

## Stellungnahme der Diakonie Deutschland zu einer Formulierungshilfe für den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19

### - Formulierungshilfen für Änderungsanträge der Koalitionsparteien

**Diakonie Deutschland**  
Evangelisches Werk für Diakonie  
und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
T +49 30 65211-0  
politische.kommunikation@diakonie.de  
www.diakonie.de

Berlin, den 26.08.2022

Die Diakonie Deutschland nimmt gerne die Möglichkeit wahr, zum o.g. Entwurf Stellung zu nehmen. Wir beschränken uns aufgrund des engen vorgegebenen zeitlichen Rahmens auf Aussagen zu den Diensten und Einrichtungen der Pflege, Eingliederungshilfe, der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation sowie zu den vorgesehenen neuen Bestimmungen des § 28b Infektionsschutzgesetz (Besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) unabhängig von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bei saisonal hoher Dynamik).

Die Diakonie Deutschland begrüßt, dass die Bundesregierung und die sie tragenden Parteien mit einer mehrstufigen Strategie die Verbreitung von COVID-19 eindämmen und besonders vulnerable Gruppen vor der Infektion zu schützen beabsichtigt. Die in § 28a formulierten Schutzbestimmungen halten wir jedoch – wie unten ausgeführt – in mehreren Hinsichten nicht für ausreichend. Auch halten wir es für geboten, dass Schwellenwerte für Indikatoren bundesweit festgelegt werden.

Wir begrüßen es, dass der Gesetzgeber die in der Pandemie von der Pflege bewältigten Aufgaben würdigt, halten das Bonussystem jedoch nicht für den richtigen Weg und setzen uns stattdessen dafür ein, die Finanzierung der Aufgaben durch die Refinanzierung von Stellenanteilen außerhalb des Pflegesatzes zu regeln. Des Weiteren ist die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI und der „Akuthilfen“ für pflegende Angehörige vorgesehen. Diese begrüßen wir uneingeschränkt. Wir halten jedoch die nach den **Formulierungshilfen für Änderungsanträge der Koalitionsparteien vorgesehenen** pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI nicht für ausreichend. Es fehlen entsprechende Regelungen für die Erstattung von Corona-bedingten Mehraufwendungen für die ambulante, teilstationäre und vollstationäre Pflege für den kommenden Herbst/Winter.

Da die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge durch Mehrbelastungen und Minderbelegungen in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht sind, ist es geboten – um die rehabilitative Infrastruktur zu sichern – dass die Vereinbarungspartner (GKV-Spitzenverband und die Spitzenverbände der Leistungserbringer) ihre Vereinbarung unabhängig von der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz fortschreiben.

In unsere Stellungnahme haben wir die Stellungnahmen der BAGFW zu Änderungsantrag 4 Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe und Änderungsantrag 6 Unterstützungsmaßnahmen für Leistungserbringer wortgleich aufgenommen und integriert.

## **Änderungsantrag 4 Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe**

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

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

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

Auch die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe verfügen über Hygienepläne und haben entsprechende hygienebeauftragte Fachpersonen, die für die Einhaltung der Hygienepläne und -vorschriften sowie die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals zur Infektionsprävention verantwortlich sind. Deren hygienische Anforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtung werden ebenfalls auch heute schon überprüft.

Zwar hatten die Pflegeeinrichtungen und auch die Eingliederungshilfeeinrichtungen schon immer nominell bestimmte Personen mit dem Hygienemanagement beauftragt bzw. waren die Mitarbeitenden zur Einhaltung und Umsetzung von Hygienestandards verpflichtet, aber die Expertisen zur Umsetzung eines Personalbemessungsinstruments in vollstationären Einrichtungen nach § 113c SGB XI (PeBeM), die noch vor Ausbruch der Pandemie – veröffentlicht wurden, haben gezeigt, dass die Einrichtungen faktisch zu wenig Personalkapazität bzw. Zeit für die Hygiene zur Verfügung haben. Dies muss sich grundsätzlich ändern, auch unabhängig vom gegenwärtigen pandemischen Geschehen. I.d.R. wird bis heute seitens der Kostenträger keine Freistellung für Hygienebeauftragte akzeptiert. Dies ist spätestens seit den Ergebnissen aus PeBeM nicht mehr haltbar und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern schon länger, dass diese Funktionsstelle nicht in den

pflegegradabhängigen Personalanhaltswerten für Pflege- und Betreuung enthalten sein darf. Da in der geplanten Ausbaustufe für höhere Personalanhaltswerte nach § 113c Abs. 1 SGB XI zunächst nur ein Teil der Ergebnisse aus PeBeM umgesetzt werden kann, ist nicht gesichert, dass allen Mitarbeitenden genügend Zeit zur Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen zur Verfügung steht. Des Weiteren war und ist die hygieneverantwortliche Fachperson in der Eingliederungshilfe auch in der Pandemie nicht oder nur unzureichend finanziert. Sofern die geplanten Regelungen einer verbindlichen Einführung einer verantwortlichen benannten Hygienefachperson umgesetzt werden, ist daher auch ihre Finanzierung sicherzustellen.

Die Pandemie hat wie unter dem Brennglas gezeigt, dass bei aktivem Infektionsgeschehen alle Mitarbeitenden der Einrichtung im besonderen Maße Hygienemaßnahmen anwenden und durchführen müssen und dass die Mitarbeitenden durch die hygieneverantwortliche Fachkraft auch systematisch begleitet und geschult werden müssen. Des Weiteren kommt der hygienebeauftragten Fachkraft eine herausragende Rolle im organisatorischen Bereich und zur Absicherung der Verfahren zu. Es ist dem nun ausgelaufenen Pflege-Rettungsschirm nach § 150 SGB XI zu verdanken, dass die erheblichen personellen und sächlichen Mehraufwendungen, die den Einrichtungen allein im Zusammenhang mit der Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen entstanden sind, auch geschultert werden konnten.

Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe konnten leider nicht von einem solch komfortablen Schutzschirm profitieren, sondern mussten die Mehraufwendungen für Hygiene mit den Kostenträgern einzeln verhandeln. Nun wird mit dem neuen § 150c SGB XI in den stationären Pflegeeinrichtungen eine Sonderzahlung statuiert, nicht jedoch in der Eingliederungshilfe und in der ambulanten Pflege. Für die ambulanten Pflegedienste und für die Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen Regelungen gefunden werden, um die im Rahmen der Pandemie im Herbst/Winter 2022 mit diesem Gesetz vorgesehenen Aufgaben, organisatorischen Veränderungen und Mehraufwendungen zu refinanzieren.

Die BAGFW ist der festen Überzeugung, dass Pflegeeinrichtungen sowie die Einrichtungen der Eingliederungshilfe und deren Mitarbeitenden in Wahrnehmung ihrer Verantwortung beim Infektionsschutz von Beginn an schnell und richtig gehandelt haben, wodurch trotz der zeitweilig hohen Inzidenzen der Bevölkerung, Schlimmeres verhindert werden konnte. Die BAGFW stellt damit die exzellente Arbeit und den hohen Einsatz der Pflege-, Betreuungs-, Hauswirtschafts-, Verwaltungs- und Leitungskräfte in den Pflege- und Eingliederungshilfeeinrichtungen heraus, der es zu verdanken ist, dass das Ausbruchsgeschehen in den hochvulnerable Personengruppen versorgenden Einrichtungen auch in der Anfangsphase der Pandemie, als jegliche Schutzausrüstung fehlte, es keine Testungen und Impfungen gab, eingedämmt werden konnte. Der Stellenwert des Hygienemanagements kann somit nicht hoch genug eingeschätzt werden. Allerdings wurde Einrichtungen sehr oft mangelnde Hygiene vorgeworfen, ohne dass dies belegt werden konnte. Es wurde damit suggeriert, dass allein durch die richtige Umsetzung von Hygienemaßnahmen Coronainfektionen in Einrichtungen hätten verhindert werden können. Es ist jedoch zu konstatieren, dass auch die besten Hygieneschutzkonzepte dort keinen hundertprozentigen Schutz garantieren können.

Gegenüber dem Entwurf der Änderungsanträge sind in der Kabinettsfassung nun in Absatz 1 Satz 7 die Aufgaben der hygieneverantwortlichen Personen präzisiert worden. Danach müssen

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

Die Allgemeinverfügung zum Bezug und zur Anwendung monoklonaler Antikörper und zum Bezug und zur Abgabe antiviraler, oral einzunehmender Arzneimittel gegen COVID-19 verpflichtet die vollstationären Pflegeeinrichtungen ausdrücklich nicht zur Bevorratung von Paxlovid, was die BAGFW als sachgerecht ansieht, sondern ermöglicht die Abgabe von bis zu 5 Packungen Paxlovid bzw. 10 Packungen bei einer Platzzahl von mehr als 150. Daher sollte in Absatz 1 Satz 7 Nummer 3 auch vorgesehen werden, dass die Regelung nur greift, falls Paxlovid bevorratet wird.

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

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

Kritisch gesehen wird von der BAGFW, dass mit dem Kabinettsentwurf und den hier vorliegenden Änderungsanträgen die ambulanten Intensivpflegedienste sowohl aus § 20a als auch aus § 23 IfSG ausgenommen wurden, mit der Begründung einer Neuregelung in § 35 IfSG. Die BAGFW lehnt ab, dass sich nach § 35 Absatz 1 Satz 5 die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege erbringen, auch auf Orte, an denen Intensivpflege erbracht wird, erstreckt. Die ambulanten Intensivdienste

werden nach Satz 6 verpflichtet, Namen und Kontaktdaten der von ihnen auch im Privathaushalt versorgten Personen sowie ggf. ihrer gesetzlichen Vertreter:innen auf Anforderung dem Gesundheitsamt mitzuteilen. Diese Regelung lehnt die BAGFW vehement als - auch datenschutzrechtlich - hochbedenklichen Eingriff in die Privatsphäre der Patient:innen ab. Die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 sind bei allen ambulanten Diensten nur im Rahmen ihrer Leistungserbringung beachtlich. Somit kann, darf und will der Pflegedienst nicht die Verantwortung dafür übernehmen und kontrollieren, dass die infektionshygienischen Maßnahmen in der eigenen Häuslichkeit eines Privathaushalts oder einer WG sowie in der Schule oder am Arbeitsplatz des Versicherten eingehalten wurden. Zudem hat ein ambulanter Intensivpflegedienst – wie jeder andere ambulante Pflegedienst auch – keinerlei Einfluss auf die infektionshygienischen Bedingungen vor Ort. § 35 Absatz 1 Sätze 5 und 6 sind im Ergebnis zu streichen und der ursprüngliche Regelungsort in § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 ist zu restituieren.

### **Änderungsbedarf**

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

In Absatz 1 sind die Sätze 5 und 6 (ambulante Intensivpflegedienste) zu streichen.

Satz 7 ist wie folgt zu formulieren:

„Die benannten Personen stellen die Einhaltung folgender Maßnahmen sicher:

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

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

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

Wir begrüßen grundsätzlich, dass der Gesetzgeber erkannt hat, dass die im Rahmen der Pandemie zu bewältigenden Aufgaben in der Pflege zu honorieren sind. Allerdings ist ein Sonderleistungssystem hierfür keine adäquate Lösung:

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

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

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

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

Die vorliegende Regelung sieht vor, dass jede Einrichtung 1.000 Euro monatlich aus der Pflegekasse zur Verfügung gestellt kriegt, um mit 750 Euro die hygieneverantwortliche(n) Person(en) zu gratifizieren; 250 Euro werden für die Unterstützung der Umsetzung der Koordinierungsaufgaben als monatlicher Overhead zur Verfügung gestellt. Wie oben dargelegt, verfügen die meisten Pflegeeinrichtungen nicht über eine hygieneverantwortliche Person, sondern über mehrere. Dem trägt auch der Änderungsantrag Rechnung, indem er den Einrichtungen in § 150c Absatz 2 Satz 3 aufgibt, die 750 Euro unter den hygieneverantwortlich Beschäftigten „angemessen“ aufzuteilen. Dies wird in den Einrichtungen zu hoher Unzufriedenheit führen, vor allem, da sich in der Pandemie alle Mitarbeitenden dem Hygieneschutz verpflichtet fühlen.

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

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

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

Die Summe von 1.000 Euro monatlich sollte stattdessen, skaliert nach Anzahl der Plätze pro Einrichtung, den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, um wenigstens einen Bruchteil des erhöhten hygienebedingten Personalmehraufwands finanzieren zu können, der vormals über den Pflegeschutzschirm geltend gemacht werden konnte.

Der geschätzte Mehraufwand für pandemiebedingte Hygienemaßnahmen kann mit 1 Stunde pro Tag pro 10 Bewohnenden veranschlagt werden. Bezogen auf die 818.717 vollstationär versorgten pflegebedürftigen Menschen, die an 30,42 Tagen im Jahr versorgt werden müssen, ergäbe sich bei einem Bruttostundensatz von 60 Euro monatlich eine Summe von ca. 14,6 Mio. Euro bzw. ca. 90 Mio. Euro für den hier gewählten Bemessungszeitraum von 1. Oktober 2022 bis zum April 2023. Die Höhe des konkreten Zuschlags für das Hygienemanagement hinge bei diesem Modell von der Größe der Einrichtung ab. Allerdings ist Hygienemanagement, wie oben zu § 35 IfSG ausgeführt, eine Daueraufgabe, die auch pandemieunabhängig anfällt. Daher ist sicherzustellen, dass der Personalaufwand für das Hygienemanagement dauerhaft zusätzlich zum Stellenschlüssel und ab Juli 2023 nach § 113c SGB XI kalkuliert wird und so finanziert wird, dass die Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Menschen nicht noch weiter steigt.

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

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass die coronabedingten Sonderleistungen nach § 150c SGB XI keine genuine Aufgabe der Pflegeversicherung sind, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Der Bund hat deshalb die von den Pflegekassen geleisteten Zahlungen zu refinanzieren wie in der Entwurfsfassung der Formulierungshilfe von 09.08.2022 vorgesehen.

### **Änderungsbedarf:**

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

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

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

(5) Aus finanziellen Mitteln des Ausgleichsfonds wird im Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis 30. April 2023 ein monatlicher Förderbetrag in Höhe von 250 Euro, **gestaffelt nach der Einrichtungsgröße für je 10 Bewohnerinnen und Bewohner** für jede zugelassene voll- oder

teilstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die Umsetzung der Aufgaben im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes sachgerecht zu unterstützen.

Außerdem ist § 150c Absatz 3 um den folgenden Satz zu ergänzen:

**Der Bund zahlt zur Refinanzierung der Zahlungen der Pflegekassen an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 1. September 2023 die Summe der geleisteten Sonderleistungen nach Absatz 2 und 5 an den Ausgleichsfonds.**

### **Zu Änderungsantrag 6 Unterstützungsmaßnahmen für Leistungserbringer**

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

Die Diakonie Deutschland begrüßt, dass der Änderungsantrag 6 die im Kabinettsentwurf – gegenüber dem Referentenentwurf – vorgesehene Streichung der Regelungen zur Möglichkeit einer Vereinbarung von Vergütungen, die den Mindererlösen und Mehraufwendungen Rechnung tragen und die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen sicherstellen sollen, **wenigstens teilweise rückgängig** macht.

Allerdings soll ausweislich des Änderungsantrags eine Vereinbarung nur möglich sein, wenn der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 IfSG feststellt. Die Diakonie Deutschland befürchtet, dass die Feststellung auch bei stark steigenden Infektionszahlen im Herbst/Winter 2022/2023 erneut nicht mehr getroffen wird. Dann würde diese dringend benötigte Regelung für pandemiebedingte Sondervereinbarungen komplett ins Leere laufen und das Risiko vieler Insolvenzen von Reha- und Vorsorgeeinrichtungen **nach sich ziehen**. Dies ist nicht hinnehmbar.

Die wirtschaftliche und personelle Lage der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist derzeit wieder sehr angespannt; die Aufwendungen der Einrichtungen für Hygienemaßnahmen und eingeschränkte Belegungsmöglichkeiten waren durchgängig; die Einrichtungen benötigen Sicherheit in Bezug auf die Finanzierung der pandemiebedingt weiterhin erforderlichen Mehraufwendungen, wie z.B. Testungen von Patient\*innen und Besuchenden, Masken oder für Prozessanpassungen (z. B. Neuordnung der Speiseversorgung). Während der Hochphase von Omikron in den Varianten BA 1 und 2 kam es zu vielen Mindererlösen in Folge von erkrankungsbedingten Nichtanreisen oder Abbruch. Nach kurzer Atempause ab Anfang Mai hat die ansteigende Sommerwelle von BA 5 zu den gleichen Entwicklungen geführt. Die aktuell krankheitsbedingten Ausfälle im Personal der Einrichtungen hat mit den Omikron-Varianten deutlich zugenommen, was verbunden mit einer wirtschaftlich prekären Situation die Gesamtlage der Einrichtungen weiter verschärft.

Die Dynamik des Infektionsgeschehens und die von allen Expertinnen und Experten erwartete Coronawelle im Herbst/Winter 2022/23 zeigen, dass zur langfristigen Sicherung der Reha- und Vorsorgeangebote für die Versicherten weiterhin eine Regelung notwendig ist, die eine wirtschaftliche Betriebsführung auch bei pandemiebedingten Mindererlösen und Mehraufwendungen sicherstellt.



Durch die fehlende Verlängerung der Rechtsverordnung zur „Änderung der Verordnung zur Verlängerung des Zeitraums für Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“, die mit Wirkung vom 19. März in Kraft getreten und bis zum 30. Juni befristet war, klafft in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen bereits eine Finanzierungslücke. Die Diakonie Deutschland hat sich vergeblich für eine Verlängerung der Verordnung eingesetzt.

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

Änderungsbedarf

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

„Die Vertragsparteien haben die Vereinbarungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum ~~31. März 2021~~ **7. April 2023** an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.

**In § 111 Absatz 5 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt, der den bisherigen Satz 6 ersetzt:**

„Die nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 bereits für die Zeit bis zum 30.06.2022 vereinbarten Grundsätze sind zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene fortzuschreiben.“

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

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

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

## **Zu Änderungsantrag 12 Änderung des Infektionsschutzgesetzes**

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

Die Diakonie Deutschland begrüßt die Formulierung eines mehrstufigen Verfahrens in § 28b, sieht aber zugleich Änderungsbedarf in folgenden Punkten:

1. Über die Bestimmungen in Abs.1 Nummer 1 hinaus ist die Maskenpflicht auszuweiten auf die in Absatz 2 Nummer 1. a und b genannten Orte, d.h. öffentlich zugängliche Innenräume, in denen sich mehrere Personen aufhalten und Verkehrsmittel des ÖPNV. Dies sollte auch für die in Abs. 2 Nummer 2. Genannten Personalgruppen (u.a. Servicepersonal) gelten.

Diese Erweiterung ist ein wirksames und zumutbares Mittel der Eindämmung der Verbreitung des Virus und ermöglicht zugleich vulnerablen Bevölkerungsgruppen, das sie sich risikoärmer in den öffentlichen Innenräumen und im ÖPNV bewegen, ermöglicht also Teilhabe.

2. Über die Bestimmungen in Absatz 1 Nummer 3 hinaus ist die Maskenpflicht und der Testnachweis auf alle Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge zu erweitern. Im Buchstaben b ist im Gesetzestext oder in der Begründung klarzustellen, dass diese Norm auch auf stationäre Hospize Anwendung findet, um möglichen Interpretationsproblemen vorzubeugen.

Diese Erweiterung ist zum einen darin begründet, dass die Abgrenzung von Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt und solchen, in denen dies nicht geschieht, im Einzelfall komplex ist; zum anderen darin begründet, dass in den Reha-Einrichtungen vulnerable Personengruppen versorgt werden. Wir möchten zudem darauf hinweisen, dass ungenügende Schutzmaßnahmen viele Patient\*innen davon abhalten wird, eine Rehabilitationsmaßnahme anzutreten – mit erheblichen Auswirkungen für ihre Gesundheit und Teilhabe als auch für die jetzt schon unter erheblichem wirtschaftlichen Druck stehenden Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Für die Aufrechterhaltung der rehabilitativen Infrastruktur ist es zwingend, dass Mindererlöse und Mehraufwände zumindest teilweise ausgeglichen werden. Wir verweisen auf die Stellungnahme zum §§ 111, 111c SGB V.

3. In den Bestimmungen des Absatzes 1 Nummer 4 Buchstabe a) ist klarzustellen, dass die Maskenpflicht und der Testnachweis auch für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung Anwendung findet. Des Weiteren sind in Absatz1 Nummer 4 Buchstabe b) Satz 2 die ambulanten Hospizdienste aufzunehmen, da sie im Sinne des Infektionsschutzes vergleichbare Leistungen zu den in Buchstabe a) genannten erbringen.
4. Absatz 1 Satz 7 sieht vor, dass bei Personen, die in einer oder einem in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtung oder Unternehmen tätig sind und die ihre Tätigkeit von ihrer Wohnung aus antreten, die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung abweichend von § 22a Absatz 3 auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen kann. Diese Regelung begrüßen wir, da sie den Praxiserfordernissen entspricht. Sie sollten unserer Auffassung nach auch auf voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen und vergleichbare Einrichtungen erweitert werden. Auch hier ist es wünschenswert, dass sich die Mitarbeitenden bereits vor Dienstantritt testen und dass infizierte Mitarbeitende dann die Einrichtung auch nicht betreten.
5. Über die in Absatz 2 Nummer 1 c) genannten Einrichtungen hinaus sind auch Frauenhäuser und vergleichbare Schutzunterkünfte als Orte aufzunehmen, in den

eine Maskenpflicht eine Schutzmaßnahme sein kann.

Die Erweiterung ist darin begründet, dass Frauenhäuser und vergleichbare Schutzeinrichtungen für ihre Bewohnerinnen alternativlose Unterkünfte sind und die dort wohnenden (und tätigen) Personen ein hohes Schutzinteresse haben.

6. Über die in Absatz 2 Nummer 3 c) genannten Einrichtungen hinaus sind auch Frauenhäuser und vergleichbare Schutzunterkünfte aufzunehmen, um durch Testung die Ausbreitung des Virus eindämmen zu können.
7. Nach Absatz 7 können die Landesregierungen mit einer Rechtsverordnung Schwellenwerte für die Indikatoren (nach Satz 2) festzulegen. So sinnvoll es ist, dass die Länder je nach Verbreitung des Virus Schutzmaßnahmen ergreifenden können, so sinnvoll ist es auch, dass die Schwellenwerte für die Indikatoren bundesweit festgelegt werden. Diese Festlegung sollte durch Verordnung des Bundes bei Zustimmung des Bundesrats auf der Grundlage von Empfehlungen des RKI geschehen.

### **Zu Änderungsantrag 13 Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI und der „Akuthilfen“ für pflegende Angehörige**

Der Änderungsantrag 13 sieht die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI und der „Akuthilfen“ für pflegende Angehörige vor. Diese begrüßen wir uneingeschränkt. Wir halten jedoch die nach den Formulierungshilfen für Änderungsanträge der Koalitionsparteien vorgesehenen pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI nicht für ausreichend.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland wird es auch im kommenden Winter Corona-bedingte Mehraufwendungen geben. Die Übernahme der Verantwortlichkeiten im Rahmen der Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Vorgaben zu Organisations- und Verfahrensabläufen im Zusammenhang mit dem Impfen, Testen sowie in der vollstationären Pflege die Unterstützung der Versorgung von Pflegebedürftigen mit antiviralen Therapeutika stellen zusätzliche Aufgaben dar. Die in § 35 IfSG genannten Tätigkeiten sind notwendig, dürfen aber nicht zu Lasten der Pflege und Betreuung der Pflegebedürftigen gehen. Hierzu müssen also zusätzliche Personalressourcen zu den vereinbarten und finanzierten Personalschlüsseln geschaffen werden. Außerdem fallen zusätzliche coronabedingte Sachkosten an.

Es ist dem nun ausgelaufenen Pflege-Rettungsschirm nach § 150 SGB XI zu verdanken, dass die erheblichen personellen und sächlichen Mehraufwendungen, die den Einrichtungen allein im Zusammenhang mit der Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen entstanden sind, auch geschultert werden konnten. Dies betrifft sowohl die teil- und vollstationäre Pflege als auch die ambulante Pflege. Der im Änderungsantrag 4 vorgesehene „§ 150c SGB XI: Sonderleistung für zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen zur Anerkennung und Umsetzung zusätzlicher Aufgaben nach § 35 Absatz 1 IfSG“ ist kein adäquater Ersatz für die bis zum 30.06.2022 geltende Erstattungsregelung des § 150 Absatz 2 SGB XI für die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen – siehe unsere Stellungnahme zu § 150c SGB XI. Darüber hinaus müssen für die ambulanten Pflegedienste auch Regelungen gefunden werden, um die im Rahmen der Pandemie im Herbst/Winter 2022 mit diesem Gesetz vorgesehenen Aufgaben und Mehraufwendungen zu refinanzieren.

Des Weiteren zeichnet sich ab, dass wir im Bereich der teilstationären auch coronabedingte Mindereinnahmen haben, da bei einem hohen Infektionsgeschehen des Personals auch die

Auslastung der Tagespflegeeinrichtungen heruntergefahren werden muss bzw. die teilstationären Pflegeeinrichtungen auch zeitweise ihren Betrieb einstellen werden müssen. Wir schlagen deshalb vor, den bis zum 30.06.2022 geltenden § 150 Absatz 2 Satz 1 SGB XI in veränderter Form wieder zu einführen und die Erstattung der Mindereinnahmen auf die teilstationären Pflegeeinrichtungen zu begrenzen.

**Änderungsvorschlag:**

§ 150 Absatz 2 Satz 1 und 3 SGB XI sind wie folgt (wieder) zu statuieren:

„Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie **bei den teilstationären Pflegeeinrichtungen** 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.“

Der bisherige Satz 1 wird zu Satz 3.