

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V. (bpa)**

Stellungnahme

zum

**Entwurf der Fraktionen SPD,
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP eines**

**Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbe-
sondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19
(Bundestags-Drucksache 20/2573) und zu den zugehörigen
Formulierungshilfen für Änderungsanträge,**

zum

**Antrag der Fraktion CDU/CSU „Gut vorbereitet für den Herbst –
Pandemiemanagement verbessern“
(Bundestags-Drucksache 20/2564)**

und zum

**Antrag der Fraktion DIE LINKE „Auf sich verändernden Pandemie-
verlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen“
(Bundestags-Drucksache 20/2581)**

Berlin, 25. August 2022

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
I.) Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 und zugehörige Formulierungshilfen für Änderungsanträge	
§ 22a Abs. 1 IfSG – Anerkannte Impfstoffe	6
§ 23 Abs. 1 IfSG – Kommission für Infektionsprävention und Hygiene	8
§ 28b Abs. 1 IfSG – Besondere Schutzmaßnahmen	10
§ 35 Abs. 1 IfSG – Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe	13
• Zusammenführung der Vorschriften – Satz 1	14
• Umsetzung der RKI-Empfehlungen – Satz 2	14
• Hygienepläne – Satz 3	15
• Ambulante Intensivpflegedienste – Sätze 4 und 5	17
• Beauftragte für Hygiene, Testen, Impfen und Paxlovid – Sätze 6-7	18
• Qualitätsausschuss – Satz 8	19
• Überwachung durch das Gesundheitsamt – Satz 11	21
§ 35 Absatz 3 IfSG – Landesverordnungen zu Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Infektionen	23
§ 150c Abs. 1-5 SGB XI – Monatliche Sonderleistungen	25
§ 150c Abs. 5 SGB XI – Förderbetrag	27
§ 150 Abs. 6 SGB XI – Anzeige einer wesentlichen Beeinträchtigung	29
II.) Antrag der Fraktion CDU/CSU „Gut vorbereitet für den Herbst – Pandemiemanagement verbessern“	30
III.) Antrag der Fraktion DIE LINKE „Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen“	31

Stellungnahme zum Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 und zugehörigen Formulierungshilfen für Änderungsanträge

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Die Pflegeeinrichtungen sollen mit vielfältigen neuen Sondermaßnahmen, die erheblichen Mehraufwand bedeuten, überzogen werden, während der Pflege-Rettungsschirm ausgelaufen ist. Das ist inakzeptabel und kann nicht funktionieren. Die Belastungen durch die Pandemie sind nicht vorbei. Jede zusätzliche Aufgabe, die nicht mit einer entsprechenden Entlastung an anderer Stelle oder Refinanzierung einhergeht, bedeutet die Notwendigkeit reguläre Aufgaben zurückzufahren oder einzustellen. Es darf keine neuen Maßnahmen mit erheblichem personellem Mehraufwand ohne neuen Rettungsschirm geben. Die Pandemieprävention darf nicht zu personellen oder wirtschaftlichen Zwangslagen bei den Einrichtungen führen.

Das COVID-19-Schutzgesetz bietet – auch mit den vorgelegten Änderungsanträgen – keinen zusätzlichen Schutz, sondern vor allem Aktionismus zu Lasten der Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe. Es wird suggeriert, dass den Pflegeeinrichtungen nach über zwei Jahren Pandemie die Umsetzung von Hygieneregeln nahegebracht werden müsste. Zudem werden neue bürokratische Verpflichtungen und personelle Belastungen vorgesehen. Das ist ein Schlag ins Gesicht für die engagierten Teams der Pflegeeinrichtungen.

Der bpa weist insbesondere auf die folgenden Punkte hin:

- Eine weitere Verpflichtung zur Erstellung von Hygieneplänen macht schlicht keinen Sinn, weil diese vorhanden und bewährt sind. Es ist nicht nachvollziehbar, warum hier neue bürokratische Vorschriften verankert werden, deren Kern bereits an anderer Stelle geregelt ist. Klare Zuständigkeiten für das Thema Hygiene sind im Interesse der Einrichtungen – aber dafür bedarf es keiner zusätzlichen gesetzlichen Regelung zu Hygienebeauftragten.
- Die Einrichtungen brauchen keinen staatlich verordneten Impfbeauftragten! Auch bisher haben sich die Einrichtungsträger mit hoher Verantwortung um eine möglichst weitgehende Impfung aller versorgten Menschen und aller Mitarbeitenden gekümmert. Es ist völlig unangemessen, in welcher Detailtiefe den Pflegeeinrichtungen Vorschriften zu den Aufgaben der „Beauftragten“ für Hygiene, Tests, Impfungen und Paxlovid gemacht werden. Zudem steht zur Frage, woher das zusätzliche Personal kommen soll, nichts im Gesetzesentwurf. Am sinnvollsten ist es die Zuständigkeit für die Benennung der Verantwortlichkeit allein bei der Einrichtung zu belassen. Deren Leitung sowie die verantwortliche Pflegefachkraft können am besten beurteilen, wie die Aufgaben einrichtungsindividuell angemessen umgesetzt werden können.
- Völlig unverständlich sind die Pläne zur Versorgung mit antiviralen Therapeutika durch die vollstationären Pflegeeinrichtungen. Pflegeheim sollen Paxlovid bevorraten. Unbeantwortet bleibt die Frage, warum Apotheken nicht Paxlovid liefern können wie andere Medikamente auch. Ärzte sollen offenbar auf Hinweis der Pflegeheime Paxlovid verschreiben, ohne die Patienten in Augenschein zu nehmen. Die Gefahren, die mit dem neuen Verfahren verbunden sind, könnten somit größer sein als der vermeintliche Nutzen einer schnellen Arzneimittelversorgung.
- Kein Mehraufwand ohne Mehrkostenerstattung: Die Pandemie ist noch nicht vorbei, das betont dieser Gesetzesentwurf. Deshalb muss auch die Absicherung der Einrichtungen über den Pflege-Rettungsschirm weitergeführt werden. Die vorgesehene Kostenerstattung in Höhe von 250 Euro für die Pflegeheime wird dem in keiner Weise gerecht. Die 750 Euro für die monatlichen Sonderleistungen gehen mit einer Vielzahl offener Fragen und einem zu bürokratischen Antragsverfahren einher. Es muss zudem klargestellt werden, ob durch die monatlichen Sonderleistungen die erforderlichen Überstunden abgegolten und ob die Arbeitgeberbruttokosten ebenfalls erstattungsfähig sind. Bei den bis dato in den Änderungsanträgen vorgesehenen Vergütungen bleiben ambulante Einrichtungen zudem komplett außen vor. Gleichwohl fällt auch für diese weiterhin

ein erheblicher Aufwand an, der nicht refinanziert wird. Durch den neuen § 35 IfSG und den dortigen Hygienevorgaben wird dies noch verschärft.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

I.) Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 und zugehörige Formulierungshilfen für Änderungsanträge

Änderungsantrag 3, Nr. 1d)

§ 22a Absatz 1 IfSG – Anerkannte Impfstoffe

Vorgeschlagene Neuregelung

Bisher kann ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus nur dann erreicht werden, wenn die zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit Impfstoffen erfolgt sind, die von der EU oder im Ausland zugelassen sind und von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff sind.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass künftig auch dann ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt, wenn teilweise mit den von der WHO-gelisteten Impfstoffen, namentlich COVAXIN, Covilo, Convidecia und CoronaVac stattgefunden hat.

Stellungnahme

Die STIKO hat im Epidemiologischen Bulletin 13/2022 vom 31.03.2022 eine Empfehlung zur COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoffen von Personen, die mit einem der nicht in der EU zugelassenen Ganzvirusimpfstoffe vorgeimpft sind, abgegeben. Soweit diese Personen bereits zwei oder mehr Impfdosen eines solchen Impfstoffes erhalten haben, soll keine erneute Grundimmunisierung erforderlich sein und lediglich eine Auffrischungsimpfung mit einem mRNA-Impfstoff erfolgen.

Die Umsetzung dieser Empfehlung hätte es bereits im Frühjahr diesen Jahres den betroffenen Personen vereinfacht, einen rechtlich vollständigen Impfschutz zu erlangen. Der bpa hat das Bundesministerium für Gesundheit am 6. April 2022 auf den Widerspruch der Empfehlung zur Gesetzeslage hingewiesen. Zum damaligen Zeitpunkt bestand eine besondere Dringlichkeit, da die einrichtungsbezogene Impfpflicht erst seit kurzem galt. Der bpa hatte deshalb um eine schnellstmögliche Anpassung der Rechtslage gebeten, damit die betroffenen Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen, die mit einem solchen Impfstoff zuvor geimpft wurden, nicht in einer rechtlich unsicheren Lage sind. Es ist bedauerlich, dass es weitere

vier Monate bis zur Veränderung der rechtlichen Vorgaben gedauert hat. Der Personenkreis der nunmehr davon profitieren kann, dürfte erheblich kleiner sein, als er es zu Inkrafttreten der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gewesen wäre.

Änderungsvorschläge

Keine.

Gesetzentwurf, Artikel 1, Nr. 15

§ 23 Absatz 1 IfSG – Kommission für Infektionsprävention und Hygiene

Vorgeschlagene Neuregelung

Beim Robert Koch-Institut (RKI) wird eine Kommission für Infektionsprävention und Hygiene in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe eingerichtet. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer und weiterer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene u.a. in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden unter Berücksichtigung des gesamten Aufgabenspektrums berufen.

Stellungnahme

Umfassende Maßnahmen zur Infektionsprävention und Hygiene gehören zum Standard der Arbeit in Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen. Die Beschäftigten verfügen über das erforderliche Wissen und setzen die Vorgaben in der Versorgung um. Dies erfolgt auf Basis der in Aus- und Weiterbildung erworbenen Wissens der Beschäftigten, rechtlicher Vorgaben sowie interner Hygienepläne. Wenn teilweise der Eindruck erweckt wird, als gäbe es keine umfangreichen Hygienevorgaben, so muss dies sehr verwundern.

Zusätzliche Vorgaben durch eine beim RKI angesiedelte Kommission müssen sich in das bestehende Gefüge einbinden. Es ist niemandem geholfen, wenn neue Regelungen eingeführt werden, die insbesondere zu Mehrbelastungen führen, ohne den Versorgungs- und Hygienestandard zu erhöhen. Wenn der Gesetzgeber eine Notwendigkeit der Verlagerung der Zuständigkeit zur Erstellung von Vorgaben sieht, sollten solche an anderer Stelle abgebaut werden. So würde auch der Vorgabe der Bundesregierung im Rahmen der ‚One in, one out‘-Regel zum Bürokratieabbau gefolgt.

Ausweislich der Begründung sind auch Personen mit einer professionellen Kenntnis der Verhältnisse und Aufgaben in den Bereichen der Pflege- und der Eingliederungshilfe in die Arbeit der Kommission einzubeziehen. Es ist essentiell, dass hier die Träger der Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen beteiligt werden. Es sind die Träger, die für die Einhaltung der

Vorgaben verantwortlich sind. Nur sie verfügen über das pflegerische, praktische und organisatorische Wissen um sicherzustellen, dass die Vorgaben im pflegerischen Versorgungsalltag überhaupt umsetzbar sind.

Änderungsvorschläge

§ 23 Abs. 1 IfSG wird wie folgt geändert:

„Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer und weiterer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern, anderen medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe. Sie erstellt zudem Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden unter Berücksichtigung des gesamten Aufgabenspektrums berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, ~~und~~ **des Robert Koch-Institutes und der maßgeblichen Träger der Pflege- und Eingliederungshilfeinrichtungen auf Bundesebene** nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.“

Änderungsantrag 12, Nr. 2

§ 28b Absatz 1 IfSG – Besondere Schutzmaßnahmen

Vorgeschlagene Neuregelung

Im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 7. April 2023 können teil- und vollstationäre Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe nur mit FFP2-Maske und einem negativen Corona-Test betreten werden. Diese Vorgaben gelten ebenso für Beschäftigte von ambulanten Diensten.

Die Einrichtungen sind verpflichtet die Einhaltung der Vorgaben stichprobenhaft zu kontrollieren. Soweit die Voraussetzungen nicht erfüllt sind, können die Betroffenen vom Betreten der Einrichtung ausgeschlossen werden.

Von den Einrichtungen versorgte Personen sind in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten nicht von der Maskenpflicht erfasst. Sie müssen darüber hinaus generell keine Testnachweise erbringen.

Beschäftigte von ambulanten Diensten, die ihre Tätigkeit von ihrer Wohnung aus beginnen, können den negativen Test auch mittel Antigen-Test zur Eigenanwendung ohne Überwachung erbringen.

Stellungnahme

Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen die Möglichkeiten zum Schutz der von ihnen versorgten Menschen zu geben, ist erforderlich. Die hier vorgesehenen gesetzlichen Verpflichtungen sind jedoch weder zielführend noch verhältnismäßig.

Die in über zwei Jahren der Pandemie gesammelten Erkenntnisse aus bisherigen gesetzlichen Maßnahmen und ihrer Wirkung in der Praxis sowie die darüber hinaus gehenden von den Einrichtungen eigenverantwortlich durchgeführten Vorgaben wurden offenkundig kaum berücksichtigt.

Eine tägliche Testpflicht für die Beschäftigten ist eine viel zu strikte Vorgabe. Mit gutem Grund wurden in früheren Gesetzgebungsverfahren derlei Pläne stets wieder gestrichen und nur für ungeimpfte Personen vorgesehen. Insbesondere in Kombination mit der ebenfalls sehr restriktiven FFP2-Maskenpflicht und den Vorgaben des neuen § 35 IfSG ist eine tägliche Testpflicht nicht notwendig. Vielmehr sollte diese allenfalls auf Personen beschränkt sein, die nicht geimpft sind. Für alle anderen Beschäftigten genügen zwei Tests pro Woche. Dabei sollte für alle Beschäftigten zudem die in der Coronavirus-Testverordnung vorgesehene und seit vielen Monaten praktizierte Möglichkeit der Testung mittels Antigen-Test zur

Selbstanwendung ohne Überwachung eröffnet werden. Die Beschränkung auf Mitarbeitende aus Pflegediensten muss aufgehoben werden. Andernfalls müssen die zur Verfügung stehenden Testmengen gemäß Coronavirus-Testverordnung teils erheblich erhöht werden.

Es sind zudem verschiedene Klarstellungen im Gesetzestext notwendig.

- In § 28b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 IfSG wird von Personen gesprochen, die „in der Pflege“ tätig werden. Gleichwohl umfasst die Regelung auch diverse Assistenzdienste der Eingliederungshilfe. Es ist unklar, ob durch den Verweis auf eine „Pflegetätigkeit“ das Gros der Beschäftigten in den ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe von den Vorgaben der Masken- und Testpflicht ausgeschlossen sein soll.
- In § 28b Abs. 1 Satz 5 IfSG werden die Ausnahmen für von teil- und vollstationären Einrichtungen versorgten Personen zur Maskenpflicht beschrieben. Diese soll nicht in den für deren „dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten“ gelten. Ausweislich der Begründung sollen gemeinschaftliche Aufenthaltsräume davon nicht erfasst sein. Damit würden Bewohner von Pflegeheimen oder Gäste von Tagespflegeeinrichtungen in erheblichem Maße von der Maskenpflicht erfasst. Insbesondere vor dem Hintergrund der Vielzahl an dementiell veränderten Personen ist eine solche Vorgabe nicht angemessen und häufig schlicht nicht umsetzbar. Es sollte mindestens eine Reduzierung auf die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske, besser noch auf jede gesetzliche Vorgabe verzichtet werden.

Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe haben in den vergangenen zweieinhalb Jahren umfangreiche Erfahrungen gesammelt wie sie die von ihnen versorgten Personen bestmöglich schützen und gleichzeitig das höchste Maß an Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität ermöglichen können. Voraussetzung um dies zu gewährleisten ist die Erlaubnis die Infektionsschutzvorgaben eigenständig regeln und damit die Besonderheiten der individuellen Versorgungssituation berücksichtigen zu können. Einheitsregelungen wie hier im Gesetz vorgesehen, drohen die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und der Menschen mit Behinderung zu reduzieren. Es sind daher maßvolle Anpassungen vorzunehmen.

Änderungsvorschläge

Analog den Regelungen für Beschäftigte von Pflegediensten und den Möglichkeiten der Coronavirus-Testverordnung wird auch für Beschäftigte von teil- und vollstationären Einrichtungen der Pflege und

Eingliederungshilfe die Möglichkeit zur Durchführung des Antigen-Tests ohne Überwachung, beispielsweise in der eigenen Wohnung, eingeführt.

§ 28b Abs. 1 Satz 7 IfSG wird wie folgt geändert:

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

In § 28b Abs. 1 IfSG wird folgender Satz 8 neu eingefügt.

Bei Personen, die in einer oder einem in Satz 1 Nummer 3 oder 4 genannten Einrichtung oder Unternehmen tätig sind, die geimpfte Personen oder genesene Personen gemäß § 22a sind, muss ein Testnachweis nach § 22a Absatz 3 mindestens zweimal pro Kalenderwoche vorgelegt werden.

Soweit keine Reduzierung der täglichen Testvorgabe für Beschäftigte erfolgt, müssen die zur Verfügung stehenden Testmengen gemäß Coronavirus-Testverordnung zwingend erhöht werden.

Gesetzentwurf, Artikel 1, Nr. 19 und Änderungsantrag 4, Nr. 1c)

§ 35 Absatz 1 IfSG – Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe

Vorgeschlagene Neuregelungen

Die bisher in den §§ 23 und 36 IfSG aufgeführten Einrichtungen der Pflege- und Eingliederungshilfe werden in einem gemeinsamen Paragraphen zusammengeführt.

Die Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden (Satz 1). Dies wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

Die Einrichtungen müssen in Hygienepläne innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt (Satz 3). Bei Intensivpflegediensten umfasst dies auch die Orte der Leistungserbringung (Sätze 4-5).

In voll- und teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen sind für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis einschließlich 7. April 2023 eine oder mehrere verantwortliche Personen zur Umsetzung von im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 stehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zum Infektionsschutz sowie zur Koordinierung von entsprechenden Verfahren und Maßnahmen zu benennen. Diese stellen die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem Impfen und Testen von Bewohnern, Beschäftigten und Besuchern sowie zur Unterstützung der Versorgung mit antiviralen Therapeutika sicher. Diese Aufgaben sind zu dokumentieren (Sätze 6-7).

Der Qualitätsausschuss Pflege erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Oktober 2022 pflegfachlich orientierte Grundlagen und Verfahrenshinweise für die Koordinierungsaufgaben in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen (Satz 8).

Auf der Grundlage dieser Vorgabe des Qualitätsausschusses Pflege legen die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen die verantwortlichen Personen fest und melden sie zum Zwecke der Prämienzahlung nach § 150c SGB XI bis zum 01.11.2022 der zuständigen Pflegekasse (Satz 9).

Stellungnahme

Zusammenführung der Vorschriften – Satz 1

Es wird grundsätzlich begrüßt, dass die zuvor an zwei Stellen aufgeführten Einrichtungen der Pflege- und Eingliederungshilfe nun in einem gemeinsamen Paragraphen zusammengeführt werden. Dies kann zur Rechtsklarheit beitragen. Gleichwohl wäre es dringend angezeigt, konkrete Definitionen oder Aufzählungen für die hier betroffenen Einrichtungen und Unternehmen vorzunehmen. So gibt es seit längerem Unklarheiten darüber, ob beispielsweise Einrichtungen nach § 35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung) nicht auch unter diese Aufzählung fallen. Während dies vom Wortlaut der Fall wäre, wurde es von Bund und Ländern regelmäßig verneint. Gleiches gilt für Schulbegleitungen im Bereich der Eingliederungshilfe, Angebote im Bereich der persönlichen Assistenz oder das betreute Wohnen für ältere Menschen. Der Hinweis in der Begründung, dass unter Nummer 3 auch besondere ambulante Wohnformen wie Pflegewohngemeinschaften oder andere neue Wohnformen in die Umsetzung einbezogen werden können, trägt nicht ausreichend zur Rechtssicherheit bei.

Stationäre Einrichtungen für behinderte Menschen gibt es in der Systematik des Bundesteilhabegesetzes zudem seit mehreren Jahren nicht mehr.

Umsetzung der RKI-Empfehlungen – Satz 2

Vorgesehen ist eine umständliche rechtliche Konstruktion: Die Einrichtungen sollen sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Die Einhaltung dessen wird vermutet, wenn entsprechende Empfehlungen des RKI beachtet worden sind.

Auch diese Neuregelung ist aus Sicht des bpa unnötig. Bereits jetzt gibt es in § 114 Abs. 2 SGB XI eine entsprechende Vorschrift im Rahmen der Qualitätsprüfungen:

„Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes

entspricht und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 20a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde.“

Diese Vorschrift ist außerdem auch noch in den QPR ambulant und stationär verankert:

„Die Prüfung bezieht sich auch auf die Anforderungen der relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).“

Mit der entsprechenden Änderung in § 35 Abs. 1 IfSG würde eine Regelung verankert werden, die es bereits gibt. Dies würde einen Verstoß gegen die eigenen Vorgaben der Bundesregierung zur Entbürokratisierung („one-in, one out-Regel“) bedeuten, ohne die Hygienestandards zu erhöhen.

Darüber hinaus bittet der bpa um Beachtung, dass das RKI seit Beginn der Corona-Pandemie sehr hilfreiche Empfehlungen für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe veröffentlicht hat: für den stationären Bereich ist dieses das Dokument mit dem Titel „Prävention und Management von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst“, für den ambulanten Bereich sind es die „Hinweise für ambulante Pflegedienste im Rahmen der COVID-19-Pandemie“.

Der bpa macht seine Mitglieder laufend auf die jeweils neuesten Fassungen aufmerksam. Und auch wenn es keine gesetzliche Verpflichtung zur Umsetzung dieser Empfehlungen gibt, weiß der bpa von seinen Mitgliedern, dass sie im eigenen Interesse darauf zurückgreifen und den Empfehlungen folgen, um den bestmöglichen Schutz für die anvertrauten vulnerablen Menschen und die sie versorgenden Pflegekräfte zu erreichen.

Zur Erforderlichkeit zusätzlicher Vorgaben der Kommission für Infektionsprävention und Hygiene nach § 23 Abs. 1 IfSG wird des Weiteren auf die vorherigen Ausführungen zur RKI-Kommission verwiesen (s. Seite 8).

Hygienepläne – Satz 3

Umfassende Hygienemaßnahmen, insbesondere zum Infektionsschutz, sind Standard in allen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Alle Einrichtungen verfügen über Hygienepläne. Der

bpa stellt dazu allen seinen Mitgliedern für die unterschiedlichen Bereiche Qualitätshandbücher zur Verfügung, in denen Hilfestellungen für die Etablierung und Umsetzung von Hygienestandards enthalten sind. Die Einhaltung der Hygienemaßnahmen ist u.a. in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27. Mai 2011 vorgeschrieben. Dort heißt es:

„Kriterien für eine gute Ergebnisqualität sind: ... Die einschlägigen Anforderungen an Hygiene und Sauberkeit sind eingehalten.“

Gleich lautende Vorschriften finden sich auch in den Maßstäben und Grundsätzen für die teilstationäre Pflege und für die vollstationäre Pflege.

Darüber hinaus enthält die Anlage 1 der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für die ambulante Pflege (Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in ambulanten Pflegediensten) umfassende Fragen zum Hygienemanagement der Pflegedienste. Auch die QPR für stationäre Pflegeeinrichtungen enthält ein eigenes Kapitel (5.3) zur Einhaltung von Hygieneanforderungen.

Zur Umsetzung dieser Anforderungen durch die Einrichtungen zitieren wir den 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI vom Dezember 2020 (Seite 10):

„Aufgrund der Bedeutung der Hygiene für die pflegerische Versorgungsqualität hat der Gesetzgeber bereits seit langem die mit der Pflege im Zusammenhang stehende Hygiene aber auch ausdrücklich zum Prüfgegenstand bei den Qualitätsprüfungen von MDK und PKV-Prüfdienst erklärt. Bei den Qualitätsprüfungen hatte die Umsetzung von Hygienekonzepten daher schon vor der Corona-Pandemie einen großen Stellenwert. ... Die Pflegeeinrichtungen erfüllen mit über 90 Prozent diese formalen Anforderungen zur Hygiene weitgehend konstant auf einem hohen Niveau. Ob die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen bekannt sind, ist ein Indiz dafür, ob und inwieweit die Regelungen auch umgesetzt werden können. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren die innerbetrieblichen Verfahrensanweisungen zur Hygiene in 96,6 Prozent der Pflegeeinrichtungen bekannt (2016: 92,4 Prozent). Somit sind die Pflegeeinrichtungen hinsichtlich dieser formalen Kriterien vor der Corona-Pandemie und im Vergleich zum vorherigen Berichtszeitraum 2016 gut aufgestellt.“

Die durch die QPR vorgegebenen Hygiene-Kriterien werden sehr weitgehend erfüllt; im ambulanten Bereich liegen die Quoten zwischen 86,5 % und 97,9 %, im stationären sogar zwischen 92,9 % und 99 %.

Anhand dieser Zahlen wird deutlich, dass flächendeckend Hygienemaßnahmen sichergestellt sind. Es bedarf hierzu aufgrund bestehender Regelungen keinerlei weiterer gesetzlicher Regelungen. Wir bitten dringend darum, dass der Gesetzgeber die bestehenden Verpflichtungen für die Einrichtungen zur Kenntnis nimmt und entsprechend würdigt, bevor weitere Regelungen beschlossen werden.

Neben diesen Standards im Qualitätsmanagement aller Einrichtungen hat der bpa seinen Mitgliedern Pandemiepläne für die jeweiligen Versorgungsbereiche zur Verfügung gestellt. Darin sind u.a. Schulungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erforderlichen Hygienemaßnahmen zur Vermeidung von Infektionen, zu Symptomen der Erkrankung Covid-19 und zum richtigen Verhalten bei Feststellung dieser Symptome vorgesehen. Außerdem ist eine Verfahrensanweisung „Hygiene Covid19“ und ein einrichtungsspezifisches Schutz- und Hygienekonzept im Pandemieplan des bpa enthalten.

Der bpa appelliert hier an die Bundesregierung, den Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe mehr zuzutrauen. Die Einrichtungen haben in der Pandemie bewiesen, dass sie zu den ohnehin schon verankerten Hygienestandards in der Lage waren, kurzfristig zusätzliche Maßnahmen zu ergreifen, um die besonderen Hygieneanforderungen durch Corona zu begegnen. Dafür hat es keines Gesetzes gebraucht, sondern die Einrichtungen haben verantwortungsvoll gehandelt und das Notwendige veranlasst. Und jetzt, nach über zwei Jahren Pandemie und erfolgreichem Hygienemanagement, sollen zusätzliche Hygienevorschriften ohne Mehrwert erlassen werden – das ist in keiner Weise nachvollziehbar und kann auf die Einrichtungen nur wie Hohn wirken.

Ambulante Intensivpflegedienste – Sätze 4 und 5

Es wird nicht klar, wozu die ambulanten Intensivpflegedienste Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen an das Gesundheitsamt auf Aufforderung herausgeben müssen. Zur infektionshygienischen Überwachung nach Satz 4 scheint dies jedenfalls nicht erforderlich.

Die Überprüfung am Ort der Leistungserbringung bringt erhebliche Limitationen mit sich, die bei der Bewertung bedacht werden müssen. Der Leistungsort ist der Wohnort der Leistungsempfänger. Die ambulanten Dienste haben dort weder Hausrecht noch Entscheidungsbefugnisse hinsichtlich der Hygienemaßnahmen sofern diese nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungsdurchführung stehen. Die Dienste können somit nicht für Aspekte in Verantwortung genommen werden, die nicht in ihrer rechtlichen Gestaltungskompetenz liegen.

Beauftragte für Hygiene, Testen, Impfen und Paxlovid – Sätze 6-7

Die in den vorliegenden Änderungsanträgen geplanten Neuregelungen tragen nicht dazu bei, die bereits im Gesetzentwurf nicht nachvollziehbaren Vorgaben zu verbessern. Vielmehr führen die Ergänzungen zu fragwürdigen Abgrenzungen, die zumindest systematisch kaum erklärbar scheinen.

Satz 6 gibt allen teil- und vollstationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe die Vorgabe, eine oder mehrere verantwortliche Personen zu benennen, die für die Einhaltung des Infektionsschutzes, das Testen, das Impfen sowie die Hygienevorgaben verantwortlich sind. In vollstationären Pflegeeinrichtungen ist diese Person auch verantwortlich für die Versorgung mit antiviralen Therapeutika. Die Benennungen müssen gemäß Satz 9 bis zum 1. Oktober 2022 erfolgen.

In der Konsequenz führt dies dazu, dass laut Begründung u.a. auch Wohngruppen für Kinder mit Behinderungen oder heilpädagogische Kitas diese Aufgaben vornehmen müssen. Welcher Mehrwert hier insbesondere bezüglich der Impfbeauftragten bestehen soll, bleibt unklar. Die Beschreibung der Aufgaben in der Begründung zeigt, dass offenkundig nur an die Versorgungssituation in der vollstationären Altenpflege gedacht wird. Dabei dürften rein quantitativ vielmehr Versorgungsangebote betroffen sein, die eben kein Pflegeheim sind. Insbesondere für die Angebote der Eingliederungshilfe, aber auch für Tagespflegeeinrichtungen, sind die in der Begründung beschriebenen Aufgaben kaum bis nicht umsetzbar.

Die ausformulierten Koordinierungsaufgaben der Impfbeauftragten stellen einen erschreckenden Ausbau der Bürokratie dar, der offenkundig nur dazu dienen soll, zusätzliche Dokumentationen zu erstellen. Der Impfausweis jedes Bewohners und jede Bewohnerin – Gäste von Tagespflegen oder tagesstrukturierenden Angeboten werden hier im Begründungstext nicht berücksichtigt – soll kontrolliert und der zuständige Arzt über fehlende Impfungen informiert werden. Über die Notwendigkeit des vorherigen Einverständnisses der betroffenen Personen wird im Gesetz nicht gesprochen. Darüber hinaus bleibt unklar, wie insbesondere in teilstationären Angeboten eine „regelmäßige“ Kontrolle der Impfunterlagen erfolgen soll. Insgesamt sind die Aufgabenbeschreibung und die dafür vorgesehenen Prozesse ein vollkommen unnötiger bürokratischer Aufwand. Anstatt potentiell dutzende Arztpraxen mehrfach abzutelefonieren und so bei den Einrichtungen als auch den Arztpraxen erheblichen Mehraufwand zu produzieren, sollte stattdessen sichergestellt werden, dass regelmäßig aufsuchende Impfangebote in den jeweiligen Einrichtungen stattfinden. So bräuchte es weder die Kontrollen der Impfunterlagen noch das Herumtelefonieren noch langwierige Terminkoordinierungen. Stattdessen könnten sich Ärzte und Pflegekräfte auf die Versorgung fokussieren.

Die Beauftragten für die Versorgung mit antiviralen Therapeutika lehnt der bpa strikt ab. Die Verantwortung liegt unmissverständlich bei den behandelnden Ärzten. Weder können die Einrichtungen diese Medikamente verschreiben noch die Ärzte dazu verpflichtet, dies vorzunehmen. Die vom Bundesminister öffentlich beschriebenen Pläne, nach denen die Pflegekräfte auf Grundlage eines Flugblattes des Hausärzteverbands Ärzte telefonisch von der Verschreibung überzeugen und im Anschluss auch noch die betroffenen Personen und ihre Angehörigen von der Einnahme des Medikaments überzeugen, sind praxisfremd und werden schlicht nicht funktionieren. Es steht zu befürchten, dass weder Ärzte, noch Pflegekräfte, noch die versorgten Personen derlei Prozesse akzeptieren. Dass die Apotheken und Arztpraxen überdies eine Vergütung für jedes abgegebene Medikament erhalten, die Pflegeeinrichtungen hingegen nicht, zeigt erneut die fehlende Wertschätzung von deren Arbeit. Antivirale Therapeutika können einen wichtigen Beitrag zur Versorgung besonders vulnerabler Personen, die an COVID-19 erkrankt sind, leisten. Es ist daher essentiell, dass diese Versorgung nicht durch derart praxisuntaugliche Prozesse behindert wird.

Bei Tagespflegen (teilstationäre Einrichtung) kommt hinzu, dass die Gäste (versorgte Personen) droht überdies eine Überlastung des Personals. In einer Tagespflege mit 12 bis 18 Plätzen arbeiten maximal vier Personen in der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft. Wenn auch nur eine dieser Personen zur Sicherstellung dieser sonstigen Aufgaben ausfällt, wirkt sich dies auf die Versorgung aller Gäste aus.

Die Frist für die Benennung der Beauftragten (1. November 2022) ist viel zu kurz. Damit bleiben den Einrichtungen in einer Zeit extremer Belastung gerade einmal zwei Wochen, um die entsprechenden Hinweise des Qualitätsausschusses Pflege umzusetzen, der diese bis 15. Oktober 2022 veröffentlichen soll (dazu Näheres nachfolgend).

Qualitätsausschuss – Satz 8

Der Qualitätsausschuss Pflege soll bis zum 15. Oktober 2022 pflegfachliche Grundlagen und Verfahrenshinweise für die Koordinierungsaufgabe erstellen. Kritisch daran sind aus Sicht des bpa

- a) die pflegfachlichen Grundlagen und Verfahrenshinweise sowie
- b) die viel zu kurze Frist.

Im Gesetzesentwurf war noch von „fachlichen“ Grundlagen die Rede, die vorliegenden Änderungsanträge verlangen vom Qualitätsausschuss nun „pflegfachliche“ Grundlagen. Hier stellt sich die Frage, wieso eine derartige Einschränkung erforderlich sein sollte. Einige der Aufgaben sind pflegfachlicher Natur, andere rein organisatorisch. Eine entsprechende Aufteilung der Aufgaben auf Personen mit der jeweils einschlägigen

Qualifikation kann daher angezeigt sein. In Zeiten des eklatanten Pflegekraftmangels und der pandemiebedingten Belastungen der Pflegekräfte wäre dies die sinnvollste Nutzung knapper Ressourcen. Folgende Aufgaben werden in der Begründung für die beauftragten Personen genannt:

- „Sichtung von Impfunterlagen“ (Hierbei soll festgestellt werden, ob eine weitere Impfung erforderlich ist.)
- „Impfkationen in der Einrichtung organisieren“
- „Organisation der Testung von Bewohnern“
- „Die Versorgung mit antiviralen Therapeutika meint in diesem Zusammenhang die Vornahme insbesondere organisatorischer Tätigkeiten“

Es ist völlig unklar, wie der Qualitätsausschuss für diese teils nur organisatorischen Aufgaben pflegefachliche Grundlagen erstellen soll. Zudem sollte den Pflegeeinrichtungen die Freiheit gewährt werden, selber zu entscheiden, welche Mitarbeiterin oder welcher Mitarbeiter am besten geeignet ist. Zugespielt formuliert: Der Staat ist kein besserer Heimleiter als der tatsächliche Heimleiter!

Die in den Änderungsanträgen enthaltene Frist für den Qualitätsausschuss ist erheblich zu kurz. Das Gesetz wird wohl frühestens Ende September in Kraft treten. Dann blieben ca. drei Wochen für Beratung und Beschlussfassung. So kann eine fundierte Arbeit der Selbstverwaltung nicht stattfinden. Es ist auch keine Lösung, dass laut Begründung das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt, bis zur Erstellung der Grundlagen und Hinweise durch den Qualitätsausschuss eigene „Handlungsempfehlungen“ zu erarbeiten. Es ist schon erstaunlich, dass der Gesetzgeber hier in eine Gesetzesbegründung Absichtserklärungen der Exekutive aufnimmt. Das macht eine gewisse Hilflosigkeit deutlich und zeigt, dass das im Gesetz vorgesehene Verfahren nicht trägt. Hier stellt sich zunächst die Frage, warum das Bundesministerium für Gesundheit nicht gleich seine Handlungsempfehlungen im Gesetz verankert. Und dann stellt sich die Frage, was der Qualitätsausschuss noch anderes beschließen soll als die Handlungsempfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit. Außerdem muss man sich den zeitlichen Ablauf vor Augen führen: Das Bundesministerium für Gesundheit und der Qualitätsausschuss Pflege bearbeiten zeitgleich die gleiche Aufgabe, für die nur wenige Wochen zur Verfügung stehen. Vielleicht legt das Bundesministerium für Gesundheit seine Handlungsempfehlungen Ende September vor – dann verbleiben dem Qualitätsausschuss Pflege noch zwei Wochen für die Erstellung seiner pflegefachlichen Grundlagen und Verfahrenshinweise. Das ist schlicht ein Ding der Unmöglichkeit.

Überwachung durch das Gesundheitsamt – Satz 11

Das Gesundheitsamt soll „überwachen“, ob die Einrichtungen (bzw. deren Leitungen)

- die Koordinierungspersonen (Beauftragte) benannt haben,
- die im Gesetz festgelegten Aufgaben bei der Einhaltung der Hygiene, beim Testen, beim Impfen und bei der Versorgung mit Paxlovid auf der Grundlage der Hinweise des Qualitätsausschusses Pflege umsetzen und
- Organisations- und Verfahrensabläufe unter Berücksichtigung der Hinweise des Qualitätsausschusses Pflege festgelegt wurden.

Der bpa lehnt alle diese Vorgaben entschieden ab! Die Gesundheitsämter können auch bereits heute schon die Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe bei Bedarf kontrollieren. Es bedarf keiner weiteren „Überwachung“ und schon gar nicht in dem umfassenden Maße, wie es der Änderungsantrag jetzt vorsieht. Der Gesetzgeber signalisiert den Einrichtungen damit, ein massives Maß an Misstrauen, obwohl diese Einrichtungen und die Mitarbeitenden in den letzten zwei Jahren mit einem herausragenden Engagement die ihnen anvertrauten Menschen gepflegt, versorgt und betreut haben. Diese Vorschriften öffnen nun Tür und Tor für umfassende und gleichzeitig unnötige Kontrollen der Einrichtungen. Die Absurdität dieser Überwachung wird auch daran deutlich, dass die beauftragten Personen nur vom 1. Oktober 2022 bis 7. April 2023 eingesetzt werden. Den in der nach wie vor anhaltenden Pandemie völlig überlasteten Gesundheitsämtern werden nun zusätzliche umfassende Aufgaben bei der Überwachung bürokratischer Vorschriften übertragen. Wie soll es den Gesundheitsämtern gelingen, alleine die über 30.000 Pflegeeinrichtungen innerhalb eines halben Jahres zu kontrollieren? Erinnert sei in dem Zusammenhang auch an die einrichtungsbezogene Impfpflicht, die faktisch von den Gesundheitsämtern durchzusetzen ist. Der Gesetzgeber hat die Erfahrungen und die Schwierigkeiten bei der Umsetzung vollständig ignoriert und den Gesundheitsämtern weitere Aufgaben übertragen, ohne sich Gedanken zur Umsetzung vor Ort zu machen. Zudem spricht aus diesen Regelungen ein erschreckendes Maß an Misstrauen gegenüber den Einrichtungen.

Änderungsvorschlag

§ 35 Abs. 1 Sätze 5 bis 11 IfSG werden gestrichen:

~~„Die ambulanten Pflegedienste nach Satz 4 haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen. In den in Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Einrichtungen haben die Einrichtungsleitungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis~~

~~einschließlich 7. April 2023 eine oder mehrere verantwortliche Personen zur Umsetzung von im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 stehenden Infektionsschutzmaßnahmen und Koordinierungsaufgaben nach Satz 7 zu benennen; die Benennung setzt die Zustimmung der betreffenden Personen voraus. 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. von Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem

 - ~~a) Impfen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 von Bewohnern sowie Gästen, insbesondere der regelmäßigen Kontrolle des Impfstatus sowie der organisatorischen und praktischen Unterstützung von Impfungen durch niedergelassene Ärzte und mobile Impfteams,~~
 - ~~b) Testen von Bewohnern sowie Gästen, von den in der Einrichtung tätigen Personen und von Besuchern auf das Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß dem einrichtungsspezifischen Testkonzept unter Berücksichtigung der Teststrategie der Bundesregierung, der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie landesspezifischer Vorgaben und der Vorgaben der Coronavirus-Testverordnung,~~~~
- ~~3. 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 der Bevorratung von oralen antiviralen Arzneimitteln in der Einrichtung.~~

~~Der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Oktober 2022 pflegefachlich orientierte Grundlagen und Verfahrenshinweise für die Aufgaben der benannten Personen nach Satz 7 in den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Unter Berücksichtigung dieser Grundlagen und Verfahrenshinweise legen die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen ihre Organisations- und Verfahrensabläufe der Aufgaben nach Satz 7 bis zum 1. November 2022 fest und dokumentieren in diesen Festlegungen auch die Benennungen nach Satz 6. Die Umsetzung der Aufgaben nach Satz 7 sind gemäß der Verfahrenshinweise des Qualitätsausschusses Pflege nach Satz 8 von den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen in Verantwortung der nach Satz 6 zu benennenden Personen zu dokumentieren. Das Gesundheitsamt überwacht, ob die Leitungen der Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 Koordinierungspersonen benannt haben; es überwacht auch, ob voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen die in Satz 7 genannten Aufgaben entsprechend der Grundlagen und Verfahrenshinweise nach Satz 8 umsetzen und die Festlegungen nach Satz 9 getroffen haben.“~~

Gesetzentwurf, Artikel 1, Nr. 19 und Änderungsantrag 4, Nr. 1c)

§ 35 Absatz 3 IfSG – Landesverordnungen zu Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Infek- tionen

Vorgesehene Neuregelung

Die Länder können Verordnungen mit Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Infektionen in vollstationären Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen erlassen. Diese umfassen insbesondere bauliche und personelle Anforderungen mit Bezug zur Hygiene.

Stellungnahme

Die Regelung ist insgesamt unnötig. Die hier vorgesehenen Regelungen bzw. Regelungsmöglichkeiten finden sich bereits heute in einer Vielzahl von rechtlichen und vertraglichen Normen. Die hier vorgesehene zusätzliche Verordnungsmöglichkeit bietet keinen Mehrwert und sollte gestrichen werden.

Beispielhaft sei auf das Heimrecht in Nordrhein-Westfalen (Wohn- und Teilhabegesetz (WTG)) verwiesen, aus dem nachfolgend zitiert wird:

§ 4 Absatz 4:

„(4) Sie [Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter; bpa] haben zudem sicherzustellen, dass bei der Leistungserbringung ein ausreichender Schutz vor Infektionen gewährleistet ist und die Beschäftigten die Hygieneanforderungen nach dem anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse einhalten.“

§ 45 Absatz 1:

„(1) Das zuständige Ministerium wird ermächtigt, zur Durchführung dieses Gesetzes Rechtsverordnungen zu erlassen:

...

8. über hygienerechtliche Anforderungen für Wohn- und Betreuungsangebote, um einen ausreichenden und dem Konzept angepassten Schutz der Nutzerinnen und Nutzer vor Infektionen sowie die Einhaltung der für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene durch die Beschäftigten zu gewährleisten.“

Darüber hinaus ist das WTG gerade novelliert worden und zum 1. Januar 2023 wird noch folgende Norm eingeführt:

§ 13a in der ab dem 1. Januar 2023 geltenden Fassung:

„Die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter haben ihre Beschäftigten regelmäßig in den einrichtungsindividuellen Teilhabe-

Gewaltschutz-, Hygiene- und Infektionsschutzkonzepten zu schulen. Die Schulungen, die vermittelten Inhalte und die Teilnehmenden sind zu dokumentieren.“

Diese landesrechtlichen Vorschriften gibt es in ähnlicher Fassung auch in anderen Bundesländern. Daran wird deutlich, dass die Bundesländer bereits jetzt umfassende Maßnahmen für die Einrichtungen der Pflege vorgegeben haben. Dagegen legt die Begründung für § 35 Abs. 3 IfSG nahe, das sei nicht der Fall:

„Nach Absatz 3 haben die Länder durch eine Rechtsverordnung nun auch im Pflegebereich Regelungen zur Hygiene und zum Infektionsschutz zu treffen.“

Die Länder benötigen keine Ermächtigungsgrundlage mehr – sie haben bereits umfassende Vorschriften zur Infektionsprävention in den Einrichtungen erlassen.

Bauliche Mindestanforderungen werden bereits heute in den Heimgesetzen der Bundesländer und den diese ergänzenden Landesverordnungen festgelegt.

Die personelle Ausstattung ist bereits Teil des Ordnungsrechts der Länder und wird ergänzt durch die Landesrahmenverträge der Vertragspartner im Land.

Unklar ist, wie Nr. 3 und 4 im Verhältnis zur Beauftragung des Qualitätsausschusses Pflege in Absatz 1 stehen. Es erscheint, als würden hier sich überschneidende Zuständigkeiten entstehen. Daher sollten die Vorgaben durch die Landesverordnungen allenfalls für besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe (als Ersatz für ehemals vollstationäre Einrichtungen) gelten können.

Änderungsvorschlag

§ 35 Absätze 3 und 4 IfSG werden gestrichen.

Alternativ sollte der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b SGB XI (statt den Ländern) mit der Regelung der hier vorgesehenen Aspekte betraut werden. So kann die die Expertise der Selbstverwaltung gewinnbringend genutzt und bundeseinheitliche Vorgaben erarbeitet werden.

Änderungsantrag 4, Nr. Artikel 4, Nr. 2, 3.) § 150c Abs. 1-4 SGB XI – Monatliche Sonderleistungen

Vorgesehene Neuregelung

Die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Personen, die nach § 35 Absatz 1 Satz 6 Infektionsschutzgesetz benannt und mit Koordinierungsaufgaben beauftragt sind, im Zeitraum von 1. Oktober 2022 bis 30. April 2023 monatliche Sonderleistungen zu zahlen. Die Einrichtungsleitung ist von der Bonuszahlung ausgenommen.

Die Höhe der monatlichen Sonderleistungen beträgt je Pflegeeinrichtung und Monat insgesamt 750 Euro. Sofern mehrere Personen mit den Aufgaben verantwortlich beauftragt wurden, ist die monatliche Sonderleistung von der jeweiligen Pflegeeinrichtung angemessen aufzuteilen.

Stellungnahme

Es ist grundsätzlich angemessen, den verantwortlichen Personen in den Pflegeeinrichtungen monatliche Sonderleistungen zu zahlen. Die Ausgestaltung muss jedoch dringend überarbeitet werden.

Die im Gesetz beschriebenen Pflichten stellen nach Abschaffung des Pflege-Rettungsschirms eine zusätzliche Belastung dar. Die Begründung des Gesetzentwurfs spricht deshalb auch davon, dass die monatlichen Sonderleistungen einen Anreiz bieten sollen, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen. Da diese „zusätzlich“ gezahlt werden sollen und es „zusätzliche“ Aufgaben sind, ist davon auszugehen, dass diese neben den eigentlichen Aufgaben der jeweiligen Beschäftigten zu erfüllen sind – in aller Regel also durch Überstunden. Der bpa geht durch die Formulierung des Gesetzentwurfs und die Begründung davon aus, dass jedwede Überstunden, die im Zusammenhang mit diesen Aufgaben stehen, durch die monatlichen Sonderleistungen abgegolten sind. Eine entsprechende Klarstellung ist jedoch im Gesetzestext erforderlich.

Die Beschäftigten in den Eingliederungshilfeeinrichtungen erhalten für die gleichen Verantwortlichkeiten keinen Bonus. Eine solche Ungleichbehandlung ist in keiner Weise nachvollziehbar.

Wieso die Leitung einer Einrichtung keine monatlichen Sonderleistungen erhalten soll, wenn sie die zusätzlichen Aufgaben durchführt, bleibt ebenso unklar. Eine derartige Geringschätzung von Führungskräften muss erschrecken und wird vom bpa deutlich abgelehnt. Insbesondere in kleineren Einrichtungen sind es gerade die Führungskräfte, die diese Leistungen erbringen und die Einhaltung der Hygienemaßnahmen sicherstellen. Besonders trifft dieses in den Tagespflegeeinrichtungen zu. Diese verfügen aufgrund der Personalschlüssel regelhaft nur über zwei Stellen mit

examierten Kräften. Dieses Beispiel verdeutlicht den verfehlten Praxisbezug dieser Regelung.

Zwar sollen die 750 Euro, die den verantwortlichen Personen ausgezahlt werden, durch die Pflegekassen refinanziert werden, doch wie die für den Arbeitgeber dabei entstehenden Lohnnebenkosten abgegolten werden, ist nicht beschrieben. Der bpa geht daher davon aus, dass die Pflegeeinrichtung die 750 Euro plus den Mehrkosten für den Arbeitgeberanteil der Entlohnung gegenüber der Pflegekasse geltend machen kann. Eine gesetzliche Klarstellung ist dennoch dringend erforderlich.

Soweit keine Refinanzierung des Arbeitgeberanteils über die Auszahlung der 750 Euro an die Pflegeeinrichtungen hinaus erfolgen soll, könnte zumindest eine erhebliche Bürokratierleichterung umgesetzt werden. Da die Übernahme der Aufgaben ohnehin gesetzlich erforderlich ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegeeinrichtungen dies auch durchführen. Das gesamte Antrags- und Nachweisverfahren kann somit gestrichen werden. Es wäre viel effizienter jeder Pflegeeinrichtung monatlich 1.000 Euro zu überweisen (750 Euro monatliche Sonderleistung für die benannte Person und 250 Euro als monatlicher Förderbetrag für die Einrichtung).

Änderungsvorschläge

Es erfolgt eine Klarstellung, nach der durch die monatlichen Sonderleistungen explizit etwaige Überstunden, die im Zusammenhang mit den zusätzlichen Aufgaben stehen, abgegolten sind.

Soweit Leitungen der Einrichtungen die Aufgaben übernehmen, können sie die monatlichen Sonderleistungen ebenfalls erhalten.

Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe erhalten ebenfalls eine dementsprechende Finanzierung.

Änderungsantrag 4, Nr. Artikel 4, Nr. 2, 3.)**§ 150c Abs. 5 SGB XI – Förderbetrag zur Umsetzung der Koordinierungsaufgaben****Vorgesehene Neuregelung**

Die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen erhalten im Zeitraum Oktober 2022 bis April 2023 einen monatlichen Förderbetrag in Höhe von 250 Euro, um die Umsetzung der Koordinierungsaufgaben im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetzes sachgerecht zu unterstützen.

Stellungnahme

Der hier vorgesehene Förderbetrag von 250 Euro pro Monat für die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen lässt jedwedes Verständnis für die gesetzlich vorgesehen Aufgaben und den damit verbundenen Erfüllungsaufwand vermissen. Es ist ein eklatantes und geradezu zynisches Zeichen dafür, dass kein Interesse daran besteht die Pflegeeinrichtungen tatsächlich zu unterstützen. Sie werden bei der Organisation, der Kommunikation und der Umsetzung alleine gelassen. Es werden neue Aufgaben geschaffen, ohne dass die bisherigen angesichts der gravierenden Personalsituation jederzeit vollumfänglich absolviert werden können. Woher das für die neue Aufgaben erforderliche Personal herkommen soll, bleibt unklar. Eine Mehrpersonalisierung, wie sie für mindestens einen Teil der Aufgaben wohl regelmäßig notwendig wäre, ist angesichts des „Förderbetrags“ offenkundig nicht beabsichtigt.

Die 250 Euro genügen nicht einmal um den Erfüllungsaufwand der Bürokratie hinsichtlich der hier eingeführten Meldepflichten und der Anpassungen bei der Lohnbuchung der monatlichen Sonderleistungen vorzunehmen.

Angenommen die vorgesehenen Aufgaben könnten von einer Person alleine durchgeführt werden, so würde diese wohl aus der regulären Versorgung komplett herausfallen. Es müsste also faktisch eine Ersatzkraft beschäftigt werden. Der Medianlohn für eine Altenpflegefachkraft betrug 2021 laut Entgeltatlas 3.344 €. Hinzu kommt der Arbeitgeberanteil. Angesichts der Einführung der Tariftreuregelung zum 1. Oktober wird das Entgelt darüber hinaus teils noch deutlich steigen. Neben dem Entgelt für das zu ersetzende Personal fallen zudem noch die eigentlichen Mehraufwände für Dokumentation, Beantragung, Nachweise, Schulungen der Beschäftigten über die neuen gesetzlichen Regelungen sowie die Kommunikation dieser gegenüber versorgten Personen und deren Angehörigen hinzu.

Die Pflegeeinrichtungen sollen mit vielfältigen Sondermaßnahmen, die erheblichen Mehraufwand bedeuten, überzogen werden, während der Pflege-Rettungsschirm ausgelaufen ist. Das ist inakzeptabel und kann nicht funktionieren. Die Belastungen durch die Pandemie sind nicht vorbei – aktuell besonders, weil Mitarbeitende verstärkt aufgrund von Coronar-erkrankungen oder Quarantäneanordnungen ausfallen. Es darf keine neuen Maßnahmen mit erheblichem personellem Mehraufwand ohne neuen Rettungsschirm geben. Die Pandemieprävention darf nicht zu personellen oder wirtschaftlichen Zwangslagen bei den Einrichtungen führen.

Völlig unklar ist überdies, wieso die Eingliederungshilfeeinrichtungen keinerlei Refinanzierung erhalten, obwohl sie die gleichen Aufgaben erfüllen sollen. Es sollte zumindest eine Erstattung der tatsächlichen Aufwände geben.

Änderungsvorschläge

§ 150c Abs. 5 IfSG wird wie folgt neu gefasst:

„Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden die ihnen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 und der Aufgaben im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetzes anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet. Der Anspruch auf Erstattung kann bei einer Pflegekasse regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden, die Partei des Versorgungsvertrages ist. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen. Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 abgeschlossen haben, findet § 85 Absatz 7 insoweit keine Anwendung. Dabei sind bei Unterschreitungen der vereinbarten Personalausstattung keine Vergütungskürzungsverfahren nach § 115 Absatz 3 Satz 1 durchzuführen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise für seine Mitglieder fest. Dabei sind gemessen an der besonderen Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung.“

Soweit Eingliederungshilfeeinrichtungen nicht von den Aufgaben des § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 Infektionsschutzgesetzes ausgenommen werden, wird für diese eine angemessene Finanzierung der tatsächlich entstehenden Kosten eingeführt.

Änderungsantrag 13, Nr. 1, 3.)

§ 150 Abs. 6 SGB XI – Anzeige einer wesentlichen Beeinträchtigung

Vorgesehene Neuregelung

Zugelassene Pflegeeinrichtungen müssen wesentliche Beeinträchtigungen der Leistungserbringung infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen. Die Pflegekassen müssen dann zusammen mit der Pflegeeinrichtung die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung vornehmen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung abgewichen werden kann. Diese Vorschrift gilt bisher bis 31. Dezember 2022 und soll nun durch den Änderungsantrag bis 30. April 2023 verlängert werden.

Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Verlängerung. Die Anzeige einer wesentlichen Beeinträchtigung und die anschließende gemeinsame Vereinbarung von Maßnahmen durch die Pflegeeinrichtung und die Pflegekassen haben sich in der Pandemie bewährt. Damit können Pflegeheime und Pflegedienste z.B. bei einem Personalausfall aufgrund von Coronainfektionen reagieren und können die erforderliche Flexibilität bei der Versorgung erhalten.

Änderungsvorschlag

Die Verlängerung dieser Anzeigemöglichkeit einer wesentlichen Beeinträchtigung ist richtig. Diese Regelung ist hilfreich, weitere sinnvolle Regelungen zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen während der Pandemie wurden allerdings gestrichen. Dazu zählt insbesondere der Pflege-Rettungsschirm. Die Belastungen durch die Pandemie sind nicht vorbei. Und das vorliegende Gesetz sieht erhebliche zusätzliche Aufgaben für die Einrichtungen vor. Es darf aber keine neuen Maßnahmen mit erheblichem personellem Mehraufwand ohne neuen Rettungsschirm geben. Die Pandemieprävention darf nicht zu personellen oder wirtschaftlichen Zwangslagen bei den Einrichtungen führen.

II.) Antrag der Fraktion CDU/CSU „Gut vorbereitet für den Herbst – Pandemiemanagement verbessern“ (Bundestags-Drucksache 20/2564)

Stellungnahme

Der Antrag sieht u.a. ein Pandemiemanagementkonzept, die Errichtung eines Impfregisters, die Neuausrichtung der Impfkampagne, die Fortführung der Impfzentren und eine Überarbeitung der Teststrategie vor, um unbürokratische Tests zu ermöglichen.

Der Antrag betont in seiner Begründung, dass das Ziel der Anstrengungen sein muss, vulnerable Gruppen zu schützen und eine Überlastung unseres Gesundheitssystems zu vermeiden. Dabei stünden speziell die Menschen im Mittelpunkt, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der ambulanten und stationären Pflege arbeiten, leben und versorgt werden. Der bpa teilt diese Einschätzung. Er teilt auch die kritische Einschätzung hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Impfpflicht, die nach aktuellem Gesetzesstand am 31. Dezember 2022 endet. Bei einem Pandemiemanagement muss ein besonderer Fokus auf die vielfältigen Herausforderungen der vulnerablen Gruppen gelegt werden. Aus Sicht des bpa spricht der Antrag dazu wesentliche Punkte an: Es wird eine effektive Impfkampagne benötigt, die Impfzentren (und die im Antrag nicht erwähnten mobilen Impfteams) müssen in allen Bundesländern flächendeckend fortgeführt werden. Bei der Teststrategie sind unbürokratische Tests insbesondere für die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen wichtig. Der bpa teilt auch die Auffassung, dass sich die Gesundheitsämter als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verstärkt auf die Prävention fokussieren sollte – und nicht auf die Überwachung von Pflegeeinrichtungen, so wie es der Änderungsantrag der Bundesregierung vorsieht (s. Seite 21).

III.) Antrag der Fraktion DIE LINKE „Auf sich verändernden Pandemieverlauf vorbereiten – Maßnahmenplan vorlegen“

Stellungnahme

Der Antrag schlägt eine Vielzahl von Maßnahmen vor. Zu einzelnen Vorschlägen nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Impfzentren sollten nicht in Gegenden mit geringer Impfquote verlegt werden, sondern es ist wichtig, dass Impfzentren und mobile Impfteams flächendeckend vorhanden sind. Die anstehenden Impfungen mit dem angepassten Impfstoff erfordern überall entsprechende Kapazitäten.

Der bpa teilt die Auffassung, dass der Aufbau einer zuverlässigen Testinfrastruktur erforderlich ist. Hinsichtlich der geforderten regelmäßigen PCR-Screenings in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ist der bpa skeptisch. Im Einzelfall könnte eine PCR-Testung in Pflegeeinrichtungen hilfreich sein, es muss aber davon abgesehen werden, regelmäßig und in allen Pflegeeinrichtungen PCR-Testungen verpflichtend durchzuführen. Damit würden die Einrichtungen nur unnötig belastet und u.U. Menschen unnötig getestet.

Der Antrag fordert, den Menschen in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe besondere Schutzmaßnahmen durch engmaschiges Testen und besondere Hygieneregeln zu gewährleisten. Nicht ausgeführt wird, was unter engmaschigem Testen und besonderen Hygieneregeln verstanden wird. Aus Sicht des bpa besteht hier kein Handlungsbedarf, weil die bestehenden Vorschriften diese Punkte ausreichend regeln.

Gefordert wird, dass den Einrichtungen sog. Best-Practice-Empfehlungen an die Hand gegeben werden sollen. Damit soll ein effektiver Schutz von Menschen mit hohem COVID-Risiko einerseits mit dem Schutz individueller Lebensführung und sozialem Austausch andererseits in Einklang gebracht werden. In der Begründung wird dazu erläutert:

„Es ist eine der größten Herausforderungen des Pandemiemanagements, diese gleichermaßen grundrechtswesentlichen Anliegen bestmöglich miteinander in Einklang zu bringen. Das bedarf Investitionen, aber auch Know-How. Je nach Schwere kommender Wellen müssen die Maßnahmen angepasst und immer neu austariert werden. Damit sollten die Einrichtungen nicht alleine gelassen werden. Der Bund sollte hier Best-Practice-Beispiele sowie inländische und ausländische Forschungsergebnisse sammeln und aufbereiten. Ziel sollte es sein, auch in kommenden Wellen so viel Normalität wie möglich erhalten zu können.“

Das begrüßt der bpa. Sehr erfreulich ist insbesondere die Feststellung, dass die Einrichtungen mit der Umsetzung nicht alleine gelassen werden sollen.

Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und höherer Löhne fordert der Antrag die Bundesregierung auf, zusammen mit den Bundesländern einen Aktionsplan zu erarbeiten, um Pflegeheime, Krankenhäuser und Gesundheitsämter mit einer Investitions- und Einstellungsoffensive in die Lage zu versetzen, die an sie gestellten Erwartungen zu erfüllen. Hierbei solle der Bund, die zuständigen Länder bestmöglich unterstützen und auch Bundesmittel einsetzen.

Eine solche Investitionsoffensive würde der bpa begrüßen. Er sieht hier aber insbesondere die Bundesländer am Zug, endlich ihre Verantwortung bei den Investitionskosten zu übernehmen und für eine verlässliche Finanzierung zu sorgen, von der auch die Pflegebedürftigen durch sinkende Eigenanteile unmittelbar profitieren würden.

Zur Finanzierung der Pandemiekosten stellt der Antrag fest:

„Eine vorausschauende Pandemiepolitik benötigt ein Zurückdrängen privater Profitinteressen und einen massiven Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens. Gesundheit gehört in öffentliche oder gemeinnützige Hände und damit unter demokratische Kontrolle.“

Diese Forderung stößt auf den entschiedenen Widerstand des bpa. Ohne die privaten Pflegeeinrichtungen und deren Investitionen wäre die pflegerische Versorgung in Deutschland nicht sichergestellt. Mehr als jeder zweite Pflegedienst und fast jedes zweite Pflegeheim in Deutschland werden privat geführt. Denn nur mit privaten Investitionen und privatem Engagement kann eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen sicher und gut versorgt werden, das haben die letzten 25 Jahre seit Einführung der Pflegeversicherung eindrücklich bewiesen. Private Unternehmerinnen und Unternehmer haben in den letzten Jahrzehnten rund 30 Milliarden Euro in die pflegerische Versorgung investiert. Mit großen persönlichen Risiken haben sie damit die Dienste und Einrichtungen geschaffen, die heute eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen versorgen. Weitere Milliardeninvestitionen in der Zukunft können öffentliche Hand und gemeinnützige Träger nicht allein schultern. Das Engagement der Privaten ist und bleibt der Schlüssel.