung ermöglicht es Arbeitgebern aber auch, Daten zum Serostatus bei anderen übertragbaren Erkrankungen zu erheben, beispielsweise zu einer HIV-Infektion. Dies ist in der Form abzulehnen und stattdessen auf das Ziel „COVID-19“ einzuschränken.

Zu Artikel 3 – Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2

ver.di hat sich bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz für eine Evaluierung der Wirkungen auf die Krankenhäuser eingesetzt. Dazu ist eine entsprechende Datengrundlage erforderlich. ver.di begrüßt daher die unterjährige Übermittlung der notwendigen Daten durch die Krankenhäuser an das InEK.

Zu Nummer 3

Absatz 1

Soweit Mindestmerkmale von OPS personelle Vorgaben enthalten, lehnt ver.di das pauschale Aussetzen der Abrechnungsprüfung bestimmter OPS-Kodes ab. Diese hebt faktisch Personalvorgaben pauschal auf und ist nicht sachgerecht. Während der Pandemie brauchen die Krankenhäuser mehr qualifiziertes Personal, nicht weniger. Nur wenn es in einem Krankenhaus zu kurzfristigen krankheits- oder quarantänebedingten Personalausfällen oder einer starken Erhöhung

der Patient*innenzahl kommt, muss es die Option geben, in dieser konkreten Situation von Mindestvorgaben in OPS-Kodes und einer entsprechenden Aussetzung der Abrechnungsprüfung abzuweichen.

Zu Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe b

Repräsentative bevölkerungsmedizinische Testungen auf eine Infektion oder Immunität zur weiteren Abmilderung der mit der Corona-Pandemie verbundenen Folgen werden aus epidemiologischer Sicht von Wissenschaftlern dringend empfohlen.

Zudem steigen Infektionen bei medizinischem Personal in Deutschland an. Dem aktuellen RKI-Situationsbericht zufolge gibt es inzwischen fast 10.000 gemeldete SARS-CoV-2-Infektionen unter den Beschäftigten in Krankenhäusern, Praxen, Dialyseeinrichtungen und Rettungsdiensten². Hinzu kommen die Infektionen von Beschäftigten in der Altenpflege, wo von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen wird. Mehr und mehr wird das Corona Virus nosokomial, also im Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen, verbreitet. Präventionsstrategien müssen daher vorrangig die Beschäftigten in diesen Einrichtungen umfassen.

ver.di begrüßt die vorgesehene Ausweitung der Testkapazitäten auch in Bezug auf symptomunabhängige Testungen. Eine möglichst schnelle Testung auf Infektionen und Immunität ist das, was die Medizin mit Priorität anstreben sollte. Sie bringt Patient*innen und Bewohner*innen mehr Sicherheit und ist wichtig für den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten.

Im Gesetzentwurf soll durch eine Rechtsverordnung geregelt werden, dass die GKV für ihre Versicherten die Kosten für bestimmte Testungen auf eine Infektion oder Immunität übernimmt. Im Ergebnis würden dadurch der gesetzlichen Krankenversicherung die Übernahme von Kosten auferlegt, die aus gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen und den Aufgabenstellungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) erwachsen. Die Vorbeugung übertragbarer Krankheiten und die Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen sind im Sinne der epidemiologischen Gefahrenabwehr originäre Aufgabe des Staates, hier der Länder, weshalb Testungen als versicherungsfremde Leistungen auch durch Steuermittel zu finanzieren sind. Angesichts der

² Vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-22-de.pdf?__blob=publicationFile – abgerufen am 04.05.20

pandemiebedingten leistungsbezogenen Mehrausgaben der SV-Träger bei gleichzeitig zu erwartender verschlechterter Beitragseinnahmesituation aufgrund voraussichtlich zunehmender Arbeitslosigkeit ist es nicht zu vertreten, den sozialen Sicherungssystemen die Finanzverantwortung für die testbasierte Gewährleistung des Bevölkerungsschutzes zu übertragen. Die Kosten für die Tests werden je einer Million zusätzlicher ungebündelter Tests mit 60 Mio. Euro beziffert. Allein mit den notwendigen regelmäßigen und flächendeckenden Testungen des Personals in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen werden schnell Mehrausgaben in Milliardenhöhe erreicht, die nicht durch die GKV-Beitragszahler zu stemmen sind. Die Ausweitung der Testungen sind aus epidemiologischer Sicht geboten, die Übertragung der Finanzierungsverantwortung für diese Tests auf die Beitragszahler der GKV wird allerdings entschieden abgelehnt. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe gehört in die Finanzverantwortung der öffentlichen Hand und ist daher aus Steuern abzudecken. Aushilfsweise ist eine fehlbetragsdeckende Erhöhung der Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in Höhe der Mehrausgaben für Testungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen vorzunehmen. Von Testungen, die im Rahmen der Diagnostik erforderlich sind und durch die GKV zu tragen sind sowie den Testungen im Rahmen des allgemeinen Infektionsschutzes, welche aus Steuermitteln zu finanziert werden müssen, sind Testungen zu unterscheiden, deren Durchführung von Arbeitgebern gegenüber den Beschäftigten verlangt werden. Diese sind vom Auftrag gebenden Arbeitgeber finanzieren.

Zu Nummer 6

Auch wenn auf den ersten Blick nachvollziehbar ist, dass digitalen Versorgungsangeboten gerade während der Coronavirus-Pandemie eine ganz neue Bedeutung zukommt, erweckt die vom Gesetzgeber vorgesehene Möglichkeit im Rahmen von Pilotprojekten Verfahren zur Verwendung elektronischer Verordnungen auch ohne entsprechende Telematikinfrastruktur zu testen den Eindruck, dass hier durch die Hintertür Projekte initiiert werden sollen, bei denen zentrale Rahmenbedingungen nicht definiert sind.

Ohne die strukturelle technische und organisatorische Gewährleistung einer Infrastruktur, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellt sowie personenbeziehbare Daten im Rahmen dieser Projekte nicht an Dritte weitergegeben werden, dürfen solche Projekte nicht unterstützt und umgesetzt werden. Völlig ungeklärt ist die Frage, nach welchen Kriterien die Projektausschreibung und –bewilligung erfolgt. Daher fordert ver.di die ersatzlose Streichung der vorgesehenen Ergänzung des § 67 SGB V um Absatz 3.

Zu Artikel 5 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2

Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 soll ein möglichst flexibler Einsatz des Entlastungsbetrages ermöglicht werden, um coronabedingte Versorgungsengpässe zu vermeiden. Daher wird die Gewährung des Entlastungsbetrages bis zum 30. September 2020 ausnahmsweise nicht auf die Erstattung von Aufwendungen beschränkt, die den Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des §36 oder Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des §45a entstehen. Er soll vielmehr auf sonstige Hilfen, die der Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen dienen, erstreckt werden. Dies kann von professionellen Angeboten bis zur Inanspruchnahme nachbarschaftlicher Hilfe reichen. An den Nachweis gegenüber der Pflegekasse zur Erstattung der Kosten sollen die Pflegekassen im Interesse einer zügigen und unbürokratischen Abwicklung keine überhöhten Anforderungen stellen.

Darüber hinaus soll die Übertragbarkeit von angesparten Leistungsbeträgen nach § 45b aus dem Vorjahr, die für angesparte Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 nach geltendem Recht auf das erste Kalenderhalbjahr des Jahres 2020 beschränkt ist, einmalig auf den 30. September 2020 erweitert werden. Diese Erweiterung soll für Pflegebedürftige aller Pflegegrade ermöglicht werden.

Die vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen im Sinne schneller unbürokratischer Hilfen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind in der coronabedingten Notlage zu begrüßen. Hier wird die Gleichbehandlung der in Pflegegrad 1 eingestuften Pflegebedürftigen mit den übrigen Pflegegraden vollzogen. Die Hilfen sind nicht zuletzt deswegen dringend vonnöten, weil viele legale wie illegale live-in-Kräfte in der 24-Stunden-Betreuung aufgrund von Aus- und Einreisebeschränkungen sowie privater Notlagen nicht für haushaltsnahe Dienstleistungen zur Verfügung stehen. All diese Ausfälle, die teilweise sogar in die pflegerische Versorgung hineinreichen, müssen schnell, unbürokratisch und ohne überhöhte Anforderungen der Pflegekasse an die Kostenersatzung abgewickelt werden. Für den Fall einer länger anhaltenden Pandemie ist anzuregen, die Maßnahmen über den September 2020 hinaus mittels Rechtsverordnung zu verlängern.

Zu Nummer 5

In diesem neu eingefügten Passus wird die verpflichtende Auszahlung einer einmaligen Sonderleistung (Corona-Prämie) an die Beschäftigten in der Altenpflege durch die Pflegeeinrichtungen geregelt. Gewährt wird die Sonderleistung in unterschiedlicher Abstufung allen Beschäftigten einschließlich aller weiteren Mitarbeitenden, die z.B. über Werk- oder Dienstleistungsverträge oder eine Arbeitnehmerüberlassung für die Pflege und Betreuung in den Einrichtungen eingesetzt werden, die in nach dem Elften Buch zugelassenen teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie für ambulante Pflegediensten einschließlich Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a SGB XI tätig sind. Zu den Beschäftigten gehören auch geringfügig Beschäftigte oder Auszubildende in der Pflege sowie Helferinnen und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr und Bundesfreiwilligendienstleistende. Die Sonderleistung ist für Mitarbeitende zu zahlen, die zwischen dem 1. März 2020 und dem 31. Oktober 2020 (sog. Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in der Pflegeeinrichtung tätig bzw. im Bereich der Pflege und Betreuung oder sonstigen Bereichen eingesetzt sind. Die Beschäftigten erhalten daher einen Rechtsanspruch auf die Corona-Prämie.

Die Höhe der Prämie ist gestaffelt und orientiert sich vor allem an der „Nähe“ der jeweiligen Pflege- und Betreuungstätigkeit zum Pflegebedürftigen.

Eine Prämie in Höhe von 1 000 Euro erhalten alle Beschäftigten und von der Pflegeeinrichtung eingesetzten Mitarbeiter*innen, die schwerpunktmäßig in der direkten Pflege und Betreuung arbeiten. Dies sind insbesondere Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, Alltagsbegleiter*innen, Betreuungskräfte, Assistenzkräfte und Präsenzkkräfte (unabhängig von ihrer betrieblichen Bezeichnung) sowie Beschäftigte in der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Eine Prämie in Höhe von 667 Euro erhalten alle weiteren Mitarbeiter*innen, die in der Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen in der Einrichtung mitarbeiten (soweit diese nicht schon der ersten Gruppe zuzurechnen sind). Dies können Beschäftigte aus der Verwaltung, der Haustechnik, der Küche, der Gebäudereinigung, des Empfangs- und des Sicherheitsdienstes, der Garten- und Geländepflege, der Wäscherei oder der Logistik sein, wenn sie mindestens zu 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tages-strukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind.

Eine Prämie in Höhe von 334 Euro nach Nummer 3 erhalten alle übrigen Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen. Freiwilligendienstleistende und Helfer*innen im freiwilligen sozialen Jahr erhalten nach Nummer 4 eine Prämie in Höhe von 100 Euro.

Beschäftigte, die eine praktische Ausbildung im Pflege- und Betreuungsbereich absolvieren, erhalten eine Prämienzahlung in Höhe von 600 Euro.

Die Prämie beträgt jeweils zwei Drittel der nach Absatz 9 vorgesehenen Höchstbeträge, auf die die Prämie durch Länder oder Arbeitgeber aufgestockt werden kann. Damit keine Mehrbelastung der Pflegebedürftigen und ihrer Familien erfolgt, wird klargestellt, dass die Zahlung der Prämie nicht zu einer Erhöhung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile führt.

Damit entspricht der vorgelegte Gesetzentwurf den Empfehlungen der ehemaligen Mitglieder der Vierten Pflegemindestlohn-Kommission vom 22. April 2020.

ver.di begrüßt die Regelungen ausdrücklich, erhalten die Beschäftigten hiermit doch einen Rechtsanspruch auf die Sonderleistung ohne dabei die Pflegebedürftigen finanziell zu belasten. Dies ist ein dringend benötigtes Signal an die Beschäftigten in der Altenpflege. Zu begrüßen ist auch, dass der Bund und die Pflegekassen sich verpflichten, für zwei Drittel der steuer- und sozialversicherungsfrei möglichen Prämienzahlungen aufzukommen.

ver.di kritisiert, dass bislang noch keine Regelung gefunden werden konnte, wie der noch ausstehende Differenzbetrag des Sonderentgelts über die Länder und Arbeitgeber finanziert wird. Bislang liegen nur von einigen wenigen Bundesländern Zusagen vor. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Es darf nicht sein, dass ein Flickenteppich unterschiedlicher Prämien entsteht und die Höhe der Prämie davon abhängig ist, in welchem Bundesland die Pflegekraft arbeitet. Das vom Bund vorgeschlagene Verfahren sollte dann entsprechend auf die Bundesländer übertragen werden.

Zu Absatz 8:

Hier legt der Gesetzgeber die Auszahlungsmodalitäten fest und stellt klar, dass die Sonderprämie unpfändbar ist. Dies ist richtig und wichtig. Es fehlt eine verbindliche Regelung für Beschäftigte, die zusätzlich Leistungen nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) beziehen. Davon betroffen sind insbesondere Alleinerziehende mit Kindern, die in Teilzeit arbeiten. Hier ist vom Gesetzgeber sicherzustellen, dass die Sonderleistung von der Arbeitsagentur nicht auf das Einkommen angerechnet werden kann. Nur dann ist gewährleistet, dass die Anerkennung in Form einer Sonderleistung auch bei denen ankommt, die aufgrund ihrer Lebensumstände in der aktuellen Situation besonders belastet sind.

Zu Artikel 7 – Änderung des Ergotherapeutengesetzes

Es reicht nicht aus, im Ergotherapeutengesetz eine Härtefallregelung zu ergänzen. Die Fehlzeitenregelung bei den Heilberufen ist vielmehr abzuschaffen. Über 320 auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes geregelte Ausbildungsberufe kommen ohne eine solche starre, gesetzliche Fehlzeitenregelung aus. Entscheidend für die Berufsfähigkeit ist nicht die Anwesenheit gemessen in Stunden, sondern die Qualität der Ausbildung und das Bestehen der abschließenden Prüfung, da hierdurch die Berufsfähigkeit nachgewiesen wird. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an der Ausbildung besteht ohnehin. Ob eine Ausbildung als absolviert gelten kann, hängt eher von der Erreichbarkeit des Ausbildungsziels im Einzelfall ab als von einer starren Fehlzeitenregelung. Zumindest sind alle gesetzlichen und tariflichen Freistellungsansprüche auf die Ausbildung anzurechnen und nicht als Fehlzeiten zu werten.

Sofern an der Fehlzeitenregelung festgehalten wird, ist diese zumindest für die Dauer der Corona-Pandemie auszusetzen. Es darf während der Pandemie nicht dazu kommen, dass Auszubildende aus Angst, nicht zur Prüfung zugelassen zu werden, möglicherweise sogar krank an der Ausbildung teilnehmen. Die Folgen könnten erheblich sein. Das Aussetzen der Fehlzeitenregelung dient damit dem Schutz der Auszubildenden sowie dem der Bewohner*innen, Patient*innen und Angehörigen.

Zu Artikel 8 – Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden

Die obigen Ausführungen zur Fehlzeitenregelung gelten entsprechend.

Zu Artikel 10 – Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

Mit der vorgesehenen Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung soll geregelt werden, dass der beim Träger der praktischen Ausbildung zu absolvierende Pflichteinsatz nach § 7 Abs. 1 des Pflegeberufegesetzes teilweise in einer zweiten Einrichtung durchgeführt werden kann. Dies gilt für den Fall, dass die zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen Kompetenzen nicht vollständig beim Träger der praktischen Ausbildung selbst erworben werden können. Damit sollen insbesondere die Möglichkeiten erweitert werden, dass psychiatri-

sche Krankenhäuser Träger der praktischen Ausbildung sein können. Das ist wichtig, damit psychiatrische Krankenhäuser auch künftig einen erheblichen Beitrag zur Ausbildung von Pflegepersonal leisten können.

Die Anlage 1 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung beschreibt die bis zur Zwischenprüfung zu entwickelnden Kompetenzen. Der Kompetenzerwerb erfolgt sowohl im theoretischen und praktischen Unterricht in der Pflegeschule als auch in der praktischen Ausbildung. Im Hinblick auf die praktische Ausbildung ist es notwendig, verschiedene Handlungsfelder zu eröffnen, um den Ansprüchen der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung entsprechen zu können.

Es ist daher sinnvoll, neben dem Träger der praktischen Ausbildung im Bedarfsfall auch eine weitere Einrichtung, die ihrerseits die Voraussetzungen, die für den Träger der praktischen Ausbildung gelten, erfüllt, für die Durchführung des Pflichteinsatzes nach Ziffer II der Anlage 7 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zuzulassen. Dabei sollte der Teileinsatz beim Träger der praktischen Ausbildung überwiegen. Ferner ist klarzustellen, dass der Vertiefungseinsatz in dem Teilbereich des Pflichteinsatzes erfolgen soll, der dem Träger der praktischen Ausbildung zugeordnet ist.

Im Übrigen verweist ver.di auf die weiteren Ausführungen in der Stellungnahme des DGB-Bundesvorstandes und schließt sich diesen an.